plessivo. Ciò è certamente ancora dovuto al fatto che i cittadini ne sanno ancora troppo poco e gli stessi medici stentano spesso a prescrivere i farmaci generici. Tuttavia, la generale garanzia derivante da terapie consolidate e l'opportunità di razionalizzazione della spesa farmaceutica, che l'uso appropriato di farmaci generici assicura, devono costituire i presupposti per superare la diffidenza degli operatori sanitari e dei pazienti. In ogni sistema farmaceutico il farmaco generico equivalente rappresenta, infatti, uno strumento di rilevanza strategica e cruciale e la sostenibilità della spesa farmaceutica è fortemente connessa a tale disponibilità. Le scadenze dei diritti di tutela brevettale producono automaticamente e per legge abbattimenti dei costi, che nel 2011 hanno consolidato una riduzione media prossima al 50% rispetto ai prezzi dei farmaci originatori di riferimento, realizzando importanti risparmi destinati alla copertura finanziaria delle terapie più innovative. Tutto ciò è inserito in un contesto di politica di responsabilizzazione del cittadino circa la possibilità di contribuire anche individualmente a una maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse. Una più ampia divulgazione del significato del sistema di rimborso e del differenziale di prezzo del farmaco branded rispetto al farmaco generico-equivalente è elemento essenziale per non equivocare sul valore di quest'ultimo, liberando definitivamente il campo dall'equazione "minor costo, minor qualità".

Nel campo dei farmaci di utilizzo ospedaliero i farmaci biosimilari hanno cominciato ad assumere un ruolo importante. Questi sono simili ma non uguali ai farmaci di riferimento, costituendo, quindi, un'alternativa terapeutica dotata di proprietà farmacocinetiche e farmacodinamiche potenzialmente diverse, ma con un sicuro vantaggio in termini economici. L'aspetto importante da non trascurare, infatti, è che, ottenendo un costo minore, il farmaco biosimilare permette di garantire un migliore accesso alle terapie per tutti i pazienti. Attualmente la diffusione di tali farmaci è ancora molto limitata, ma l'AIFA, in collaborazione con le Regioni, è impegnata per far sì che possano entrare a pieno titolo tra le opzioni terapeutiche in uso.

Sempre in campo di politica farmaceutica, molti sforzi sono stati fatti nella promozione dell'appropriatezza prescrittiva, elemento chiave per garantire, da una parte, la salute del paziente e, dall'altra, il controllo della spesa farmaceutica. Per questo nel 2011 l'AIFA ha avviato sia un riesame delle principali Note di appropriatezza prescrittiva (come per esempio la Nota 13), sia una più generale revisione del Prontuario Farmaceutico Nazionale.

1.6. Il monitoraggio sull'impiego dei medicinali e sulla spesa farmaceutica

Nei primi 9 mesi del 2011 la spesa farmaceutica lorda territoriale a carico del SSN ha registrato una riduzione del 3,7%. Per i farmaci distribuiti a livello territoriale sono stati spesi, infatti, 9.370 milioni di euro rispetto ai 9.726 milioni dei primi 9 mesi del 2010. Tuttavia, i consumi hanno subito un incremento, seppure di modesta entità (+1,2%); sono state infatti prescritte 965,4 dosi ogni 1.000 abitanti rispetto alle 954,2 dell'anno precedente; questo è in linea con i fattori demografici di invecchiamento della popolazione e la cronicizzazione di alcune patologie. In presenza di consumi in lieve aumento e di un effetto mix costante, la riduzione dei prezzi (–5,2%) è stata la principale causa della contrazione della spesa. La spesa privata, pari complessivamente a 4.840 milioni di euro, è aumentata del 5,3% rispetto ai primi 9 mesi del 2010, principalmente a causa dell'incremento della spesa per classe A privata (+14,3%), seguito da un aumento della spesa per i farmaci per automedicazione (+3,9%) e della spesa per classe C con ricetta (+3,5%).

La compartecipazione a carico del cittadino, che comprende la spesa per il ticket per ricetta posto dalle Regioni e il differenziale di prezzo che paga il cittadino quando sceglie un farmaco originator rispetto al farmaco equivalente su cui non pagherebbe nulla, nei primi 9 mesi del 2011 è pari a 974 milioni di euro, facendo registrare un notevole incremento del 36,5% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Questa voce di spesa rappresenta ormai il 10% della spesa farmaceutica lorda; tale percentuale era pari al 3% nel 2006.

Anche nei primi 9 mesi del 2011 è stata osservata un'ampia variabilità tra le Regioni sia nei consumi sia nella spesa territoriale. In corrispondenza di un valore medio nazionale di 965,4 Dosi Definite Giornaliere (DDD)/1.000 abitanti/die, i consumi oscillano da un valore massimo di 1.090,8 DDD/1.000 abitanti/die della Regione Sicilia a un valore minimo di 725,6 DDD/1.000 abitanti/die nella Provincia Autonoma di Bolzano. Il consumo è in aumento in tutte le Regioni, a eccezione della Campania (–5,9%) e della Puglia (–2,2%). Gli incrementi più elevati rispetto al 2010 sono stati registrati nella Provincia Autonoma di Bolzano (+3,6%), nelle Regioni Umbria (+3,3%) e Lombardia (+3,3%). La spesa regionale, a fronte di una media nazionale di 153,10 euro procapite, varia da un massimo di 193,20 euro procapite della Regione Sicilia a un minimo di 111,60 euro procapite della Provincia Autonoma di Bolzano.

La distribuzione diretta e per conto rappresenta oggi una voce di spesa in costante aumento e, nei primi 9 mesi del 2011, raggiunge la quota di 2.000 milioni di euro.

La categoria terapeutica a maggiore impatto di spesa e consumo è rappresentata dai farmaci per il sistema cardiovascolare (55,1 euro procapite e 455,4 DDD/1.000 abitanti/die), che da sola copre il 36% della spesa e il 47% delle prescrizioni dei farmaci rimborsati a livello territoriale. Sebbene, rispetto allo stesso periodo del 2010, il consumo di questa classe sia in lieve aumento (+1,1%), la spesa è diminuita del 4,7%, coerentemente con il forte calo dei prezzi (–6,9%); la maggior parte dei farmaci compresi in questa categoria, infatti, ha perso la copertura brevettuale. All'interno di questa classe, le statine costituiscono il sottogruppo a maggiore spesa (12,3 euro procapite) e numero di dosi (55,2 DDD/1.000 abitanti/die), seguite, per quanto riguarda la spesa, dai sartani da soli o in associazione (16,9 euro procapite) e, per quanto riguarda le prescrizioni, dagli ACE-inibitori da soli o in combinazione (116,5 DDD/1.000 abitanti/die). Si osserva un notevole aumento di spesa (+37,8%) e consumi (+30,5%) rispetto al 2010 per i nuovi farmaci per il trattamento dell'angina, in particolare per ivabradina e ranolazina.

L'apparato gastrointestinale e il metabolismo rappresentano la seconda categoria terapeutica per maggiore impatto di spesa (23,7 euro procapite) e consumo (141,7 DDD/1.000 abitanti/die).

Come per il sistema cardiovascolare, anche questa classe mostra una diminuzione della spesa (–4,7%) e dei prezzi (–6,7%) rispetto all'anno precedente, a fronte di un aumento delle prescrizioni (+3,2%). Gli inibitori di pompa sono i farmaci appartenenti a questa categoria che registrano il più alto valore di spesa (11,2 euro procapite) e consumo (62,4 DDD/1.000 abitanti/die). Rispetto al 2010, questi farmaci hanno mostrato un consumo in netto aumento (+9,5%) a fronte di una diminuzione della spesa (–6,9%), principalmente a causa del continuo calo dei prezzi (–12,9%). All'interno della medesima categoria, i farmaci incretino-mimetici da soli o in combinazione hanno registrato, rispetto all'anno precedente, il maggiore incremento nei valori di spesa e consumo, rispettivamente 78,2% e 94,6% a fronte di una riduzione dei prezzi pari al 14%.

2 Comunicazione e soddisfazione dei cittadini

2.1. Comunicare l'appropriatezza: i Quaderni del Ministero della salute

Il periodico "Quaderni del Ministero della salute" ha proseguito per il secondo anno le pubblicazioni volte a uniformare e a fissare i criteri di appropriatezza dell'assistenza sanitaria nel nostro Paese, a promuovere standard comuni di lavoro. Le monografie, a cura della Direzione Generale della Comunicazione e delle Relazioni Istituzionali, sono parte integrante del sistema Relazione sullo Stato Sanitario del Paese, di cui rappresentano il costante aggiornamento e approfondimento su temi centrali dell'assistenza. Nel 2011 sono stati pubblicati – a cadenza bimestrale – i numeri dal 7 al 12 della collana.

- *Odontoiatria di comunità: criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale.* La vera odontoiatria di comunità coglie il suo momento massimo proprio nella prevenzione primaria, soprattutto nei più giovani, senza tralasciare aspetti di prevenzione terziaria che contribuiscono, sicuramente, al miglioramento dello stato di salute della popolazione tutta.
- *La centralità della Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali.* La medicina riabilitativa ha acquisito con il tempo evidenze ermeneutica ed epistemologica specifiche, delineando un modello di intervento peculiare e profondamente diverso rispetto alla medicina e chirurgia d'organo. In considerazione della complessità dei percorsi assistenziali riabilitativi e della loro necessaria e coerente articolazione nell'ambito delle tipologie di setting ospedaliero, extraospedaliero, territoriale, sanitario e sociale, il volume evidenzia l'indispensabilità di predisporre in tutte le Regioni un'organizzazione dipartimentale delle attività di riabilitazione.
- *Stato dell'arte e programmazione dell'assistenza alle malattie digestive.* Il punto sulla situazione epidemiologica e assistenziale delle malattie digestive in Italia: indispensabile una più efficace organizzazione e modulazione fra attività del territorio e attività ospedaliere, che consenta di ottimizzare l'utilizzo delle risorse garantendo una corretta attività assistenziale.
- *Appropriatezza clinica, strutturale, tecnologica e operativa per la prevenzione, diagnosi e terapia dell'obesità e del diabete mellito.* La monografia delinea i rapporti tra medicina primaria e centri specialistici territoriali e ospedalieri, nonché i modelli organizzativi per la gestione integrata del follow-up (*chronic care model*) e i criteri di appropriatezza dell'équipe multidisciplinare e del setting di cura. Uno spazio non trascurabile è dedicato all'automonitoraggio glicemico domiciliare, alla terapia insulinica sottocutanea continuativa tramite microinfusore, alla telemedicina, al trapianto di pancreas e, non ultimo, all'educazione terapeutica.
- *Appropriatezza nella prevenzione, diagnostica e terapia in oftalmologia.* Anche per l'oftalmologia occorre maggiore sviluppo e implementazione di reti assistenziali per la presa in carico di pazienti, in cui trovino adeguata armonizzazione funzionale le diverse strutture territoriali

e ospedaliere di primo e secondo livello e i Centri di eccellenza, identificati sulla base del dimensionamento e della tipologia di dotazione tecnologica, delle competenze professionali, dei volumi di attività e della dislocazione geografica. La monografia illustra, inoltre, le nuove tecniche di imaging per lo studio della retina e del nervo ottico e la loro appropriatezza d'uso per orientare nella scelta della strumentazione da impiegare nelle diverse patologie. Una parte significativa del Quaderno è dedicata ai bisogni e alla realtà dei soggetti ipovedenti o ciechi.

- *Criteri di appropriatezze clinica, strutturale e tecnologica di Radiologia Interventistica.* L'ultimo numero dei Quaderni del Ministero della salute per il 2011 ha affrontato in modo organico l'utilizzo delle tecniche diagnostiche e terapeutiche innovative effettuabili mediante la Radiologia Interventistica, definendo i criteri di appropriatezza organizzativa, funzionale e tecnologica come modello e standard per i Centri esistenti e in corso di realizzazione.

Tutte le monografie sono pubblicate, corredate dei video di presentazione degli autori, nel portale ministeriale, nel sito tematico dedicato (www.quadernidellasalute.it) e tramite l'App per mobile "Edicola salute".

2.2. Misurare l'impatto delle campagne di comunicazione: il caso della corretta alimentazione dei bambini

Le campagne di comunicazione realizzate negli anni dal Ministero della salute hanno contribuito a favorire e sviluppare processi di *empowerment* e di responsabilizzazione del cittadino finalizzati a modificare in chiave salutare stili di vita che favoriscono il benessere psicofisico.

Per misurare l'impatto di una campagna si misurano e analizzano aspetti specifici: livello di penetrazione, gradimento, comprensione, riconoscibilità della fonte e ricordo del messaggio a distanza di tempo. È poi fondamentale valutare gli effetti anche in corso d'opera, per correggere e calibrare al meglio i messaggi da proporre.

Tra le iniziative realizzate dalla Direzione Generale della Comunicazione e delle Relazioni Istituzionali del Ministero per la promozione degli stili di vita salutari nel corso del 2011, risultano interessanti i risultati conseguiti con la campagna di dissuasione dal fumo di tabacco e con l'avvio del progetto "Capitan Kuk" per la promozione del consumo di frutta e verdura nei bambini.

La valutazione degli effetti della campagna contro il tabagismo "Io non fumerò mai", pianificata negli anni 2010-2011 in televisione, sugli organi della carta stampata e sui circuiti delle affissioni stradali cittadine, è stata curata da un istituto di ricerca specializzato attraverso un'indagine, articolata in due fasi (prima e dopo l'esposizione al messaggio da parte del campione). La ricerca ha fornito un esito molto positivo sia per il gradimento e l'apprezzamento del testimonial da parte del pubblico, sia in termini di efficacia, premiando l'integrazione della pianificazione dei mezzi. Infatti, le programmazioni radiofonica e televisiva hanno raggiunto percentuali di penetrazione presso il target particolarmente elevate (81,4%) rispetto al valore medio di riferimento (63%). Particolarmente rilevanti i dati relativi alla sensibilizzazione dei bambini, che rappresentava l'obiettivo principale. Dopo la campagna, infatti, è aumentata in modo significativo (+21,4%) la percentuale di fumatori che hanno ricevuto la richiesta di smettere da parte dei propri figli. In generale, la percentuale dei non fumatori che hanno chiesto ai fumatori presenti in famiglia di smettere è passata dal 39,9% al 74,3%. In famiglia, soprattutto nelle case dei fumatori con minori, sono cresciuti, inoltre, l'interesse e la frequenza a parlare del fumo di tabacco e dei danni da esso provocati. In alcuni casi il tema è stato affrontato in famiglia per la prima volta. Infine, oltre il 60% dei fuma-

tori che hanno visto lo spot ha affermato di essere stato indotto a modificare le proprie abitudini: oltre il 64% ha pensato di smettere, quasi il 20% ha deciso di non fumare in presenza dei bambini e il 14% ha provato a smettere di fumare.

Sul versante della promozione dell'alimentazione salutare, a livello sperimentale, è stato misurato l'impatto del lancio di "Capitan Kuk", il primo cartone animato realizzato dal Ministero della salute in collaborazione con la Rai Radiotelevisione Italiana e finalizzato alla promozione del consumo della frutta e della verdura tra i bambini. In occasione dell'evento di avvio del progetto, agli oltre 200 bambini presenti alla proiezione delle prime puntate del cartone animato è stato somministrato un questionario di gradimento, e quasi tutti hanno manifestato grande apprezzamento e dimostrato piena comprensibilità dei temi trattati. La maggior parte dei bambini ha poi affermato di essere stata coinvolta e sensibilizzata dal cartone e di voler provare a modificare le proprie abitudini alimentari coinvolgendo i genitori e introducendo nella dieta quotidiana un maggiore consumo di frutta e verdura. Per quanto riguarda lo share registrato dal cartone, i dati forniti dalla Rai, relativi alla fascia oraria di programmazione, ne hanno evidenziato, già dalla messa in onda delle prime puntate – sul canale tematico Rai Yo-Yo – l'alto gradimento, con un numero di telespettatori superiore rispetto a quelli degli altri canali tematici Rai e con uno share medio dell'1,82 a fronte di quello ordinario del canale dell'1,41. Nel 2012 proseguirà la messa in onda di "Capitan Kuk" e l'iniziativa riguarderà anche la produzione di materiale informativo da veicolare nelle scuole attraverso la collaborazione del Ministero della pubblica istruzione e degli Enti locali.

2.3. La rilevazione on line della soddisfazione degli utenti del Servizio sanitario nazionale

Le Linee guida per i siti web della Pubblica Amministrazione (2011) impongono alle Amministrazioni pubbliche di adottare sistemi di valutazione centrati sugli utilizzatori dei servizi, capaci di registrare in modo continuo la qualità percepita e il livello di soddisfazione.

Tra i modelli di riferimento c'è "Mettiamoci la faccia", iniziativa del Dipartimento della Funzione Pubblica finalizzata a rilevare in maniera sistematica, attraverso l'utilizzo di interfacce emozionali (cosiddetto emoticon), la *customer satisfaction* sulla qualità dei servizi pubblici erogati allo sportello o attraverso altri canali (telefono e web).

L'iniziativa, avviata in via sperimentale nel marzo 2009 su tutto il territorio nazionale, è coerente con la strategia delineata dal Piano e-gov 2012 ed è in linea con il D.Lgs. 150/2009. Quasi 1.000 le Amministrazioni che hanno aderito all'iniziativa. Nel campo dei servizi sanitari, nel 2011 sono state 9 le strutture sanitarie che hanno attuato la rilevazione, in base ai dati forniti al Ministero dal Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Il canale di erogazione del servizio prevalentemente sottoposto al giudizio degli utenti è stato lo sportello (quasi il 78%). Il 22% dei giudizi ha riguardato servizi erogati on line. Nel 2011 sono stati più di 20.000 i cittadini che hanno espresso una propria valutazione sul servizio ricevuto dalla struttura sanitaria a cui si sono rivolti. Il 77,6% di essi si è dichiarato soddisfatto (faccina verde sorridente) e il 10,2% ha espresso un giudizio comunque sufficiente (faccina gialla), mentre i giudizi negativi (faccina rossa) sono stati dati dal 12,2% degli utenti.

In particolare, con riferimento ai servizi erogati dalle strutture allo sportello (es. ambulatori, centro unico di prenotazione, ufficio relazioni con il pubblico), il 73,2% si è dichiarato soddisfatto e il 12,1% ha dato un giudizio sufficiente, mentre il 14,7% era insoddisfatto. I motivi di insoddisfazione sono: il tempo di

attesa (47%), la mancanza di professionalità (18%) e la necessità di tornare (11%).
Per quanto riguarda i servizi erogati on line (es. il ritiro dei referti di laboratorio, il centro unico di prenotazione, la scelta e il cambio del medico), il 91,4% degli utenti si dichiara soddisfatto, il 4,2% dà la sufficienza e il 4,4% è insoddisfatto. I motivi di insoddisfazione sono: la difficoltà di accesso (48%), la mancanza di chiarezza delle istruzioni (43%) e il mancato aggiornamento delle informazioni (9%).
In merito, invece, ai contenuti delle pagine on line, il Ministero della salute, nella logica web 2.0 suggerita dalle Linee guida, ha adottato dal febbraio 2011 un sistema di rilevazione del gradimento degli utenti (da una a cinque stelle) sulle informazioni disponibili nel portale ministeriale www.salute.gov.it.
Nel 2011, i voti espressi sono stati circa 3.600. Il 36,5% delle pagine votate ha ottenuto in media cinque stelle, il 18,2% ha ricevuto quattro stelle, il 22,1% tre stelle, il 7,9% due stelle e il 15,3% una sola stella.
Le pagine che hanno ottenuto il maggior numero di voti riguardano le informazioni sull'assistenza sanitaria all'estero, le esenzioni dal ticket, gli stili di vita, le campagne di comunicazione, le professioni sanitarie, la salute delle donne, l'antidoping, le farmacie, le sostanze stupefacenti e psicotrope. Le pagine che hanno ricevuto cinque stelle riguardano le esenzioni dal ticket, la campagna donazione organi, tessuti e cellule, l'influenza, la salute in tavola e il movimento fisico, la campagna contro l'AIDS, le ondate di calore e le malattie infettive.
Con riferimento al canale YouTube del Ministero, che ha registrato oltre 65.000 visualizzazioni nel 2011, le pagine che hanno ricevuto più "Mi piace" sono quelle relative ai video sulla vita degli infermieri, sulla lotta ai maltrattamenti degli animali e sulla campagna contro il fumo.

Bibliografia essenziale

Ministero della salute. www.salute.gov.it. Ultima consultazione: settembre 2012

Presidenza del Consiglio dei Ministri, DIGIT PA, Dipartimento per la digitalizzazione della pubblica amministrazione e l'innovazione tecnologica, Dipartimento della Funzione Pubblica, Formez PA - Linee guida per i siti web della PA 2011

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica. Report sull'iniziativa "Mettiamoci la faccia", marzo 2012. www.qualitapa.gov.it. Ultima consultazione: settembre 2012

3 Governo e sviluppo delle risorse umane

3.1. Esercizio professionale e formazione delle professioni sanitarie

Istituzione dei master in cure palliative e terapia del dolore e Tavolo di lavoro congiunto sui profili professionali delle professioni sanitarie. Nel contesto delle disposizioni concernenti la formazione delle professioni sanitarie la legge 38 del 15 marzo 2010, recante "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", ha previsto di tutelare il diritto di ogni cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore.

La norma stabilisce che con Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, su proposta di questo Ministero, siano individuate le figure professionali, con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche per l'età pediatrica, con particolare riferimento ai medici di medicina generale (MMG) e ai medici specialisti in anestesia e rianimazione, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia, pediatria, ai medici con esperienza triennale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, agli infermieri, agli psicologi, agli assistenti sociali, nonché alle altre figure professionali ritenute essenziali.

Onde consentire a tali figure professionali di operare nel sistema che compone la rete delle cure palliative e della terapia del dolore con le adeguate conoscenze e competenze, uno specifico articolo della legge ha previsto l'istituzione, da parte del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca di concerto con questo Dicastero, di master in cure palliative e terapia del dolore.

Quanto previsto dalla norma e lo sforzo dei due Ministeri si sono concretizzati nella predisposizione di cinque provvedimenti concernenti l'attivazione di master destinati a specifiche figure professionali che, dopo essere stati sottoposti al vaglio del Consiglio universitario nazionale e del Consiglio superiore di sanità, sono stati emanati dai due Ministri il 4 aprile 2012 e pubblicati nella Gazzetta Ufficiale il 16 aprile u.s.

In particolare:

- master universitario di primo livello in "Cure palliative e terapia del dolore". Esso è riservato alle professioni sanitarie di infermiere, infermiere pediatrico, fisioterapista, terapista della riabilitazione. Il master ha la durata di un anno e prevede l'acquisizione di 60 crediti formativi, di cui 40 relativi alla formazione teorica e 20 relativi alla formazione pratica. Nel provvedimento sono indicati i profili di apprendimento, gli obiettivi formativi di base, nonché gli obiettivi formativi caratterizzanti specifici per infermieri e infermieri pediatrici e per fisioterapisti e terapisti occupazionali, le attività di tirocinio obbligatorie, che concorrono all'acquisizione delle competenze professionali, gli standard e i requisiti della rete formativa;
- master di alta formazione e qualificazione in "Terapia del dolore". Esso è riservato ai medici in possesso di una delle specializzazioni indicate nell'art. 5, comma 2, della legge 38/2010, ivi comprese quelle che potranno essere successivamente individuate in sede di accordo Stato-Regioni, con documentata formazione in terapia

del dolore. È previsto che il corso in questione abbia una durata di 12 mesi, con l'acquisizione di 60 crediti formativi, di cui 30 dedicati alla formazione teorica e 30 dedicati alla formazione pratica. Anche in questo caso nel provvedimento sono indicati nel dettaglio i profili di apprendimento, gli obiettivi formativi, le attività pratiche obbligatorie, gli standard e i requisiti della rete formativa;

- master universitario di alta formazione e qualificazione in "Cure palliative", riservato ai medici che hanno conseguito una delle specializzazioni indicate nell'art. 5, comma 2, della legge 38/2010, ivi comprese quelle che dovessero essere successivamente individuate in sede di accordo Stato-Regioni. È previsto che il master abbia una durata di 24 mesi con l'acquisizione di 120 crediti formativi, di cui 60 dedicati alla formazione teorica e 60 dedicati alla formazione pratica. In analogia con gli altri decreti, il provvedimento in questione individua i profili di apprendimento, gli obiettivi formativi, le attività pratiche obbligatorie, nonché gli standard e i requisiti della rete formativa;
- master universitario di alta formazione e qualificazione in "Terapia del dolore e cure palliative pediatriche", riservato ai medici in possesso della specializzazione in pediatria e ai medici in possesso della specializzazione in anestesia, rianimazione e terapia intensiva, con specifica formazione ed esperienza in pediatria. È previsto che tale corso abbia una durata di 24 mesi con l'acquisizione di 120 crediti formativi, di cui 60 dedicati alla formazione teorica e 60 alle attività pratiche. Anche in questo caso il provvedimento declina i profili di apprendimento, gli obiettivi formativi, le attività pratiche obbligatorie e gli standard e i requisiti della rete formativa;
- master universitario in "Cure palliative e terapia del dolore", riservato ai laureati specialisti/magistrali in psicologia. È previsto che il corso abbia la durata di un anno con l'acquisizione di 60 crediti formativi, di cui 40 dedicati alla parte teorica e 20 alle attività pratiche. Come per i precedenti, anche in questo caso il decreto definisce i profili di apprendimento, gli obiettivi formativi, le attività pratiche obbligatorie e gli standard e i requisiti della rete formativa.

Nell'ambito dell'esercizio professionale e formazione delle professioni sanitarie si inserisce il Tavolo di lavoro congiunto sui profili professionali, che si è insediato il 15 dicembre 2011 per la prima volta, sulla base di una proposta avanzata dalla Commissione Salute del Coordinamento delle Regioni, con il compito di elaborare proposte per l'implementazione delle competenze delle professioni sanitarie e per introdurre per tali professionisti le specializzazioni previste dall'art. 6 della legge 43/2006. Il Tavolo è costituito dai rappresentanti designati dalle Regioni e dalle Province Autonome e da rappresentanti del Ministero.
Le professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione e la professione di ostetrica negli ultimi vent'anni, in virtù della legislazione e normativa del settore, sono state oggetto e soggetto di una profonda evoluzione ordinamentale e formativa.
Questa innovazione ha fatto sì che la maggior parte del personale del comparto sanità sia costituito da laureati e da laureati specialistici formati nella medesima facoltà universitaria, quella di medicina e chirurgia, tutti professionisti con un proprio specifico autonomo campo di intervento, periodicamente soggetto all'evoluzione scientifica, tecnologica e dei modelli organizzativi del lavoro propri del Servizio sanitario nazionale (SSN).
Ne consegue che, per garantire un'omogeneità organizzativa nell'ambito del SSN, occorre avviare un processo di adeguamento dell'organizzazione del lavoro alla realtà normativa, attraverso una progressiva revisione dell'intero sistema delle professioni sanitarie, rivalutando i rapporti tra le diverse professionalità sanitarie e sociosanitarie e l'organizzazione dei processi produttivi, in una logica di integrazione, collaborazione e cooperazione tra i vari professionisti, con conseguenti vantaggi per la stessa attività professionale e per il cittadino.
La ridefinizione delle professioni sanitarie costituisce uno dei temi di maggiore attualità, coerentemente con le innovazioni che cambiano radicalmente l'organizzazione delle cure erogate dal SSN. Aree tematiche, quali l'emer-

genza-urgenza, la deospedalizzazione e le cronicità, impongono una rivisitazione dell'intero sistema sanitario, al fine di garantire un'assistenza sanitaria qualificata sul territorio.
Questa scelta è rafforzata dalle positive sperimentazioni già in essere, con il verificato gradimento degli operatori, degli amministratori e soprattutto dei cittadini, quali:

- il modello *See and treat* adottato dalla Regione Toscana, su proposta della locale Società di Medicina d'Urgenza, che permette a infermieri debitamente formati di gestire nei Dipartimenti emergenza e accettazione (DEA) i codici bianchi e verdi;
- le ambulanze INDIA, nelle quali personale infermieristico all'uopo preparato gestisce operazioni salvavita immediatamente prima dell'accesso all'ospedale; questo modello si sta estendendo in varie Regioni;
- il trattamento perioperatorio svolto dagli infermieri, realizzato in Emilia Romagna;
- la diffusione in molte Regioni del Centro-Nord di un modello dell'ospedale per intensità di cure che, affidando la gestione del posto letto al personale infermieristico, esalta le funzioni precipue proprie della professione medica, liberandola da competenze improprie.

La revisione delle professioni sanitarie ha come obiettivo fondamentale garantire, da un punto di vista tecnico-professionale, la qualità delle prestazioni da erogare al cittadino al fine della migliore realizzazione del diritto alla salute, nell'ottica dello sviluppo delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, alla luce e nel rispetto delle reciproche competenze, evitando sovrapposizioni e, al contempo, duplicazioni di funzioni.
Per dare attuazione a tale processo di revisione, diviene fondamentale anche un confronto costruttivo con il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, al fine di collaborare per promuovere ogni più ampia forma di sviluppo professionale e favorire quei meccanismi di valorizzazione professionale capaci di riconoscere il valore e il contributo fornito da tali professionisti nel processo assistenziale-organizzativo, atteso che il migliore utilizzo costituisce una scelta strategica rilevante sia per lo Stato sia per le Regioni e quindi anche per il medesimo SSN.
Sempre nell'alveo delle professioni sanitarie si rappresenta che nel 2010, presso il Ministero della salute, è stato istituito un Tavolo tecnico per approfondire le tematiche relative alla formazione e al ruolo dell'operatore sociosanitario.
Il suddetto Tavolo ha proseguito i lavori nel 2011, con il coinvolgimento delle Organizzazioni sindacali e in particolare si è prefissato l'obiettivo di risolvere i problemi legati alla disomogeneità della formazione sul territorio nazionale, la mancata previsione in alcune Regioni di una formazione complementare, nonché le problematiche relative ai rapporti delle relazioni professionali intercorrenti tra gli operatori sociosanitari e il personale infermieristico e ostetrico.
In tale ottica è stata predisposta una proposta di documento finale, contenente l'analisi del fenomeno e le conseguenti proposte del riordini del profilo professionale.
Nel corso del 2011 è stato istituito, sempre presso il Ministero della salute, il Tavolo di confronto tra i laureati in fisioterapia e i laureati in scienze motorie con la partecipazione delle Regioni e delle rappresentanze professionali di categoria, nonché del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, per delineare gli ambiti di competenza professionale dei laureati in fisioterapia e dei laureati in scienze motorie.

3.2. Formazione continua in medicina

La Commissione nazionale per la formazione continua, nell'anno 2011, ha proseguito nel concorrere al raggiungimento degli "obiettivi strategici" delineati dal Ministero della salute attraverso l'offerta formativa caratterizzata dagli "obiettivi formativi" pre-

senti nell'Accordo Stato-Regioni del 2009.
La Commissione ha quindi rilevato le attività formative che corrispondono alle priorità di interesse del SSN.
Per il 2011, utilizzando la Formazione a Distanza (FAD), è stato registrato un notevole incremento dell'offerta formativa: dalle 119 richieste di accreditamento del 2010 (partecipanti previsti 180.000 circa) sono state proposte, per il 2011, oltre 450 richieste di accreditamento (partecipanti previsti 880.000 circa).
L'umanizzazione delle cure, la qualità dei sistemi e dei processi clinico-assistenziali e la conoscenza in tema di competenze specialistiche sono state oggetto di particolare attenzione da parte dei provider che hanno pianificato attività formative per l'anno 2011.
Per quanto concerne, infatti, le altre tipologie formative, le attività residenziali proposte per il 2011 sono quantificate, a oggi, in circa 6.000 eventi residenziali. Vanno aggiunte le richieste effettuate con il sistema di accreditamento sperimentale per eventi, ancora in corso, in base al quale è stata stimata una partecipazione di circa 480.000 professionisti sanitari.
Sempre a riguardo delle aree di riferimento per l'accreditamento dell'offerta formativa ECM (Educazione Continua in Medicina), da evidenziare sono gli eventi che utilizzano la formazione sul campo: risultano essere presenti nei piani formativi dei provider per l'anno 2011, a oggi, oltre 100 progetti, con una partecipazione prevista di oltre 3.000 professionisti sanitari.
I percorsi formativi promossi dal Dipartimento della Sanità Pubblica Veterinaria, della Sicurezza Alimentare e degli Organi Collegiali per la tutela della salute hanno contribuito unitamente ad altri Enti pubblici, come Regioni, ASL e Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS), alla formazione del personale coinvolto, a tutti i livelli, nei controlli in Sanità Animale e Sicurezza degli Alimenti.
In tal senso, il citato Dipartimento ha voluto coinvolgere i professionisti sanitari che operano al Ministero della salute nella partecipazione a due eventi formativi, particolarmente qualificanti, che hanno riguardato: la "Formazione veterinaria, corso BTSF, *quality schemes* (*organic farming/geographical indications*)" e la "Formazione veterinaria - Corso sui controlli veterinari ai Posti di Controllo Frontaliero (PIF)".
Annualmente il Dipartimento individua, con l'ausilio delle Direzioni Generali, gli argomenti oggetto di altrettanti corsi di formazione, che saranno erogati in collaborazione con gli IZS e/o Istituto superiore di sanità (ISS), sulla base di specifiche competenze.
Nel 2011, in particolare, il Dipartimento ha erogato al personale del Ministero della salute, del SSN e degli IZS i seguenti eventi formativi accreditati ECM: "Sicurezza dei sottoprodotti di origine animale: scenari e nuove prospettive"; "I controlli sugli alimenti per la prima infanzia"; "I controlli per i *novel food*"; "La paratubercolosi e il morbo di Crohn"; "Corso di formazione sulla normativa di acquacoltura e ittiopatologia"; "L'evoluzione nel settore dei mangimi: la normativa in campo"; "Un approccio manageriale alla Sanità Pubblica Veterinaria"; "Sistemi di gestione per la qualità nei laboratori di prova secondo la norma UNI CEI EN 17025:2005"; "La valutazione dei criteri microbiologici e il controllo delle salmonellosi negli alimenti di origine animale"; "Metodi di analisi per la gestione del rischio clinico".
La Commissione nazionale per la formazione continua ha poi avviato e definito la collaborazione con la Direzione Generale degli Alimenti, sulla base della normativa che vieta l'accreditamento di eventi formativi che riportano pubblicità del latte artificiale. In tal senso, sono state valutate le manifestazioni che trattano tematiche inerenti l'alimentazione della prima infanzia, le quali, previa preliminare valutazione della richiamata Direzione, sono state ammesse all'accreditamento ECM o, in caso di parere negativo, rigettate.
In questo settore, nel 2011, la Commissione, tramite la Segreteria ECM, ha accreditato 91 eventi, richiesto gli abstract delle relazioni inerenti l'alimentazione della prima infanzia per 31 eventi, richiesto chiarimenti sugli sponsor per 14 eventi, inviato il diniego per 2 eventi.
Nell'ambito, poi, del piano formativo CCM

per il Ministero della salute, in collaborazione con l'ISS, sono stati strutturati quattro corsi formativi, che hanno riguardato rispettivamente: "Le Istituzioni europee. Partecipazione del Ministero della salute all'attività dell'Unione Europea. Aspetti giuridici, tecnici, amministrativi. Partecipazione ai progetti europei"; "Il modello della Stewardship"; "Il ruolo delle Istituzioni nazionali per la salute e la transizione demografica. La programmazione del cambiamento"; "Il modello di malattia cronica e il cambiamento nell'offerta dei servizi".
I dati estratti dai rapporti dei corsi formativi sopraindicati hanno riportato da parte dei partecipanti apprezzamenti sulla rilevanza della tematica rispetto all'attività, mentre sono state rilevate flessioni rispetto alla percezione della qualità e all'efficacia dell'evento rispetto al personale in formazione. Inoltre, in linea con gli indirizzi internazionali in tema di miglioramento della qualità dei servizi erogati e in accordo con i principi della *Clinical Governance*, il Ministero della salute ha auspicato che le Regioni e le Province Autonome inseriscano, tra gli indirizzi da fornire ai Direttori Generali delle strutture sanitarie e ai rappresentanti istituzionali delle professioni sanitarie, l'utilizzo sistematico e continuativo dell'audit clinico. Per favorire questa linea di indirizzo, il Ministero ha elaborato un documento nel quale viene presentato il metodo, descritto in forma didascalica, seppure rigorosa nei contenuti, al fine di diffondere tra gli operatori sanitari l'utilizzo dell'"audit clinico". È opportuno, infatti, che la sua applicazione venga incoraggiata a livello locale, regionale e nazionale attraverso le modalità ritenute più idonee quali la formazione, anche sul campo, accreditata ECM e l'inserimento negli obiettivi di budget.
Lo scopo di tale documento è fornire una guida che sviluppi le varie fasi di un audit clinico e del suo indispensabile complemento, ovvero il piano di miglioramento.
L'audit clinico offre al neofita un'eccezionale opportunità per impegnarsi con professionisti esperti in un metodo per il miglioramento della qualità, infatti costituisce un metodo di valutazione di prima linea, nonché un approccio progressivo e rigoroso, che implica efficienza sia nel suo svolgimento sia nell'attuazione del piano d'azione.
Nel breve termine questa strategia fornisce una migliore visibilità e un miglioramento nella qualità delle cure; nel medio-lungo termine accelera l'acquisizione di conoscenze e competenze e favorisce lo sviluppo della qualità.
Per i suesposti motivi, la Commissione nazionale ha accreditato, su iniziativa della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria in collaborazione con la FNOMCeO e l'IPASVI, il corso in formazione a distanza.
Quanto pervenuto, a seguito dell'erogazione del corso tramite la tipologia a distanza, riporta dati parziali ma estremamente positivi relativi al superamento della prova di apprendimento da parte dei professionisti sanitari coinvolti, che fa ben sperare nel proseguio nell'anno 2012. Le professioni coinvolte sono medici chirurghi, odontoiatri, infermieri, assistenti sanitari, infermieri pediatrici.

3.3. I percorsi formativi promossi dal Dipartimento della Sanità Pubblica Veterinaria, della Sicurezza Alimentare e degli Organi Collegiali per la tutela della salute

Leggi nazionali e comunitarie (legge 532/1996; DM del 14 dicembre 2006; Regolamento 882/2004/CE) attribuiscono al Ministero della salute e in particolare al Dipartimento della Sanità Pubblica Veterinaria, della Sicurezza Alimentare e degli Organi Collegiali per la tutela della Salute, le mansioni di coordinamento e di programmazio-

ne di programmi di formazione nei campi di stretta competenza del Dipartimento stesso. Annualmente l'Ufficio II del Dipartimento individua un piano formativo, con l'ausilio delle Direzioni Generali e in base a specifiche priorità. In questo modo contribuisce, unitamente ad altre Autorità competenti sul territorio nazionale, a garantire una formazione continua e indipendente al personale coinvolto, a tutti i livelli, nei controlli ufficiali in Sicurezza degli Alimenti, Sanità Animale e Benessere Animale, del Ministero della salute, del SSN e degli IZS.

Annualmente il Dipartimento individua, con l'ausilio delle Direzioni Generali, gli argomenti oggetto di altrettanti corsi di formazione, che saranno erogati in collaborazione con gli IZS e/o ISS, sulla base di specifiche competenze.

Nel 2011 il Dipartimento è riuscito a erogare 8 corsi accreditati ECM e rivolti al personale del Ministero della salute, del SSN e degli IZS.

Dal 2010 l'Ufficio II ha avviato una procedura di valutazione dei corsi erogati, mediante questionari, distinta in due fasi. Una prima fase si svolge al termine dei corsi, come previsto, tra l'altro, dall'ECM. La seconda fase, completamente gestita da tale Ufficio, prevede l'invio di un ulteriore questionario, per posta elettronica, dopo 3-4 mesi dal corso, in quanto è dimostrato che dopo tale periodo si ottengono giudizi molto più oggettivi, soprattutto sulla reale efficacia e applicabilità delle nozioni apprese. Il questionario è composto da poco più di 10 domande, con vari spazi dedicati ai commenti. Le domande sono state identificate in base a 5 aree:

- giudizio generale del corso;
- docenza;
- metodologia didattica e clima in aula;
- organizzazione;
- servizi.

La scala di valutazione scelta è per la maggior parte numerica, individuando 1 come valore minimo e 5 come valore massimo. Sono state poste anche domande sulle modalità di divulgazione delle nozioni apprese e giudizi sull'applicabilità al lavoro quotidiano, in modo da valutare anche in quale modo il corso possa avere inciso sull'attività lavorativa.

In generale i giudizi sono stati positivi. I commenti evidenziano una richiesta di dedicare maggiore tempo alle esercitazioni e alle discussioni e di cercare di impostare i corsi curando gli aspetti pratici, soprattutto per alcune tematiche in cui la legislazione vigente, soprattutto Comunitaria, apre le porte a diverse interpretazioni e ha quindi bisogno di maggiori chiarimenti.

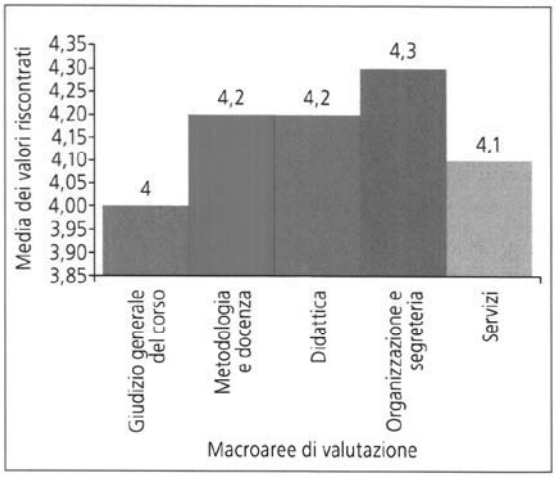
Il Dipartimento è anche il *National Contact Point* (NCP) per il progetto di formazione della Commissione Europea DGSANCO "*Better Training for Safer Food*". Questo programma fornisce un'ulteriore fonte di formazione per il personale coinvolto a vari livelli nelle attività correlate ai controlli ufficiali. Il fine di questi corsi è cercare di uniformare il più possibile i controlli nel territorio europeo, fornendo anche una chiave di lettura univoca della legislazione.

La partecipazione a questi corsi è completamente a carico della Commissione Europea, che nell'arco di 6 anni (dal 2006 a oggi) ha potuto implementare notevolmente il programma arricchendolo di anno in anno di un numero sempre maggiore di tematiche e quindi di personale formato. Considerando il limite del budget, comunque, uno degli obiettivi della Commissione è anche "formare formatori", pertanto i partecipanti invitati sono tenuti a divulgare il più possibile quanto appreso.

Anche per questi corsi il Dipartimento effettua una valutazione *ex post*, sfruttando un questionario simile al precedente, arricchito della sezione dedicata all'attività del *National Contact Point*. I risultati sono stati più che soddisfacenti, confermando l'alta qualità di questo programma (*Figure 3.1 e 3.2*).

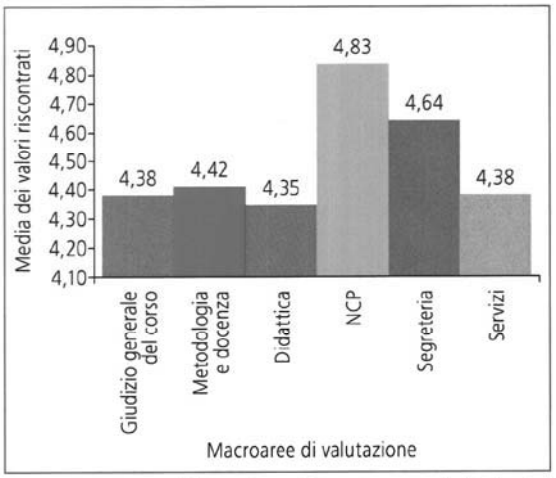
Per quanto riguarda la divulgazione, uno degli aspetti in cui la Commissione pone particolare attenzione, importante anche per i corsi nazionali, si è evidenziato che la maggior parte del personale ha organizzato brevi presentazioni all'interno del proprio ufficio. Una piccolissima percentuale ha pubblicato degli articoli, mentre circa il 10% si è fatto carico di organizzare eventi formativi localmente.

Figura 3.1. Valutazione corsi DSVETOC 2011.



Fonte: Ministero della salute. Dipartimento della Sanità Pubblica Veterinaria, della Sicurezza Alimentare e degli Organi Collegiali per la tutela della Salute – Ufficio II.

Figura 3.2. Valutazione generale corsi BTSF 2011.



Fonte: Ministero della salute. Dipartimento della Sanità Pubblica Veterinaria, della Sicurezza Alimentare e degli Organi Collegiali per la tutela della Salute – Ufficio II.

Per una migliore divulgazione di tutte le attività di formazione gestite dall'ufficio II esiste una pagina tematica all'interno del portale del Ministero della salute.

Bibliografia essenziale

Ministero della salute. Formazione veterinaria. http://www.salute.gov.it/formazioneVeterinaria/formazioneVeterinaria.jsp. Ultima consultazione: settembre 2012

4 Sistema Informativo Sanitario Nazionale

4.1. Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitaro (NSIS) costituisce lo strumento essenziale per il governo della sanità a livello nazionale, regionale e locale, utile alla verifica degli standard qualitativi e quantitativi dei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

La crescente necessità di disporre di informazioni che permettano una reale conoscenza e distinzione delle strutture ai diversi livelli di offerta ha reso possibile, a seguito del lavoro svolto dalla scrivente Direzione in collaborazione con le Regioni, l'avvio dello sviluppo del sistema di Monitoraggio della rete di Assistenza. La messa a regime di tale sistema è prevista a partire dal 1° gennaio 2014, dopo un periodo di adeguamento da parte delle Regioni e Province Autonome, atto a consentire l'invio delle informazioni previste dal sistema nei tempi previsti da apposito decreto in corso di definizione. La conoscenza degli attori, costituenti l'offerta dei servizi del Servizio sanitario nazionale (SSN), degli elementi caratterizzanti l'attività svolta e dei fattori produttivi, intesi come risorse abilitanti l'erogazione del servizio, rappresenta un aspetto fondamentale dello sviluppo del NSIS.

Nel 2011, con particolare riferimento ai sistemi informativi istituiti con decreti del Ministro della salute del 17 dicembre 2008 [Sistema Informativo per il Monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'Assistenza Sanitaria in Emergenza-Urgenza (EMUR), Sistema Informativo per il Monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD) e banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali (FAR)], la cui messa a regime è prevista dal 1° gennaio 2012, si è riscontrato un notevole miglioramento delle informazioni trasmesse al NSIS in termini di completezza e qualità. Le informazioni che afferiscono a tali sistemi informativi consentono di acquisire nuovi e ulteriori dati relativi all'area assistenziale più strategica del SSN in chiave prospettica: il territorio. In particolare, il Sistema Informativo EMUR rileva informazioni relative alle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza da parte sia del Sistema 118 sia del Pronto Soccorso. Il Sistema Informativo SIAD rileva informazioni relative al complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e sociosanitarie erogate agli assistiti presso il proprio domicilio. Infine, il Sistema Informativo FAR rileva informazioni relative alle prestazioni residenziali e semiresidenziali erogate nei confronti di anziani e persone non autosufficienti in condizioni di criticità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche.

Nel 2011, inoltre, è stato dato avvio alla trasmissione delle informazioni di cui ai Sistemi Informativi istituiti con decreti del Ministro della salute dell'11 giugno 2010 e del 15 ottobre 2010 [rispettivamente Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND) e Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM)] e, conseguentemente alle attività di analisi volte alla verifica, in termini di completezza e qualità, delle informazioni trasmesse al NSIS. Il sistema informativo SIND, che allo stato attuale focalizza l'attenzione sulla dipendenza da sostanze stupefacenti, consente di integrare il patrimonio informativo del NSIS con le prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria rivolta ai tossicodipendenti, con le caratteristiche delle strutture sanitarie coinvolte, nonché quelle del personale a esse afferente.

Il sistema informativo SISM rileva invece gli interventi sanitari e sociosanitari erogati da operatori afferenti al SSN, nell'ambito dell'assistenza rivolta a persone adulte con problemi psichiatrici e alle loro famiglie, nonché le caratteristiche delle strutture e del personale afferente ai Dipartimenti di Salute Mentale.
Con riferimento al sistema informativo hospice, il cui decreto istitutivo, anche a seguito dell'acquisizione del parere dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, è stato definito nel corso del 2011, le informazioni raccolte riguardano gli interventi sanitari e sociosanitari erogati presso le strutture hospice.
Infine, l'art. 35 del D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118, dispone l'adozione, con decreto del Ministro della salute, di un sistema di anonimizzazione del codice fiscale. L'adozione del predetto decreto, la cui predisposizione è stata avviata nel 2011, permetterà l'armonizzazione delle procedure di anonimizzazione e conseguentemente la lettura longitudinale delle prestazioni sanitarie erogate al singolo cittadino – in forma completamente anonima – lungo l'intero percorso di cura.
L'ampio patrimonio dei dati messi a disposizione dal NSIS rende pertanto possibili analisi integrate utili per fornire indicazioni in fase di programmazione e controllo, nonché per interpretare i principali fenomeni sanitari relativi ai diversi setting assistenziali, consentendo in questo modo il monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni erogate al cittadino.
Il patrimonio informativo NSIS costituisce, inoltre, un imprescindibile prerequisito per la realizzazione di un apposito strumento, denominato "Bilancio LEA", che la Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico sanitario sta progettando attraverso l'individuazione di una metodologia che consenta la lettura omogenea del patrimonio disponibile. Tale strumento, finalizzato al monitoraggio sistematico dei LEA, consente altresì di verificare la coerenza tra le prestazioni erogate e i relativi costi, ovvero la "quadratura" con il bilancio economico-patrimoniale, nonché di effettuare analisi comparative tra le diverse realtà regionali e confronti relativi alle performance sanitarie ed economico-gestionali nell'ambito del SSN. Ciò al fine di disporre di dati oggettivi attraverso i quali poter analizzare, in una logica di insieme, una pluralità di aspetti di natura amministrativa, organizzativa e gestionale che interessano i diversi livelli istituzionali del SSN, tenuto anche conto di quanto disposto dall'art. 27 del D.Lgs. 6 maggio 2011, n. 68, sul federalismo fiscale, il quale dispone che "per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali si fa riferimento agli elementi informativi presenti nel NSIS".

Bibliografia essenziale

Accordo quadro tra il Ministro della sanità, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano per lo sviluppo del nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 22 febbraio 2001 (Rep. Atti n. 1.158). GU n. 90 del 18 aprile 2001

DM 17 dicembre 2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali". GU n. 6 del 9 gennaio 2009

DM 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare". GU n. 6 del 9 gennaio 2009

DM 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza". GU n. 9 del 13 gennaio 2009

DM 11 giugno 2010 "Istituzione del sistema informativo nazionale per le dipendenze". GU n. 160 del 12 luglio 2010

DM 15 ottobre 2010 "Istituzione del sistema informativo salute mentale". GU n. 254 del 29 ottobre 2010

4.2. Sanità in rete

Nel corso del 2011 il Ministero della salute ha proseguito la propria azione di supporto allo sviluppo e alla diffusione della sanità in rete, a livello sia comunitario sia nazionale. Per quanto attiene il livello comunitario, il Ministero della salute ha fornito il proprio

contributo nell'ambito di diversi consessi istituzionali, quali la *Ministerial eHealth Conference* 2011 svoltasi a Budapest (Ungheria) nel mese di maggio 2011, e l'*Informal Meeting of Ministers of Health* svoltosi a Sopot (Polonia) nel mese di luglio 2011, con la finalità di rappresentare, da un lato, i punti di forza del nostro Paese in ambito *eHealth* e, dall'altro, i vincoli di tipo normativo, organizzativo e finanziario posti dalla realtà nazionale, al fine di indirizzare le disposizioni di rango comunitario nella direzione della concreta attuabilità. La Direttiva 2011/24/UE del 9 marzo 2011, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, ha previsto, all'art. 14, l'istituzione di una rete volontaria denominata *eHealth Network*. L'*eHealth Network* 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 elaborare orientamenti e sostenere gli Stati membri affinché definiscano misure comuni per agevolare la trasferibilità dei dati nell'assistenza sanitaria transfrontaliera. Con la Decisione della Commissione Europea 2011/890/EU del 22 dicembre 2011 sono state stabilite le regole istitutive dell'*eHealth Network*. Per il nostro Paese, il Ministero della salute partecipa alla *eHealth Network*.

Nel 2011 il Ministero della salute ha, inoltre, partecipato attivamente a due importanti iniziative progettuali in ambito comunitario. La prima, denominata eHGI (*eHealth Governance Initiative*), si prefigge la finalità di creare un meccanismo di *governance* attraverso il quale coordinare le attività in ambito *eHealth* a livello comunitario. Tale progetto, che ha avuto ufficialmente avvio il 1° febbraio 2011, ha una durata di 36 mesi. Per quanto concerne la seconda iniziativa progettuale, denominata PARENT (*Cross-Border Patient Registries Initiative*), il Ministero della salute, insieme ad altri Stati membri, ha partecipato direttamente alla predisposizione della relativa proposta progettuale. Il progetto si prefigge la finalità di supportare lo sviluppo di registri di patologia comparabili e coerenti tra i diversi Stati membri, in ambiti rilevanti quali le malattie croniche e le malattie rare. Il progetto è attualmente in corso di formalizzazione e avrà una durata di 30 mesi a partire dal 2012.

Le iniziative in ambito *eHealth* realizzate dal Ministero della salute sono coerenti con le direttrici di sviluppo definite nell'ambito dell'*eHealth Information Strategy* nazionale. Di seguito viene fornito un breve aggiornamento per quanto riguarda lo stato di attuazione di tali iniziative.

Sistemi di Centro Unico di Prenotazione (CUP). Il 2011 è stato il primo anno di valutazione da parte del Comitato permanente per la verifica dei LEA, di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, del recepimento da parte delle Regioni delle Linee guida nazionali finalizzate all'armonizzazione dei sistemi CUP, predisposte dal Ministero della salute e sulle quali in data 29 aprile 2010 è stata sancita l'Intesa della Conferenza Stato-Regioni.

Sistemi di Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). Il Ministero della salute ha predisposto il documento recante le Linee guida nazionali per la realizzazione di un sistema di FSE, che, dopo l'Intesa sancita da parte della Conferenza Stato-Regioni il 10 febbraio 2011, è stato pubblicato sulla GU n. 50 del 2 marzo 2011. Il recepimento delle Linee guida da parte delle Regioni sarà valutato dal Comitato permanente per la verifica dei LEA, di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, in sede di verifica annuale degli adempimenti regionali.

Inoltre, la proposta normativa elaborata dal Tavolo interistituzionale appositamente istituito dal Ministero della salute, finalizzata a disciplinare il FSE, oltre che per finalità di cura, anche per finalità di studio e ricerca scientifica, programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria, è stata inserita nel disegno di legge del Ministro della salute *pro-tempore* recante "Delega al Governo per il riassetto della normativa in materia di sperimentazione clinica e per la riforma degli ordini delle professioni sanitarie, nonché disposizioni in materia sanitaria", approvato dalla