



I l Ministro della Salute

ATTO DI INDIRIZZO PER L'ANNO 2015



Il Servizio sanitario nazionale (SSN), ispirato ai principi di universalità, uguaglianza e globalità, è ancora oggi considerato dall'Organizzazione mondiale della sanità uno dei primi in Europa, e nel mondo, sulla base di tre indicatori fondamentali: il miglioramento dello stato complessivo della salute della popolazione, la risposta alle aspettative di salute e di assistenza sanitaria dei cittadini e l'assicurazione delle cure sanitarie a tutta la popolazione.

L'impegno primario deve essere quello di mantenere e consolidare i risultati raggiunti.

Oggi il SSN si confronta con altre grandi sfide assistenziali, tra cui quelle concernenti l'assistenza socio-sanitaria connessa alla non autosufficienza, l'elevata presenza di anziani e grandi anziani nonché la disponibilità di terapie/diagnosi ad alto costo.

L'azione del Ministero nel corso del 2015 terrà conto anche dell'avvenuta stipula del nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016, l'Accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni, a garantire l'unitarietà del sistema, e nel contempo a razionalizzare la spesa.

Con l'Accordo sottoscritto da Governo e Regioni sul nuovo Patto è stato messo in sicurezza il sistema sanitario italiano per le prossime generazioni e si sono gettate le basi per donare un nuovo volto per la nostra sanità. E' stato il mio obiettivo sin dal principio del mio mandato e, a distanza di un anno esatto dal mio insediamento, posso affermare con orgoglio di averlo raggiunto.

Nel Patto sono stati affrontati i grandi temi della sanità. Dalla programmazione triennale dei costi standard e dei fabbisogni regionali, che consente di avviare e implementare politiche di innovazione del SSN sul territorio, alla definizione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, che, unitamente all'assistenza sanitaria transfrontaliera, all'aggiornamento dei LEA e del nomenclatore protesico, ed alla reale promozione dell'assistenza territoriale, costituiscono i pilastri su cui fondare tutte le iniziative necessarie per garantire la tutela della salute a tutti i cittadini uniformemente sul territorio nazionale.

Il tema degli investimenti in sanità è anch'esso centrale per garantire le condizioni di competitività, di qualità e di sicurezza delle strutture sanitarie. Tra le novità contenute nel Patto c'è anche la previsione di attivare un sistema di monitoraggio, analisi e controllo dell'andamento dei singoli Sistemi Sanitari Regionali, che consenta di rilevare in via preventiva, attraverso un apposito meccanismo di allerta, eventuali e significativi scostamenti delle performance delle Aziende sanitarie e dei Sistemi Sanitari Regionali, in termini di qualità, quantità, sicurezza, efficacia, efficienza, appropriatezza ed equità dei servizi erogati.

La possibilità di realizzare concretamente gli obiettivi fissati nel nuovo Patto per la salute è garantita non solo dai risparmi derivanti dall'applicazione delle misure di razionalizzazione in esso previste, che rimarranno nella disponibilità delle Regioni per finalità esclusivamente sanitarie, ma anche da quelli conseguiti dalla revisione della spesa, che saranno utilizzati per migliorare i livelli qualitativi dell'intero sistema sanitario.



Il tema della revisione del sistema di compartecipazione (ticket) e delle esenzioni sono trattati nel Patto in un'ottica di riforma, affinché si eviti che la compartecipazione rappresenti una barriera per l'accesso ai servizi sanitari e la principale causa dell'esodo dei cittadini dalle cure.

In sintesi, il nuovo Patto per la salute 2014 - 2016 mira ad un generale efficientamento del nostro SSN, proprio nell'ottica dell'appropriatezza. Tutte le previsioni in esso contenute sono state ispirate dai bisogni di salute dei cittadini e, allo stato attuale, costituisce il solo strumento per la costruzione di una sanità più vicina alle persone, più efficace ed efficiente, sicura, di qualità e competitiva in Europa.

Nella cornice del nuovo Patto per la Salute, le scelte strategiche della politica sanitaria del prossimo triennio, in termini di opportunità e vincoli, andranno pertanto ad incidere sulle seguenti macroaree:

1. prevenzione;
2. politiche in materia di ricerca sanitaria;
3. politiche sanitarie internazionali;
4. promozione della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza sanitaria;
5. sistema informativo e statistico sanitario;
6. dispositivi medici e farmaci;
7. promozione della salute pubblica veterinaria e della sicurezza degli alimenti;
8. politiche per l'efficienza gestionale;
9. comunicazione.

Nelle accluse schede si dà specificamente conto delle linee di indirizzo per la costruzione degli obiettivi strategici per il 2015.

Roma,

5 SET. 2014

F.to Il Ministro
On. Beatrice Lorenzin

1. PREVENZIONE.

La promozione della salute e la tutela del benessere psicofisico della persona richiedono strategie intersettoriali e trasversali nelle quali siano coinvolte le istituzioni centrali e locali e la società civile.

Ciò appare necessario per sviluppare politiche integrate e per agire sui principali determinanti di salute.

Anche per il 2015 particolare attenzione dovrà porsi alla prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, occorrendo favorire l'adozione di stili di vita attivi e responsabili (in armonia con gli obiettivi del programma strategico nazionale "Guadagnare salute"). La salute va cioè considerata alla stregua di un vero e proprio bene collettivo, da conquistare e conservare attraverso le menzionate azioni integrate (delle istituzioni e della società civile), incentrate non solo su aspetti specificamente sanitari, ma anche su fattori sociali ed economici, in ossequio al principio cardine della "Salute in tutte le politiche" (*Health in all policies*).

Dovrà poi 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.

Occorrerà a tal fine proseguire l'implementazione del nuovo Piano nazionale di prevenzione, con particolare attenzione al contrasto dei principali comportamenti a rischio (sedentarietà, alimentazione eccessiva, fumo, dipendenze o consumo di sostanze alcoliche), investendo sul benessere dei giovani, rafforzando e mettendo a sistema l'attenzione a gruppi fragili delle fasce deboli della popolazione, e con un approccio *life cycle*.

Una particolare attenzione verrà assegnata alla prevenzione e assistenza nel campo delle demenze, patologie in aumento anche per effetto dell'aumentata durata di vita, attraverso l'implementazione di uno specifico piano nazionale.

Con riguardo alle malattie trasmissibili, vanno proseguiti gli interventi miranti a garantire la tutela della salute pubblica e alla prevenzione della diffusione di patologie infettive, attraverso controlli sui migranti, recuperati attraverso l'operazione Mare Nostrum o in arrivo sulle coste italiane con mezzi diversi.

Sarà, inoltre, necessario proseguire nel 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, 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, verificando lo stato di avanzamento dei piani regionali di prevenzione.

Al contempo, soprattutto in considerazione dei risultati del semestre di Presidenza Italiana dell'Unione europea, bisognerà affrontare le tematiche sopra descritte nell'ottica di una collaborazione e armonizzazione delle politiche a livello comunitario.

2. POLITICHE IN MATERIA DI RICERCA SANITARIA.

Il sostegno pubblico all'attività di ricerca mira a conseguire risultati immediatamente trasferibili alla pratica clinica, per incrementare la qualità del servizio fornito ai pazienti.

Il miglioramento continuo delle cure e della qualità della vita dei malati resterà un obiettivo prioritario, da perseguire stimolando l'innovazione e valorizzando i preziosi talenti presenti tra i nostri ricercatori, di cui si potrà contenere l'esodo all'estero consolidando le condizioni per un confronto paritario in ambito internazionale. Ciò pure con riguardo ai ricercatori non ancora inquadrati in specifici ruoli, per i quali andrà approfondita la possibilità dell'istituzione, senza alcun onere per la finanza pubblica, di un ruolo dei ricercatori del SSN.

La promozione di un vero e proprio cambiamento culturale tra gli operatori del settore, finalizzato a privilegiare la costante applicazione del metodo scientifico e la conseguente messa in discussione di qualsiasi procedura medica e organizzativa, favorirà la possibilità di raggiungere un medesimo risultato con meno risorse ovvero di ottenere, a parità di risorse, un incremento quantitativo o qualitativo. Ciò potrà garantire un SSN maggiormente efficiente e in grado di rispondere ai bisogni dei cittadini, nel quale tendere all'eliminazione di tutti gli sprechi, compresi quelli determinati dalla c.d. medicina difensiva mediante prescrizione di esami superflui, di ricoveri impropri e di terapie non sperimentate.

Occorrerà poi incidere sulla percezione della ricerca da parte della collettività ed evidenziarne la funzione strategica, anche in rapporto alle significative riduzioni di spesa futura generate dai relativi investimenti. Basti pensare, in proposito, al ruolo di eventuali test predittivi nella prevenzione e nel controllo delle patologie sul territorio o, ancora, all'enorme diminuzione dei costi indiretti prodotta dalle campagne di ricerca sulle malattie cardiovascolari e tumorali.

Nel 2015, pertanto, il Ministero proseguirà nella riqualificazione della spesa destinata alla ricerca sanitaria, razionalizzando l'utilizzo delle risorse assegnate e rafforzando il sistema di selezione meritocratica dei migliori progetti di ricerca presentati, nel quale, a garanzia della qualità e della trasparenza nell'assegnazione dei finanziamenti, è prevista non solo l'adozione dei parametri di valutazione riconosciuti a livello internazionale, ma anche la partecipazione, in veste di valutatori indipendenti, dei ricercatori che lavorano per il National Institutes of Health - NIH del Dipartimento della salute statunitense.

Verrà anche incentivato lo sviluppo di progetti di ricerca che prevedono la collaborazione di ricercatori italiani residenti all'estero e il cofinanziamento pubblico privato, nonché, in generale, l'elaborazione di un sistema per la valutazione degli investimenti in ricerca finanziati dal Ministero, dal quale trarre indicazioni per la programmazione e la diffusione dei risultati conseguiti.

Allo scopo di attuare un'equa distribuzione su tutto il territorio nazionale delle migliori pratiche cliniche e/o di prevenzione delle malattie, verrà poi proposta, supportata e monitorata la creazione di reti monotematiche per la cura delle patologie (ad esempio, in campo oncologico, neurologico, ecc.), in modo da consentire a tutti i cittadini una sorta di prossimità di accesso alle migliori procedure disponibili.

In funzione di una strategia condivisa a livello di Paese, e considerato anche che la ricerca rientra tra le materie a legislazione concorrente da parte delle Regioni, potranno essere avanzate proposte utili a facilitare il coordinamento dei diversi attori pubblici impegnati nel settore, a vantaggio dell'efficienza nell'uso delle risorse e della crescita degli investimenti

in ricerca e sviluppo (R&S), per i quali risulta cruciale lo snellimento delle procedure burocratiche e la concentrazione degli investimenti stessi. Nell'ambito dell'attività di governance esercitata dal nostro Paese presso le istituzioni europee, inoltre, verrà agevolata la partecipazione della Rete della ricerca sanitaria italiana ai progetti finanziati con i fondi dell'Unione (Progetto internazionalizzazione) e la partecipazione alle infrastrutture di ricerca europee. Nel contempo, si punterà al rafforzamento delle strutture di eccellenza presenti sul nostro territorio, preparando il SSN ad affrontare la competizione europea in materia di assistenza sanitaria transfrontaliera. In questa ottica, in particolare, occorrerà dare attuazione alle disposizioni che per gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) introducono, per un verso, criteri di classificazione "sulla base di indicatori qualitativi e quantitativi di carattere scientifico di comprovato valore internazionale" anche ai fini dell'inserimento di tali soggetti "nella rete di attività di ricerca" e, per altro verso, prevedono l'individuazione delle "modalità attraverso cui realizzare l'attività di ricerca scientifica in materia sanitaria a livello internazionale" al precipuo fine di garantire una "visione unitaria delle attività di ricerca scientifica nel campo sanitario" svolte dagli Irccs stessi (art. 14, co. 12, d.l. n. 158 del 2012).

3. POLITICHE SANITARIE INTERNAZIONALI.

In data 5 aprile 2014 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 38 del 4 marzo 2014 con il quale sono state recepite la Direttiva n. 2011/24/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 9 marzo 2011, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché la Direttiva di esecuzione 2012/52/UE della Commissione del 20 dicembre 2012, comportante misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro Stato membro¹. Nel corso del 2015 si dovranno affrontare, in particolare, le problematiche connesse alla istituzione del Punto di Contatto Nazionale (ex art. 6); rimborso e tariffe (art. 7); autorizzazione preventiva e procedure amministrative (ex art.8 e 9); riconoscimento delle prescrizioni (ex art. 11); Reti di riferimento europee e Centri di eccellenza (ex art. 12). Infatti, il citato provvedimento impegna tutti i livelli del SSN ad uno sforzo di riorganizzazione delle competenze e delle procedure al fine di evitare che le cure transfrontaliere, tutelate dalla direttiva, possano creare uno sbilanciamento tra l'attrazione delle offerte di prestazioni sanitarie provenienti da operatori pubblici e privati di altri Stati rispetto alla capacità attrattiva delle istituzioni sanitarie nazionali, ASL , Aziende ospedaliere , IRCCS, Istituzioni di eccellenza.

Nel corso del 2015 sarà altresì necessario affrontare, congiuntamente alle Regioni, le problematiche poste dalla attuazione delle previsioni contenute nel decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 38. A tal riguardo si rappresenta che l'articolo 2 del nuovo Patto per la salute 2014 – 2016 intitolato "Mobilità transfrontaliera" prevede, al fine di garantire una omogenea applicazione in tutte le Regioni del D.Lgs 4 marzo 2014 n. 38, di procedere ad una tempestiva adozione delle linee guida previste dall'articolo 19, comma 3, del suddetto decreto, al fine di fornire tempestivamente le istruzioni più urgenti in fase di prima applicazione, riguardanti in particolare i criteri di autorizzazione e rimborso e le relative procedure amministrative, garantendo successivamente ulteriori indicazioni ed

¹ Durante la definizione del testo, a cui hanno contribuito attivamente le Regioni e le Province autonome, l'IIS, l'AIFA, il progetto mattone internazionale e HONCAB, sono state approfondite le peculiarità e l'impatto della disciplina sulla organizzazione del nostro Servizio sanitario nazionale.



aggiornamenti anche in base alle problematiche rilevate dalla casistica trattata. Con il Patto è stato convenuto, altresì, di procedere all'analisi sistematizzata, ai fini di una eventuale revisione e/o modificazione, e/o integrazione, delle norme che consentono il ricorso all'assistenza sanitaria all'estero, attesa la complessa applicazione delle stesse in modo omogeneo sul territorio nazionale, al fine di offrire le massime garanzie di tutela ai cittadini e realizzare nel contempo un costante monitoraggio della mobilità internazionale, per individuare e contenere fenomeni di ricorso inappropriato alle cure².

In materia di costituzioni di reti di eccellenze in ambito UE, il decreto legislativo n. 38 ha previsto l'istituzione di un organismo di coordinamento e monitoraggio, in armonia con quelli già esistenti in ambito comunitario, per rendere pienamente confrontabili i risultati già raggiunti e individuare modelli orientati alla valorizzazione delle eccellenze nelle strutture sanitarie italiane, anche in vista della loro partecipazione alle ERN.

Sempre in materia di mobilità sanitaria internazionale, occorrerà poi fare riferimento anche all'applicazione dei vigenti regolamenti comunitari di sicurezza sociale (regg. CE nn. 883/2004 e 987/2009). Al fine di consentire e agevolare il miglior coordinamento possibile delle istituzioni coinvolte (Ministero, Regioni e ASL) andranno adottate tutte le iniziative necessarie a portare a compimento, anche con la collaborazione del Ministero dell'economia e delle finanze, la complessiva riforma prevista dalle leggi di stabilità 2013 e 2014³.

Nel corso del 2015 dovrà essere garantita una costante e attiva partecipazione alla fase ascendente del diritto europeo, anche attraverso la partecipazione ai piani pluriennali e alle iniziative collaborative da questi previste (quali *calls, joint actions, joint initiatives*), assumendone la guida (quando possibile e compatibilmente con le risorse a disposizione). Sarà, inoltre, opportuno, nell'ottica delle relazioni bilaterali, proseguire l'opera di diffusione delle informazioni e di sostegno diretta ai progetti di gemellaggio e di assistenza tecnica finanziati dall'Unione Europea, che vedono nei preesistenti rapporti bilaterali e memorandum di Intesa (MoU) un rilevante strumento di facilitazione.

Sotto altro profilo, la partecipazione del Ministero alle attività delle maggiori Organizzazioni internazionali, quali l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e le altre Agenzie delle Nazioni Unite, dovrà declinarsi anche attraverso il contributo tecnico alle convenzioni, ai programmi e ai progetti più significativi.

Si porterà a conclusione, in collaborazione con l'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS, il progetto diretto alla tutela della salute delle popolazioni migranti denominato Public health Aspects of Migration in Europe, che mira al rafforzamento della capacità di risposta degli Stati membri della regione europea dell'OMS a emergenze sanitarie legate ad aumentati flussi migratori.

Merita, inoltre, di essere rafforzato il ruolo propulsivo dell'Italia nelle politiche del Mediterraneo, anche attraverso la partecipazione a iniziative dell'Unione per il Mediterraneo, alla luce di quanto emerso nel corso del semestre di presidenza italiana del Consiglio UE.

² A tale scopo, si è convenuto di istituire un apposito gruppo di lavoro Ministero della salute, Agenas e Regioni per l'esame delle suddette norme.

³ L'art. 1, comma 82 e ss., l. n. 228 del 2012 ridisegna le competenze in materia tra Stato e regioni, in particolar modo per quanto concerne i connessi oneri economici (a decorrere dall'1.1.2013 l'imputazione economica delle relative spese non va più riferita al bilancio dello Stato ma a quello dell'ASL di residenza dell'assistito). L'art. 1 comma 222 legge 147/2013 proroga al 31 dicembre 2014 la definizione delle modalità attuative del trasferimento dallo Stato alle Regioni e Province autonome.



I positivi risultati sin qui conseguiti dai progetti di partenariato promossi e finanziati dal Ministero della salute costituiscono un patrimonio da non disperdere e, anzi, da valorizzare ed ampliare.

La rilevanza del fenomeno migratorio che interessa l'Italia richiede interventi strutturali ed integrati, attualmente oggetto di confronto e condivisione con l'Unione Europea. Nell'ambito delle politiche sanitarie correlate al fenomeno, assume rilevanza la garanzia dell'accesso all'assistenza sanitaria nei confronti dei migranti. In tale contesto, con specifico riferimento ai beneficiari di protezione internazionale, al Ministero della salute spetta l'adozione di linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria, che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale. Più in generale la risposta alla domanda di salute dei migranti richiede la predisposizione e il coordinamento di una rete di servizi socio-sanitari in grado di soddisfare i bisogni di salute anche non esplicitati con funzione di promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce delle patologie a più alta morbilità e mortalità.

Inoltre, per governare le iniziative di accoglienza gestite dalle ONG a favore dei minori affetti da gravi patologie provenienti da zone di guerra, il Ministero avvierà un coordinamento nazionale per consentire un ottimale programmazione dei ricoveri sul territorio nazionale pianificando le risorse finanziarie da assegnare.

4. PROMOZIONE DELLA QUALITÀ E DELL'APPROPRIATEZZA DELL'ASSISTENZA SANITARIA.

4.1. Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario.

In materia di costi e fabbisogni standard, le attività del Ministero della salute proseguiranno e saranno finalizzate, in ossequio alle vigenti disposizioni normative⁴, a rivedere, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica e nel rispetto degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, i criteri di riparto delle risorse destinate al finanziamento del SSN, tenendo conto del trend di miglioramento per il raggiungimento degli standard di qualità e attraverso nuove modalità di pesature, secondo i criteri già indicati dall'articolo 1, comma 34, della legge n. 662/1996.

Al riguardo, si rappresenta che il nuovo Patto per la salute 2014 – 2016⁵, all'articolo 1, comma 8 prevede che *“Il Ministro della salute, in attuazione dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 68 del 2011, presenta alla Conferenza Stato-Regioni, per la prevista Intesa, entro il 31 dicembre 2014, un documento di proposte per implementare un sistema adeguato di valutazione della qualità delle cure e dell'uniformità dell'assistenza sul territorio nazionale ai fini del monitoraggio costante dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi, nonché degli adempimenti di cui dall'articolo 27, comma 11 del decreto legislativo n. 68/2011”*.

A tal fine, il Ministero dovrà dotarsi dei dati necessari per la costruzione degli strumenti di monitoraggio sistematico dei livelli essenziali di assistenza (LEA) attraverso 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 e con l'aggiunta di quelle prestazioni erogate in ambiti assistenziali a cavallo tra ospedale e territorio (emergenza-urgenza).

Il patrimonio informativo sviluppato dal Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) potrà contribuire a fornire le informazioni necessarie per realizzare appropriati modelli di analisi dei costi e fabbisogni standard e per costruire adeguati e dinamici indicatori dell'effettivo bisogno di salute della popolazione⁶.

⁴ Ai sensi del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68, sul c.d. federalismo fiscale:

- “il fabbisogno sanitario standard, determinato ai sensi dell'articolo 26, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, costituisce l'ammontare di risorse necessarie ad assicurare i livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza ed appropriatezza” (art. 25, co. 2);

- “a decorrere dall'anno 2013 il fabbisogno sanitario nazionale standard è determinato, in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, tramite intesa, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza. [...]” (art. 26, co. 1);

- in prima applicazione, il fabbisogno sanitario standard delle singole regioni a statuto ordinario, cumulativamente pari al livello del fabbisogno sanitario nazionale standard, sia determinato “a decorrere dall'anno 2013, applicando a tutte le regioni i valori di costo rilevati nelle regioni di riferimento” (art. 27, comma 4).

Sancisce in particolare l'art. 29 che “in coerenza con il processo di convergenza di cui all'articolo 20, comma 1, lettera b), della citata legge n. 42 del 2009, a valere dal 2014, al fine di garantire continuità ed efficacia al processo di efficientamento dei servizi sanitari regionali, i criteri di cui all'articolo 27 del presente decreto sono rideterminati, con cadenza biennale, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, ai sensi dell'articolo 3 del citato decreto legislativo n. 281 del 1997, comunque nel rispetto del livello di fabbisogno standard nazionale come definito all'articolo 26.”

⁵ Patto per la salute 2014-2016, su cui è stata espressa l'Intesa della Conferenza Stato-Regioni il 10 luglio 2014

⁶ Già attualmente il Comitato paritetico permanente per la verifica e l'erogazione dei LEA - istituito dall'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005 presso il Ministero della salute (Direzione generale della programmazione sanitaria) con il compito di verificare l'erogazione dei LEA stessi in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione, anche con specifico riferimento all'analisi di coerenza tra quanto erogato e i costi sostenuti dal livello regionale e locale - si avvale dei dati dell'NSIS. In tale prospettiva, detto Comitato assicurerà il supporto alle attività di coordinamento del monitoraggio dei LEA affidati al Ministro della salute dall'art. 30 del d.lgs. n. 68/2011 cit. Si evidenzia altresì che la normativa vigente per l'anno 2013 l'art. 27 d.lgs. n. 68/2011 ha previsto che il fabbisogno sanitario nazionale standard sia determinato, in coerenza con il

4.2. Riorganizzazione dell'assistenza primaria e ospedaliera.

4.2.1. Nel 2015 occorrerà dare ulteriore impulso all'azione di riorganizzazione dell'assistenza primaria secondo una logica di rete, in modo da consentire la presa in carico globale del paziente, costantemente nel tempo, da parte di un *team* con competenze diversificate.

Nell'ambito di questo obiettivo strategico andranno consolidati i legami tra ospedale e territorio, anche attraverso l'accelerazione dell'attuazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) da parte delle regioni, per garantire l'assistenza primaria in un'ottica di complementarità con le strutture ospedaliere e per l'accrescimento della capacità di presa in carico del cittadino assistito dal SSN⁷.

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 al fine di definire, in accordo con il medico di medicina generale e durante il ricovero stesso, il percorso assistenziale più idoneo, in coerenza con la rete dei servizi sociali e distrettuali esistente.

Tutto ciò richiede la riorganizzazione del servizio territoriale, in modo da garantire mediante modelli organizzativi adattabili ai diversi contesti territoriali la continuità assistenziale durante le 24 ore e per 7 giorni alla settimana, con l'ulteriore effetto di limitare il ricorso ai servizi d'urgenza e d'emergenza.

Uno strumento utile alla realizzazione di tali finalità è sicuramente 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.

Altro strumento efficace a realizzare la continuità assistenziale è il coinvolgimento diretto non solo dei livelli preventivi, ospedaliero e territoriale, ma anche delle diverse professionalità coinvolte, alla cui interazione potrà dare un impulso decisivo l'uso della telematica, ad esempio attraverso progetti di telemedicina.

Importante è la verifica di efficacia del sistema attraverso la ricognizione dei risultati mediante adeguati strumenti di monitoraggio e valutazione dell'erogazione dell'assistenza primaria in termini di qualità ed equità su tutto il territorio italiano.

Per tale finalità si ritiene che dovranno essere definiti modelli di interrogazione, integrazione e interconnessione delle fonti informative, necessari per costruire idonei e validi sistemi di indicatori.

quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza (Lea) erogati in condizioni di efficienza e appropriatezza, d'intesa con la Conferenza Stato-regioni. Ai fini della determinazione dei costi e fabbisogni standard regionali, detto fabbisogno è determinato applicando a tutte le Regioni i valori di costo rilevati nelle Regioni di riferimento. Al riguardo, mediante un'azione sinergica con il Ministero dell'economia e delle finanze, si è provveduto, utilizzando il calcolo dell'indicatore di qualità e di efficienza (IQE), all'elaborazione della graduatoria delle Regioni eligibili e all'individuazione delle 5 Regioni benchmark, in ossequio al disposto dell'articolo 27, comma 5, cit.

⁷ Tra gli strumenti per realizzare la continuità delle cure e l'integrazione tra i servizi e i professionisti, si ribadiscono quelli, peraltro già noti, dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) per specifiche patologie, delle reti cliniche integrate per la gestione della cronicità, delle modalità finalizzate a evitare il ricovero ospedaliero (AD ed ADI), delle strutture sanitarie residenziali per l'erogazione delle "cure intermedie", delle reti informatiche e di telemedicina per realizzare efficienti modalità di comunicazione fra servizi e operatori.

4.2.2. Per la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 15, comma 13, lett. c) del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, dalla L. n. 135/2012, nella prospettiva derivante dal regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, sul quale è stata raggiunta l'Intesa della Conferenza Stato – Regioni nella seduta del 5 agosto 2014, così come previsto dall'articolo 3 comma 1 del Patto della salute, il Ministero della salute dovrà realizzare gli adempimenti previsti, in coordinamento con Regioni e Agenas, sia in relazione alla definizione di linee guida per i criteri di ammissione ai trattamenti ospedalieri, che per la definizione dei valori soglia per volumi di attività specifici, correlati agli esiti migliori e soglie per rischi di esito, con aggiornamento del decreto ministeriale sulle alte specialità, nonché per la individuazione di linee di indirizzo e profili organizzativi relativi agli standard della *clinical governance*. In tal senso, allo scopo di completare il potenziamento del ruolo delle farmacie convenzionate nell'erogazione dei servizi sanitari sul territorio dovranno essere elaborate azioni specifiche per la compiuta attuazione della c.d. Farmacia dei servizi.

4.3. Qualità dei servizi sanitari e umanizzazione delle cure.

4.3.1. L'azione dell'amministrazione dovrà incentrarsi sulla definizione di strumenti che favoriscano efficienza, appropriatezza e qualità degli interventi sanitari, garantendone l'appropriata valutazione, soprattutto in relazione all'assistenza primaria, alla pediatria di base, alla psichiatria, alla gestione degli anziani e dei disabili nel territorio, alla terapia del dolore e alle cure palliative, alla creazione di percorsi preferenziali per l'oncologia e per il trattamento della patologia cardiovascolare, al diabete e alle malattie metaboliche, anche tramite la messa in atto di un Programma nazionale per la promozione della qualità e della sicurezza delle cure. Ciò anche in coerenza con quanto previsto nelle conclusioni del Consiglio europeo. In tal senso sarà necessario procedere alla compiuta attuazione dell'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 recante "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento". Tali azioni richiederanno un rinnovato impegno per armonizzare gli indirizzi delle politiche sanitarie rivolte a garantire sicurezza e qualità delle cure erogate ai pazienti, così come previsto nelle proposte elaborate dal nostro Paese nelle conclusioni del Consiglio dell'Unione Europea sul tema. In questo senso, nelle azioni programmatiche previste dovranno essere integrati i processi di valutazione delle tecnologie sanitarie, per consentire l'allineamento coerente tra le esigenze dell'efficienza con quelle prioritarie di efficacia, qualità, sicurezza e appropriatezza.

Solo un deciso intervento volto a favorire lo spostamento sul territorio del trattamento socio-sanitario delle principali patologie croniche consentirà che il processo di miglioramento della qualità dell'assistenza si sviluppi in coerenza con l'esigenza di contenimento e di razionalizzazione della spesa sanitaria, particolarmente forte nelle regioni sottoposte a programmi di riorganizzazione, riqualificazione e rafforzamento dei servizi sanitari regionali (cd. "piani di rientro").

Per queste ultime, dovranno essere rafforzate le azioni di affiancamento e sostegno al perseguimento degli obiettivi di efficientamento, ferma restando la garanzia uniforme e adeguata dei LEA⁸.

⁸ Al riguardo, si evidenzia come tali programmi di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale sui disavanzi sanitari richiedono una rivisitazione, ricordando che di fronte a grandi indebitamenti la prima reazione è pretendere un'inversione di marcia, ma anche che questa, per potersi consolidare, deve potere incidere strutturalmente sull'assetto organizzativo e funzionale dei sistemi regionali, rischiando altrimenti di risultare vana o comunque esclusivamente e temporaneamente idonea a "regolare i conti".

In questo ambito, occorrerà proseguire nell'azione di monitoraggio, con conseguente verifica, degli obiettivi assunti con i Piani di riqualificazione ("programmi operativi"), anche nei confronti delle regioni non impegnate nei processi di riqualificazione, ma sottoposte puntualmente alla verifica degli adempimenti disposti dalla legislazione corrente e pattizia. Come concordato in sede di Patto per la salute 2014-2016 si intende promuovere una metodologia che renda più efficace in termini di qualità, appropriatezza ed efficienza il sistema di verifica degli adempimenti di competenza del comitato LEA ai quali sono sottoposte annualmente le regioni per l'accesso al finanziamento integrativo.

Andrà promossa la trasparenza quale strumento per la comunicazione con il cittadino (oltre che per il controllo di legalità). Occorrerà quindi sottoporre a verifica le attività, le funzioni, la struttura, la regolamentazione interna e le modalità attraverso cui si svolgono i processi organizzativi, anche sul presupposto che l'inappropriatezza degli interventi clinici e assistenziali costituisce l'indicatore della presenza di un difetto di organizzazione.

In questo contesto, vista la complessità delle scelte che riguardano la gestione della sanità, occorrerà investire specifiche risorse per curare una formazione di elevata qualità per i *policy maker* e i manager, in considerazione delle crescenti responsabilità correlate al ruolo ricoperto.

4.3.2. Sotto altro profilo, si dovrà proseguire nel percorso di umanizzazione delle cure, attraverso una compiuta analisi dei reali bisogni delle persone, dei contesti, delle relazioni tra persone e ambienti, dei processi cognitivi ed emotivi individuali e di gruppo, in modo da individuare i bisogni latenti e di contestualizzare le richieste esplicite.

A tale riguardo, si rappresenta che per la prima volta anche il nuovo Patto per la salute 2014 - 2016, all'articolo 4, contiene una previsione specifica al riguardo. Infatti, l'umanizzazione nella organizzazione sanitaria garantisce il recupero della centralità del paziente facendosi carico non solo degli aspetti fisici della malattia, ma anche di quelli psicologici relazionali e sociali. Il concetto di centralità del paziente nei servizi sanitari è stato, infatti, più volte affermato in questi anni nella normativa internazionale, nazionale, regionale e i diritti dei pazienti sono la meta prioritaria dei singoli paesi e delle associazioni di pazienti.

Pertanto, nel nuovo Patto è previsto che, alla luce di quanto già stabilito con Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996 n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, a decorrere dal 2013 e per tutta la vigenza del nuovo Patto, il Ministero della salute propone un documento contenente gli ambiti prioritari di intervento al fine di dare attuazione all'umanizzazione delle cure, da sancire con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281. Il nuovo Patto prevede anche la predisposizione di un programma annuale di umanizzazione delle cure, che comprenda la definizione di almeno una attività progettuale in tema di formazione del personale ed una attività progettuale in tema di cambiamento organizzativo, indirizzato prioritariamente alle seguenti aree assistenziali: Area critica, Pediatria, Comunicazione, Oncologia, Assistenza domiciliare.

Il tema, così come proposto nel *position paper* concordato con le regioni e sottoposto all'attenzione dei Paesi membri dell'UE durante il Semestre europeo, continuerà ad essere promosso anche attraverso l'attivazione di una rete informativa che monitori e documenti



le attività dei Paesi dell'UE relativamente alla terapia del dolore ed alle cure palliative del paziente anziano.

4.3.3. Appare centrale, infine, la prosecuzione del programma pluriennale di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie previsto dall'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, al fine di garantire nel tempo il mantenimento e il rinnovo del patrimonio nazionale delle strutture sanitarie.

4.4. Il Piano sanitario nazionale.

Il Piano sanitario nazionale (PSN) è il principale strumento di programmazione sanitaria attraverso cui, in un dato arco temporale, vengono definiti gli obiettivi da raggiungere attraverso l'individuazione di azioni e di strategie strumentali alla realizzazione delle prestazioni istituzionali del SSN. Esso rappresenta quindi il primo punto di riferimento per ogni riforma e iniziativa riguardante il sistema sanitario, sia a livello centrale sia a livello locale⁹.

Al riguardo, dovrà essere predisposta una nuova proposta di PSN che, in continuità con il precedente, ne proietti in avanti gli obiettivi e le azioni per rendere il SSN coerente - in termini di qualità, efficienza e corretto utilizzo delle risorse, nel rispetto delle competenze istituzionali, dei vincoli programmatici di finanza pubblica - alle aspettative e ai bisogni di una società in continua evoluzione.

In tal senso il nuovo schema di Piano Sanitario Nazionale dovrà:

- porre l'enfasi sugli aspetti della prevenzione e della valutazione dell'impatto sulla salute, ribadendo la necessità di politiche intersettoriali¹⁰;
- insistere sulla concretezza delle azioni da porre in essere per la ristrutturazione delle reti assistenziali nel senso di una rimodulazione dell'offerta verso un rafforzamento della risposta territoriale rispetto all'ospedaliera, in un rinnovato patto con il cittadino attore informato e partecipe delle scelte in tema di salute;
- riconoscere la necessità di lavorare in termini di miglioramento dell'appropriatezza sia nell'utilizzo sia nell'introduzione di nuove procedure, farmaci, dispositivi medici; ciò al fine di coniugare la qualità alla sostenibilità delle cure (in tale prospettiva, è essenziale il ricorso all'ICT, che può tra l'altro facilitare la scelta di soluzioni alternative al ricovero o alla residenzialità, accrescendo il gradimento dei cittadini);
- affrontare gli snodi strategici del sistema, tra i quali in primo luogo l'effettiva erogazione dei LEA e il loro monitoraggio e valutazione, nel rispetto dell'appropriatezza, dei tempi di attesa, del governo clinico;
- porre particolare accento su alcune priorità clinico-assistenziali, quali in particolare il percorso nascita e gli interventi da realizzare per la tutela dell'età senile.

4.5. Piano nazionale esiti (PNE)¹¹.

Il PNE andrà potenziato in modo da enfatizzarne il ruolo di strumento a disposizione di aziende e operatori per il miglioramento delle *performance* e per l'analisi dei profili critici.

⁹ È attraverso il PSN che lo Stato stabilisce le linee generali di indirizzo del SSN, nell'osservanza degli obiettivi e dei vincoli posti dalla programmazione economico-finanziaria nazionale, in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché di assistenza sanitaria da applicare conformemente e secondo criteri di uniformità su tutto il territorio nazionale.

¹⁰ La concertazione delle politiche è lo "strumento facilitatore" dell'incontro delle responsabilità e delle risorse, secondo il principio dei finanziamenti convergenti e complementari sui medesimi obiettivi.

¹¹ Il PNE è lo strumento finalizzato all'analisi e valutazione dell'offerta sanitaria in termini di qualità delle cure erogate nell'ambito ospedaliero (lato "offerta"). Esso si avvale di un set di indicatori finalizzati ad analizzare e valutare in modo strutturato e omogeneo la qualità delle cure erogate, in particolare, nell'assistenza ospedaliera e permette di disporre con trasparenza di informazioni oggettive in merito alle performance delle strutture ospedaliere del SSN

Allo scopo di incrementare il tasso di trasparenza nei confronti dei cittadini, occorrerà sviluppare un programma di comunicazione attraverso la realizzazione di un portale web dedicato, inizialmente focalizzato sull'assistenza ospedaliera, contenente informazioni descrittive dettagliate dell'offerta di servizi di ciascun ospedale e valutazioni sulla qualità delle cure erogate, presentate in forme e linguaggi adatti alla comunicazione orientata ai cittadini.

4.6. Iniziative in materia di personale del SSN.

4.6.1. Valorizzazione ed integrazione delle competenze professionali. Nell'anno 2015 proseguiranno le attività volte alla realizzazione dell'obiettivo della valorizzazione delle competenze dei professionisti, ponendo particolare attenzione alla esigenza della loro integrazione funzionale finalizzata all'incremento dell'efficacia e della qualità delle prestazioni sanitarie.

Considerato che in ambito sanitario operano una pluralità di professionisti, in buona parte provenienti da percorsi formativi diversi e con autonome competenze professionali (medici, infermieri, fisioterapisti, tecnici sanitari, ecc.), si ritiene necessario sviluppare le problematiche derivanti dalla interdipendenza dei rapporti interprofessionali e d'équipe.

Tale attività dovrà essere sviluppata tenendo conto della esistenza di situazioni estremamente diversificate sul territorio nazionale e della essenzialità del lavoro interdisciplinare e multi-professionale, sia all'interno delle attività clinico-assistenziali dirette alla tutela della salute degli individui e della collettività, sia all'interno della molteplicità dei modelli organizzativi adottati ai diversi livelli istituzionali.

4.6.2. Mobilità del personale, turn over e precariato. Le stringenti disposizioni che a legislazione vigente comportano limitazioni alle disponibilità finanziarie pongono l'esigenza di una razionale redistribuzione delle risorse umane.

In proposito, soprattutto alle Regioni, è data la possibilità di porre in essere processi di mobilità del personale dipendente dalle Asl di competenza.

Il problema è ulteriormente acuito dal blocco del turn over del personale sanitario, che, pur rispondendo a condivisibili esigenze di finanza pubblica, può tuttavia comportare in alcune realtà territoriali (e in special modo nelle Regioni sottoposte a piano di rientro) il rischio di compromissione dell'erogazione dei servizi essenziali.

Pertanto, occorrerà proseguire nell'analisi dei fabbisogni da porre a base delle iniziative eventualmente necessarie al superamento selettivo del blocco stesso.

In combinato si pone l'utilizzo del personale precario, il ricorso al quale nell'ambito del Servizio Sanitario nazionale ha raggiunto livelli elevati.

Dunque, anche per il problema del precariato, nel 2015 occorrerà individuare le soluzioni idonee a superarlo, proseguendo l'affiancamento all'attività degli altri Ministri di settore (Lavoro, Economia, Funzione Pubblica), attività dalla quale è scaturito l'art.4, comma 10 del decreto legge 31 agosto 2013 n.101 che ha demandato ad un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri l'attuazione per la disciplina di apposite procedure concorsuali riservate al personale con contratto a tempo determinato del Servizio Sanitario Nazionale, al personale dedicato alla ricerca in sanità nonché al personale medico in servizio presso il pronto soccorso delle aziende sanitarie.

Il decreto disciplina anche la proroga dei relativi contratti, nelle more dell'espletamento delle procedure stesse.

Allo stato, l'obiettivo è quello di portare a completamento la procedura, tenuto conto la bozza di decreto n predisposta da questo Ministero, dopo la concertazione con i Ministeri dell'Economia e Finanze e della Funzione Pubblica dovrà essere sottoposta all'esame della Conferenza Stato /Regioni in funzione dell'adozione definitiva.

4.6.3. Responsabilità professionale. L'evoluzione della normativa sulla responsabilità professionale sanitaria (soprattutto per effetto della l. n. 189/2012 di conversione del d.l.158/2012) ha posto in correlazione la colpa medica con la medicina difensiva, pratica da cui derivano ingenti oneri a carico del SSN per il fatto che le risorse sono impiegate per il ricorso a prestazioni, il cui scopo è solo quello di consentire al medico di difendersi in un eventuale contenzioso medico-legale.

In questa ottica, occorrerà proseguire l'iter di regolamentazione della responsabilità professionale e della copertura assicurativa, anche alla luce delle modifiche legislative introdotte dalla legge n. 114/2014, di conversione con modificazioni del d.l n.90/2014.

4.6.4. Attività libero-professionale. Per quanto concerne l'attività libero-professionale, occorrerà proseguire il progetto sperimentale previsto dal d.l. n. 158 del 2012, che ha preso in considerazione anche la possibilità di autorizzare l'adozione di un progetto che consenta lo svolgimento dell'attività libero-professionale, in via residuale, presso gli studi privati dei professionisti sanitari collegati in rete. Il passaggio al regime ordinario dell'attività libero-professionale intramuraria favorisce un'omogeneità sul territorio nazionale nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, salvaguardando sia il diritto all'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria da parte dei professionisti che il fondamentale diritto alla salute del cittadino. Risulta pertanto di prioritaria importanza assicurare la completa attuazione del dettato normativo, avvalendosi a tal fine dell'Agenas e dell'Osservatorio nazionale sull'attività libero-professionale.

4.6.5. Area della formazione. Un ultimo obiettivo coinvolge l'attività di formazione, particolarmente nell'ambito della medicina generale.

In quest'ottica, bisogna continuare nell'attività già intrapresa di definizione degli obiettivi didattici, delle metodologie di insegnamento, apprendimento e dei programmi delle attività del corso di formazione specifica in medicina generale.

L'obiettivo è quello di completare la procedura provvedendo ad una disamina puntuale delle proposte emendative (provenienti soprattutto dalle Regioni).

Riguardo alla formazione specialistica, si rende necessario monitorare ancora l'effetto sul numero dei contratti di formazione finanziabili dell'innalzamento da 4 a 5 anni della durata dei corsi di specializzazione, previsti dalla riforma delle scuole di specializzazione di area sanitaria del 2005.

Nel 2015, tenuto conto anche dei recenti interventi normativi in itinere, occorrerà dare ulteriore impulso ad un confronto su questo tema con il Ministro dell'istruzione, università e ricerca, con il Ministro dell'economia e delle finanze e con le Regioni, per trovare soluzioni idonee ad assicurare un adeguato numero di contratti già a partire dal prossimo anno accademico.

Sotto altro profilo, continuerà l'adesione all'innovativo progetto comunitario avente per oggetto proprio la programmazione del personale sanitario nei Paesi europei, la "Joint Action " promossa dalla Commissione Europea nell'ambito dell'"Action Plan for the EU Health Workforce ", con l'obiettivo di creare una piattaforma di collaborazione tra gli Stati europei che consenta, sfruttando il valore aggiunto della cooperazione, di affrontare al meglio, prospettando possibili soluzioni, la carenza di professionisti sanitari in Europa



prevista per i prossimi anni (quantificata in circa un milione di professionisti sanitari nell'anno 2020).

5. IL SISTEMA INFORMATIVO E STATISTICO SANITARIO.

5.1 Il nuovo sistema informativo sanitario (NSIS).

Il NSIS costituisce lo strumento di riferimento per le misure di qualità, efficienza e appropriatezza del SSN ed è finalizzato a supportare adeguatamente il Ministero della salute e le Regioni nell'esercizio delle funzioni loro attribuite.

Il patrimonio informativo attualmente disponibile nel NSIS è costituito da un insieme di flussi informativi relativi sia ad aspetti gestionali, organizzativi ed economici delle strutture del SSN, sia all'assistenza erogata (LEA) agli assistiti da parte delle strutture del SSN.

I flussi informativi raccolti dal NSIS relativamente alle prestazioni erogate dal SSN sono incentrati sull'individuo al fine di consentire al Ministero il monitoraggio delle prestazioni erogate nei diversi *setting* assistenziali (e quindi la riconoscibilità dei percorsi assistenziali seguiti) nonché il monitoraggio dell'utilizzo delle risorse del SSN. Tali flussi consentono di disporre degli elementi di base per esaminare la domanda soddisfatta nonché di effettuare analisi integrate e trasversali ai diversi LEA. La disponibilità nell'ambito del NSIS di tali contenuti informativi costituisce, inoltre, un prerequisito fondamentale per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali inerenti il comparto sanitario, nonché per la definizione di strumenti di supporto al monitoraggio dei LEA e al bilanciamento LEA-costi.

Attraverso un sempre più ampio e completo patrimonio informativo il NSIS mette quindi a disposizione strumenti di supporto al processo valutativo e decisionale, che consentirà alle Regioni e alle Asl di valutare in modo trasparente il miglioramento (o peggioramento) nel tempo dell'assistenza ricevuta dal paziente e il raggiungimento degli obiettivi posti in sede di programmazione regionale, e permetterà di operare confronti tra le Regioni con ricerca delle migliori pratiche (*best practice*), allo scopo di individuare quelle c.d. *benchmark* da utilizzare come riferimento per definire gli obiettivi in termini di LEA (e i relativi costi).

5.2. Iniziative in materia di sanità elettronica.

La progressiva variazione del contesto socio-demografico e la necessità di assicurare in ogni caso la sostenibilità del sistema sanitario portano alla considerazione che anche in sanità è ormai necessario puntare sull'innovazione.

L'*e-Health* rappresenta una leva strategica che può contribuire fattivamente a conciliare la qualità del servizio con il controllo della spesa. Un piano d'innovazione digitale per la sanità è una priorità per il rilancio del Paese. Ma per evitare processi d'innovazione frammentari, com'è accaduto negli anni precedenti, tale piano dovrà essere sistemico e dovrà essere sostenuto da una capacità di *governance* complessiva a livello nazionale.

Occorrerà, pertanto, predisporre una *e-Health Information Strategy* a livello di sistema Paese, con regia unitaria del Ministero della salute.

Il Ministero - già da tempo promotore in collaborazione con le Regioni di molteplici interventi volti allo sviluppo dell'*e-Health* a livello nazionale, quali i sistemi di centri unici di prenotazione, il fascicolo sanitario elettronico, i certificati di malattia telematici, l'*e-Prescription*, la dematerializzazione dei documenti sanitari, la telemedicina - proseguirà nell'azione di sostegno alla diffusione dell'ICT in sanità. Perché ciò avvenga sarà necessario porre in essere azioni che superino gli ostacoli che ancora si frappongono a tale sviluppo, tra i quali in particolare quelli di tipo economico (rapporto costi-benefici dei nuovi servizi), di tipo professionale (condivisione di responsabilità) e infine di tipo culturale (formazione e aggiornamento degli operatori sanitari).



Un particolare impulso verrà dato all'attuazione della disciplina sul fascicolo sanitario elettronico, quale strumento che favorisce un sistema di informazione in tempo reale e che consente un miglior monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni.

Anche la telemedicina, che rappresenta uno dei principali ambiti di applicazione della sanità in rete, offre potenzialità di grande rilevanza, soprattutto in termini di accresciuta equità nell'accesso ai servizi sanitari oltre che a competenze di eccellenza, grazie al decentramento e alla flessibilità dell'offerta di servizi resi. Saranno monitorate le azioni di recepimento da parte delle Regioni delle Linee di indirizzo nazionale sulla telemedicina, sulle quali è stata acquisita l'Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 20 febbraio 2014, finalizzate alla definizione di modalità tecnico-organizzative comuni a supporto dello sviluppo della telemedicina a livello nazionale e per un impiego sistematico della stessa nell'ambito del SSN.

Proseguirà, inoltre, l'attività svolta a livello comunitario in tale ambito, ivi inclusa, in particolare, la partecipazione all'*e-Health Network*, rete volontaria tra le autorità nazionali responsabili dell'assistenza sanitaria *on line*¹²

¹² L'*e-Health Network*, prevista dall'art. 14 dir. 2011/24/UE cit., ha l'obiettivo di creare i presupposti per rafforzare la continuità delle cure e garantire l'accesso a un'assistenza sanitaria sicura e di elevata qualità a livello comunitario, nonché di elaborare orientamenti e di sostenere gli Stati membri affinché definiscano misure comuni per agevolare la trasferibilità dei dati nell'assistenza sanitaria transfrontaliera.

6. DISPOSITIVI MEDICI E FARMACI.

6.1. Il settore dei dispositivi medici.

Il settore dei dispositivi medici continua ad essere tra i settori più innovativi con le maggiori potenzialità di sviluppo. In seguito all'esigenza, emersa negli ultimi anni, di regolare tale settore attraverso azioni efficaci di governo, si è provveduto ad implementare un sistema che consentisse un efficace monitoraggio dei consumi e della spesa su base nazionale e regionale per i dispositivi medici a carico del SSN. Allo scopo di rafforzare tale strumento, si intende predisporre indicazioni operative per le strutture pubbliche e private accreditate del SSN, che permettano alle strutture stesse la corretta ed omogenea modalità di gestione dei dati, al fine di fornire alle Regioni la definizione di un budget annuale preventivo dei consumi per classi CND per una migliore programmazione della spesa e del controllo dell'appropriatezza dei consumi sui dispositivi a più alto costo (art. 24 commi 3 e 4 del Patto per la salute).

Allo scopo di assicurare, inoltre, un efficace sviluppo delle attività di vigilanza sui dispositivi medici disponibili sul mercato, si intende attivare a livello nazionale una rete di comunicazione dedicata alla dispositivo-vigilanza, che consenta lo scambio tempestivo e capillare delle informazioni riguardanti incidenti ed azioni di sicurezza che coinvolgono dispositivi medici. La rete consentirà di raccogliere in modo sistematico informazioni necessarie alla valutazione dei rischi e delle misure correttive in modo da assicurare la sicurezza e la tutela della salute pubblica (art. 24 commi 1 e 2 del Patto per la salute).

Al fine di promuovere l'uso dei dispositivi medici in termini di economicità, efficienza ed efficacia, il Ministero della Salute, nel dare attuazione alle direttive comunitarie, orienterà le proprie iniziative basandosi su procedure strutturate per la valutazione dei dispositivi medici secondo la metodologia dell'*Health Technology Assessment*.

In tale contesto, al fine di garantire l'azione coordinata dei vari livelli interessati (nazionale, regionale e aziende accreditate del SSN) per il governo dei consumi dei dispositivi medici a tutela dell'omogeneità del sistema, della sicurezza d'uso e della salute pubblica, verranno messe in atto azioni tese a:

- assicurare un adeguato processo di definizione delle priorità, attraverso l'istituzione di una "Cabina di regia";
- avviare e sviluppare le azioni necessarie a fornire elementi per la definizione dei capitolati di gara per l'acquisizione di dispositivi medici a livello nazionale, regionale, intra-regionale o aziendale;
- fornire elementi per la classificazione dei dispositivi medici in categorie omogenee e per individuare i prezzi di riferimento;
- promuovere un "Programma Nazionale di HTA" dei dispositivi medici, fondato sulla creazione di una rete nazionale di collaborazione tra Regioni, che consenta di definire ed utilizzare strumenti adeguati ed efficaci per il governo dei dispositivi medici e per le valutazioni nell'ambito dell'*Health Technology Assessment* (art. 26 del Patto per la salute).

6.2. Il settore farmaceutico.

Anche la disciplina generale delle attività farmaceutiche ha conosciuto negli ultimi anni una notevole estensione dovuta anche alle modifiche intervenute a livello di normativa comunitaria. Nell'ambito di questo settore e con particolare riferimento alle disposizioni emanate in materia di lotta alla falsificazione dei farmaci, verrà disciplinata l'attività relativa alla vendita on line di medicinali senza obbligo di prescrizione da parte delle



farmacie e degli esercizi commerciali, verranno realizzate attività finalizzate a garantire la sicurezza dei medicinali offerti a distanza al pubblico mediante i servizi della società dell'informazione, anche attraverso la partecipazione alla conferenza di servizi ex art. 142-quinquies del decreto legislativo 219/2006 ed alla task force nazionale anti-falsificazione per la condivisione delle informazioni sulle attività e i casi di falsificazione. Inoltre, verranno espletati gli adempimenti relativi alla registrazione dei broker di medicinali e gli adempimenti di informazione all'Unione europea in materia di distribuzione.

Con riferimento alla problematica relativa all'indisponibilità in alcune aree geografiche di taluni medicinali indispensabili per la cura e la continuità terapeutica, fermi restando gli obblighi di verifica posti in capo alle Regioni in virtù della recente modifica normativa dell'articolo 105 del decreto legislativo 219/2006, si procederà, con il supporto del Comando dei Carabinieri per la Tutela della salute, ad accertare presso i vari livelli della filiera distributiva, il rispetto dell'obbligo di servizio pubblico, cioè l'obbligo di garantire in permanenza un assortimento di medicinali sufficiente a rispondere alle esigenze dei cittadini di un determinato territorio.



7. PROMOZIONE DELLA SALUTE PUBBLICA VETERINARIA E SICUREZZA DEGLI ALIMENTI.

7.1. Sicurezza degli alimenti.

In previsione dell' EXPO 2015 dedicato a "Nutrire il pianeta-Energia per la vita", che si svolgerà dal maggio all'ottobre 2015, si intende avviare un percorso per la predisposizione di:

- procedure straordinarie per garantire un flusso di importazione regolare e controlli sanitari efficienti sugli alimenti provenienti da Paesi extraeuropei, che saranno impiegati durante la manifestazione;
- un piano di controlli straordinari sull'igiene e sicurezza degli alimenti serviti durante l'evento;
- un piano di prevenzione degli attacchi bioterroristici attraverso il veicolo alimentare.

Per quanto riguarda, poi, l'ambito dei prodotti di origine animale proseguiranno le verifiche delle attività regionali, con focus sull'igiene dei molluschi, e si continuerà nel monitoraggio sui prodotti di origine non animale, per i quali ultimi verrà attuata una ricognizione sulle colture presenti nei Siti di interesse nazionale (SIN) - come individuati dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio e del mare - e verrà effettuato uno studio di fattibilità per un piano nazionale di monitoraggio dei contaminanti ambientali in alimenti di origine vegetale prodotti nei SIN. Continuerà l'attività di prevenzione delle intossicazioni da alimenti di origine vegetale, con particolare riferimento ai funghi attraverso il rafforzamento dei rapporti e lo scambio di informazioni con la rete tra le strutture per le intossicazioni da funghi che operano sul territorio nazionale. Sempre sugli alimenti di origine vegetale, in continuità con la programmazione passata e al fine di promuovere, nei confronti delle Regioni, una più attenta e puntuale gestione dei dati sui controlli ufficiali ed autocontrolli, si procederà al monitoraggio di quanto disposto dall'accordo quadro quinquennale(2014-2018) con le Regioni.

Si procederà - al fine di completare quanto disposto dalla normativa di autorizzazione dei prodotti fitosanitari (Regolamento CE n. 1107/2009) - alla riclassificazione dei prodotti fitosanitari per adeguarli alle disposizioni relative alla classificazione, all'etichettatura e all'imballaggio delle sostanze e delle miscele (Reg. CE n.1272/2008)

Nell'ambito delle iniziative di promozione della salute per la popolazione infantile proseguirà l'impegno sul tema dell'allattamento al seno e dell'alimentazione del bambino dallo svezzamento al compimento dei tre anni. A tale riguardo, continuerà il lavoro anche in sede europea per procedere alla adeguata revisione delle disposizioni vigenti sulle formule per lattanti ed anche sugli alimenti a fini medici speciali, in attuazione del Regolamento (UE) n.609/2013, valutando i costituenti ammissibili e le indicazioni sulle corrette modalità d'uso, ferma restando l'esigenza della tutela e della promozione dell'allattamento al seno.

Particolare attenzione sarà riservata alla possibilità di intervenire attraverso il miglioramento della qualità nutrizionale degli alimenti per l'infanzia e l'adolescenza sulle dinamiche di aumento di sovrappeso e obesità.

Nell'ambito delle strategie di tutela del soggetto celiaco continuerà il monitoraggio delle attività di controllo ufficiale delle Regioni sull'identificazione e la determinazione quantitativa del glutine negli alimenti dichiarati esenti.

Per quanto riguarda il contrasto alle patologie tiroidee da carenza iodica, saranno richiesti alle Regioni dati sulla presenza del sale iodato nei punti vendita e nella ristorazione e sull'effettivo tenore di iodio.

Altri ambiti di intervento dovranno riguardare, come già negli anni precedenti: la sicurezza e il corretto uso degli integratori alimentari; la sicurezza degli alimenti addizionati di vitamine e minerali e di sostanze ad effetto nutritivo o fisiologico per svolgere effetti benefici sulla salute; 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.

In continuità con l'anno 2014, continuerà l'impegno relativo all'applicazione e all'aggiornamento della normativa sui nuovi ingredienti alimentari.

Si proseguirà il lavoro avviato nel 2014 sui profili applicativi della norma a favore della riduzione degli sprechi alimentari inserita nella Legge di stabilità 2014 (art. 1, commi 236 e 237, legge 27 dicembre 2013, n. 147).

Sarà definito ed entrerà in applicazione il nuovo piano nazionale di controllo ufficiale sulla presenza di organismi geneticamente modificati negli alimenti per il triennio 2015-2017.

Continuerà, infine, un preciso impegno nei controlli concernenti tecnologie di produzione relative all'uso di additivi e aromi e sulle attività di buona fabbricazione dei materiali destinati a venire a contatto con gli alimenti.

Nell'anno di riferimento si continuerà a gestire le allerta alimentari e le situazioni di emergenza mediante la rete del sistema RASFF (*Rapid Alert System on Food And Feed*) comunitario ai fini del tempestivo ritiro e richiamo dei prodotti alimentari potenzialmente pericolosi o comunque all'origine di episodi di tossinfezione alimentare con la consueta massima attenzione per la corretta informazione dei consumatori.

Si continuerà, infine ma non da ultimo, a valorizzare le esportazioni e gli scambi intracomunitari di prodotti alimentari italiani, assicurando ai Paesi di destinazione, mediante adeguata compilazione delle certificazioni sanitarie, ove previste da accordi o richieste dal Paese terzo, la loro sicurezza sia rispetto alla tutela della salute dei consumatori, sia rispetto alla prevenzione della diffusione delle malattie infettive zootecniche.

Al riguardo si intende promuovere l'ampliamento della gamma dei prodotti alimentari esportati come i prodotti a base di carne suina a breve stagionatura verso gli USA ed i prodotti a base di carne bovina verso gli USA ed il Giappone e di aumentare gli sforzi per eliminare barriere non tariffarie quali i provvedimenti del 100% reinspection applicato dagli USA e la black list giapponese per gli stabilimenti che hanno avuto contestazioni di non conformità nei punti di ingresso.

7.2. Sanità pubblica veterinaria.

In materia di sanità pubblica veterinaria si procederà al completamento del sistema delle anagrafi animali attraverso la riorganizzazione dell'anagrafe avicola e l'implementazione dell'anagrafe di api, conigli e specie zootecniche minori, con particolare attenzione alla semplificazione della documentazione di scorta degli animali movimentati conseguibile attraverso l'utilizzo di funzionalità informatiche.



Verrà effettuato, inoltre, il monitoraggio sull'applicazione delle linee guida sulla paratubercolosi bovina.

Dovranno consolidarsi azioni più incisive nel territorio per il controllo e per l'eradicazione delle malattie infettive animali e delle zoonosi.

In particolare, anche ai fini di tutela del patrimonio suinicolo nazionale e delle nostre produzioni tipiche a base di carni suine, proseguiranno le attività straordinarie di eradicazione della Peste suina africana in Sardegna.

In tal senso verranno svolte, nell'ambito del Piano di attività straordinaria per l'eradicazione della Peste suina africana in Sardegna, le attività di verifica sui risultati conseguiti dalla Unità di missione stabilita all'uopo dalle autorità sarde nonché sul territorio della Regione Sardegna unitamente ai NAS, in linea con le raccomandazioni e gli obiettivi impartiti dalla Commissione Europea.

Per quanto riguarda la malattia vescicolare del suino, continuerà l'attività svolta nel corso del 2014 attraverso la Task Force presso la Direzione generale competente, con il Centro nazionale di riferimento presso l'IZS di Brescia e la componente sanitaria tecnico territoriale (Regioni e province autonome, IZS Territoriali) al fine del riconoscimento dello status di accreditamento delle Regioni Campania e Calabria.

Inoltre, sulla base dei risultati ottenuti nel 2014, sarà avviato un processo inteso a verificare il possibile impiego sul territorio del sistema di analisi del rischio per la categorizzazione delle aziende suine, attraverso la collaborazione di alcune Regioni "pilota".

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 sorveglianza ed eradicazione nonché i piani di emergenza con i relativi manuali operativi conformi alle norme comunitarie e internazionali, per poi integrare detti manuali con le prescrizioni inerenti la tutela del benessere degli animali eventualmente da abbattere nei focolai.

Ancora, verrà incrementata la verifica dell'attuazione dei controlli ufficiali nell'ambito delle valutazioni effettuate dal Comitato LEA, provvedendo, in caso di gravi inefficienze, ad attivare le procedure previste dai piani di rientro.

Al fine di adempiere agli obblighi di appartenenza all'Unione Europea, proseguirà l'attività di implementazione del sistema di audit nazionale d'intesa con le Regioni, avvalendosi, in particolare, del "tavolo tecnico di coordinamento" composto da rappresentanti regionali e ministeriali istituito per tale finalità con l'accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 (n. rep. 46/CSR)¹³.

Nell'anno 2015 continuerà il processo di miglioramento dei controlli sul benessere animale sia in allevamento, sia durante il trasporto attraverso una maggiore efficienza del sistema di informatizzazione e del sistema di rendicontazione, in accordo con quanto stabilito nel Piano nazionale sul benessere animale e con le Autorità delle Forze dell'Ordine.

Nel 2015, la fase di ricognizione prevista dal Progetto di verifica avviato nel 2014 e finalizzato all'accertamento del grado di adempimento alla normativa vigente degli allevamenti suini nazionali sarà conclusa con l'elaborazione dei risultati e l'ottenimento di un quadro statisticamente rappresentativo della realtà Italiana¹⁴.

¹³ Recante "Linee guida per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte del Ministero della salute, delle Regioni e Province autonome e delle AASSLL in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria".

¹⁴ In particolare, se nell'anno 2014 è stato possibile appurare un totale grado di adeguamento delle aziende al criterio della stabulazione in gruppo delle scrofe (group housing), i nuovi dati contribuiranno a meglio definire la situazione nazionale

Tali informazioni verranno poi utilizzate per una classificazione degli allevamenti suinicoli in base al “rischio benessere” oltre che al rischio sanitario (adempimenti alle previsioni in materia di anagrafe degli animali, situazione epidemiologica, quantitativo di medicinali veterinari impiegati in allevamento). Un progetto analogo, incentrato però sul solo monitoraggio costante del benessere animale, è stato applicato nel corso del 2014 per gli allevamenti bovini e proseguirà fino alla raccolta dei dati conclusivi nell'anno 2015.

Per i polli da carne (*broilers*), a seguito della pubblicazione del D.M. 4 febbraio 2013, attuativo del d.lgs. n. 181/2010 (recante a sua volta attuazione della direttiva 2007/43/CE, che stabilisce norme minime per la protezione di polli allevati per la produzione di carne), verrà realizzata e verificata nel corso del 2015 l'efficienza del sistema di monitoraggio al macello delle condizioni di benessere tramite l'individuazione di alcune tipologie di lesioni. Nell'ambito della tutela degli animali di affezione, dovranno essere potenziati i controlli sui canili e le verifiche promananti dalle segnalazioni in merito ai maltrattamenti sugli animali, in collaborazione con il Comando Carabinieri per la tutela della salute (NAS).

Sarà implementata la normativa inerente la tutela degli animali d'affezione e degli equidi e proseguirà l'attività di informazione degli operatori del settore e dei cittadini sulle norme vigenti e sui metodi di prevenzione dei rischi per la salute e l'incolumità pubblica nonché l'attività di promozione degli interventi assistiti con gli animali in sinergia con il Centro di riferimento nazionale.

Con riferimento alla protezione degli animali utilizzati a fini scientifici, come previsto dal d.lgs. 4 marzo 2014, n. 26, che recepisce la direttiva 2010/63/UE, si dovrà porre particolare attenzione all'estensione dei controlli sugli stabilimenti utilizzatori di animali, allo sviluppo di metodi alternativi all'impiego di animali ed alla formazione del personale.

Nel settore del farmaco veterinario proseguiranno le attività per la realizzazione di un maggiore controllo nelle diverse fasi della circolazione del medicinale veterinario, al fine di assicurare un efficace sistema di farmacovigilanza, nonché per la predisposizione di linee di indirizzo sull'utilizzo di dispositivi medici in medicina veterinaria e l'individuazione dei presidi maggiormente usati, per una migliore informazione agli operatori del settore.

Si provvederà, inoltre, a concorrere al processo di revisione della normativa comunitaria in materia di medicinali veterinari e dovrà proseguirsi il controllo delle attività di produzione dei medicinali veterinari, con l'obiettivo di rispettare il programma annuale delle ispezioni. A tale attività si affiancherà la verifica, tramite ispezioni sia mirate, sia di routine, dei sistemi di farmacovigilanza dei titolari di autorizzazione all'immissione in commercio (AIC).

Per quanto riguarda il settore dell'alimentazione animale, si provvederà alla redazione ed emanazione del Piano nazionale di controllo sull'alimentazione degli animali (PNAA) per il periodo 2015-2018, relativo all'attività di indirizzo dei controlli ufficiali sui mangimi; contestualmente dovrà essere seguito l'iter applicativo della normativa europea in tema di preparazione, commercio ed uso di mangimi medicati.

Inoltre, alla luce delle modifiche previste al Reg. (UE) 225/2012, si provvederà alla emanazione di nuove linee guida volte alla corretta applicazione del Regolamento in merito alle disposizioni relative al monitoraggio delle diossine nei mangimi ed al riconoscimento degli stabilimenti di produzione di prodotti contemplati nel suddetto Regolamento, considerati a rischio per tali contaminanti.

7.3. Valutazione del rischio della catena alimentare.

stabilendo se vi è, negli allevamenti, un'adeguata pavimentazione, se è presente il materiale di arricchimento ambientale, se vigono idonee condizioni sanitarie e se gli animali abbiano comportamenti idonei alla specie.



La sicurezza alimentare rappresenta un interesse primario della popolazione, coinvolgendo in modo trasversale e con differenti ruoli le istituzioni, i produttori, i consumatori e il mondo scientifico.

Per garantire la sicurezza degli alimenti occorre considerare tutti gli aspetti della catena alimentare come un unico processo, a partire dalla produzione primaria fino al consumo.

L'UE ha ritenuto il settore talmente rilevante da istituire l'Autorità europea per la sicurezza alimentare (*European Food Safety Authority - EFSA*), deputata alla valutazione scientifica dei rischi della catena alimentare, Autorità della quale il Ministero della salute costituisce il riferimento nazionale, col compito di coordinare l'attività di valutazione del rischio della catena alimentare avvalendosi del Comitato nazionale della sicurezza alimentare (CNSA). Detto Comitato, ricostituito con decreto del Ministero della salute 10 aprile 2014, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 28 marzo 2013, n. 44, è articolato in due sezioni: *sezione per la sicurezza alimentare*, con funzioni di consulenza tecnico-scientifica alle amministrazioni che si occupano di gestione del rischio in materia di sicurezza alimentare; *sezione consultiva delle associazioni dei consumatori e dei produttori in materia di sicurezza alimentare*, composta da rappresentanti delle medesime associazioni e delle amministrazioni interessate, con funzioni di favorire lo scambio di informazioni tra i predetti soggetti al fine di facilitare le capacità di scelta del cittadino per un consumo consapevole ed una dieta corretta, contribuendo alle iniziative di comunicazione disposte dagli organi competenti.

Per migliorare il sistema di valutazione del rischio della catena alimentare, appare necessaria l'ottimizzazione dell'attività di collaborazione con l'Autorità europea e l'integrazione dei rispettivi sistemi di valutazione del rischio attraverso:

- l'aggiornamento del database relativo agli esperti italiani operanti nei *panels scientifici*, gruppi di lavoro e *networks*, istituiti presso detta Autorità, ai fini di un migliore raccordo e coordinamento degli scienziati italiani che ne fanno parte;

- il supporto alle istituzioni scientifiche italiane che collaborano con EFSA ai sensi dell'articolo 36 del Regolamento del Parlamento e del Consiglio Europeo n. 178/2002, con la finalità di aumentare la loro partecipazione a *grants* e *procurements* promossi dalla stessa Autorità europea;

- la divulgazione delle metodologie aggiornate di valutazione del rischio della catena alimentare adottate da EFSA, al fine di fornire una solida base scientifica ad Istituzioni, Organismi ed Enti nazionali competenti nella valutazione del rischio;

- l'elaborazione di procedure di valutazione del rischio, tenendo conto delle procedure definite da EFSA;

- l'elaborazione di misure idonee per la tutela degli interessi dei consumatori fornendo loro i principi base per una scelta consapevole.



8. POLITICHE PER L'EFFICIENZA GESTIONALE.

In relazione al nuovo regolamento di organizzazione del Ministero, di cui al d.P.C.M. 11 febbraio 2014, n. 59 (adottato ai sensi dell'articolo 2, comma 10, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 – c.d. *spending review*), si dovrà procedere alla definizione dell'assetto organizzativo definitivo dell'Amministrazione, con l'individuazione delle posizioni dirigenziali di II fascia e degli incarichi da conferire ai dirigenti delle professionalità sanitarie, per il mantenimento dei livelli di servizio resi all'utenza, pur continuando il processo di concentrazione delle attività in un numero inferiore di strutture dirigenziali (in particolare per gli uffici dislocati sul territorio). A tal fine, dovranno essere sviluppati modelli organizzativi e gestionali innovativi per il funzionamento delle strutture, anche attraverso il potenziamento delle iniziative di lavoro a progetto, per un utilizzo trasversale delle risorse umane tra più strutture generali; ciò anche in considerazione del previsto completamento delle operazioni di riassorbimento del personale in soprannumero a seguito delle recenti riduzioni di organico imposte dalla legge.

Sempre nell'ottica del contenimento della spesa e, in particolare, all'ottimizzazione delle spese di funzionamento, dovrà darsi altresì attuazione a quanto previsto dall'art. 1, comma 233, della legge 27 dicembre 2013, n. 147, che ha concentrato le competenze in materia di assistenza sanitaria al personale navigante (SASN) presso gli Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera (USMAF), creando i presupposti per una razionalizzazione degli immobili utilizzati dalle strutture periferiche del Ministero.

Nel contempo, dovranno essere assicurate procedure tali da consentire la fluidità dei pagamenti ai fornitori, nel rispetto dei termini previsti dalla normativa vigente anche attraverso l'implementazione del processo di trattazione della fattura elettronica e di dematerializzazione del fascicolo contabile.

L'amministrazione dovrà sviluppare e sostenere specifiche attività formative, con l'utilizzo in via prioritaria dell'Auditorium e delle sale riunioni della sede di viale Ribotta al fine di contenere i relativi costi.

Nel quadro degli interventi di miglioramento dell'organizzazione del lavoro e di valorizzazione delle risorse umane, dovranno essere previste azioni finalizzate al benessere organizzativo e a favorire la conciliazione dei tempi di lavoro e di vita, dando ulteriore impulso alle esperienze di telelavoro già avviate nel corso del 2014 e pianificando azioni utili alla diffusione della cultura della parità e delle pari opportunità; ciò anche in collaborazione con il Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG Salute), nonché in raccordo con i Ministeri della salute europei.

Andranno, inoltre, perfezionati sistemi virtuosi di misurazione e valutazione della performance, sia organizzativa sia individuale, per monitorare le attività e quindi predisporre piani per il miglioramento dei servizi erogati e per l'uso ottimale delle risorse. A tal fine, occorrerà dare ulteriore impulso alle attività già avviate nell'ambito del controllo di gestione, con particolare riguardo all'adozione del budget quale strumento di *governance* ai diversi livelli.

Particolare attenzione sarà rivolta, come di consueto, allo sviluppo della cultura della trasparenza e dell'integrità anche attraverso specifici corsi di formazione. A tal fine, sarà rafforzata la collaborazione con il Responsabile della trasparenza oltretutto con il Responsabile della prevenzione della corruzione, proseguendo nelle azioni previste nel



Piano triennale di prevenzione della corruzione e proseguendo, in maniera coordinata, nell'attuazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità.

In attuazione del Codice dell'amministrazione digitale, il Ministero dovrà implementare ulteriormente l'erogazione dei servizi resi a singoli utenti, imprese e professionisti del settore, attraverso l'uso delle tecnologie ICT, in modo da garantire la massima semplicità nella partecipazione ai procedimenti amministrativi e nel rispetto del diritto di accesso agli atti.

Infine, sarà dato ulteriore impulso alle iniziative finalizzate al miglioramento della comunicazione interna, attraverso gli strumenti del web, contribuendo alla diffusione della missione del Ministero in modo da stimolare il personale a partecipare proficuamente all'azione amministrativa.



9. COMUNICAZIONE.

È notorio il ruolo strategico della comunicazione istituzionale in tema di salute. Essa non solo contribuisce significativamente a rafforzare la conoscenza e l'educazione sanitaria nella popolazione generale, ma permette, più in particolare, di favorire l'adozione di stili di vita e comportamenti salutari.

L'attività di comunicazione andrà pertanto potenziata attraverso interventi programmati volti ad aumentare la responsabilizzazione del cittadino, al fine di consentire una partecipazione consapevole e non passiva al processo di promozione e cura della salute e di soddisfare al contempo la sempre crescente domanda di informazione qualificata.

A tal fine occorrerà realizzare le inerenti iniziative attraverso l'utilizzo dei più innovativi strumenti di comunicazione, basati sulle tecnologie dell'Information and Communication Technology (ICT), idonei a sperimentare un nuovo modo di comunicare dell'amministrazione incentrato sull'"ascolto" delle esigenze del cittadino e sull'utilizzo proattivo delle informazioni (si dovrà in particolare sviluppare un percorso di interazione finalizzato a favorire una partecipazione attiva dei cittadini affinché gli stessi possano essere, oltre che destinatari delle iniziative di sensibilizzazione e informazione, anche coprotagonisti della comunicazione stessa).

Nondimeno, non dovranno essere trascurate le tradizionali attività editoriali, ivi incluse le pubblicazioni di periodici e la realizzazione di monografie su tematiche e attività coerenti con il ruolo di indirizzo del Ministero.

Proseguiranno infine le attività di comunicazione in collaborazione con organismi istituzionali (regioni, aziende sanitarie locali, IRCCS, IZS, ecc.), università, società scientifiche e con organizzazioni non profit, del terzo settore e del volontariato.