



# Ministero della Salute

## **DIRETTIVA GENERALE PER L'ATTIVITA' AMMINISTRATIVA E LA GESTIONE**

(ai sensi degli articoli 4 e 14 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165)

**Anno 2012**



## Sommario

<b>1. CONTESTO ISTITUZIONALE</b> .....	6
<b>2. PRIORITÀ DELL’AZIONE AMMINISTRATIVA E DELLA GESTIONE</b> .....	6
2.1. Prevenzione e comunicazione .....	7
2.2. Rilancio della ricerca sanitaria .....	8
2.3. Politiche sanitarie internazionali.....	9
2.4. Promozione della qualità dell’assistenza sanitaria .....	10
2.5. Dispositivi medici .....	12
2.6. Promozione della salute pubblica veterinaria e sicurezza degli alimenti .....	12
2.7. Politiche per l’efficienza gestionale .....	14
2.8. Sintesi degli obiettivi strategici dei dipartimenti del Ministero della salute....	15
<b>3. DESTINATARI DELLA DIRETTIVA E ATTRIBUZIONE DELLE RISORSE</b> .....	16
<b>4. RISORSE FINANZIARIE, STRUMENTALI E UMANE</b> .....	17
<b>5. SISTEMI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE</b> .....	17
<b>6. STATO REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI CONTENUTI NELLA DIRETTIVA GENERALE PER L’ANNO 2011</b> .....	18
<b>7. DISPOSIZIONE FINALE</b> .....	20
<b>ALLEGATO 1 – Quadro riassuntivo degli obiettivi per centro di responsabilità amministrativa</b> .....	21
<b>ALLEGATO 2 – Situazione del personale al 31 dicembre 2011</b> .....	25
<b>ALLEGATO 3 – Modelli delle schede obiettivo</b> .....	28



# I I Ministro della Salute

**VISTO** il decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, recante "Riforma dell'organizzazione del Governo, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59";

**VISTA** la legge 13 novembre 2009, n. 172, recante "Istituzione del Ministero della salute e incremento del numero complessivo dei Sottosegretari di Stato";

**VISTO** il decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286, recante "Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59", e in particolare l'articolo 8, concernente la direttiva generale annuale dei Ministri sull'attività amministrativa e sulla gestione;

**VISTO** il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche", e in particolare gli artt. 4 e 14 concernenti le funzioni di indirizzo politico-amministrativo;

**VISTO** il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, recante "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";

**VISTO** il decreto legge 25 giugno 2008, n. 112 convertito con modificazioni con la legge 6 agosto 2008, n. 133, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria;

**VISTA** la legge 5 maggio 2009 n. 42, recante "Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione";

**VISTA** la legge 31 dicembre 2009, n. 196 e ss.mm., "Legge di contabilità e finanza pubblica";

**VISTO** il decreto legge 13 maggio 2011, n. 70, convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 2011, n. 106, recante "Semestre Europeo - Prime disposizioni urgenti per l'economia";

**VISTO** il decreto legislativo 30 giugno 2011, n. 123, recante "Riforma dei controlli di regolarità amministrativa e contabile e potenziamento dell'attività di analisi e valutazione della spesa, a norma dell'articolo 49 della legge 31 dicembre 2009, n. 196";

**VISTO** il decreto legge 6 luglio 2011 n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, recante "Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria";

**VISTO** il decreto legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, recante "Ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e per

lo sviluppo. Delega al Governo per la riorganizzazione della distribuzione sul territorio degli uffici giudiziari”;

**VISTA** la legge 12 novembre 2011, n. 183, recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2012)”;

**VISTA** la legge 12 novembre 2011, n. 184, recante “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2012 e bilancio pluriennale per il triennio 2012-2014”;

**VISTO** il decreto legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, recante “Disposizioni urgenti per la crescita, l’equità e il consolidamento dei conti pubblici”;

**VISTO** il decreto legge 29 dicembre 2011, n. 216, recante “Proroghe dei termini previsti da disposizioni legislative”;

**VISTO** il decreto del Ministro dell’economia e delle finanze 1 dicembre 2011, recante “Ripartizione in capitoli delle unità di voto parlamentare relative al bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2012 e per il triennio 2012 – 2014”;

**VISTO** il decreto del Ministro della salute del 29 dicembre 2011, con cui si autorizzano i titolari di Centro di responsabilità amministrativa (CRA), nell’ambito degli stanziamenti previsti per ciascun CRA, ad adottare i provvedimenti necessari per lo svolgimento dell’ordinaria attività di gestione nelle more della formalizzazione della presente direttiva;

**VISTO** il Documento di economia e finanza deliberato dal Consiglio dei Ministri in data 13 aprile 2011;

**VISTA** la circolare del Ministero dell’economia e delle finanze - Ragioneria generale dello Stato - n. 23 del 13 luglio 2011, sulle previsioni di bilancio per l’anno 2012 e per il triennio 2012-2014;

**VISTE** le direttive del Presidente del Consiglio dei Ministri 15 novembre 2001, 8 novembre 2002, 27 dicembre 2004, 12 marzo 2007, 25 febbraio 2009, 16 aprile 2010 concernenti gli indirizzi per la predisposizione delle direttive generali dei Ministri per l’attività amministrativa e la gestione e le allegate Linee guida del Comitato tecnico-scientifico per il controllo strategico nelle Amministrazioni dello Stato;

**VISTO** il decreto del Presidente della Repubblica 11 marzo 2011 n. 108 recante il Regolamento di organizzazione del Ministero della salute;

**VISTO** il decreto del Presidente della Repubblica 12 giugno 2003 n. 208, recante il regolamento di organizzazione degli Uffici di diretta collaborazione del Ministro della salute;

**VISTO** il decreto del Ministro della salute 30 dicembre 2010, recante l’adozione del Sistema della misurazione e valutazione della *performance*;

**VISTO** l’Atto di indirizzo ministeriale del 4 agosto 2011 concernente l’individuazione delle priorità politiche per il 2012, con il quale è stato avviato il processo di pianificazione strategica;

**VISTE** le proposte di obiettivi strategici avanzate dai titolari dei Centri di responsabilità amministrativa;

**SENTITO** l'Organismo indipendente di valutazione in ordine alla coerenza interna del sistema degli obiettivi proposti ed a quella esterna, avuto riguardo al programma di Governo;

**RITENUTO**, sulla base delle suddette proposte, di definire gli obiettivi di cui sopra nonché gli indirizzi per l'attività amministrativa e la gestione di questa Amministrazione per il 2012;

**CONSIDERATO** che il complesso degli obiettivi definiti formano oggetto della valutazione della dirigenza di vertice per l'anno 2012

#### **EMANA**

la seguente direttiva generale e le relative linee programmatiche, obiettivi strategici e risultati attesi dall'azione del Ministero della salute per l'anno 2012, in coerenza con il programma di Governo e nel rispetto delle compatibilità finanziarie.



## 1. CONTESTO ISTITUZIONALE

Il nuovo quadro organizzativo-istituzionale è stato delineato dal D.P.R. 11 marzo 2011 n. 108 contenente il Regolamento di organizzazione del Ministero della salute, emanato in attuazione della legge n. 172 del 2009. L'architettura organizzativa sarà completata con l'emanazione, ai sensi dell'articolo 12, comma 1, del citato D.P.R., di apposito decreto ministeriale di natura non regolamentare per l'individuazione degli uffici e delle funzioni di livello dirigenziale non generale. Nelle more dell'emanazione di tale decreto, è stato adottato il decreto del Ministro della salute 2 agosto 2011 concernente l'assetto transitorio dell'Amministrazione. Con il D.P.R. 11 marzo 2011 n. 108 si è provveduto a razionalizzare gli assetti e le strutture con la riduzione del numero dei Dipartimenti da quattro a tre e con la previsione di un Ufficio generale non dipartimentale, con competenze trasversali per le risorse, l'organizzazione ed il bilancio.

Per l'anno 2012, l'Amministrazione, in regime di continuità e sviluppo rispetto al 2011, si pone due macro-obiettivi: l'economicità della *governance* del sistema ed il rispetto dei principi di appropriatezza ed efficacia degli interventi sui cittadini.

Il tutto proseguendo nell'attuazione del Patto per la salute, sottoscritto in data 3 dicembre 2009, dal Governo e dalle Regioni e secondo i principi di tutela della salute in discussione presso la Conferenza Stato-Regioni.

Nel corso dell'anno dovranno, inoltre, esercitarsi le responsabilità di governo nel settore della tutela della salute, in un quadro connotato dal necessario rigore nella gestione dei saldi di finanza pubblica, in conseguenza della crisi economico-finanziaria in atto nel nostro Paese ed in Europa.

Ne deriva l'esigenza di adeguare le politiche statali in materia di tutela della salute, che permane interesse primario di rilevanza costituzionale (art. 32 Cost.), con la conseguente necessità di un rafforzamento della qualità e, al contempo, dell'efficienza dei servizi sanitari pubblici.

## 2. PRIORITÀ DELL'AZIONE AMMINISTRATIVA E DELLA GESTIONE

La pianificazione strategica e la programmazione finanziaria per il 2012 si sviluppano nella cornice determinata tanto dagli indirizzi di politica economica, quanto dagli indirizzi contenuti nelle linee programmatiche del Governo orientate a realizzare una omogeneità di offerta sanitaria su tutto il territorio nazionale, attraverso linee guida, percorsi diagnostico-terapeutici, indicazioni operative.

Anche per il 2012 la strategia del Ministero è riferita al potenziamento della programmazione, dell'autonomia organizzativa e delle responsabilità finanziarie delle Regioni, mediante un'azione di stimolo e persuasione operata dal Ministero per il miglioramento degli indicatori di impatto, di efficacia e di efficienza nell'erogazione dei servizi.

Le priorità conseguenti sono da riferirsi al rischio clinico, al governo clinico, alla prevenzione, alla ricerca, alla formazione dei professionisti, al riconoscimento del merito, al federalismo solidale, ai nuovi livelli essenziali di assistenza, all'individuazione di linee guida che siano uniformi su tutto il territorio nazionale.

L'azione di controllo sui costi sanitari dovrà incentrarsi sul governo della spesa, sul miglioramento della qualità dei servizi, su interventi qualificati di prevenzione e di assistenza sanitaria, sviluppando anche una metodologia per misurare gli esiti in termini di salute e non solo di qualità in astratto, compreso un sistema di compartecipazione (ticket) rimodulato sui criteri di equità, trasparenza e omogeneità e quindi sulla capacità di reddito, sulla numerosità delle famiglie e sull'appropriatezza delle cure.



Dovranno, in particolare, incentivarsi azioni volte a garantire l'efficiente gestione delle risorse da parte dei soggetti istituzionali e un trasparente uso integrato di esse e la valorizzazione delle organizzazioni sociali, dell'eccellenza e della capacità di innovazione diffuse ancora in misura disomogenea sul territorio nazionale.

A tal riguardo, va evidenziata l'esistenza di una diversa offerta dei servizi sul territorio nazionale, dimostrata dalle vicende relative alla necessità di adottare piani di rientro dai disavanzi regionali sanitari.

In tale ambito, l'Amministrazione dovrà individuare linee di indirizzo innovative e di forte discontinuità rispetto al tradizionale modello connotato da politiche prevalentemente assistenziali e vigilare per assicurare il diritto alla tutela della salute, sia a livello individuale che di collettività, con nuovi livelli essenziali di tutela.

L'implementazione di un sistema di "Sanità innovata" richiede importanti strategie di intervento di tipo preventivo, ad alta efficienza gestionale, quanto più possibile personalizzate e in grado, pertanto, di valorizzare la partecipazione e la sussidiarietà.

A tal proposito, si evidenzia come già nel contesto del Patto per la salute viene posta l'enfasi sulle azioni di monitoraggio e valutazione della *performance*, affidando un ruolo chiave alla Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), che dovrà, anche per il 2012, tramite l'integrazione di numerose competenze, provvedere a monitorare e promuovere l'efficacia e l'efficienza delle attività regionali ed aziendali.

Nel merito degli interventi, in considerazione dell'attuale situazione socioeconomica e per garantire una indispensabile coerenza tra efficienza sanitaria ed impiego delle risorse, l'azione dell'Amministrazione sarà diretta al perseguimento di priorità politiche, alcune già definite nel 2011, da sviluppare ed ampliare nel 2012, riconducibili alle seguenti macroaree di intervento:

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

## **2.1. 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 e locali che 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 e attraverso l'attuazione del programma annuale del CCM - e dovrà assicurarsi l'attuazione dei regolamenti europei REACH e CLP per la gestione delle sostanze chimiche e delle miscele pericolose.

Sarà, inoltre, necessario un miglioramento, in termini di efficienza e tempestività, della sorveglianza e profilassi delle malattie infettive, anche considerando che la frequenza degli



spostamenti di persone e di merci può favorirne la diffusione, a volte con carattere di vera emergenza.

In applicazione dei principi della Carta di Tallin, il Ministero continuerà a promuovere ogni forma di collaborazione con gli attori interessati, al fine di migliorare la salute dei cittadini, anche attraverso politiche ed interventi di altri settori nei confronti dei determinanti sociali, ambientali ed economici.

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.

## **2.2. RILANCIO DELLA RICERCA SANITARIA**

La ricerca finanziata dal Ministero della salute anche per il 2012 dovrà produrre risultati agevolmente trasferibili all'attività clinica, privilegiando quindi azioni 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 termini di prevenzione, diagnosi e cura.

Un aspetto sul quale incidere profondamente è la diffusa percezione della ricerca italiana come fonte di spesa piuttosto che come fattore di sviluppo. Ciò deriva dal fatto che in passato i finanziamenti della ricerca servivano al mantenimento delle strutture e non per selezionare i migliori ricercatori, perciò nella selezione dei progetti era assente l'ottica meritocratica propria di altre società, come quelle di cultura anglosassone. Negli USA, ad esempio, le grandi campagne di finanziamento di ricerche sulle malattie cardiovascolari e tumorali hanno prodotto risultati dai quali è poi derivata una riduzione dei costi indiretti di almeno sette volte. E' necessario che anche nel nostro Paese l'attenzione si concentri sull'efficacia del finanziamento e sulla sua correlata credibilità agli occhi dell'opinione pubblica.

A tal fine, appare fondamentale promuovere ulteriormente la dimensione internazionale della ricerca italiana, tanto nella fase di selezione dei progetti da finanziare, quanto in quella della loro esecuzione.





Pertanto, nel 2012 il Ministero dovrà proseguire l'opera di riqualificazione della spesa sanitaria, perseguendo l'aumento della qualità della ricerca biomedica italiana e la trasparenza nell'assegnazione dei relativi finanziamenti. Per garantire la selezione dei migliori progetti presentati, nella fase di valutazione dovrà essere incrementata la partecipazione dei revisori stranieri e dei ricercatori italiani residenti all'estero provenienti dal mondo della ricerca sanitaria nordamericana. Tra i progetti selezionati, inoltre, dovrà aumentare il numero di quelli che prevedono collaborazioni internazionali, mediante il coinvolgimento di ricercatori italiani residenti all'estero.

Al fine di stimolare la compartecipazione alla spesa per la ricerca da parte dei soggetti privati e per facilitare il trasferimento nelle attività produttive delle innovazioni conseguite, una parte dei progetti selezionati dovrà comportare il finanziamento in *fund-raising* con il sistema delle imprese.

Considerato infine che, oltre allo Stato, al finanziamento pubblico della ricerca contribuiscono anche le Università e le Regioni, per quanto spesso con procedure e regole diverse, e che proprio le Regioni sono cointeresate al raggiungimento degli obiettivi di miglioramento del Sistema sanitario nazionale, nel 2012 occorre perseguire non solo lo snellimento delle procedure burocratiche, ma anche il tentativo di far confluire in un unico bando le risorse messe a disposizione da tutti i soggetti pubblici, in modo che dalla gestione unitaria di obiettivi comuni di carattere interistituzionale e dalla concentrazione degli investimenti risultino potenziate le condizioni necessarie alla crescita degli investimenti in ricerca e sviluppo.

### **2.3. POLITICHE SANITARIE INTERNAZIONALI**

Nel corso dell'anno 2012, dovrà essere consolidato e implementato il ruolo dell'Italia per la tutela della salute in ambito internazionale, anche in coerenza con le linee strategiche definite a livello comunitario e internazionale, alla luce dell'esperienza del Servizio Sanitario Nazionale.

In tale ottica, riveste carattere strategico l'ulteriore sviluppo delle collaborazioni bilaterali e multilaterali volte allo 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.

In particolare, occorrerà promuovere il rafforzamento dei sistemi sanitari e dell'offerta di salute nell'ambito della regione Mediterranea, coerentemente con le finalità poste dal Processo di Barcellona - Unione per il Mediterraneo, attraverso la costituzione di *network* tecnico-scientifici tra i centri partecipanti e i Servizi sanitari nazionali dei Paesi afferenti.

Pertanto, saranno sostenuti, proseguendo quanto già avviato negli anni precedenti, progetti di sanità pubblica collegati ai programmi EUROMED, che assumono 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 esse 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. In tal senso, appare di particolare valore la costituzione di uno specifico tavolo tecnico presso la DG SANCO della CE, finalizzato alla ricognizione e alla promozione delle iniziative di partenariato euro-mediterraneo in ambito sanitario.

Carattere strategico va riconosciuto, altresì, alla partecipazione al progetto triennale "*Public Health Aspects of Migration in Europe*", concordato - tramite Accordo internazionale - tra il Ministero della Salute e l'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS.

Con specifico riferimento all'anno 2012, verrà assicurata la partecipazione ai lavori per lo sviluppo di un piano di rafforzamento delle capacità di risposta degli Stati Membri della Regione Europea dell'OMS a emergenze sanitarie legate ad accentuati flussi migratori, nonché per la stesura di linee guida basate sull'esperienza maturata soprattutto in Italia, ma anche in altri Paesi con esposizione simile ai flussi migratori.

## **2.4. PROMOZIONE DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA**

### 2.4.1 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;
- d. 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.

Il Ministero dovrà rendere disponibili, attraverso il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), i necessari strumenti a supporto delle attività della Direzione generale della programmazione sanitaria inerenti il 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.

### 2.4.2 Riorganizzazione delle cure primarie e di quelle ospedaliere

Le cure primarie vanno riorganizzate secondo una logica di rete che consenta 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 esistenti.

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 anche 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.

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 di prevenzione delle distorsioni e malfunzionamenti.

### 2.4.3 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, per le Regioni sottoposte a Piani di rientro, nell'implementazione dei Piani di rientro medesimi.

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 e della sicurezza 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, del diabete e delle malattie metaboliche. In tale ambito e al fine di migliorare gli standard di sicurezza, è necessario rendere disponibili linee di indirizzo per la promozione della sicurezza delle cure.

Gli ospedali dovranno operare in grandi reti, avvalendosi di tecnologie e professionalità sempre più elevate e impiegando metodiche di "de-materializzazione" nella trasmissione e archiviazione delle informazioni, con capacità di risposta alla pluralità di richieste del paziente. 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.



## 2.5. 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 SSN, di concerto con il Ministero 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, quali ad esempio le grandi apparecchiature.

In tal modo si realizzerebbe:

- una riduzione della spesa basata su dati storici;
- la responsabilizzazione delle 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.

Inoltre, il potenziamento dei sistemi di tracciabilità dei dispositivi medici e degli altri prodotti di interesse sanitario quali i cosmetici 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.

## 2.6. PROMOZIONE DELLA SALUTE PUBBLICA VETERINARIA E SICUREZZA DEGLI ALIMENTI

Nel 2012 lo sviluppo delle attività necessarie al conseguimento degli obiettivi del Piano Nazionale Integrato 2011-2014 (PNI o MANCP) e del Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 dovrà caratterizzare, insieme con la razionalizzazione dei controlli sanitari ed il coordinamento delle strutture e delle attività del SSN, le iniziative del Dipartimento della sanità pubblica veterinaria, della sicurezza alimentare e degli organi collegiali per la tutela della salute. Particolare riguardo dovrà attribuirsi, altresì, al nuovo Piano Nazionale per l'Alimentazione Animale (PNAA) per il triennio 2012-2014.

### 2.6.1 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 dovranno 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.

#### 2.6.2 Sanità pubblica veterinaria

In continuità con l'attività svolta nel 2011, verranno consolidate le azioni sul 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).

Per quanto riguarda la Peste Suina Africana, inoltre, tenuto conto della recente recrudescenza in regione Sardegna, sono previsti interventi mirati ad armonizzare le attività tra i vari enti coinvolti (Regione, IZS competente per territorio e Centro di referenza per le pesti suine), nonché attività straordinarie di controllo degli allevamenti con la collaborazione dei NAS, al fine di ridimensionare ed eradicare la malattia, così come pressantemente richiesto dalle autorità comunitarie.

Relativamente alla brucellosi bovina e bufalina, la tubercolosi bovina e la brucellosi ovicaprina, dovranno intensificarsi, in collaborazione con i relativi centri di referenza nazionali, le azioni di monitoraggio sui programmi di eradicazione attuati dalle Regioni Sicilia, Calabria, Campania e Puglia.

Al fine di uniformare gli interventi nel territorio sulle malattie a forte impatto sulle economie nazionali ed internazionali, sarà necessario attuare i Piani di emergenza, con i relativi manuali operativi, conformi alle norme comunitarie e internazionali, anche con riguardo alla tutela del benessere degli animali.

Verrà rafforzato il sistema epidemiologico di sorveglianza nazionale per la sanità animale e la sicurezza alimentare, attraverso l'implementazione di sistemi informativi, in coerenza con il documento programmatico già approvato in Conferenza Stato - Regioni. In particolare, si renderà obbligatoria la notifica dei focolai di malattie infettive da parte delle autorità sanitarie locali nei confronti del Ministero esclusivamente in modalità informatica, attraverso l'utilizzo dell'apposito applicativo messo a disposizione nel Sistema Informativo Veterinario Nazionale (VETINFO).

Nelle medesime aree di azione, verrà valutata l'attuazione dei LEA previsti per la veterinaria e, se possibile, in caso di gravi inefficienze, si provvederà, come già fatto in precedenza, a richiedere di sanare la situazione all'interno dei piani di rientro.

Al fine di adempiere agli obblighi di appartenenza all'Unione Europea, verrà implementato il sistema di audit nazionale, d'intesa con le Regioni.

Inoltre, verrà assicurata la partecipazione al processo di revisione della normativa comunitaria in materia di sanità animale (*Animal Health Law*), attualmente in discussione presso la Commissione europea.

Relativamente al settore delle importazioni di animali, alimenti di origine animale e mangimi, verranno sviluppate opportune azioni per consentire l'attivazione dello Sportello Unico Doganale, che prevede l'interoperabilità tra i sistemi informativi del Ministero della salute e il sistema informativo dell'Agenzia delle dogane. Saranno altresì valorizzate le attività



volte a favorire la qualificazione e l'esportazione di prodotti italiani, attraverso le certificazioni sanitarie veterinarie e gli accordi internazionali di cooperazione nei settori veterinario e della sicurezza alimentare.

Nel settore del benessere animale, che è sotto attenzione continua da parte della Commissione Europea, verranno migliorati i controlli nei trasporti internazionali, anche in base all'apposito protocollo d'intesa con la Polizia Stradale, e negli allevamenti degli animali da reddito, sulla base del Piano nazionale del benessere animale e si procederà ad eventuali azioni intensificate nei settori più sensibili, quali quello delle galline ovaiole allevate in gabbia.

Nel 2012 dovrà, inoltre, proseguire anche l'informazione ai cittadini e agli operatori di settore sulle norme vigenti, sui metodi di prevenzione dei rischi per la salute e l'incolumità pubblica, nonché sulla corretta interazione uomo-animale. Per contrastare i maltrattamenti sugli animali, infine, proseguirà in base alle risorse disponibili, il controllo sui canili e sulle situazioni gravi di randagismo segnalate, in collaborazione con i Carabinieri del NAS.

Infine, ai fini della tutela della salute pubblica verranno intensificate le azioni di controllo nei diversi stadi della circolazione del medicinale veterinario, dalla fabbricazione alla distribuzione, dalla dispensazione all'impiego, al fine di assicurare un efficace sistema di farmaco sorveglianza.

### 2.6.3. Valutazione del rischio della catena alimentare

In sistemi molto complessi, come quello della produzione e consumo degli alimenti, esistono numerosi fattori che influenzano sia la probabilità che la gravità degli episodi di infezione alimentare, o di intossicazione o di episodi conseguenti a contaminazione chimica o fisica degli alimenti.

Pertanto, per gestire in modo efficace la sicurezza degli alimenti, occorre utilizzare strumenti che consentono di conoscere e valutare tutti questi fattori ed acquisire una conoscenza più completa del sistema.

La valutazione del rischio soddisfa queste esigenze in quanto metodo scientifico e strumento fondamentale per valutare in modo obiettivo e sistematico le conoscenze scientifiche attuali dei sistemi complessi di produzione alimentare. Inoltre, se integrato in modo efficace con la comunicazione e gestione del rischio, diventa un supporto scientifico in grado di orientare la "gestione" del rischio verso una scelta decisionale "informata".

Nel sistema europeo per la sicurezza alimentare, la valutazione del rischio è un processo distinto dalla gestione del rischio.

In ambito europeo, l'Autorità europea per la sicurezza alimentare (EFSA) costituisce il perno del sistema per la valutazione dei rischi relativi alla sicurezza di alimenti e mangimi. L'EFSA, in stretta collaborazione con le autorità nazionali e in aperta consultazione con le parti interessate, fornisce consulenza scientifica indipendente e comunica in maniera chiara su rischi esistenti ed emergenti.

A livello nazionale, la struttura individuata quale Autorità nazionale di riferimento dell'EFSA è la Direzione generale degli organi collegiali per la tutela della salute. Pertanto, in un sistema di produzione alimentare globalizzato, si evidenzia la necessità di standardizzare le procedure di valutazione del rischio, al fine di proporre ai decisori elementi condivisi.

A tal fine, saranno acquisiti ed analizzati i documenti emanati dall'EFSA, ai fini dell'aggiornamento delle metodologie di valutazione del rischio.

## 2.7. POLITICHE PER L'EFFICIENZA GESTIONALE

L'attuale congiuntura economica e le conseguenti riduzioni di risorse umane e finanziarie imposte dalla normativa vigente rendono essenziale raggiungere l'obiettivo di garantire i livelli di servizio resi dall'Amministrazione, sviluppando modelli organizzativi e gestionali innovativi





per il funzionamento delle strutture, nell'ottica della razionalizzazione e del contenimento della spesa.

In particolare, si provvederà alla centralizzazione degli acquisti di materiale di facile consumo per il fabbisogno delle sedi dei Carabinieri del NAS e alla regolamentazione per un ottimale utilizzo della sede centrale di viale Ribotta che comporti la riduzione dei consumi energetici e la riduzione della spesa relativa ai servizi di supporto.

Nel quadro degli interventi di miglioramento dell'organizzazione del lavoro e di valorizzazione delle risorse umane si promuoverà l'uso di iniziative di lavoro a progetto, anche in maniera trasversale tra più strutture generali, al fine di rispondere ai diversi fabbisogni di personale, in una situazione di progressiva riduzione delle dotazioni organiche.

Attraverso il "Comitato Unico di Garanzia" si continuerà a promuovere la valorizzazione del benessere di chi lavora, l'uguaglianza tra i generi, in tema di opportunità, di riconoscimento del merito, di corretta gestione del personale e di contrasto alle discriminazioni.

In tale ottica, si avvierà un percorso di sviluppo di competenze professionali finalizzato alla realizzazione di iniziative di formazione la cui docenza sarà affidata al personale interno.

L'Amministrazione dovrà proseguire, anche nel 2012, l'implementazione di sistemi adeguati di misurazione della *performance*, al fine di dare completa attuazione ai principi del d.lgs. n. 150/2009, che prevede idonei strumenti di misurazione delle attività del Ministero per un continuo miglioramento dei servizi erogati.

Strettamente connesso al Sistema di misurazione e valutazione della *performance* organizzativa e individuale è il sistema di controllo di gestione, che deve essere in grado di fornire la base informativa necessaria per l'individuazione di opportuni indicatori di efficienza ed economicità da impiegare nel Piano della *performance*. A tal fine occorrerà dare ulteriore impulso alle attività già avviate in questo ambito, con particolare riguardo all'adozione del budget quale strumento di *governance* ai diversi livelli.

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 favorire, anche attraverso idonee iniziative formative, cambiamenti organizzativi, sviluppo tecnologico e un nuovo modo di comunicare, principalmente grazie a 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.

## **2.8. SINTESI DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI DEI DIPARTIMENTI DEL MINISTERO DELLA SALUTE**

Sulla base dei provvedimenti legislativi sopra richiamati si è provveduto, secondo i dettami della circolare n. 23 del 2011 della R.G.S. nei mesi di ottobre e dicembre 2011 all'inserimento nella "Nota integrativa al bilancio di previsione 2012-2014" dei seguenti obiettivi strategici, distinti per Dipartimento.

### **Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione**

- A.1 - Consolidare l'azione finalizzata alla tutela e alla promozione della salute umana in tutte le età della vita, attraverso interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria
- A.2 - Riqualficazione della spesa sanitaria attraverso l'aumento della qualità e della trasparenza della ricerca biomedica italiana
- A.3 - Promuovere il ruolo dell'Italia per la tutela della salute in ambito internazionale, anche in coerenza con le linee strategiche definite a livello comunitario e internazionale, alla luce dell'esperienza del Servizio Sanitario Nazionale;



- A.4 - Realizzare interventi di comunicazione, anche on line, nelle aree di preminente interesse per la tutela della salute, attraverso iniziative di informazione, pubblicazioni e studi, anche in collaborazione con organismi istituzionali e associazioni del terzo settore.

## **Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Servizio sanitario nazionale**

- B.1 - Individuare indicatori della programmazione sanitaria nazionale idonei a consentire la conoscenza ed il monitoraggio dei sistemi regionali di erogazione dei LEA, al fine di garantire, in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale, l'appropriatezza, la qualità, l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni sanitarie
- B.2 - Realizzazione di una scheda metodologica di analisi per la lettura integrata delle prestazioni nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza
- B.3 - Promuovere la qualità nell'impiego delle risorse umane in assistenza sanitaria, privilegiando l'integrazione professionale nelle cure primarie e in quelle ospedaliere e implementando collaborazione professionale nel rapporto funzionale tra ospedale e territorio
- B.4 - Lotta alla contraffazione dei prodotti cosmetici, finalizzata alla tutela della salute del cittadino
- B.5 - Implementazione, in collaborazione con la DGSISS, delle attività finalizzate al miglioramento del sistema di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN.

## **Dipartimento della sanità pubblica veterinaria, della sicurezza alimentare e degli organi collegiali per la tutela della salute**

- C.1 - Rafforzamento della sorveglianza epidemiologica
- C.2 - Standardizzazione delle procedure di controllo all'importazione di prodotti di origine non animale e di materiali a contatto, con particolare riguardo all'attività di campionamento e alla formazione del personale
- C.3 - Elaborazione di nuove procedure e modalità operative in applicazione del nuovo assetto regolamentare del settore dei prodotti fitosanitari previsto dal regolamento (CE) 1107/2009 e dai regolamenti comunitari collegati emanati ed in via di emanazione
- C.4 - Aggiornamento delle metodologie di valutazione del rischio della catena alimentare.

## **Ufficio generale delle risorse, dell'organizzazione e del bilancio**

- D.1 - Razionalizzare e contenere la spesa per il funzionamento del Ministero e dei NAS attraverso modelli organizzativi e gestionali innovativi
- D.2 - Garantire i livelli di servizio resi dall'Amministrazione potenziando il benessere organizzativo attraverso modalità innovative di organizzazione del lavoro e di valorizzazione del personale, a fronte delle riduzioni di risorse umane e finanziarie.

### **3. DESTINATARI DELLA DIRETTIVA E ATTRIBUZIONE DELLE RISORSE**

La presente direttiva è indirizzata ai titolari dei Centri di responsabilità amministrativa del Dicastero, così come individuati dal decreto di organizzazione di cui al D.P.R. 11 marzo 2011 n. 108.

La direttiva, pertanto, intende sviluppare una programmazione che sia in grado di assicurare la continuità dell'ordinario svolgimento dei compiti assegnati ai CRA, unitamente alla possibilità di introdurre, nella gestione e nella organizzazione delle risorse, elementi di



innovazione, di riforma e di snellimento, imposte dalle misure di razionalizzazione introdotte dal d.lgs. n. 150 del 2009.

Ai titolari dei CRA, sono assegnati, per l'anno in corso, gli obiettivi strategici ed operativi di cui all'allegato 1.

Per la realizzazione di detti obiettivi, nonché per lo svolgimento degli altri compiti istituzionali e per l'assolvimento delle conseguenti responsabilità, i titolari dei CRA si avvalgono delle risorse finanziarie dei capitoli di cui alla Tabella 14, iscritte per l'anno 2012, per ciascuna missione, nei pertinenti programmi del bilancio di previsione della spesa di questo Ministero, nonché delle risorse umane indicate nell'allegato 2.

In esecuzione della presente Direttiva, i titolari dei CRA provvedono rispettivamente ad attribuire gli obiettivi di competenza ai Direttori preposti alle Direzioni generali funzionalmente dipendenti nonché ad allocare agli stessi le relative risorse.

Ogni CdR provvederà, con proprio provvedimento (cd. "Direttiva di 2° livello"), alla formalizzazione delle modalità organizzative inerenti le attività da pianificare per il raggiungimento degli obiettivi operativi assegnati alle strutture dirigenziali generali.

#### **4. RISORSE FINANZIARIE, STRUMENTALI E UMANE**

La determinazione delle dotazioni finanziarie per l'anno 2012 sarà contenuta nel decreto di assegnazione delle risorse stanziato nello stato di previsione del Ministero della salute per l'esercizio 2012 ai titolari dei CRA operanti sulla base del provvedimento organizzativo vigente.

Lo stesso decreto, unitamente alla ripartizione e alla successiva assegnazione delle risorse finanziarie, provvede anche all'assegnazione delle risorse umane in servizio.

Si evidenzia, al riguardo, che il processo di riorganizzazione del Ministero tutt'ora in corso dovrà tener conto delle misure di razionalizzazione e contenimento della spesa e di riduzione della dotazione organica previste dai provvedimenti normativi richiamati in premessa.

La riconfigurazione degli organici richiederà conseguentemente una revisione degli attuali assetti.

#### **5. SISTEMI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE**

La rilevanza dei sistemi di controllo strategico e di valutazione delle prestazioni, unitamente al controllo di gestione, è aumentata per effetto della normativa in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, introdotta dal d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150.

Ogni amministrazione pubblica, infatti, è tenuta a misurare e valutare la *performance* con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola, e ai singoli dipendenti.

Tale misurazione e valutazione verrà svolta sulla base dei dati forniti dall'apposita applicazione informatizzata accessibile on-line.

Il flusso informativo che ne deriva favorisce la possibilità di assumere decisioni appropriate e tempestive da parte dei titolari dei CRA, pienamente in linea con la funzione del controllo quale strumento di *governance* e consente, altresì, all'OIV di verificare tempestivamente eventuali scostamenti e criticità delle attività programmate.

Secondo tale modello, è possibile per i Centri di responsabilità comunicare in tempo reale all'OIV le informazioni circa lo stato di avanzamento e di sviluppo delle attività connesse agli obiettivi strategici e operativi, nonché l'utilizzo delle risorse umane e finanziarie direttamente connesse.



Le eventuali modifiche alla pianificazione degli obiettivi potranno essere proposte nell'ipotesi della insorgenza di specifiche cause ostative, quali:

- significative variazioni delle disponibilità finanziarie derivanti dalla predisposizione del disegno di legge per l'assestamento del bilancio o altri provvedimenti finanziari;
- entrata in vigore di provvedimenti normativi e di atti organizzativi che comportino l'assegnazione di ulteriori obiettivi o la modifica di quelli già definiti;
- mutamento dell'indirizzo politico-amministrativo;
- variazioni rilevanti della domanda di servizi da parte dei cittadini/utenti, nonché di altri fattori comunque riferibili al contesto esterno dell'Amministrazione;
- riscontro di scostamenti, da parte dell'OIV, tra i risultati parziali effettivamente conseguiti e quelli attesi, tali da compromettere il raggiungimento degli obiettivi programmati.

Tali modifiche, avanzate su iniziativa dei titolari dei CRA, dovranno essere sottoposte all'approvazione del Ministro, previa verifica di coerenza esterna ed interna della nuova programmazione da parte dell'OIV.

Nel caso in cui occorra, invece, procedere a mere rimodulazioni che non alterano, ad esempio, la denominazione, le finalità ed il prodotto/risultato dell'obiettivo, le modifiche di dettaglio e le eventuali azioni correttive correlate sono approvate con determinazione del titolare del competente CRA e contestualmente comunicate al Ministro per il tramite dell'OIV.

## **6. STATO REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI CONTENUTI NELLA DIRETTIVA GENERALE PER L'ANNO 2011**

L'Organismo indipendente di valutazione ha svolto il monitoraggio dello stato di avanzamento e di sviluppo delle attività connesse agli obiettivi strategici e operativi, assegnati alle strutture ministeriali con la Direttiva annuale del Ministro, emanata il 26 gennaio 2011, anche per evidenziare criticità o scostamenti, nonché per segnalare eventuali azioni correttive alla programmazione inizialmente prevista.

Gli obiettivi strategici assegnati ai Dipartimenti sono stati i seguenti:

- *Definire e applicare adeguati indicatori della programmazione sanitaria nazionale in grado di dare compiuta attuazione al federalismo fiscale ma anche di consentire alle Regioni di garantire l'erogazione dei LEA in condizioni di efficienza e appropriatezza;*
- *Promuovere la valorizzazione delle professioni sanitarie sviluppando interventi nelle attività di formazione e qualificazione del personale del SSN ai fini del miglioramento dell'efficacia e della qualità delle prestazioni;*
- *Promuovere il ricorso a moderne tecniche di informatizzazione al fine di migliorare la fruibilità e la disponibilità dei servizi sanitari su tutto il territorio nazionale;*
- *Riqualificazione della spesa sanitaria attraverso la razionalizzazione delle risorse assegnate alla ricerca sanitaria;*
- *Curare le attività finalizzate e all'implementazione di un sistema di monitoraggio degli acquisti dei dispositivi medici a livello centrale e periferico, attraverso il necessario coordinamento con la DGSI e con le Regioni Assicurare il regolare funzionamento delle attività istituzionali dell'Amministrazione sviluppando modelli gestionali innovativi;*
- *Consolidare le attività finalizzate alla tutela della salute umana in tutte le età della vita e alla prevenzione delle malattie croniche attraverso l'adozione di stili di vita attivi e responsabili, il controllo dei fattori di rischio ambientali, la medicina predittiva, i programmi pubblici di screening e la prevenzione delle recidive e delle complicanze di malattia;*



- *Realizzare interventi di comunicazione, anche on-line, attraverso iniziative di sensibilizzazione ed informazione, pubblicazioni e studi, anche in collaborazione con organismi istituzionali, università, associazioni del volontariato e terzo settore, nelle aree di preminente interesse per la tutela della salute;*
- *Promuovere il ruolo dell'Italia per la tutela della salute in ambito internazionale, anche in coerenza con le linee strategiche definite a livello comunitario e internazionale;*
- *Ottimizzazione delle attività di coordinamento finalizzate alla tutela della salute alimentare;*
- *Rafforzamento della sorveglianza epidemiologica;*
- *Attivazione delle procedure finalizzate all'attuazione della delega di cui all'art. 2 della L.n. 183 del 4/11/10 per la riorganizzazione degli II.ZZ.SS.*

Gli stessi sono stati articolati in 40 obiettivi operativi che sono stati così assegnati: n. 15 obiettivi al Dipartimento della Qualità; n. 10 al Dipartimento dell'Innovazione; n. 8 al Dipartimento della Prevenzione e Comunicazione; n. 7 al Dipartimento per la Sanità Pubblica Veterinaria, la Nutrizione e la Sicurezza degli Alimenti.

Il "Sistema informatizzato di monitoraggio della Direttiva" ha consentito un flusso continuo e costante di informazioni, provenienti dai diversi Centri di responsabilità amministrativa, concernenti lo stato di realizzazione dei suddetti obiettivi strategici e i connessi obiettivi operativi, in grado di dotare i responsabili delle strutture di uno strumento di gestione e controllo sulle proprie linee di attività.

Per evitare un aggravio di spesa, altrimenti necessario per modificare l'impianto del sistema di monitoraggio in uso, nonostante l'entrata in vigore in data 29 luglio u.s. del D.P.R. 11 marzo 2011 n. 108, non si è tenuto conto ai fini dello svolgimento dell'attività di monitoraggio della nuova organizzazione del Ministero della Salute né della conseguente attribuzione ai nuovi centri di responsabilità degli obiettivi strategici della Direttiva emanata dal Ministro.

Dall'analisi dei dati risulta un andamento generale sostanzialmente regolare delle attività poste in essere ed una partecipazione attiva e costante del personale tutto nel promuovere l'avanzamento delle iniziative strategiche del Ministero della salute; con riguardo ai dati forniti nelle schede di monitoraggio, il quadro che emerge nel complesso è chiaro e completo.

Di seguito sono sinteticamente rappresentate le percentuali medie di realizzazione degli obiettivi strategici di ciascun dipartimento, sulla base dei dati aggiornati alla data del 30 settembre 2011 (data stabilita per il monitoraggio del III trimestre):

- Dipartimento della Qualità: **59,3%**
- Dipartimento dell'Innovazione: **61,9%**
- Dipartimento della Prevenzione e Comunicazione: **73,7%**
- Dipartimento per la Sanità Pubblica Veterinaria, la Nutrizione e la Sicurezza degli Alimenti: **68,9%**.

Si segnala, da ultimo, che nel secondo trimestre, giusta nota n. 262/P/F.5.b.c.1 del 27 giugno u.s. dell'OIV, è intervenuta una modifica, ad opera del Dipartimento per la Sanità pubblica veterinaria, la nutrizione e la sicurezza degli alimenti, alla pianificazione dell'obiettivo operativo D.3.1 "Predisposizione da parte del Dipartimento della bozza di decreto legislativo di riordino degli II.ZZ.SS"; detto obiettivo peraltro risulta pienamente raggiunto entro il termine stabilito del 30 giugno 2011.



## 7. DISPOSIZIONE FINALE

Il testo della presente direttiva è trasmesso alla Corte dei conti per il tramite dell'Ufficio centrale di bilancio.

In attesa degli esiti di tale controllo, al fine di non compromettere la piena realizzazione degli obiettivi fissati, si dovrà provvedere all'avvio immediato di tutte le attività necessarie per la compiuta attuazione della stessa.

Roma, li 19 GEN. 2012

Il Ministro  
Prof. Renato Balduzzi