



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 2014



Sommario

1. CONTESTO ISTITUZIONALE.....	6
2. PRIORITÀ DELL'AZIONE AMMINISTRATIVA E DELLA GESTIONE	6
2.1. Prevenzione	7
2.2. Comunicazione.....	8
2.3. Politiche per il rilancio della ricerca sanitaria	8
2.4. Politiche sanitarie internazionali	10
2.5. Promozione della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza sanitaria	11
2.5.1. <i>Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario</i>	11
2.5.2. <i>Riorganizzazione dell'assistenza primaria e ospedaliera</i>	11
2.5.3. <i>Qualità dei servizi sanitari ed umanizzazione delle cure</i>	12
2.5.4. <i>Il Piano sanitario nazionale</i>	14
2.5.5. <i>Piano nazionale esiti (PNE)</i>	14
2.5.6. <i>Iniziative in materia di personale del SSN</i>	14
2.6. Il nuovo sistema informativo sanitario (NSIS).....	15
2.6.1. <i>Iniziative in materia di sanità elettronica</i>	16
2.7. Dispositivi medici e farmaci	17
2.8. Promozione della salute pubblica veterinaria e sicurezza degli alimenti	18
2.8.1. <i>Sicurezza degli alimenti</i>	18
2.8.2. <i>Sanità pubblica veterinaria</i>	20
2.8.3. <i>Valutazione del rischio della catena alimentare</i>	21
2.9. Politiche per l'efficienza gestionale	22
2.10. Sintesi degli obiettivi strategici del Ministero della salute	23
3. DESTINATARI DELLA DIRETTIVA E ATTRIBUZIONE DELLE RISORSE.....	24
4. RISORSE FINANZIARIE, STRUMENTALI E UMANE.....	25
5. SISTEMI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE.....	25
6. STATO DI REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI CONTENUTI NELLA DIRETTIVA GENERALE PER L'ANNO 2013	26
7. DISPOSIZIONE FINALE	27
ALLEGATO 1 – Quadro riassuntivo degli obiettivi	29
ALLEGATO 2 – Situazione del personale al 1° gennaio 2014	33
ALLEGATO 3 – Modelli delle schede obiettivo	36



Il 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 dalla 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., recante “Legge di contabilità e finanza pubblica”;

VISTO il decreto legge 7 maggio 2012, n. 52, convertito con modificazioni dalla legge 6 luglio 2012, n. 94, recante “Disposizioni urgenti per la razionalizzazione della spesa pubblica”;

VISTO il decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, recante “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”;

VISTO il decreto legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito con modificazioni dalla legge 6 giugno 2013, n. 64, recante “Disposizioni urgenti per il pagamento dei debiti scaduti della pubblica amministrazione, per il riequilibrio finanziario degli enti territoriali, nonché in materia di versamento di tributi degli enti locali”;

VISTO il decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, recante “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della Salute”;

VISTA la legge 6 novembre 2012, n. 190, recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”;

VISTA la legge 27 dicembre 2013, n. 147, recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2014)”;

VISTA la legge 27 dicembre 2013, n. 148, recante “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2014 e bilancio pluriennale per il triennio 2014 – 2016”

VISTO il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 27 dicembre 2013, concernente “Ripartizione in capitoli delle unità di voto parlamentari relative al bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2014 e per il triennio 2014-2016”;

VISTO il Documento di economia e finanza deliberato dal Consiglio dei Ministri in data 10 aprile 2013 e la relativa nota di aggiornamento deliberata in data 20 settembre 2013;

VISTA la circolare del Ministero dell'economia e delle finanze - Ragioneria generale dello Stato n. 32 del 17 luglio 2013, sulle previsioni di bilancio per l'anno 2014 e per il triennio 2014-2016;

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 “Regolamento di organizzazione del Ministero della salute”;

VISTO il d.P.C.M. 22 gennaio 2013, concernente “Rideterminazione delle dotazioni organiche del personale di alcuni Ministeri, enti pubblici non economici ed enti di ricerca, in attuazione dell'articolo 2 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito dalla legge 7 agosto 2012, n. 135”;

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 17 settembre 2013, n. 138, recante “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 dell'8 ottobre 2013, concernente l'individuazione delle priorità politiche per il 2014, 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 e 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 2014;

CONSIDERATO che il complesso degli obiettivi definiti formano oggetto della valutazione della dirigenza di vertice per l'anno 2014

EMANA

la seguente direttiva generale e le relative linee programmatiche, obiettivi strategici e risultati attesi dall'azione del Ministero della salute per l'anno 2014, in coerenza con il programma di Governo e nel rispetto delle compatibilità finanziarie.



1. CONTESTO ISTITUZIONALE

Nell'ambito delle misure previste dalla *spending review*, è stata data attuazione all'articolo 2 del d.l. n. 95/2012, che prevede la revisione degli assetti organizzativi delle amministrazioni pubbliche centrali.

In particolare, per le amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, sono state disposte, con il dPCM del 22 gennaio 2013, riduzioni degli uffici dirigenziali, di livello generale e di livello non generale e delle relative dotazioni organiche, in misura non inferiore, per entrambe le tipologie di uffici e per ciascuna dotazione, al 20% di quelli esistenti e delle dotazioni organiche del personale non dirigenziale, in misura non inferiore al 10% della spesa complessiva relativa al numero dei posti di organico di tale personale.

Come previsto dal citato art. 2 e tenuto conto della disciplina di cui all'art. 1, comma 6, del d.l. n. 150/2013 recante "Proroga di termini previsti da disposizioni legislative", è in fase di approvazione il provvedimento che definisce il nuovo assetto organizzativo. Al momento, è ancora vigente il regolamento di organizzazione, di cui al D.P.R. 11 marzo 2011 n. 108, adottato in attuazione della legge 13 novembre 2009, n. 172.

Nella definizione della programmazione strategica per il periodo 2014-2016, si è tenuto conto delle manovre di contenimento della spesa pubblica attuate negli ultimi anni e tradottesì in considerevoli tagli alle disponibilità finanziarie dei Ministeri nonché della circolare n. 32 del 2013 della RGS, recante le previsioni di bilancio per l'anno 2014 e per il triennio 2014-2016.

In termini più generali, con riguardo al funzionamento dell'apparato amministrativo, saranno ulteriormente implementate azioni volte a perseguire le finalità del d.lgs. n. 150/2009, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza, integrità e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.

2. PRIORITÀ DELL'AZIONE AMMINISTRATIVA E DELLA GESTIONE

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

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

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

In questa prospettiva, è essenziale sviluppare l'attuale modello di *governance* del settore sanitario, che costituisce uno strumento di efficace contenimento della dinamica della spesa anche in relazione alle tendenze demografiche, favorendo in tal modo la sostenibilità finanziaria del SSN nel medio-lungo periodo. Occorre allo stesso tempo ripensare a un modello di assistenza finalizzato a garantire prestazioni non incondizionate, rivolte principalmente a chi ne ha effettivamente bisogno.

Anche per il 2014 le linee strategiche non potranno non risentire della complessa fase in cui versa la finanza pubblica, imponendosi la necessità di ottimizzare la spesa attraverso il perseguimento degli obiettivi del risanamento strutturale, del consolidamento dei conti pubblici e della creazione delle condizioni per una crescita economica.

Non solo l'azione di controllo della spesa sanitaria si dovrà incentrare su un più attento governo della stessa, su un miglioramento del monitoraggio e del controllo della qualità e dell'appropriatezza, su interventi qualificati volti ad assicurare gli adeguati strumenti di prevenzione e di assistenza sanitaria, ma dovranno altresì essere promosse e incentivate



iniziative volte a garantire l'attuazione di una corretta ed efficiente gestione delle risorse, attraverso un trasparente uso integrato delle risorse pubbliche e private.

La pianificazione strategica e la programmazione finanziaria per il 2014, che dovrà essere contraddistinta da una prospettiva culturale innovativa e auspicabilmente foriera di una reale discontinuità rispetto al tradizionale modello connotato da politiche prevalentemente assistenziali, si svilupperà comunque in un'ottica di continuità con le innovazioni normative degli ultimi anni, volte a realizzare un'omogeneità di offerta sanitaria su tutto il territorio nazionale.

In questo contesto, una spinta innovatrice deriverà dalla conclusione dell'iter del d.d.l. governativo (approvato in via definitiva dal Consiglio dei Ministri nella riunione del 17 dicembre 2013) in materia di sperimentazioni cliniche e aggiornamento dei LEA, riforma degli ordini professionali, lotta all'abusivismo professionale, sicurezza alimentare, benessere animale e promozione di corretti stili di vita.

Sotto altro profilo, il 2014 sarà fortemente caratterizzato dalla preparazione e dall'attuazione del programma della Presidenza di turno italiana dell'Unione europea, prevista per il secondo semestre 2014 (di seguito, Semestre europeo), nel corso del quale particolare impegno sarà richiesto per mettere in atto un'intensa attività di coordinamento comunitario e per sviluppare e sostenere dal punto di vista organizzativo le iniziative previste. *Anche in preparazione del semestre europeo saranno convocati nella prima parte dell'anno i c.d. Stati generali sulla sanità italiana che vedranno la partecipazione degli enti/soggetti coinvolti a vario titolo e dei Ministri della salute europei.*

Le scelte strategiche della politica sanitaria del prossimo triennio, in termini di opportunità e vincoli, andranno a incidere sulle seguenti macroaree:

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

2.1. PREVENZIONE

La promozione della salute e la tutela del benessere psico-fisico della persona richiedono strategie intersettoriali e trasversali, nelle quali siano coinvolte le istituzioni centrali e locali e la società civile. Ciò appare necessario per sviluppare politiche integrate e per agire sui principali determinanti di salute.

Anche per il 2014, particolare attenzione dovrà porsi alla prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, occorrendo favorire l'adozione di stili di vita attivi e responsabili, in armonia con gli obiettivi del Programma strategico nazionale "Guadagnare salute". La salute va cioè considerata alla stregua di un vero e proprio "bene collettivo", da conquistare e conservare attraverso le menzionate azioni integrate (delle istituzioni e della società civile), incentrate non solo su aspetti specificamente sanitari ma anche su fattori sociali ed economici, in ossequio al principio cardine della "salute in tutte le politiche" (*Health in all policies*).

Dovrà poi proseguire l'azione di tutela della salute umana in tutte le età della vita, attraverso interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria e secondo un approccio unitario al controllo dei fattori di rischio, anche ambientali, alla medicina predittiva, ai



programmi pubblici di *screening* e alla prevenzione delle recidive e delle complicanze di malattia.

Occorrerà a tal fine predisporre il nuovo Piano nazionale di prevenzione (a modifica e aggiornamento dello strumento vigente), con particolare attenzione al contrasto dei principali comportamenti a rischio (sedentarietà, alimentazione eccessiva, fumo, dipendenza da gioco patologico, consumo di sostanze alcoliche, con un particolare focus sui giovani), alle tossicodipendenze, alle patologie tipiche delle fasce deboli della popolazione e alla salute della donna (con un approccio *life cycle*).

Sarà inoltre necessario proseguire nel miglioramento, soprattutto in termini di efficienza e tempestività, della sorveglianza delle malattie infettive e delle attività vaccinali, considerata la frequenza degli spostamenti di persone e di merci, che favorisce la diffusione delle malattie trasmissibili a volte con carattere di vera emergenza.

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

Al contempo, soprattutto in preparazione e nel corso del Semestre europeo, bisognerà affrontare le tematiche sopra descritte nell'ottica di una collaborazione e armonizzazione delle politiche a livello comunitario.

2.2. COMUNICAZIONE

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

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

A tal fine, ma in special modo nel 2014 in vista del Semestre europeo, occorrerà realizzare le inerenti iniziative attraverso l'utilizzo dei più innovativi strumenti di comunicazione, basati sulle tecnologie dell'*Information and communication technology* (ICT), idonei a sperimentare un nuovo modo di comunicare dell'amministrazione incentrato sull'"ascolto" delle esigenze del cittadino e sull'utilizzo proattivo delle informazioni (si dovrà in particolare sviluppare un percorso di interazione finalizzato a favorire una partecipazione attiva dei cittadini, affinché gli stessi possano essere, oltre che destinatari delle iniziative di sensibilizzazione e informazione, anche coprotagonisti della comunicazione stessa).

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

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

2.3. POLITICHE PER IL RILANCIO DELLA RICERCA SANITARIA

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



Anche nel 2014 sarà necessario avere di mira il miglioramento continuo delle cure e della qualità della vita dei malati, obiettivo da perseguire stimolando l'innovazione e valorizzando i preziosi talenti presenti tra i nostri ricercatori, di cui si potrà contenere l'esodo all'estero consolidando le condizioni per un confronto paritario in ambito internazionale. Ciò pure con riguardo ai ricercatori non ancora inquadrati in specifici ruoli, per i quali andrà studiata e perfezionata l'istituzione, senza alcun onere per la finanza pubblica, di un ruolo dei ricercatori del SSN.

La necessaria promozione di un vero e proprio cambiamento culturale tra gli operatori del settore, fondato sulla costante applicazione del metodo scientifico e sulla conseguente messa in discussione di qualsiasi procedura medica e organizzativa, spingerà a verificare in ogni momento la possibilità di ottenere un medesimo risultato con meno risorse ovvero un incremento quantitativo o qualitativo a parità di risorse. Ne potrà così risultare un SSN efficiente e in grado di rispondere appropriatamente ai bisogni dei cittadini, nel quale tendere all'eliminazione degli sprechi generati dalla c.d. medicina difensiva (dovuti, com'è noto, alla prescrizione di esami superflui, di ricoveri impropri e di terapie non sperimentate).

Occorrerà poi incidere sulla percezione della ricerca da parte della collettività, in modo da rendere condivisa e accettata l'opinione che essa, lungi dal costituire fonte di sprechi, risulta invece essere motore per significative riduzioni di spesa, come dimostrato dall'enorme diminuzione dei costi indiretti prodotta dalle campagne di ricerca sulle malattie cardiovascolari e tumorali (in passato, il finanziamento destinato alla ricerca garantiva spesso il mantenimento delle strutture, non già la selezione meritocratica dei progetti presentati dai migliori ricercatori).

Nel 2014, pertanto, il Ministero proseguirà nella riqualificazione della spesa destinata alla ricerca sanitaria, razionalizzando l'utilizzo delle risorse assegnate e implementando il sistema di selezione dei migliori progetti di ricerca presentati. Proprio a garanzia della qualità e della trasparenza nell'assegnazione dei finanziamenti, in detto sistema è prevista non solo l'adozione dei parametri di valutazione riconosciuti a livello internazionale, ma anche la partecipazione, in veste di valutatori indipendenti, dei ricercatori ai quali il *National Institutes of Health* (NIH) del Dipartimento della salute statunitense affida la valutazione dei progetti tramite *peer review*.

Verrà anche incentivato lo sviluppo di progetti di ricerca che prevedono la collaborazione di ricercatori italiani residenti all'estero e la compartecipazione alla spesa da parte di altri soggetti interessati.

In funzione di una strategia condivisa a livello di Paese dovrà inoltre essere favorito il coordinamento dei diversi attori pubblici impegnati nel settore, a vantaggio dell'efficienza nell'uso delle risorse e della crescita degli investimenti in ricerca e sviluppo (R&S), per i quali risulta cruciale lo snellimento delle procedure burocratiche e la concentrazione degli investimenti stessi.

Verrà anche garantita la *governance* necessaria a favorire la partecipazione della Rete della ricerca sanitaria italiana ai progetti finanziati con i fondi dell'Unione europea (Progetto internazionalizzazione).

Nel contempo, si potrà puntare a rafforzare le strutture di eccellenza presenti sul nostro territorio, preparando l'SSN ad affrontare la competizione europea in materia di assistenza sanitaria transfrontaliera.

In questa ottica, venendo agli Istituti di ricovero e cura di carattere scientifico (Irccs), occorrerà dare attuazione alle disposizioni che innovativamente introducono, per un verso, criteri di classificazione "sulla base di indicatori qualitativi e quantitativi di carattere scientifico di comprovato valore internazionale" anche ai fini dell'inserimento di tali soggetti "nella rete di attività di ricerca" e prevedono, per altro verso, l'individuazione delle "modalità attraverso cui realizzare l'attività di ricerca scientifica in materia sanitaria a livello internazionale" al precipuo fine di garantire una "visione unitaria delle attività di ricerca scientifica nel campo sanitario" svolte dagli Irccs stessi (art. 14, co. 12, d.l. n. 158 del 2012).

2.4. POLITICHE SANITARIE INTERNAZIONALI

Nel 2014 sarà concluso l'iter di recepimento della direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 9 marzo 2011, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, per la cui attuazione risulta anzitutto necessario completare la creazione di un Punto di contatto nazionale (art. 6).

Posto che la direttiva in esame dà la possibilità agli Stati membri di far valere le loro eccellenze sanitarie in ambito comunitario, diviene prioritario dare corso a tutte le iniziative finalizzate all'attrazione in Italia di pazienti stranieri (ciò che genera anche un ritorno economico), consentendo all'Italia di guadagnare una posizione di spicco in ambito sanitario a livello europeo (con ritorno di immagine e di investimenti stranieri). Tanto più che in caso di prestazioni, prestatori, strutture e tecnologie sanitarie inadeguati gli stessi pazienti italiani potrebbero scegliere di farsi curare all'estero (nei limiti consentiti dalla normativa), in ordinamenti nei quali la qualità e la sicurezza degli standard sono percepite come maggiori.

Sempre in questo campo (mobilità sanitaria internazionale) occorrerà poi fare riferimento anche all'applicazione dei vigenti regolamenti comunitari di sicurezza sociale (regg. CE nn. 883/2004 e 987/2009). Al fine di consentire e agevolare il miglior coordinamento possibile delle istituzioni coinvolte (Ministero, regioni e ASL) andranno adottate tutte le iniziative necessarie a portare a compimento, anche con la collaborazione del Ministero dell'economia e delle finanze, la complessiva riforma prevista dalla legge di stabilità 2013¹. Inoltre la legge di stabilità 2014 ha previsto, nelle more della definizione della citata riforma, che il Ministero della salute provveda anche agli adempimenti connessi all'assistenza sanitaria in forma indiretta, ferma restando la successiva imputazione degli oneri alle regioni e province autonome.

Anche nel corso del 2014 dovrà inoltre essere garantita una costante e attiva partecipazione alla fase ascendente del diritto europeo, con una migliore definizione del ruolo di coordinamento della Direzione generale competente per i rapporti europei e internazionali, interessata, tra l'altro, alla partecipazione e alla stesura dei piani pluriennali e alle iniziative collaborative ivi previste (quali *calls*, *joint actions*, *joint initiatives*), assumendone la guida (quando possibile e compatibilmente con le risorse a disposizione).

Sarà inoltre opportuno, nell'ottica delle relazioni bilaterali, proseguire anche per l'anno 2014 l'opera di diffusione delle informazioni e di sostegno diretta ai progetti di gemellaggio e di assistenza tecnica finanziati dall'Unione europea, che vedono nei preesistenti rapporti bilaterali e Memorandum d'Intesa (*MoU*) un rilevante strumento di facilitazione.

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

Si continuerà inoltre a dare esecuzione, in collaborazione con l'Ufficio regionale europeo dell'OMS, allo sviluppo del progetto diretto alla tutela della salute delle popolazioni migranti denominato *Public health aspects of migration in Europe*, che mira al rafforzamento della capacità di risposta degli Stati membri della regione europea dell'OMS a emergenze sanitarie legate ad aumentati flussi migratori nonché alla creazione di un database in tema di sanità pubblica e migrazioni e alla stesura di linee guida basate sull'esperienza maturata soprattutto nel territorio italiano, ma anche in altri paesi aventi esposizione simile ai flussi migratori.

Merita inoltre di essere rafforzato il ruolo propulsivo dell'Italia nelle politiche del Mediterraneo, anche attraverso la partecipazione a iniziative dell'Unione per il Mediterraneo, potendo questo tema divenire argomento di grande interesse anche nell'ambito del Semestre europeo.

¹ L'art. 1, comma 82 e ss., l. n. 228 del 2012 ridisegna le competenze in materia tra Stato e regioni, in particolar modo per quanto concerne i connessi oneri economici (a decorrere dall'1.1.2013 l'imputazione economica delle relative spese non va più riferita al bilancio dello Stato ma a quello dell'ASL di residenza dell'assistito).

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

2.5.1. COSTI E FABBISOGNI STANDARD NEL SETTORE SANITARIO

In vista del progressivo miglioramento dei servizi sanitari regionali, nell'anno 2014 occorrerà proseguire, ai fini della determinazione delle modalità di riparto delle risorse destinate al finanziamento del SSN e in ossequio al disposto di legge², nel percorso di individuazione dei costi e dei fabbisogni standard, valutando in particolare, d'intesa con le regioni, l'eventualità di procedere a una rideterminazione dei criteri applicati per il 2013 (in via di prima applicazione; v. in particolare l'art. 29 d.lgs. n. 68 del 2011), compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria.

Inoltre, per dare attuazione all'art. 30 d. lgs. n. 68 del 2011 cit.³, il Ministero dovrà dotarsi dei dati necessari per la costruzione degli strumenti di monitoraggio sistematico dei livelli essenziali di assistenza (LEA) attraverso una lettura integrata delle prestazioni erogate ai cittadini nell'ambito dei diversi livelli assistenziali, a partire da quelli ospedaliero e territoriale, con particolare riferimento all'assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare e con l'aggiunta di quelle prestazioni erogate in ambiti assistenziali a cavallo tra ospedale e territorio (emergenza-urgenza).

Il patrimonio informativo sviluppato dal Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) potrà contribuire a fornire le informazioni necessarie per realizzare appropriati modelli di analisi dei costi e fabbisogni standard e per costruire adeguati e dinamici indicatori dell'effettivo bisogno di salute della popolazione⁴.

2.5.2. RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA E OSPEDALIERA

2.5.2.1. Nel 2014 occorrerà dare ulteriore impulso all'azione di riorganizzazione dell'assistenza primaria secondo una logica di rete, in modo da consentire la presa in carico globale del paziente, costantemente nel tempo, da parte di un *team* con competenze diversificate.

Nell'ambito di questo obiettivo strategico andranno consolidati i legami tra ospedale e territorio, anche attraverso l'accelerazione dell'attuazione delle Aggregazioni funzionali

² Ai sensi del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68, sul c.d. federalismo fiscale:

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

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

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

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

³ Secondo cui in sede di prima applicazione dei fabbisogni standard "il Ministro della salute implementa un sistema adeguato di valutazione della qualità delle cure e dell'uniformità dell'assistenza in tutte le regioni ed effettua un monitoraggio costante dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi".

⁴ Già attualmente il Comitato paritetico permanente per la verifica e l'erogazione dei LEA - istituito dall'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005 presso il Ministero della salute (Direzione generale della programmazione sanitaria) con il compito di verificare l'erogazione dei LEA stessi in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione, anche con specifico riferimento all'analisi di coerenza tra quanto erogato e i costi sostenuti dal livello regionale e locale - si avvale dei dati dell'NSIS.

In tale prospettiva, detto Comitato assicurerà il supporto alle attività di coordinamento del monitoraggio dei LEA affidati al Ministro della salute dall'art. 30 del d.lgs. n. 68/2011 cit.



territoriali (AFT) e delle Unità complesse di cure primarie (UCCP) da parte delle regioni, per garantire l'assistenza primaria in un'ottica di complementarità con le strutture ospedaliere e per l'accrescimento della capacità di presa in carico del cittadino assistito dal SSN⁵.

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 tenga conto delle condizioni cliniche e socio-assistenziali del paziente al fine di definire, in accordo con il medico di medicina generale e durante il ricovero stesso, il percorso assistenziale più idoneo, in coerenza con la rete dei servizi sociali e distrettuali esistente.

Per poter garantire la continuità delle cure durante le 24 ore e per 7 giorni alla settimana, devono inoltre essere individuati modelli organizzativi assistenziali, diversificati e adattabili ai diversi contesti territoriali, per evitare il ricorso eccessivo e improprio (diretto e telefonico) ai servizi di emergenza-urgenza.

A tal fine, potrà 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.

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

Allo scopo di disporre di adeguati strumenti di monitoraggio e valutazione dell'erogazione dell'assistenza primaria in termini di qualità ed equità su tutto il territorio italiano, dovranno essere definiti opportuni modelli di interrogazione, integrazione e interconnessione delle fonti informative, necessari per costruire idonei e validi sistemi di indicatori.

2.5.2.2. Quanto alla riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera, nella nuova prospettiva aperta dall'emanando regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera (di cui all'art. 15, comma 13, lett. c, d.l. n. 95/2012), il Ministero dovrà attivare le conseguenti azioni di confronto con le regioni, in relazione alla definizione di linee guida per i criteri di ammissione ai trattamenti ospedalieri, finalizzati a valutare e selezionare i pazienti sotto il profilo della severità della condizione clinica e dell'evento morboso che ha portato il paziente in ospedale nonché all'intensità/complexità dell'assistenza necessaria.

Dovranno poi essere definiti valori soglia per volumi di attività specifici, correlati agli esiti migliori, e soglie per rischi di esito, con aggiornamento periodico delle soglie di volume e di esito sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili.

Infine, allo scopo di completare il potenziamento del ruolo delle farmacie convenzionate nell'erogazione dei servizi sanitari sul territorio dovranno essere elaborate azioni specifiche per la compiuta attuazione della c.d. Farmacia dei servizi.

2.5.3. QUALITÀ DEI SERVIZI SANITARI ED UMANIZZAZIONE DELLE CURE

2.5.3.1. L'azione dell'amministrazione dovrà incentrarsi sulla definizione di strumenti che favoriscano efficienza, appropriatezza e qualità degli interventi sanitari, garantendone l'appropriata valutazione, soprattutto in relazione all'assistenza primaria, alla pediatria di base, alla psichiatria, alla gestione degli anziani e dei disabili nel territorio, alla terapia del dolore e alle cure palliative, alla creazione di percorsi preferenziali per l'oncologia e per il trattamento delle patologie cardiovascolari, al diabete e alle malattie metaboliche, anche tramite la messa in atto di un Programma nazionale per la promozione della qualità e della sicurezza delle cure.

⁵ Tra gli strumenti per realizzare la continuità delle cure e l'integrazione tra i servizi e i professionisti, si ribadiscono quelli, peraltro già noti, dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) per specifiche patologie, delle reti cliniche integrate per la gestione della cronicità, delle modalità finalizzate a evitare il ricovero ospedaliero (AD ed ADI), delle strutture sanitarie residenziali per l'erogazione delle "cure intermedie", delle reti informatiche e di telemedicina per realizzare efficienti modalità di comunicazione fra servizi e operatori.



Tali azioni richiederanno un rinnovato impegno per armonizzare gli indirizzi delle politiche sanitarie rivolte ad assicurare sicurezza e qualità delle cure erogate ai pazienti.

In questo senso, nelle azioni programmatiche previste dovranno essere integrati i processi di valutazione delle tecnologie sanitarie, per consentire l'allineamento coerente tra le esigenze dell'efficienza con quelle prioritarie di efficacia, qualità, sicurezza e appropriatezza.

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

Per queste ultime, dovranno essere rafforzate le azioni di affiancamento e sostegno al perseguimento degli obiettivi di efficientamento, ferma restando la garanzia uniforme e adeguata dei LEA⁶.

In questo ambito, occorrerà proseguire nell'azione di monitoraggio, con conseguente verifica, degli obiettivi assunti con i Piani di riqualificazione ("programmi operativi"), anche nei confronti delle regioni non impegnate nei processi di riqualificazione, ma sottoposte puntualmente alla verifica degli adempimenti disposti dalla legislazione corrente e pattizia. Per tale ragione, andrà promossa la trasparenza quale strumento per la comunicazione con il cittadino (oltre che per il controllo di legalità). Occorrerà quindi sottoporre a verifica le attività, le funzioni, la struttura, la regolamentazione interna e le modalità attraverso cui si svolgono i processi organizzativi, anche sul presupposto che l'inappropriatezza degli interventi clinici e assistenziali costituisce l'indicatore della presenza di un difetto di organizzazione.

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

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

A tale riguardo, andranno individuate le fonti informative e gli indicatori necessari per elaborare e definire processi di valutazione sia da parte degli utenti che degli operatori sui singoli obiettivi di umanizzazione e dovranno essere sviluppate azioni per completare il programma previsto dal d.l. 28 dicembre 1998, n. 450 (conv. con modif. dalla l. 26 febbraio 1999, n. 39), volto alla creazione di strutture residenziali di cure palliative (*hospice*).

Il tema andrà promosso in vista del Semestre europeo, anche attraverso l'attivazione di una rete informativa che monitori e documenti le attività dei Paesi dell'UE in tema di terapia del dolore.

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

⁶ Al riguardo, si evidenzia come tali programmi di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale sui disavanzi sanitari richiedono una rivisitazione, ricordando che di fronte a grandi indebitamenti la prima reazione è pretendere un'inversione di marcia, ma anche che questa, per potersi consolidare, deve potere incidere strutturalmente sull'assetto organizzativo e funzionale dei sistemi regionali, rischiando altrimenti di risultare vana o comunque esclusivamente e temporaneamente idonea a "regolare i conti".



2.5.4. IL PIANO SANITARIO NAZIONALE

Il Piano sanitario nazionale (PSN) è il principale strumento di programmazione sanitaria attraverso cui, in un dato arco temporale, vengono definiti gli obiettivi da raggiungere attraverso l'individuazione di azioni e di strategie strumentali alla realizzazione delle prestazioni istituzionali del SSN. Esso rappresenta quindi il primo punto di riferimento per ogni riforma e iniziativa riguardante il sistema sanitario, sia a livello centrale sia a livello locale⁷.

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

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

- porre l'enfasi sugli aspetti della prevenzione e della valutazione dell'impatto sulla salute, ribadendo la necessità di politiche intersettoriali⁸;
- insistere sulla concretezza delle azioni da porre in essere per la ristrutturazione delle reti assistenziali nel senso di una rimodulazione dell'offerta verso un rafforzamento della risposta territoriale rispetto all'ospedaliera, in un rinnovato patto con il cittadino attore informato e partecipe delle scelte in tema di salute;
- riconoscere la necessità di lavorare in termini di miglioramento dell'appropriatezza sia nell'utilizzo sia nell'introduzione di nuove procedure, farmaci, dispositivi medici; ciò al fine di coniugare la qualità alla sostenibilità delle cure (in tale prospettiva, è essenziale il ricorso all'ICT, che può tra l'altro facilitare la scelta di soluzioni alternative al ricovero o alla residenzialità, accrescendo il gradimento dei cittadini);
- affrontare gli snodi strategici del sistema, tra i quali in primo luogo l'effettiva erogazione dei LEA e il loro monitoraggio e valutazione, nel rispetto dell'appropriatezza, dei tempi di attesa, del governo clinico;
- porre particolare accento su alcune priorità clinico-assistenziali, quali in particolare il percorso nascita e gli interventi da realizzare per la tutela dell'età senile.

2.5.5. PIANO NAZIONALE ESITI (PNE)⁹

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

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

2.5.6. INIZIATIVE IN MATERIA DI PERSONALE DEL SSN

Nell'anno 2014 sarà perseguito l'obiettivo della valorizzazione delle competenze dei professionisti, al fine di promuovere e realizzare l'integrazione di tutte le categorie professionali in modo da garantire ulteriormente l'efficacia e la qualità delle prestazioni sanitarie.

⁷ È attraverso il PSN che lo Stato stabilisce le linee generali di indirizzo del SSN, nell'osservanza degli obiettivi e dei vincoli posti dalla programmazione economico-finanziaria nazionale, in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché di assistenza sanitaria da applicare conformemente e secondo criteri di uniformità su tutto il territorio nazionale.

⁸ La concertazione delle politiche è lo "strumento facilitatore" dell'incontro delle responsabilità e delle risorse, secondo il principio dei finanziamenti convergenti e complementari sui medesimi obiettivi.

⁹ Il PNE è lo strumento finalizzato all'analisi e valutazione dell'offerta sanitaria in termini di qualità delle cure erogate nell'ambito ospedaliero (lato "offerta"). Esso si avvale di un set di indicatori finalizzati ad analizzare e valutare in modo strutturato e omogeneo la qualità delle cure erogate, in particolare, nell'assistenza ospedaliera e permette di disporre con trasparenza di informazioni oggettive in merito alle performance delle strutture ospedaliere del SSN.



In sanità operano oltre trenta tipologie di laureati professionisti (medici, infermieri, fisioterapisti, tecnici sanitari, ecc.), ciascuna con un proprio specifico e autonomo ambito professionale. Sarà pertanto necessario focalizzare l'attenzione sui rapporti interprofessionali e d'équipe come anche sull'interdipendenza funzionale di una professione dall'altra. La sussistenza di situazioni estremamente diversificate sul territorio nazionale, in una con la complessità quotidiana del funzionamento degli ospedali e dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali e con la necessaria innovazione dei processi dell'organizzazione e dei percorsi clinico-assistenziali-riabilitativi, evidenziano l'importanza e l'esigenza di un lavoro interdisciplinare e multi-professionale, all'interno delle attività clinico-assistenziali dirette alla tutela della salute degli individui e della collettività. Dovrà, pertanto, proseguire la riflessione in atto con le regioni e con le categorie sulle competenze delle professioni sanitarie nei diversi contesti organizzativi.

Se l'evoluzione scientifica, tecnologica, formativa e ordinamentale in atto all'interno del SSN fa sì che i professionisti assumano un ruolo fondamentale nel sistema, il verificarsi di eventi indesiderati connessi alle prestazioni sanitarie rappresenta un fenomeno rilevante e determina molteplici conseguenze, ingenerando sfiducia nei cittadini e creando disagio e demotivazione negli operatori sanitari. Alcuni degli errori commessi dai professionisti della sanità sono correlabili anche alle problematiche legate alla responsabilità professionale. Uno degli effetti indesiderati di tale disagio è il frequente ricorso alla cd. medicina difensiva, che danneggia i cittadini perché li sottopone a indagini non necessarie e rallenta l'erogazione delle prestazioni a chi ne ha realmente necessità. In tale ottica, occorrerà completare l'iter di regolamentazione della responsabilità professionale e della copertura assicurativa.

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

Considerato infine che il blocco del *turn-over* del personale sanitario, pur rispondendo a condivisibili esigenze di finanza pubblica, può tuttavia comportare in alcune realtà territoriali (e in special modo nelle regioni sottoposte a piano di rientro) il rischio di compromissione dell'erogazione dei servizi essenziali, andrà avviata un'analisi dei fabbisogni da porre a base delle iniziative eventualmente necessarie al superamento selettivo del blocco stesso.

2.6. IL NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO (NSIS)

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

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

I flussi informativi raccolti dal NSIS relativamente alle prestazioni erogate dal SSN sono incentrati sull'individuo al fine di consentire al Ministero il monitoraggio delle prestazioni erogate nei diversi *setting* assistenziali (e quindi la riconoscibilità dei percorsi assistenziali seguiti) nonché il monitoraggio dell'utilizzo delle risorse del SSN. Tali flussi consentono di disporre degli elementi di base per esaminare la domanda soddisfatta nonché di effettuare



analisi integrate e trasversali ai diversi LEA. La disponibilità nell'ambito del NSIS di tali contenuti informativi costituisce, inoltre, un prerequisito fondamentale per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali inerenti il comparto sanitario.

Per attuare quanto sopra indicato, il Ministero (e in particolare il Comitato LEA) si avvarrà del nuovo strumento denominato "Bilancio LEA", dedicato al monitoraggio dei LEA e al bilanciamento LEA-costi¹⁰.

L'applicazione di tale strumento consentirà alle regioni e alle asl di valutare in modo trasparente il miglioramento (o peggioramento) nel tempo dell'assistenza ricevuta dal paziente e il raggiungimento degli obiettivi posti in sede di programmazione regionale, e permetterà di operare confronti tra le regioni con ricerca delle migliori pratiche (*best practice*), allo scopo di individuare quelle c.d. *benchmark* da utilizzare come riferimento per definire gli obiettivi in termini di LEA (e i relativi costi).

2.6.1. INIZIATIVE IN MATERIA DI SANITÀ ELETTRONICA

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

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

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

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

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

Anche la telemedicina, che rappresenta uno dei principali ambiti di applicazione della sanità in rete, offre potenzialità di grande rilevanza, soprattutto in termini di accresciuta equità nell'accesso ai servizi sanitari oltre che a competenze di eccellenza, grazie al decentramento e alla flessibilità dell'offerta di servizi resi. Saranno portate a termine le attività per l'adozione delle Linee di indirizzo nazionale sulla telemedicina, predisposte dal Ministero della salute e attualmente in corso di condivisione con le regioni, finalizzate alla definizione di modalità

¹⁰ Con tale strumento diviene possibile: i) misurare la quantità di prestazioni sanitarie, per ciascun ambito assistenziale, erogate nel territorio di ciascuna regione, consentendo di mettere a disposizione, in modo trasparente, informazioni oggettive in merito alle prestazioni erogate ai cittadini nei principali *setting* assistenziali e di analizzare tali informazioni sia nel tempo, sia in comparazione tra le diverse realtà regionali e aziendali; ii) rilevare gli impatti, in termini di domanda soddisfatta, che possono derivare sia da manovre di governo sia da interventi attuati sui servizi sanitari regionali dalle varie regioni, con particolare riferimento a quelle in piano di rientro.

Il Bilancio LEA consente, altresì, attraverso l'analisi comparativa della quantità di prestazioni sanitarie erogate nelle diverse realtà regionali, di supportare l'individuazione di ambiti di intervento per azioni mirate di contenimento della spesa pubblica. I *setting* assistenziali attualmente ricompresi nel Bilancio LEA sono relativi sia al LEA ospedaliero sia al LEA territoriale.



tecnico-organizzative comuni a supporto dello sviluppo della telemedicina a livello nazionale e per un impiego sistematico della stessa nell'ambito del SSN.

Proseguirà inoltre l'attività svolta a livello comunitario in tale ambito, ivi inclusa, in particolare, la partecipazione all'*e-Health Network*, rete volontaria tra le autorità nazionali responsabili dell'assistenza sanitaria *on line*¹¹.

2.7. DISPOSITIVI MEDICI E FARMACI

2.7.1. Il settore dei dispositivi medici sta mostrando una vitalità addirittura superiore a quella del settore farmaceutico.

In tale ambito, l'Italia è in linea con le future previsioni che ipotizzano il pareggio dei due comparti per livello di spesa nei diversi sistemi sanitari dei paesi sviluppati. Tuttavia, il mercato dei dispositivi presenta, rispetto al settore farmaceutico, specificità di rilievo che lo rendono più difficile da regolare e ancora più bisognoso di azioni efficaci di governo. Per tale ragione, già da alcuni anni si è resa palese l'esigenza di effettuare un monitoraggio stringente di questa importante quota di spesa pubblica.

La visione per il governo dei dispositivi medici non può prescindere dal ruolo del Ministero della salute volto alla diffusione dei dati e informazioni che mettano a fattor comune le esperienze regionali, a es. in tema di osservatori prezzi e tecnologie, di analisi dei consumi di dispositivi per fabbricante e ambito clinico, di report di *HTA*, ecc., alla promozione dello sviluppo di competenze nelle regioni e nelle aziende del SSN e alla valorizzazione dei responsabili del governo clinico dei dispositivi medici.

In particolare, sarà necessaria un'organica e sistematica diffusione delle informazioni sulle migliori prassi di gestione e di governo dei dispositivi medici, inclusi gli aspetti economici, per la loro replica in altri contesti.

Occorrerà inoltre intraprendere le attività volte all'istituzione di un "Prontuario nazionale dei dispositivi medici", sulla base dell'esempio del Prontuario farmaceutico, recante una classificazione finalizzata alla razionalizzazione dei dispositivi medici (in modo da consentire economie di spesa in sede di individuazione e acquisto dei prodotti disponibili) e idonea a porsi quale parametro per definire i prezzi di riferimento.

Al fine di ridare centralità al ruolo programmatico e di monitoraggio del livello centrale, occorrerà dare immediata attuazione alle direttive comunitarie che prevedono procedure strutturate per la valutazione dei dispositivi medici secondo la metodologia dell'*Health Technology Assessment (HTA)*, in modo che sia promosso l'uso di dispositivi medici secondo un rapporto di economicità, efficienza ed efficacia.

In tale contesto, al fine di garantire l'azione coordinata dei vari livelli interessati (nazionale, regionale e aziende accreditate del SSN), il Ministero dovrà:

- assicurare un adeguato processo di definizione delle priorità, attraverso l'istituzione di una "cabina di regia";
- iniziare a sviluppare le azioni necessarie a fornire elementi per la definizione dei capitolati di gara per l'acquisizione dei dispositivi medici;
- promuovere e favorire la collaborazione tra le regioni nella definizione e nell'utilizzo di strumenti per il governo dei dispositivi medici e per l'*HTA*;
- promuovere un Programma nazionale di *HTA* in grado di incrementare la produttività delle valutazioni sulla base di priorità fissate di concerto con le regioni, fondato sulla creazione di una rete nazionale di produzione di documenti che coinvolga le strutture qualificate di *HTA*

¹¹ L'*e-Health Network*, prevista dall'art. 14 dir. 2011/24/UE cit., ha l'obiettivo di creare i presupposti per rafforzare la continuità delle cure e garantire l'accesso a un'assistenza sanitaria sicura e di elevata qualità a livello comunitario, nonché di elaborare orientamenti e di sostenere gli Stati Membri affinché definiscano misure comuni per agevolare la trasferibilità dei dati nell'assistenza sanitaria transfrontaliera.

a livello regionale e aziendale, evitando duplicazioni, favorendo la tempestività delle attività di valutazione rispetto alle esigenze decisionali ai diversi livelli del sistema, monitorando l'impatto delle decisioni assunte e promuovendo il coordinamento della presenza nazionale nell'ambito delle reti di collaborazione europea (*EuNetHTA*);

2.7.2. In relazione al settore farmaceutico assume particolare rilevanza il tema dell'appropriatezza, insieme ai parametri economici di efficacia.

Al fine di migliorare i meccanismi di appropriatezza prescrittiva, occorrerà in particolare mettere a disposizione e condividere con chi ha la responsabilità di prescrivere, di distribuire e di somministrare i farmaci, tutti gli strumenti più qualificati e aggiornati per scegliere il prodotto più adatto in termini di efficacia, sicurezza e costo.

Le azioni da intraprendere nell'immediato, sul duplice versante del contenimento della spesa e dell'appropriatezza delle prescrizioni, sono da individuare:

- nella semplificazione delle procedure e nella diffusione dei diversi strumenti informatici¹²;
- nell'utilizzo del citato approccio *HTA*, al fine di identificare le opzioni assistenziali dimostrate non solo maggiormente costo-efficaci ma anche preferite da pazienti e cittadini, in modo da assicurare, a parità di risorse disponibili, il massimo valore possibile in termini di salute.

2.8. PROMOZIONE DELLA SALUTE PUBBLICA VETERINARIA E SICUREZZA DEGLI ALIMENTI

Nel 2014 gli interventi a tutela della salute pubblica e della sicurezza degli alimenti saranno preordinati a garantire la continuità e lo sviluppo delle azioni per la razionalizzazione dei controlli sanitari e il rafforzamento del coordinamento delle attività delle regioni e delle province autonome, anche ai fini di una corretta valutazione e gestione del rischio della catena alimentare.

L'anno, inoltre, sarà fortemente caratterizzato dalla preparazione e dall'attuazione del programma del Semestre europeo, che nell'ambito della sanità pubblica veterinaria e della sicurezza degli alimenti andrà imperniato sul nuovo contesto regolamentare in corso di adozione in sede di Consiglio e Parlamento europeo, c.d. pacchetto "*Animali e piante più sani per una filiera alimentare più sicura*". In particolare, sulla base dei risultati conseguiti dalle precedenti presidenze di turno UE (Lituania e Grecia), si dovrà focalizzare l'attenzione sulle procedure di adozione delle nuove proposte regolamentari ovvero sulle attività che ne facilitano l'attuazione, garantendo la consultazione con tutte le parti interessate al settore agro-alimentare, strategico per il nostro Paese.

Sotto altro profilo, ai fini della preparazione della manifestazione di Expo Milano 2015, occorrerà un particolare impegno per l'istituzione della "Scuola per l'alta formazione per la sicurezza degli alimenti" nonché, nell'ambito del tema "Nutrire il pianeta, energia per la vita", per l'attuazione di un protocollo di intesa per l'istituzione di un "Centro internazionale per la nutrizione e la sicurezza alimentare ed ambientale" e di un protocollo d'intesa per definire, con il Commissario generale di sezione per il padiglione Italia, la partecipazione all'Evento.

2.8.1. SICUREZZA DEGLI ALIMENTI

Per l'anno 2014 dovrà essere predisposto il Piano pluriennale nazionale integrato dei controlli 2015-2018 e dovranno proseguire le verifiche delle attività regionali sui prodotti di origine animale, con *focus* sull'igiene dei molluschi, e si continuerà nel monitoraggio sui

¹² Si tratta di un ambito di intervento che presenta moltissimi margini di miglioramento e di riduzione dei costi amministrativi a partire dall'esigenza di dematerializzazione di molte procedure e di un utilizzo innovativo di tutti gli strumenti informatici e di *e-Health*.



prodotti di origine non animale, in particolare per quanto riguarda l'attività di prevenzione delle intossicazioni da alimenti di origine vegetale compresi i funghi.

Per gli alimenti di origine vegetale, si dovrà eseguire il controllo delle contaminazioni chimiche e occorrerà dare attuazione al Piano d'azione nazionale per l'utilizzo sostenibile dei pesticidi, predisponendo linee guida e documenti attuativi, nonché completando le procedure di attuazione della normativa di autorizzazione dei prodotti fitosanitari (reg. CE n. 1107/2009).

Andrà, inoltre, predisposto il nuovo accordo quadro quinquennale con le regioni e le province autonome per gli anni 2014-2018 per il controllo sul commercio e l'impiego dei prodotti fitosanitari, in continuità con la programmazione passata e al fine di promuovere, nei confronti delle regioni, una più attenta e puntuale gestione dei dati sui controlli ufficiali e autocontrolli, per una corretta valutazione e gestione del rischio.

In materia di lotta alle frodi, in qualità di punto di contatto in ambito UE, proseguiranno gli interventi a livello nazionale e internazionale.

Si proseguirà con la condivisione degli impegni relativi al miglioramento della qualità nutrizionale degli alimenti destinati all'infanzia e ai soggetti vulnerabili (anziani, ospedalizzati, ecc.), al fine di contrastare obesità e malattie croniche non trasmissibili.

Particolare importanza assumono le proposte volte a ridurre le disuguaglianze delle fasce sociali deboli. A tale riguardo, si dovrà operare un'adeguata revisione delle norme vigenti sulle formule per lattanti, in attuazione del reg. (UE) n. 609/2013, valutando i costituenti ammissibili e le indicazioni sulle corrette modalità d'uso, ferma restando l'esigenza della tutela e della promozione dell'allattamento al seno. Un particolare rilievo dovrà essere riservato, poi, alle iniziative a favore della riduzione degli sprechi alimentari. Specificamente, l'attività sarà rivolta alla validazione dei manuali di corretta prassi operativa, da predisporre da parte delle organizzazioni riconosciute non lucrative di utilità e degli operatori del settore alimentare, ai sensi del comma 236 della legge n. 147 del 2013 (legge di stabilità 2014), nonché ad adottare ogni altro necessario profilo applicativo della norma in questione.

Verrà data, inoltre, particolare rilevanza alle iniziative legate alla ristorazione negli esercizi pubblici e privati nonché nella distribuzione automatica, per favorire una vendita di alimenti responsabile.

Altri ambiti di intervento dovranno riguardare, in continuità con il 2013: la sicurezza e il corretto uso degli integratori alimentari; la sicurezza degli alimenti addizionati di sostanze a effetto nutritivo o fisiologico per svolgere effetti benefici sulla salute; il potenziamento della capacità diagnostica dei laboratori per la ricerca di radionuclidi in situazioni emergenziali e di radiazioni ionizzanti utilizzati negli alimenti importati dall'estero.

Dovrà continuare l'attività di razionalizzazione dei controlli concernenti le tecnologie di produzione relative all'uso di additivi e aromi, e materiali destinati a venire a contatto con gli alimenti, anche attraverso l'estensione del sistema informativo nazionale S.INTE.S.I.S.

Per le importazioni di animali, alimenti e materiali destinati a venire a contatto con gli alimenti, si dovrà contribuire a migliorare l'implementazione e la funzionalità dello Sportello unico doganale (di cui al d.P.C.M. 4 novembre 2010, n. 242), in raccordo con il sistema informativo dell'Agenzia delle dogane, e a valorizzare le esportazioni italiane, anche mediante adeguata compilazione delle certificazioni sanitarie, al fine di documentare la sicurezza dei prodotti alimentari italiani sia rispetto alla tutela dei consumatori di Paesi terzi, sia rispetto alla prevenzione della diffusione all'estero delle malattie infettive zootecniche.

Relativamente alle allerta sugli alimenti, è stato costituito un gruppo di lavoro per la definizione dei criteri per la pubblicazione delle allerta e di impatto immediato sui consumatori; lo stesso gruppo definirà modalità opportune, affinché siano effettuate verifiche del rispetto delle procedure di richiamo dei prodotti a rischio da parte degli OSA; nel 2014 è in programma l'attivazione del sistema informatico I-RASFF della Commissione EU.



2.8.2. SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA.

In materia di sanità pubblica veterinaria, si procederà al completamento del sistema delle anagrafi animali, attraverso la riorganizzazione dell'anagrafe avicola e l'implementazione dell'anagrafe di api, conigli e specie zootecniche minori.

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

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

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

Per quanto riguarda la malattia vescicolare del suino, continuerà l'attività svolta nel corso del 2013 attraverso la *task force* presso la Direzione generale competente, con il Centro nazionale di riferimento presso l'IZS di Brescia e la componente sanitaria tecnico-territoriale (regioni e province autonome, IZS Territoriali), al fine del riconoscimento dello status di accreditamento delle Regioni Campania e Calabria.

Inoltre, sulla base dei risultati ottenuti nel 2013, sarà avviato un processo inteso a verificare il possibile impiego sul territorio del sistema di analisi del rischio per la categorizzazione delle aziende suine, attraverso la collaborazione di alcune regioni "pilota".

Al fine di uniformare gli interventi nel territorio sulle malattie a forte impatto sulle economie nazionali ed extra-nazionali, sarà necessario attuare i piani di sorveglianza ed eradicazione, nonché i piani di emergenza con i relativi manuali operativi conformi alle norme comunitarie e internazionali.

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

Al fine di adempiere agli obblighi di appartenenza all'Unione Europea, proseguirà l'attività di implementazione del sistema di *audit* nazionale, d'intesa con le regioni e le province autonome.

Ai fini della gestione dell'accordo Stato-regioni del 7 febbraio 2013 (n. rep. 46/CSR),¹³ il Ministero organizzerà un "tavolo tecnico di coordinamento" composto da rappresentanti regionali e ministeriali dedicato all'implementazione delle linee guida sul territorio nazionale, all'analisi dello stato di attuazione dell'accordo nonché alla formulazione delle proposte di aggiornamento e integrazione sulla base dei risultati di *audit* effettuati nell'ambito del SSN.

In materia di benessere animale, dovrà migliorare il controllo nel settore degli animali da reddito, attraverso l'informatizzazione del sistema di rendicontazione, in conformità con il piano nazionale sul benessere animale, e occorrerà adoperarsi per una puntuale applicazione delle intese già stipulate con le forze dell'ordine in materia di controlli sul benessere degli animali durante il trasporto degli stessi.

Con riferimento alle norme minime per la protezione dei suini, di cui alla dir. 2008/120/CE, recepita con il d.lgs. 7 luglio 2011, n. 122, le attività di ricognizione e verifica sull'effettiva implementazione della direttiva nei singoli allevamenti da riproduzione di suini italiani, avviate nel corso del 2012 e proseguite per tutto il 2013, dovranno concludersi nella prima metà del 2014, al fine di ottenere l'archiviazione dell'EU-Pilot da parte della Commissione europea.

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



Nel 2014 verrà avviato in via sperimentale anche il sistema di monitoraggio degli allevamenti suini per una loro classificazione in base al rischio “benessere”, fondato sul rispetto dei criteri della direttiva 2008/120/CE, insieme al rischio “biosicurezza”.

Infine, per i polli da carne, a seguito della pubblicazione del d.m. 4 febbraio 2013, attuativo del d.lgs. n. 181/2010 (recante a sua volta attuazione della direttiva 2007/43/CE che stabilisce norme minime per la protezione di polli allevati per la produzione di carne), proseguirà la fase di controllo sul territorio circa l’osservanza delle disposizioni di cui al suddetto decreto legislativo e alle linee guida ministeriali predisposte nel corso del 2013.

Nell’ambito della tutela degli animali di affezione, dovranno essere potenziati i controlli sui canili e le verifiche promananti dalle segnalazioni in merito ai maltrattamenti sugli animali, in collaborazione con il Comando Carabinieri per la tutela della salute (NAS), e proseguirà l’attività di informazione, anche con riferimento alla tutela degli equidi, degli operatori del settore e dei cittadini sulle norme vigenti e sui metodi di prevenzione dei rischi per la salute e l’incolumità pubblica, nonché l’attività di promozione degli interventi assistiti con gli animali in sinergia con il Centro di referenza nazionale.

In materia di protezione degli animali utilizzati ai fini sperimentali, verrà esercitata la delega in conformità ai criteri e dei principi di delega indicati dall’art. 13 della legge 6/8/2013, n. 96, per il recepimento della direttiva 2010/63/UE. Particolare attenzione dovrà essere dedicata all’estensione dei controlli sugli stabilimenti utilizzatori di animali e allo sviluppo di metodi alternativi all’impiego di animali.

Nel settore del farmaco veterinario, proseguiranno le attività per la realizzazione di un maggiore controllo nelle diverse fasi della circolazione del medicinale veterinario, al fine di assicurare un efficace sistema di farmacosorveglianza, nonché per la predisposizione di Linee di indirizzo sull’utilizzo di dispositivi medici in medicina veterinaria e l’individuazione dei presidi maggiormente usati, per una migliore informazione agli operatori del settore. Si provvederà inoltre a concorrere al processo di revisione della normativa comunitaria in materia di medicinali veterinari e dovrà proseguirsi il controllo delle attività di produzione dei medicinali veterinari, con l’obiettivo di rispettare il programma annuale delle ispezioni. A tale attività si affiancherà la verifica, tramite ispezioni mirate e di routine, dei sistemi di farmacovigilanza dei titolari di autorizzazione immissione in commercio (AIC).

Nel settore delle importazioni di merce d’interesse veterinario, proseguirà l’attività finalizzata alla realizzazione del menzionato Sportello unico doganale.

Per quanto riguarda il settore dell’alimentazione animale, contestualmente alle attività di indirizzo dei controlli ufficiali sui mangimi realizzate per il tramite del Piano nazionale di controllo sull’alimentazione degli animali (PNAA), dovrà essere seguita la predisposizione della nuova direttiva europea in tema di preparazione, commercio e uso di mangimi medicati.

Inoltre, prendendo spunto dall’ispezione del *Food veterinary office (FVO)* sull’applicazione del reg. (UE) 225/2012, che si terrà in Italia nei primi mesi del 2014, si provvederà a programmare e a effettuare una verifica sull’applicazione del regolamento, per facilitare l’adozione sul territorio delle disposizioni relative al monitoraggio delle diossine nei mangimi e il riconoscimento degli stabilimenti di produzione di prodotti a rischio per tali contaminanti.

2.8.3. VALUTAZIONE DEL RISCHIO DELLA CATENA ALIMENTARE

La Sicurezza alimentare rappresenta un interesse primario della popolazione e coinvolge in modo trasversale e con differenti ruoli le istituzioni, i produttori, i consumatori e il mondo scientifico. Per garantire la sicurezza degli alimenti, occorre considerare tutti gli aspetti della catena alimentare come un unico processo, a partire dalla produzione primaria fino al consumo.

L’Unione Europea ha adottato una disciplina globale in materia di sicurezza degli alimenti con il Regolamento (CE) del 28 gennaio 2002, n. 178, del Parlamento europeo e del Consiglio, recante i principi e i requisiti generali della legislazione alimentare e ha istituito l’Autorità

europea per la sicurezza alimentare (*EFSA*), deputata alla valutazione scientifica dei rischi della catena alimentare.

A livello nazionale, la Direzione generale degli organi collegiali per la tutela della salute costituisce il riferimento nazionale dell'*EFSA* e coordina l'attività di valutazione del rischio della catena alimentare, avvalendosi del Comitato nazionale della sicurezza alimentare (*CNSA*), riordinato dal Regolamento emanato con DPR 28 marzo 2013, n. 44.

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

- un migliore raccordo e coordinamento degli scienziati italiani che fanno parte dei *panel* scientifici e dei gruppi di lavoro istituiti presso detta Autorità;
- un supporto alle Istituzioni scientifiche italiane che collaborano con *EFSA*, ai sensi dell'articolo 36 del Regolamento del Parlamento e del Consiglio Europeo 178/2002, con la finalità di aumentare la loro partecipazione a *grant* e *procurement* promossi dalla stessa Autorità europea;
- l'elaborazione di procedure di valutazione del rischio, tenendo conto delle procedure definite da *EFSA*;
- l'elaborazione di misure idonee per la tutela degli interessi dei consumatori, fornendo loro i principi base per una scelta consapevole.

2.9. POLITICHE PER L'EFFICIENZA GESTIONALE

In relazione alla nuova dotazione organica del Ministero, di cui al menzionato d.P.C.M. 22 gennaio 2013 (attuativo delle riduzioni previste dall'art. 2 del d.l. n. 95/2012), si dovrà procedere a una nuova organizzazione dell'amministrazione, che dovrà garantire il mantenimento dei livelli di servizio resi all'utenza, pur concentrando le attività in un numero inferiore di strutture dirigenziali generali e non (in particolare per gli uffici dislocati sul territorio). Si dovrà tener conto, tra l'altro, dell'art. 1, comma 233, della legge 27 dicembre 2013, n. 147 (Legge di stabilità per il 2014), che ha mantenuto al Ministero della salute le competenze in materia di assistenza sanitaria al personale navigante e aeronavigante, concentrando le stesse presso gli uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera Direzione generale della prevenzione.

La riorganizzazione del Ministero dovrà rappresentare una opportunità di razionalizzazione e di ottimizzazione dell'impiego delle risorse umane, finanziarie e strumentali a disposizione. Attesa la complessità del servizio e delle connesse attività svolte dal Ministero, si dovranno programmare tempestivamente gli interventi necessari ad assicurare, ad invarianza dei livelli del servizio, tutti i risparmi di spesa che da tale mutamento di tipo organizzativo possono derivare.

Si dovranno, pertanto, sviluppare modelli organizzativi e gestionali innovativi per il funzionamento delle strutture, a esempio attraverso la promozione del ricorso a iniziative di lavoro trasversali per affrontare esigenze non prevedibili, urgenti e indifferibili, anche al fine di ottimizzare e valorizzare le risorse umane e di favorire l'integrazione tra le diverse unità organizzative.

Nel quadro degli interventi di miglioramento dell'organizzazione del lavoro e di valorizzazione delle risorse umane, dovranno essere previste azioni finalizzate al benessere organizzativo e a favorire la conciliazione dei tempi di vita/lavoro, attraverso progetti di telelavoro e pianificando azioni utili alla diffusione della cultura della parità e delle pari opportunità. Le azioni saranno attuate tenendo conto anche delle proposte formulate dal Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG Salute).

Inoltre, nell'ottica del contenimento della spesa, in continuità con le iniziative di *spending review*, occorrerà effettuare il coordinamento interno e implementare azioni tese all'ottimizzazione delle spese di funzionamento, comprese quelle del Comando Carabinieri per la tutela della salute (NAS).

Nel contempo, si dovrà procedere con la semplificazione e progressiva dematerializzazione delle procedure amministrative e con l'adozione della fatturazione elettronica nei rapporti con i fornitori, considerato inoltre che il Ministero della salute è fra gli enti pubblici che daranno attuazione a quanto previsto dal decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 3 aprile 2013, n. 55, già a partire da febbraio 2104.

L'amministrazione dovrà sviluppare e sostenere, anche attraverso specifiche attività formative, le iniziative previste nell'ambito del Semestre europeo, con l'utilizzo in via prioritaria dell'Auditorium e delle sale riunioni della sede di viale Ribotta, al fine di contenere i relativi costi.

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

Dovrà infine essere sviluppata la cultura della trasparenza e dell'integrità, in collaborazione con il Responsabile della prevenzione della corruzione, dando avvio alle azioni che saranno previste nel Piano triennale di prevenzione della corruzione e proseguendo, in maniera coordinata, nell'attuazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità.

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

Infine, l'amministrazione dovrà sviluppare ulteriormente la comunicazione interna, a esempio attraverso la realizzazione di eventi dedicati ("giornata delle buone prassi") e il ricorso agli strumenti del web, per favorire l'integrazione tra le strutture, la condivisione di conoscenze e competenze anche al fine di armonizzare l'azione amministrativa e consentire una più ampia e attiva partecipazione alla *mission* istituzionale.

2.10. SINTESI DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI DEL MINISTERO DELLA SALUTE

Allo scopo di garantire la piena coerenza tra il ciclo di gestione della *performance* e quello di programmazione economico-finanziaria, gli obiettivi strategici di cui alla presente Direttiva sono gli stessi della "Nota integrativa al bilancio di previsione 2014-2016", che è stata predisposta nei mesi di ottobre e dicembre 2013, secondo i dettami della circolare n. 32 del 2013 della R.G.S. Si riporta di seguito l'elenco degli obiettivi strategici, distinti per Dipartimento.

Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione

- A.1 – Consolidamento dell'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 - Promozione del 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 – Rafforzamento della tutela della salute attraverso interventi di comunicazione nelle aree di preminente interesse.

Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Servizio sanitario nazionale

- B.1 - Individuazione degli 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 - Miglioramento del sistema di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN finalizzato anche alla condivisione e fruibilità delle informazioni a tutti gli attori del sistema stesso;
- B.3 - Definizione delle modalità di generazione e di utilizzo del codice univoco dell'assistito per l'interconnessione dei contenuti informativi relativi alle prestazioni sanitarie, presenti anche nel Fascicolo sanitario elettronico, erogate da parte del SSN;
- B.4 - Valorizzazione delle competenze dei professionisti sanitari e promuovere processi finalizzati ad assicurare l'esercizio corretto ed efficace delle attività e meccanismi di integrazione di tutte le categorie professionali, al fine della tutela della salute della persona;
- B.5 - Miglioramento del sistema di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN finalizzato anche alla condivisione e fruibilità delle informazioni a tutti gli attori del sistema stesso.

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 - Razionalizzazione e contenimento della spesa per il funzionamento del Ministero e dei NAS alla luce di quanto previsto in materia di *spending review*;
- D.2 - Mantenimento dei livelli di servizio resi dall'Amministrazione attraverso modalità innovative di organizzazione del lavoro e di valorizzazione del personale.

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 nell'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 e 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 2014, 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 CRA 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.

Nel caso di CRA privi di titolare, secondo quanto già disposto con decreto del 18 dicembre 2013 il Capo Dipartimento titolare del Dipartimento della sanità pubblica veterinaria, della sicurezza alimentare e degli organi collegiali per la tutela della salute 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 afferenti ai Dipartimenti privi di titolare.

4. RISORSE FINANZIARIE, STRUMENTALI E UMANE

La determinazione delle dotazioni finanziarie per l'anno 2014 sarà contenuta nel decreto di assegnazione delle risorse stanziato nello stato di previsione del Ministero della salute per l'esercizio 2014 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.

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 e interna della nuova programmazione da parte dell'OIV.

Nel caso in cui occorra, invece, procedere a mere rimodulazioni che non alterano 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 DI REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI CONTENUTI NELLA DIRETTIVA GENERALE PER L'ANNO 2013

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 29 gennaio 2013, al fine di evidenziare criticità o scostamenti, nonché per segnalare eventuali azioni correttive alla programmazione inizialmente prevista.

Gli obiettivi strategici assegnati ai Dipartimenti sono stati i seguenti:

- *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.;*
- *Riqualificazione della spesa sanitaria attraverso l'aumento della qualità e della trasparenza della ricerca biomedica italiana;*
- *Promuovere il ruolo dell'Italia per la tutela della salute in ambito internazionale, anche in coerenza con le linee strategiche definite a livello comunitario ed internazionale, alla luce dell'esperienza del Servizio Sanitario Nazionale;*
- *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;*
- *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.*
- *Miglioramento del sistema di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN finalizzato anche alla condivisione e fruibilità delle informazioni a tutti gli attori del sistema stesso*
- *Definizione delle modalità di generazione e di utilizzazione del codice univoco dell'assistito per l'interconnessione dei contenuti informativi relativi alle prestazioni sanitarie, presenti anche nel fascicolo sanitario elettronico, erogate da parte del SSN;*
- *Promuovere la qualità dell'assistenza sanitaria, privilegiando la riorganizzazione delle cure primarie e di quelle ospedaliere e implementando il rapporto funzionale tra ospedale e territorio, al fine del miglioramento dell'efficacia e della qualità delle prestazioni;*



- *Lotta alla contraffazione dei prodotti cosmetici, finalizzata alla tutela della salute del cittadino.*
- *Miglioramento del sistema di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN finalizzato anche alla condivisione e fruibilità delle informazioni a tutti gli attori del sistema stesso;*
- *Rafforzamento della sorveglianza epidemiologica;*
- *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;*
- *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;*
- *Aggiornamento delle metodologie di valutazione del rischio della catena alimentare;*
- *Razionalizzazione e contenimento della spesa per il funzionamento del Ministero e dei NAS alla luce di quanto previsto in materia di spending review;*
- *Mantenimento dei livelli di servizio resi dall'amministrazione attraverso modalità innovative di organizzazione del lavoro e di valorizzazione del personale, a fronte delle riduzioni di risorse umane e finanziarie.*

Gli stessi sono stati articolati in 41 obiettivi operativi che sono stati così assegnati: n. 15 obiettivi al Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione; n. 14 al Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Servizio sanitario nazionale; n. 7 al Dipartimento della sanità pubblica veterinaria, della sicurezza alimentare e degli organi collegiali per la tutela della salute; n. 5 all'Ufficio generale, organizzazione e bilancio.

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 degli obiettivi strategici e dei connessi obiettivi operativi, in grado di dotare i responsabili delle strutture di uno strumento di gestione e controllo sulle proprie linee di attività.

Dall'analisi dei dati, risulta un andamento generale sostanzialmente regolare delle attività poste in essere e 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 2013 (data stabilita per il monitoraggio del III trimestre):

- Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione: **69%**
- Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Servizio sanitario nazionale: **75%**
- Dipartimento della sanità pubblica veterinaria, della sicurezza alimentare e degli organi collegiali per la tutela della salute: **80%**
- Ufficio generale, organizzazione e bilancio: **83%.**

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, 2,8 GEN. 2014

Il Ministro
On. Beatrice Lorenzin

ALLEGATO 1 – Quadro riassuntivo degli obiettivi

CDR	Missione	Programma di riferimento	Priorità politica	Obiettivo strategico	Obiettivi operativi
Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione	020 - Tutela della salute	020.001 - Prevenzione e comunicazione in materia sanitaria umana e coordinamento in ambito internazionale	1. Prevenzione	A.1 - Consolidamento dell'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.1.1 - Definizione, sviluppo e attuazione delle attività del CCM per l'anno 2014, anche attraverso l'integrazione delle strategie del Centro con il PNP e il Programma "Guadagnare salute"
					A.1.2 - Attività per la gestione ed il coordinamento del Piano nazionale della prevenzione (PNP)
					A.1.3 - Coordinamento e monitoraggio di interventi di promozione della salute e prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili in attuazione del Programma "Guadagnare Salute"
					A.1.4 - Attuazione dei regolamenti europei REACH e CLP per garantire l'uso sicuro dei prodotti chimici
					A.1.5 - Implementazione, in termini di efficienza e tempestività, della sorveglianza e profilassi delle malattie infettive, in relazione al profilo epidemiologico corrente o al manifestarsi di particolari emergenze di natura biologica
	017 - Ricerca e innovazione	017.020 - Ricerca per il settore della sanità pubblica	3. Politiche in materia di ricerca sanitaria	A.2 - Riqualificazione della spesa sanitaria attraverso l'aumento della qualità e della trasparenza della ricerca biomedica italiana	A.2.1 - Rafforzamento del sistema di <i>peer review</i> tramite l'incremento del numero dei revisori italiani residenti all'estero impegnati nella valutazione dei progetti presentati in relazione al bando della ricerca finalizzata da espletare nel 2014
					A.2.2 - Consolidamento della procedura di selezione dei progetti presentati in relazione al bando della ricerca finalizzata da espletare nel 2014 che prevedono la collaborazione con ricercatori italiani residenti all'estero
					A.2.3 - Consolidamento della procedura di selezione dei progetti presentati in relazione al bando della ricerca finalizzata da espletare nel 2014 che prevedono attività di <i>fund-raising</i> a carico del sistema delle imprese
	020 - Tutela della salute	020.001 - Prevenzione e comunicazione in materia sanitaria umana e coordinamento in ambito internazionale	4. Politiche sanitarie internazionali	A.3 - Promozione del 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.3.1 - Partecipazione all'attuazione del secondo anno del progetto triennale " <i>Public health aspects of migration in Europe</i> ", in collaborazione con OMS/Regione Europea e relativo
					A.3.2 - Realizzazione, nell'ambito di EUROMED - Unione per il Mediterraneo, di progetti di partenariato multilaterale in campo sanitario, anche in collaborazione con l'OMS e in coerenza con le linee di indirizzo concordate a livello UE per il semestre di presidenza italiana
			2. Comunicazione	A.4 - Rafforzamento della tutela della salute attraverso interventi di comunicazione nelle aree di preminente interesse	A.4.1 - Progettazione e realizzazione di iniziative di comunicazione nelle aree di preminente interesse per migliorare la conoscenza e l'educazione sanitaria nella popolazione
					A.4.2 - Sviluppo di un percorso di interazione e ascolto dei cittadini per le attività di comunicazione del Ministero
A.4.3 - Individuazione di criteri di qualità finalizzati alla selezione e all'accreditamento delle associazioni in un Albo o Elenco del "volontariato salute"					



CDR	Missione	Programma di riferimento	Priorità politica	Obiettivo strategico	Obiettivi operativi
Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Servizio sanitario nazionale	020 - Tutela della salute	020.003 - Programmazione sanitaria in materia di livelli essenziali di assistenza e assistenza in materia sanitaria umana	5. Promozione della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza sanitaria	B.1 - Individuazione degli 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.1.1 - Sviluppo di conoscenze ed affiancamento agli enti del SSN per garantire e migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi sanitari avvalendosi di tecnologie e professionalità elevate
					B.1.2 - Revisione del sistema di finanziamento mediante l'individuazione di strumenti per la rideterminazione del fabbisogno sanitario regionale standard in attuazione dell'articolo 29 del decreto legislativo 26 maggio 2011 n. 68
					B.1.3 - Miglioramento dei modelli organizzativi regionali mediante l'individuazione di nuovi modelli finalizzati all'erogazione di prestazioni di assistenza primaria, armonizzati con le disposizioni di cui all'art.1 D.L. 158/2012, convertito nella Legge 8 novembre 2012, n. 189
					B.1.4 - Sviluppo di conoscenze per rendere più efficace l'attività di affiancamento alle Regioni in Piano di rientro
					B.1.5 - Miglioramento dei modelli organizzativi in materia di umanizzazione dell'assistenza palliativa e in terapia del dolore mediante lo studio del sistema di indicatori individuati per la misurazione della qualità della vita nelle fasce deboli
		6. Sistema informativo e statistico sanitario	B.3 - Definizione delle modalità di generazione e di utilizzo del codice univoco dell'assistito per l'interconnessione dei contenuti informativi relativi alle prestazioni sanitarie, presenti anche nel Fascicolo sanitario elettronico, erogate da parte del SSN	B.3.1 - Definizione dei requisiti, degli elementi caratterizzanti la modalità realizzativa e delle specifiche del sistema per la generazione del codice univoco dell'assistito	
		020.004 - Regolamentazione e vigilanza in materia di prodotti farmaceutici ed altri prodotti sanitari ad uso umano e di sicurezza delle cure	7. Dispositivi medici e farmaci	B.4 - Valorizzazione delle competenze dei professionisti sanitari e promozione dei processi finalizzati ad assicurare l'esercizio corretto ed efficace delle attività e dei meccanismi di integrazione di tutte le categorie professionali, al fine della tutela della salute della persona	B.4.1 - Sviluppo di una metodologia quantitativa di programmazione dei fabbisogni di personale sanitario nell'ambito di un progetto in ambito UE (WP5)
					B.4.2 - Favorire il governo del fenomeno dell'attività libero professionale intramuraria, attraverso il potenziamento del sistema di monitoraggio all'interno delle strutture sanitarie
					B.4.3 - Definizione di strumenti normativi in materia di requisiti minimi ed uniformi dei contratti di assicurazione
		B.2 - Miglioramento del sistema di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN finalizzato anche alla condivisione e fruibilità delle informazioni a tutti gli attori del sistema stesso	B.2.1 - Azioni di miglioramento nella banca dati dei consumi di dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN		
B.2.2 - Redazione condivisa con la Direzione generale dei dispositivi medici, del servizio farmaceutico e della sicurezza delle cure dei rapporti sul consumo di dispositivi medici in Italia					
B.5 - Miglioramento del sistema di monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN finalizzato anche alla condivisione e fruibilità delle informazioni a tutti gli attori del sistema stesso					
B.5.1 - Attività di miglioramento dei dati presenti in BD					
B.5.2 - Redazione condivisa con la Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario dei rapporti sul consumo di dispositivi medici in Italia					

CDR	Missione	Programma di riferimento	Priorità politica	Obiettivo strategico	Obiettivi operativi
Dipartimento della sanità pubblica veterinaria, della sicurezza alimentare e degli organi collegiali per la tutela della salute	020 - Tutela della salute	020.002 - Sanità pubblica veterinaria, igiene e sicurezza degli alimenti	8. Promozione della salute pubblica veterinaria e per la sicurezza degli alimenti	C.1 - Rafforzamento della sorveglianza epidemiologica	C.1.1 - Analisi delle criticità riscontrate nel corso dell'epidemia di influenza aviaria ad alta patogenicità del 2013
					C.1.2 - Svolgimento degli eventi previsti durante il semestre di presidenza Italiano della UE (luglio - dic 2013) relativamente al settore della regolamentazione dei medicinali per uso veterinario
					C.1.3 - Organizzazione della Conferenza internazionale concernente la movimentazione e la tracciabilità degli animali d'affezione nell'ambito UE
					C.1.4 - Attività finalizzate all'organizzazione dell'Esposizione Universale di Milano 2015 - EXPO' 2015
				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.2.1 - Revisione della procedura operativa per il controllo all'importazione di alimenti di origine non animale e MOCA di competenza USMAF e verifica dell'applicazione della procedura. Diffusione agli USMAF di DVD dimostrativo sulle attività di campionamento
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.3.1 - Elaborazione e redazione di nuove procedure operative standard (POS) o revisione di quelle già attuate, in applicazione del Reg. (CE) 1107/2009, anche in attuazione del Piano d'azione nazionale (PAN)				
C.4 - Aggiornamento delle metodologie di valutazione del rischio della catena alimentare	C.4.1 - Acquisizione, studio ed analisi dei documenti emanati dall'Agenzia Europea per la Sicurezza Alimentare (EFSA), ai fini dell'aggiornamento delle metodologie di valutazione del rischio				



CDR	Missione	Programma di riferimento	Priorità politica	Obiettivo strategico	Obiettivi operativi
Ufficio generale risorse, organizzazione e bilancio	032 - Servizi istituzionali e generali delle amministrazioni pubbliche	032.002 - Servizi e affari generali per le amministrazioni di competenza	9. Politiche per l'efficienza gestionale	D.1 - Razionalizzazione e contenimento della spesa per il funzionamento del Ministero e dei NAS alla luce di quanto previsto in materia di <i>spending review</i>	D.1.1 - Riduzione del costo dei servizi di pulizia della sede di via Ribotta del Ministero e della sede del comando NAS di Roma
					D.1.2 - Definizione del piano di <i>spending review</i> interno
					D.1.3 - Razionalizzazione degli spazi delle sedi periferiche del Ministero e dei NAS
				D.2 - Mantenimento dei livelli di servizio resi dall'Amministrazione attraverso modalità innovative di organizzazione del lavoro e di valorizzazione del personale	D.2.1 - Promuovere forme di lavoro trasversale per la condivisione delle conoscenze e l'integrazione tra le diverse strutture del Ministero
					D.2.2 - Miglioramento dell'efficienza nella gestione delle presenze/assenze del personale del Ministero attraverso la standardizzazione delle procedure
					D.2.3 - Avvio di un progetto pilota di telelavoro

ALLEGATO 2 – Situazione del personale al 1° gennaio 2014
AMMINISTRAZIONE CENTRALE

Descrizione sede	Descrizione posizione	Totale	DG	D	D2	D1	DSSN	3F5	3F4	3F3	3F2	3F1	2F4	2F3	2F2	2F1	1F2	1F1
Uffici di diretta collaborazione all'opera del Ministro	Di ruolo in servizio	97		6		1			6	11		11	1	30	16	14		1
	Incarico a tempo determinato	2													2			
	Comandato da altre amministrazioni	24				1			2	2		2	3	6	7	1		
Totale		123	0	6	0	2	0	0	8	13	0	13	4	36	25	15	0	1
Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione	Di ruolo in servizio	216	4	10	14	44			14	32		39	1	39	13	6		
	Incarico a tempo determinato	23		4		7									12			
	Comandato da altre amministrazioni	14				5		1	1	3		3						1
Totale		253	4	14	14	56	0	1	15	35	0	42	1	39	25	6	0	1
Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Servizio sanitario nazionale	Di ruolo in servizio	312	4	24	5	46			35	59		54	1	53	21	10		
	Incarico a tempo determinato	5		3											2			
	Comandato da altre amministrazioni	31				11			6	1	1	5	1	6				
	Distaccato da altre amministrazioni	1		1														
	Esterno - Nucleo SAR e SiVeAS	41					26	1		1		8		5				
Totale		390	4	28	5	57	26	1	41	61	1	67	2	64	23	10	0	0
Dipartimento della sanità pubblica veterinaria, della sicurezza alimentare e degli organi collegiali per la tutela della salute	Di ruolo in servizio	165	4	3	15	42			7	28		18		28	18	2		
	Incarico a tempo determinato	73				66									7			
	Comandato da altre amministrazioni	9							1	3		2		3				
Totale		247	4	3	15	108	0	0	8	31	0	20	0	31	25	2	0	0
Ufficio generale delle risorse, dell'organizzazione e del bilancio	Di ruolo in servizio	217	1	7	1	2			4	25	1	25	1	70	39	40		1
	Incarico a tempo determinato	4		2											2			
	Comandato da altre amministrazioni	14				1				1		2	1	6	1	2		
Totale		235	1	9	1	3	0	0	4	26	1	27	2	76	42	42	0	1
Totale Amministrazione centrale		1.248	13	60	35	226	26	2	76	166	2	169	9	246	140	75	0	3

AMMINISTRAZIONE PERIFERICA

Descrizione sede	Descrizione posizione	Totale	D	D2	D1	3F4	3F3	3F2	3F1	2F4	2F3	2F2	2F1	1F2
Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione - Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera (USMAF)	Di ruolo in servizio	387		4	53	9	46	1	46	1	107	102	16	2
	Incarico a tempo determinato	16	3		9							4		
	Comandato da altre amministrazioni	44			16		1	3	12		9	3		
Totale		447	3	4	78	9	47	4	58	1	116	109	16	2
Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Servizio sanitario nazionale - Servizi di assistenza sanitaria al personale Navigante (SASN)	Di ruolo in servizio	124	1		6	6	17		8		49	23	11	3
	Totale	124	1	0	6	6	17	0	8	0	49	23	11	3
Dipartimento della sanità pubblica veterinaria, della sicurezza alimentare e degli organi collegiali per la tutela della salute - Uffici veterinari per gli adempimenti degli obblighi comunitari (UVAC) e Posti di ispezione frontaliere (PIF)	Di ruolo in servizio	188		10	51	4	20		6		58	35	4	
	Ruolo locale	9			1		1				7			
	Incarico a tempo determinato	87	2		83							2		
	Comandato da altre amministrazioni	3			1					1	1			
Totale		287	2	10	136	4	21	0	6	1	66	37	4	0
Totale Amministrazione periferica		858	6	14	220	19	85	4	72	2	231	169	31	5



RIEPILOGO RISORSE UMANE AL 01/01/2014

Descrizione sede	Totale	DG	D	D2	D1	DSSN	3F5	3F4	3F3	3F2	3F1	2F4	2F3	2F2	2F1	1F2	1F1
Totale Amministrazione centrale	1.248	13	60	35	226	26	2	76	166	2	169	9	246	140	75	0	3
Totale Amministrazione periferica	858		6	14	220			19	85	4	72	2	231	169	31	5	
Totale Ministero	2.106	13	66	49	446	26	2	95	251	6	241	11	477	309	106	5	3



ALLEGATO 3 – Modelli delle schede obiettivo

Ministero della salute
Direttiva generale per l'azione amministrativa e la gestione - Anno 2014 -
Centro di responsabilità amministrativa:

Obiettivo strategico			
Codice:			
Missione di riferimento			
Programma di riferimento			
Priorità politica di riferimento			
Data di inizio	01/01/2014	Data di completamento	31/12/2016
Responsabile			
Referente			
Altre strutture/soggetti coinvolti			
Stakeholder di riferimento			

Indicatori				Valori target per anno		
codice	descrizione	metodo di calcolo	tipo	2014	2015	2016
I.1						
I.2						
I.3						
I.4						
I.5						

Elenco degli obiettivi operativi collegati all'obiettivo strategico per il 2014					
Codice	Obiettivo operativo	Inizio	Termine	Indicatore/risultato finale dell'obiettivo operativo	Peso degli obiettivi
X.1.1		01/01/2014	31/12/2014		
X.1.2		01/01/2014	31/12/2014		
X.1.3		01/01/2014	31/12/2014		
X.1.4		01/01/2014	31/12/2014		
X.1.5		01/01/2014	31/12/2014		
totale					0%

Descrizione sintetica delle finalità e delle modalità di realizzazione dell'obiettivo strategico

Note



Ministero della salute
Direttiva generale per l'azione amministrativa e la gestione - Anno 2014 -
Centro di responsabilità amministrativa:

Obiettivo Strategico:	
Codice:	

Risorse umane		Totale (*)
Dirigente II fascia - pos.A		
Dirigente II fascia - pos.B		
Dirigente II fascia - pos.C		
Dirigente della professionalità sanitarie		
Area	Fasce retributive	Totale
Terza	F7 (ex I.G. R.E.)	
	F6 (ex D.D. R.E.)	
	F5 (ex C3 super)	
	F4 (ex C3)	
	F3 (ex C2)	
	F2 (ex C1 super)	
	F1 (ex C1)	
Seconda	F4 (ex B3 super)	
	F3 (ex B3)	
	F2 (ex B2)	
	F1 (ex B1)	
Prima	F2 (ex A1 super)	
	F1 (ex A1)	
Totale		0,00

Personale in altre tipologie di contratto	
Consulenti esterni	

Risorse finanziarie			
Programma	2014	2015	2016

Note
(*) Il totale delle risorse umane è la somma delle unità di personale ponderata con le percentuali di impiego riferite ai singoli obiettivi operativi.



Ministero della salute
Direttiva generale per l'azione amministrativa e la gestione - Anno 2014 -
Centro di responsabilità amministrativa:

Obiettivo strategico			
Codice:			
Lettera	Numero		
Obiettivo operativo			
Codice:			
Direzione generale			
Responsabile			
Referente			
Data di inizio		01/01/2014	Data di completamento
			31/12/2014
Indicatore dell'obiettivo operativo		Valore indicatore dell'obiettivo operativo	

Fasi di attuazione dell'obiettivo operativo									
Codice	Attività	Peso delle attività sull'obiettivo	Data inizio prevista	Data termine prevista	Indicatore/risultato di fase	Valore target	Eventuali criticità inclusi vincoli normativi	Vincoli di FASE	Altre strutture interessate
Totale		0%							

Descrizione sintetica delle finalità e delle modalità di realizzazione dell'obiettivo operativo

Note



Ministero della salute
Direttiva generale per l'azione amministrativa e la gestione - Anno 2014 -
Centro di responsabilità amministrativa:

Obiettivo operativo	
Codice:	

Risorse umane		Totale	% di impiego
Dirigente II fascia - pos.A			
Dirigente II fascia - pos.B			
Dirigente II fascia - pos.C			
Dirigente delle professionalità sanitarie			
Dirigente del SSN in posizione di comando medici ed area sanitaria			
Area	Fasce retributive	Totale	% di impiego
Terza	F7 (ex I.G. R.E.)		
	F6 (ex D.D. R.E.)		
	F5 (ex C3 super)		
	F4 (ex C3)		
	F3 (ex C2)		
	F2 (ex C1 super)		
	F1 (ex C1)		
Seconda	F4 (ex B3 super)		
	F3 (ex B3)		
	F2 (ex B2)		
	F1 (ex B1)		
Prima	F2 (ex A1 super)		
	F1 (ex A1)		
Totale		0	

Personale in altre tipologie di contratto	
Consulenti esterni	

Risorse finanziarie	
Capitolo e piano di gestione	Importo

Note

N.B. eventuali risorse finanziarie extra bilancio vanno inserite e descritte nel campo note