



Regione Umbria

PARTE SECONDA

La programmazione

Indice

Parte seconda: La programmazione

3. Il modello di programmazione	1
3.1 Il modello di programmazione regionale.....	1
3.2 Il modello attuale di programmazione sanitaria.....	2
3.3 Il nuovo modello.....	11
4. Il metodo e gli altri strumenti al servizio del Piano sanitario Regionale	20
4.1 Il Governo clinico.....	20
4.2 L'appropriatezza.....	28
4.3 La sicurezza delle cure.....	39
4.4 L'epidemiologia.....	45
4.5 Il sistema di finanziamento.....	47
4.6 I sistemi amministrativo contabili.....	51
4.7 La rendicontazione sociale.....	54
4.8 Il sistema informativo.....	57
4.9 Il capitale umano e gli standard formativi.....	63
4.10 L'accreditamento istituzionale.....	67
4.11 La comunicazione e l'informazione in sanità.....	78
4.12 Rendere effettiva la partecipazione.....	85
4.13 Gli strumenti per il controllo strategico e la valutazione dei risultati.....	88

3. Il modello di programmazione

3.1 Il modello di programmazione regionale

La Regione Umbria assume la programmazione e la valutazione degli obiettivi conseguiti come metodo della propria azione di governo e come processo democratico, per assicurare il concorso dei soggetti sociali ed istituzionali all'equilibrato sviluppo ed alla coesione della società regionale.

La legge regionale 28 febbraio 2000, n. 13 "*Disciplina generale della programmazione, del bilancio, dell'ordinamento contabile e dei controlli interni della Regione dell'Umbria*", definisce i compiti della Regione in materia di Programmazione e bilancio e ne individua gli strumenti.

Sono strumenti della programmazione regionale:

- a) il piano regionale di sviluppo; d'ora in poi, PRS;
- b) il piano urbanistico territoriale; d'ora in poi, PUT;
- c) i piani di settore ed intersettoriali (di particolare rilevanza il Piano sanitario, il Piano sociale, il Piano dei trasporti, il Piano di smaltimento dei rifiuti, il Piano energetico ecc.);
- d) i programmi strutturali regionali dell'Unione Europea;
- e) i programmi integrati di area;
- f) gli strumenti di programmazione negoziata;
- g) il documento regionale annuale di programmazione; d'ora in poi DAP;
- h) la legge finanziaria, il bilancio pluriennale, il bilancio annuale.

Piano Regionale di Sviluppo (PRS) (art. 8 della l.r.13/2000): il Piano regionale di sviluppo (PRS) definisce, per un periodo non inferiore a tre anni, le linee strategiche e gli obiettivi di programma della Regione e costituisce, congiuntamente al Documento annuale di programmazione e al piano urbanistico territoriale, lo strumento che informa l'attività di governo della Regione.

Documento annuale di programmazione (DAP) (art. 14 della l.r.13/2000): costituisce lo strumento fondamentale di raccordo fra la programmazione generale e la programmazione finanziaria e di bilancio della Regione. Contiene una sintetica descrizione della situazione economica e sociale della Regione e una valutazione degli andamenti dell'economia. Indica gli aggiornamenti annuali del PRS e degli altri documenti di programmazione nonché le conseguenti variazioni da apportare alla legislazione attuativa e alla strumentazione operativa. Contiene le verifiche annuali di attuazione del Piano di Sviluppo e degli altri strumenti della programmazione regionale settoriale e intersettoriale, imposta la manovra finanziaria regionale. Il Documento effettua il monitoraggio dei risultati, anche finanziari, raggiunti con il bilancio dell'anno precedente, l'aggiornamento delle politiche e delle azioni da attuare, le previsioni delle entrate e dell'eventuale ricorso all'indebitamento, i criteri e i parametri per la formazione del bilancio annuale e pluriennale.

La Legge finanziaria, il Bilancio pluriennale e il Bilancio annuale hanno lo scopo di collegare le scelte programmatiche della Regione con le decisioni di entrata e di spesa in

modo da assicurare nell'orizzonte pluriennale e annuale, i mezzi necessari all'attuazione delle azioni previsti negli atti di programmazione regionale.

Piani di settore ed intersettoriali (di particolare rilevanza il Piano sanitario, il Piano sociale, il Piano dei trasporti, il Piano di smaltimento dei rifiuti, il Piano energetico ecc.) (art. 10 della l.r.13/2000): definiscono obiettivi, strategie, tempi e modalità di realizzazione, nonché strumenti e procedure di controllo dell'attuazione, con riferimento a particolari comparti d'interesse sociale, economico o territoriale in attuazione del PRS o di leggi nazionali e regionali.

3.2 Il modello attuale di programmazione sanitaria

Per la programmazione del Servizio sanitario regionale la disciplina di riferimento è quella contenuta nella legge regionale 20 gennaio 1998, n. 3 concernente "Ordinamento del sistema sanitario regionale", coordinato con le modifiche e le integrazioni di cui alla legge regionale 27 marzo 2000, n. 29 recante "Prime disposizioni di recepimento del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 concernente "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419, d'integrazione e modificazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

La programmazione sanitaria è articolata su due livelli: regionale e locale.

Programmazione sanitaria regionale

La Regione (Consiglio regionale e Giunta regionale) con compiti di programmazione, di ripartizione delle risorse, di indirizzo, di coordinamento, di controllo, di monitoraggio e di valutazione delle attività svolte nell'ambito del Servizio sanitario regionale, nonché le altre funzioni ad essa demandate dalla legge dello Stato.

La Regione definisce modalità e criteri atti a regolare la produzione e la erogazione dei servizi sanitari da parte degli operatori pubblici e privati nel territorio regionale.

Il Consiglio regionale approva con atto amministrativo il piano sanitario regionale quale strumento principale della programmazione e gli altri atti di indirizzo programmatico generale.

La Giunta regionale, al fine di assicurare la coerenza della gestione dei servizi sanitari rispetto agli obiettivi della programmazione e garantire omogeneità di interventi e di prestazioni su tutto il territorio regionale, nonché l'uso ottimale delle risorse finanziarie e l'efficienza delle strutture sanitarie, assume direttive vincolanti per le Aziende sanitarie regionali informandone contestualmente il Consiglio regionale.

La Giunta regionale altresì, dirama alle Aziende sanitarie regionali i supporti tecnico-scientifici che constano di linee-guida, protocolli e altre norme di buona pratica professionale.

La Giunta regionale svolge attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle Aziende sanitarie regionali, anche in relazione al controllo di gestione ed alla valutazione di qualità, quantità e costi delle prestazioni sanitarie.

La Giunta regionale acquisisce le informazioni epidemiologiche necessarie al processo di programmazione, indirizzo, valutazione e verifica dell'efficacia degli interventi, mediante una propria struttura organizzata in osservatorio epidemiologico.

Concorrono alla formazione degli strumenti di programmazione, mediante l'istituto della concertazione sociale ed istituzionale, nelle forme e nei modi stabiliti dalle disposizioni regionali, gli Enti locali, le associazioni rappresentative delle varie forme e settori di impresa, le organizzazioni sindacali dei lavoratori dipendenti e autonomi, gli organismi rappresentativi degli interessi sociali, professionali, ambientali, culturali, del terzo settore e delle pari opportunità.

Concertazione sociale ed istituzionale

La programmazione regionale scaturisce da un processo di concertazione continua che si attua attraverso il partenariato istituzionale e sociale.

L'art. 5 della legge regionale 13/2000 stabilisce che il partenariato sociale si attua attraverso l'istituzione di un Tavolo di concertazione a cui partecipano gli Enti locali, le associazioni rappresentative delle varie forme e settori di impresa, le organizzazioni sindacali dei lavoratori dipendenti e autonomi, gli organismi rappresentativi degli interessi sociali, professionali, ambientali, culturali, del terzo settore e delle pari opportunità.

Il partenariato istituzionale si esplica per quanto concerne gli enti locali, attraverso la concertazione con il Consiglio delle Autonomie Locali previsto dall'art.15 della legge regionale 34/98.

Concertazione partenariato sociale

A seguito della sottoscrizione del "Patto per lo sviluppo dell'Umbria e Protocollo sulla concertazione" sottoscritto in data 27 giugno 2002 e successive disposizioni, è stato istituito il *Tavolo generale del patto per lo sviluppo, l'innovazione e la coesione sociale*: (art. 5 comma 2 l.r. 13/2000), che si avvale ognuno per le sue specifiche competenze dell'istruttoria dei Tavoli Tematici e dei Tavoli Territoriali.

Il *Tavolo generale del patto per lo sviluppo, l'innovazione e la coesione sociale*: è composto dai rappresentanti delle istituzioni locali, delle Autonomie funzionali, del Terzo settore, dai rappresentati del settore economico, produttivo, agricolo, imprenditoriale, cooperativo, commerciale, creditizio, e dai rappresentanti dei servizi, delle organizzazioni sindacali, delle Università.

Il Tavolo generale è l'organo di espressione del livello di rappresentanza delle Parti sociali e sede del confronto politico istituzionale.

Esso è presieduto dalla Presidente della Giunta regionale e fornisce indicazioni sulle scelte relative alle priorità di intervento e sulla coerenza con le linee di programmazione regionale. Gli Assessori regionali partecipano ai lavori dei tavoli a seconda delle questioni affrontate ed in riferimento alle materie oggetto di discussione.

Il Tavolo generale si avvale per gli approfondimenti dei *Tavoli Tematici*.

La DGR n. 1587 del 20 novembre 2002 ha individuato, in corrispondenza delle Azioni strategiche, i seguenti Tavoli tematici:

IL TAVOLO TEMATICO: Potenziamento dei fattori di competitività

Referenti tecnici: Direttore attività produttive - Direttore ambiente e infrastrutture

IL TAVOLO TEMATICO: Tutela e valorizzazione risorsa Umbria

Referenti tecnici: Direttore attività produttive - Direttore cultura, istruzione, turismo - Direttore ambiente e infrastrutture

IL TAVOLO TEMATICO: Riqualificazione e sostenibilità del sistema di welfare, tutela del diritto alla salute e promozione dei diritti di cittadinanza

Referenti tecnici: Direttore sanità e servizi sociali - Direttore ambiente e infrastrutture

IL TAVOLO TEMATICO: Politiche attive del lavoro

Referenti tecnici: Direttore cultura, istruzione, turismo

IL TAVOLO TEMATICO: Sviluppo del sistema integrato di istruzione, formazione e ricerca

Referenti tecnici: Direttore cultura, istruzione, turismo

IL TAVOLO TEMATICO: Riforma della pubblica amministrazione

Referenti tecnici: Direttore risorse - Segretario generale presidenza

TAVOLI TERRITORIALI finalizzati al confronto e all'approfondimento dei contenuti con riferimento a specifici progetti di sviluppo locale.

I Tavoli territoriali, convocati e presieduti dal Presidente della Provincia di riferimento o suo delegato, nella prima fase, hanno operato quali strumenti del Tavolo generale del Patto finalizzati al confronto e all'approfondimento dei contenuti con riferimento a specifici progetti di sviluppo locale. Con DGR n. 585 del 7 maggio 2003 erano state individuate le cinque aree di programmazione: 1) Area Nord-Est, 2) Area territoriale Trasimeno-Orvietano, 3) Area colpita dal terremoto, 4) Area centrale della Regione, 5) Area del contratto d'area comprendente Terni, area del Narnese e territorio dell'Amerino.

La Regione all'interno delle forme ivi previste per la concertazione del partenariato sociale prevede la **partecipazione** ai processi di formazione degli atti di programmazione in materia di assistenza sanitaria con particolare riguardo al Piano sanitario regionale, delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria, delle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati e delle strutture private che intrattengono rapporti con il servizio sanitario regionale (art.1, comma 13, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.), nonché in attuazione dell'art. 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e art.28 della l.r. 3/98, la **partecipazione** dei cittadini e delle loro organizzazioni sociali anche sindacali, mediante anche il coinvolgimento **dei comitati consultivi di utenti**, istituiti presso le Aziende sanitarie regionali, di cui fanno parte in prevalenza le organizzazioni di volontariato e associazioni per la tutela degli utenti del servizio sanitario regionale iscritti al registro regionale di cui alla *legge regionale 25 maggio 1994, n. 15*, e cittadini singoli od associati.

Concertazione partenariato istituzionale

La partecipazione degli enti locali sugli atti della programmazione regionale è assicurata, in generale, *dal Consiglio delle autonomie locali (art. 15 l.r. n. 34/1998; art. 5 comma 3 l.r. n.13/2000; art. 28 e art. 29 l.r. n.21/2005, art.14 l.r. n. 23/2007)*.

Il Consiglio delle autonomie è composto da:

a) i presidenti delle province, nonché tre consiglieri della provincia di Perugia e due consiglieri della provincia di Terni, eletti dai rispettivi consigli con voto limitato;

b) i sindaci dei comuni con popolazione superiore a 15.000 abitanti. Per il numero degli abitanti si fa riferimento alla popolazione residente nei comuni, alla data del 31 dicembre dell'anno precedente, risultante dalle pubblicazioni annuali ISTAT;

c) un pari numero dei sindaci di cui alla lettera b), dei restanti comuni designati dall'ANCI regionale;

d) due presidenti delle comunità montane, designati dall'UNCEM regionale.

Le funzioni di componente del Consiglio delle autonomie locali non sono delegabili.

I componenti del Consiglio delle autonomie locali decadono nell'ipotesi di cessazione, per qualsiasi causa, dalla carica di sindaco, di presidente di provincia, di presidente di comunità montana, di componente del consiglio provinciale.

Il Presidente del Consiglio è eletto nel proprio seno, secondo le modalità definite dal regolamento.

Il Consiglio disciplina il proprio funzionamento con regolamento approvato a maggioranza dei componenti.

Il Consiglio svolge compiti di informazione, studio, consultazione e raccordo sui problemi di interesse comune e sulle relazioni tra enti locali e Regione, predisponendo un rapporto che trasmette annualmente alla giunta regionale.

Il Consiglio formula pareri e proposte alla giunta regionale:

a) sugli schemi dei disegni di legge concernenti il conferimento di funzioni e compiti alle province, ai comuni, alle comunità montane ed agli altri enti locali e sugli schemi di atti volti a favorire le forme associative e di cooperazione tra gli enti locali, nonché sulla definizione dei criteri per l'adozione degli atti di trasferimento dei beni del personale e delle risorse finanziarie necessarie allo svolgimento delle funzioni conferite;

b) sulle forme e modi della partecipazione delle province, dei comuni e delle comunità montane alla programmazione regionale;

c) sugli schemi dei bilanci annuale e pluriennale della Regione, limitatamente alla verifica dell'adeguatezza dei trasferimenti agli enti locali per l'esercizio delle funzioni conferite;

d) sui criteri generali relativi all'esercizio delle funzioni regionali di indirizzo e coordinamento, per l'esercizio da parte degli enti locali delle funzioni conferite.

Il Consiglio esprime i pareri e formula le proposte entro venti giorni dall'invio degli atti da parte del presidente della giunta regionale o dell'assessore delegato. Nello stesso termine sono definite le intese previste dalla presente legge. In mancanza dell'intesa la giunta regionale delibera in via definitiva.

Il Consiglio ha sede presso la giunta regionale, ed è nominato con decreto del presidente della giunta regionale.

Il Consiglio è assistito da una segreteria tecnica. La segreteria opera alle strette dipendenze e secondo gli indirizzi del presidente del Consiglio delle autonomie. Il personale necessario per il funzionamento della segreteria è individuato nell'organico regionale ed è assegnato con decreto del presidente della giunta regionale, sentito il presidente del Consiglio delle autonomie locali. Le spese per il funzionamento della segreteria sono a carico del bilancio regionale.

La partecipazione della giunta regionale è assicurata dal presidente della giunta o dall'assessore delegato agli enti locali.

Le riunioni del Consiglio sono equiparate, ai fini di cui all'articolo 4 della legge 27 dicembre 1985, n. 816 e successive modificazioni ed integrazioni, alle riunioni degli organi degli enti di appartenenza. Per tali riunioni è fissato un gettone di presenza per un valore di lire 100.000, salvo adeguamento I.S.T.A.T. da determinare con atto della Giunta regionale.

In particolare per il Piano Sanitario Regionale la normativa di settore prevede il concorso alla formazione degli atti con le modalità in essa prevista dei seguenti soggetti :

La Provincia (art. 6 della legge regionale n. 3/98 e s.m.i.) concorre a realizzare gli obiettivi del Servizio sanitario regionale partecipando alla definizione del piano sanitario regionale e coordinando le proprie funzioni in materia di prevenzione ambientale con quelle delle Unità sanitarie locali e dei Comuni.

La Provincia ai sensi dell'art. 22 comma 5 della l.r. 3/98 esprime il proprio parere sulla proposta del Piano sanitario regionale.

L'Università (art. 7 della legge regionale n.3/98 e s.m.i.) concorre, per quanto di competenza all'elaborazione degli atti della programmazione regionale, collabora all'elaborazione del piano sanitario regionale, indica ogni elemento utile a determinare la presenza programmata delle proprie strutture all'interno del Servizio sanitario regionale, partecipa previa stipula di protocolli di intesa e sulla base delle specifiche indicazioni del piano sanitario regionale, con la Regione per la progettazione e la realizzazione delle iniziative rivolte alla formazione ed alla specializzazione degli operatori del Servizio sanitario regionale e per il perseguimento degli obiettivi di ricerca finalizzati alla qualificazione delle attività svolte dai servizi di sanità pubblica dell'Umbria.

L'Università ai sensi dell'art. 22 comma 5 della l.r. 3/98 esprime il proprio parere sulla proposta del Piano sanitario regionale.

La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio - sanitaria regionale (art. 1, art. 2, art. 3 della legge regionale 27 marzo 2000, n. 29).

La Conferenza permanente è costituita come sezione del Consiglio delle Autonomie locali, sono membri di diritto i Presidenti delle Province, i Sindaci delle città sede delle Aziende ospedaliere ed i Presidenti delle Conferenze dei sindaci delle Aziende USL. La Conferenza elegge nel proprio seno il suo Presidente.

La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio - sanitaria esprime pareri nei confronti della Giunta regionale:

a) sul progetto di piano sanitario, sui disegni di legge e sugli schemi di regolamento in materia sanitaria;

b) sugli schemi di atti relativi all'integrazione socio - sanitaria;

c) sugli indirizzi emanati dalla Giunta regionale per l'elaborazione dei piani attuativi delle Aziende ospedaliere e dei piani attuativi locali delle Aziende sanitarie locali;

d) limitatamente alle Aziende ospedaliere, formula, nell'ambito della programmazione regionale, indirizzi per l'impostazione programmatica delle Aziende sanitarie regionali, esprime il parere di competenza sui progetti relativi al documento di programmazione, al

bilancio pluriennale e i relativi aggiornamenti e al bilancio preventivo economico, esprime alla Giunta regionale pareri in merito all'efficacia ed efficienza dei servizi ai fini della valutazione dell'operato del direttore generale, approva i piani attuativi delle Aziende stesse, che acquistano efficacia dopo la valutazione di congruità da parte della Giunta regionale rispetto agli indirizzi della programmazione regionale.

La Conferenza dei Sindaci (art. 5 l.r.3/98) costituita in ciascuna Unità sanitaria locale quale organo di rappresentanza dei Comuni per l'espressione delle esigenze sanitarie del territorio di competenza.

La Conferenza approva, entro sessanta giorni dall'insediamento, il regolamento per il proprio funzionamento recante anche la disciplina per la nomina del presidente e del consiglio di rappresentanza, composto da quattro membri e dal presidente medesimo. Nel consiglio di rappresentanza sono comunque presenti i sindaci dei due Comuni con maggior numero di abitanti. Il regolamento stabilisce i criteri di rappresentanza in relazione alla rispettiva consistenza demografica, purché nessun Comune ecceda il 45 per cento del totale della rappresentanza.

La Conferenza esercita le attribuzioni previste al comma 14 dell'art. 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, ed in particolare:

- a) formula, nell'ambito della programmazione regionale, indirizzi per l'impostazione programmatica delle Aziende sanitarie regionali;
- b) esprime i pareri previsti al *comma 2 dell'art. 6, della legge regionale 19 dicembre 1995, n. 51*;
- c) esercita l'intesa con il direttore generale per la nomina del coordinatore sociale;
- d) esprime parere sulle direttive della Giunta regionale per la suddivisione tra componente sanitaria e sociale all'interno delle attività sanitarie a rilievo sociale.

La Conferenza, inoltre:

- a) approva i piani attuativi delle Unità sanitarie locali che acquistano efficacia dopo la valutazione di congruità della Giunta regionale;
- b) esercita l'intesa prevista al comma 2 dell'art. 18 della l.r. 3/98, sulla definizione dell'articolazione territoriale dei distretti sanitari;
- c) esprime alla Giunta regionale pareri in merito all'efficacia ed efficienza dei servizi ai fini della valutazione dell'operato del direttore generale.

La Conferenza dei Sindaci ai sensi dell'art. 22 comma 5 della l.r. 3/98 esprime il proprio parere sulla proposta del Piano sanitario regionale.

Strumenti della programmazione sanitaria regionale

- *Piano Sanitario Regionale (PSR) (art. 3 e art. 22 della l.r. n.3/1998 e smi) e relativi strumenti di attuazione, direttive vincolanti, circolari attuative, linee-guida, protocolli e altre norme di buona pratica professionale.*

Il PSR determina i principi, gli obiettivi della programmazione sanitaria nella regione e gli indirizzi per l'organizzazione dei servizi, garantendo la coerenza con i principi fissati dal Piano Sanitario Nazionale (PSN).

Il piano definisce i livelli essenziali di assistenza da assicurare su tutto il territorio; contiene le disposizioni generali per la formazione dei piani attuativi locali, nonché il

raccordo con il piano sociale regionale. Il piano prevede metodologie e strumentazioni atte a consentire il monitoraggio e la verifica d'attuazione dei programmi e dei progetti ivi contenuti.

Il Progetto di Piano sanitario regionale viene trasmesso al Ministero della Salute ai sensi dell'art. 1 comma 14 del Decreto legislativo 229/99, al fine di acquisire il parere dello stesso per quanto attiene alla coerenza del medesimo con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale.

Il Ministro della Salute esprime il parere entro 30 giorni dalla data di trasmissione dell'atto, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

Il Piano sanitario regionale, ha valenza triennale ed è approvato con Deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, formulata previo parere del Consiglio delle Autonomie locali (art. 5 comma 3 l.r. 13/2000), delle Province (art. 6, della l.r. 3/98), della Conferenza dei sindaci (art. 5 della l.r. 3/98), della Conferenza Permanente per la programmazione socio sanitaria regionale (art.1-2-3 della l.r. 29/2000), e dell'Università degli studi di Perugia (art. 7, della l.r. 3/98), i quali trasmettono il loro parere entro venti giorni, trascorsi inutilmente i quali, la Giunta regionale può procedere, indipendentemente dall'acquisizione del parere mancante. Entro quindici giorni dalla trasmissione dell'ultimo dei pareri, la Giunta regionale adotta la proposta di Piano sanitario regionale, da trasmettere al Consiglio regionale corredato dei pareri espressi dal Consiglio delle Autonomie locali, dalle Province, dalla Conferenza Permanente per la programmazione socio sanitaria regionale, dalle Conferenze dei sindaci e dalla Università.

Fino all'approvazione del nuovo piano sanitario regionale vigono le disposizioni del Piano sanitario precedente.

Il monitoraggio dell'attuazione della programmazione sanitaria regionale viene effettuato mediante la:

- *Relazione annuale sullo stato di attuazione del piano sanitario regionale*, sui risultati di gestione e sulla spesa prevista per l'anno successivo, tale relazione va trasmessa entro il 31 marzo di ogni anno al Ministro della Salute (art. 1 comma 4 decreto legislativo 502/92 e s.m.i).

Programmazione sanitaria locale

Costituiscono strumenti della programmazione sanitaria locale:

- ***Piano attuativo locale delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere (art. 23 della l.r. 3/98 e s.m.i.)***, quale strumento di pianificazione mediante il quale le Aziende sanitarie regolano le proprie attività, in attuazione delle linee di programmazione regionale e nazionale. Il piano, in particolare, definisce in rapporto agli obiettivi determinati ed ai livelli di assistenza da raggiungere, le attività da svolgere attribuendole alle proprie strutture. Individua inoltre le modalità operative ed organizzative per il perseguimento degli obiettivi stessi.

La *Delibera di Giunta regionale n. 1373 del 24/09/2003* avente ad oggetto "Riferimenti metodologici per la redazione dei Piani attuativi" fornisce indicazioni circa gli obiettivi, le aree di programmazione, l'arco temporale di riferimento, l'articolazione dei programmi.

Il Piano attuativo una volta approvato dalla Conferenza dei sindaci per le Aziende Unità sanitarie locali o dalla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale per le Aziende ospedaliere, viene sottoposto, entro 30 giorni dalla ricezione, a valutazione di congruità da parte della Giunta regionale (art. 5, comma 4 lett.a della l.r. 3/98 e art. 2 comma 2 della l.r.29/2000), al fine di verificare l'effettiva rispondenza dell'intera proposta e dei singoli capitoli alle indicazioni politico-programmatiche e metodologiche.

La Giunta regionale verifica lo stato di realizzazione dei piani attuativi delle Aziende sanitarie, sulla base della relazione annuale trasmessa dai direttori generali entro il mese di gennaio; a tal fine acquisisce il parere della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria regionale (art. 3, comma 8 della l.r. 3/98).

- Programma delle Attività Territoriali (PAT) di distretto, (art. 3 quater, comma 3 del D.Lgs.229/99, e art. 4 comma 2 del D.P.C.M. 14/02/2001) è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere dell'Assemblea dei sindaci di distretto (prevista dall'art.18 comma 3 della l.r.3/98), dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale, d'intesa, limitatamente alle attività sociosanitarie, con l'Assemblea medesima e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale.

Il Programma delle attività territoriali, basato sul principio della intersettorialità degli interventi prevede la localizzazione dei servizi a gestione diretta, determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria e le quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei Comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza;

Il Programma delle Attività Territoriali per la parte relativa all'integrazione socio sanitaria è assunto come parte integrante del Piano di Zona.

L'Assemblea dei sindaci di distretto (art. 18 comma 3 della l.r. 3/98), è composta da tutti i sindaci o dai presidenti delle circoscrizioni dei Comuni facenti parte del distretto. Nel caso in cui il distretto coincida con il singolo Comune, le funzioni sono esercitate dal sindaco.

- Documento di programmazione (art. 3 della legge regionale 19 dicembre 1995, n. 51) definisce le finalità, gli indirizzi e gli obiettivi dell'attività delle Aziende sanitarie regionali nel rispetto delle indicazioni previste nel piano sanitario nazionale, nel piano sanitario regionale e negli altri atti di programmazione e di indirizzo della Regione.

Il documento di programmazione ha la stessa valenza temporale del Piano sanitario regionale e del Piano attuativo Locale ed è soggetto ad aggiornamento annuale. I Comuni competenti per territorio delle Unità Sanitarie Locali, i Comuni in cui sono ubicate le Aziende Ospedaliere, le Province nonché l'Università degli Studi di Perugia possono presentare, entro il 15 settembre di ogni anno, indicazioni e proposte. Dell'eventuale mancato accoglimento è fornita adeguata motivazione.

- Bilancio pluriennale di previsione (art. 4 della legge regionale 19 dicembre 1995, n. 51) traduce in termini economici le scelte operate con il Piano attuativo Locale ed il Documento di programmazione ed evidenzia, in particolare, gli investimenti, le modalità di finanziamento ed i relativi riflessi sia sui costi che sui ricavi.

- Bilancio preventivo economico annuale (art.5 della legge regionale 19 dicembre 1995, n. 51) indica per l'anno di riferimento l'ammontare dei costi che le Aziende Sanitarie

Regionali prevedono di sostenere per i conseguenti fini istituzionali nonché i ricavi, i proventi a qualsiasi titolo conseguibili e la quota del fondo sanitario spettante.

E' redatto sulla base dello schema del bilancio approvato dalla Giunta Regionale. Nel bilancio preventivo vengono indicati gli investimenti da attuarsi nell'esercizio ed i relativi mezzi di finanziamento. Il bilancio economico preventivo deve essere corredato dai budget settoriali delle strutture aziendali così come definito dal livello regionale.

- Piano triennale del patrimonio (art. 18 della legge regionale 18 aprile 1997, n.14) nel quale le aziende sanitarie individuano:

- a) i beni destinati o da destinare all'erogazione di servizi e a sede degli uffici;
- b) i beni utilizzati per finalità di pubblico interesse da enti pubblici o privati senza scopo di lucro, in virtù di accordi di programma o convenzioni;
- c) i beni destinati o da destinare alla produzione di reddito con l'indicazione dei proventi conseguiti o conseguibili nonché delle azioni che si intendono intraprendere per ottimizzare la redditività degli stessi;
- d) i beni di cui alla lettera a), destinati a sede di uffici o servizi, dei quali si prevede la dismissione dall'uso, nel triennio, con la indicazione delle ipotesi di riutilizzo;
- e) i beni che si intendono alienare nel triennio, ivi compresi quelli destinati a sede di uffici o servizi, di cui si prevede la dismissione dall'uso, indicando i tempi di alienazione e la destinazione dei proventi.

Il Piano, adottato dall'organo aziendale competente, è trasmesso entro trenta giorni alla Giunta regionale, che può formulare osservazioni. Il Piano è definitivamente approvato dall'organo aziendale competente adeguandosi alle eventuali osservazioni e rilievi formulati dalla Giunta regionale entro sessanta giorni dal ricevimento degli stessi.

Il Piano, definitivamente approvato, viene trasmesso alla Giunta regionale e diventa efficace con la comunicazione da parte della stessa, della avvenuta presa d'atto.

La Giunta regionale comunica tempestivamente al Consiglio regionale il piano corredato della relativa presa d'atto. Il Piano viene aggiornato con cadenza almeno triennale ed in ogni caso entro sei mesi dalla nomina del Direttore generale.

Concertazione locale

A livello locale l'attività di programmazione si costruisce attraverso il confronto con le principali componenti della società civile. Il metodo della concertazione consente di raccogliere sui temi della salute le istanze che provengono dai cittadini e di realizzare la più ampia collaborazione possibile tra i gruppi coinvolti nelle dinamiche sanitarie.

La Regione, al fine di fornire e raccogliere informazioni atte a migliorare la qualità dei servizi, nel rispetto dell'art. 28 della l.r. 3/98, ha promosso con specifiche linee guida e direttive (D.G.R. n. 452 del 09.05.2001), l'attuazione di interventi in materia di informazione, tutela e partecipazione nelle aziende sanitarie regionali dei cittadini singoli o associati delle loro organizzazioni di volontariato o di associazioni per la tutela dell'utente mediante la formazione **di comitati consultivi di utenti**.

La Conferenza dei Sindaci, la Conferenza Permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale e i comitati consultivi concorrono alla formazione degli atti di programmazione attuativa locale.

La programmazione sanitaria locale si avvale di strumenti di valutazione e monitoraggio quali:

- la Relazione annuale (art. 3 comma 8 l.r. 3/98), trasmessa dai direttori generali entro il mese di gennaio, e attraverso la quale la Giunta regionale verifica lo stato di realizzazione dei piani attuativi locali delle Aziende sanitarie regionali; a tal fine acquisisce il parere della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria regionale;
- Conferenze di servizi (art. 14 comma 4 del D.Lgs.502/92 e s.m.i.).

3.3 Il nuovo modello

La governance

La Giunta Regionale con atto di indirizzo 17.03.2008, n. 282, ha inteso confermare l'assetto organizzativo del Servizio Sanitario Regionale anche se le modifiche normative intervenute successivamente all'approvazione del PSR 2003-2005, modificano le competenze dei livelli Istituzionali coinvolti nella governance della sanità.

In primo luogo la legge Costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001 ha riformato la parte della Costituzione riguardante il sistema delle Autonomie Locali e dei rapporti con lo Stato. La riforma stabilisce che la Repubblica è costituita da strutture paritetiche, senza distinzione tra livelli gerarchici: Comuni, Province, Città metropolitane, Regioni e Stato.

La tutela della salute viene inserita fra le materie "concorrenti", la cui competenza legislativa spetta alle Regioni, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla normativa dello Stato. Il concetto di equiparazione tra i livelli, statale e regionale, di potestà legislativa viene ribadito anche dalla norma che dispone che sia il Governo sia la Regione possono promuovere la questione di legittimità (rispetto alle competenze costituzionalmente loro assegnate) dinanzi alla Corte Costituzionale. Viene inoltre riconosciuta alla Regione la facoltà di stabilire e applicare tributi ed entrate proprie, anche se tali poteri vanno esercitati secondo i principi di coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario, che costituiscono principi fondamentali di indirizzo, emanati dallo Stato attraverso leggi "quadro".

Con la riforma del titolo V in definitiva la Regione, attraverso il rafforzamento della potestà legislativa, può svolgere in maniera più penetrante che in passato, le funzioni di programmazione, finanziamento, regolazione del Servizio Sanitario Regionale. In tale quadro gli strumenti della programmazione, a partire dal PSR, possono essere totalmente affrancati dai vincoli a cui li sottoponeva il D.Lgs. 502/92 e più in generale la normativa statale e possono essere ridefinite le competenze affidate ai diversi livelli istituzionali, operando una forte semplificazione delle procedure decisionali e garantendo al contempo una maggiore integrazione con il più complessivo sistema di programmazione regionale.

La Regione ha introdotto un nuovo modello di governance con la Riforma del sistema amministrativo regionale approvato con la legge regionale 9 luglio 2007, n. 23.

La legge in primo luogo ridefinisce compiti e ruolo del livello Regionale stabilendo che:

- La Regione esercita le funzioni di programmazione generale e settoriale a scala regionale, promuove e coordina progetti di programmazione integrata e negoziata in ambiti territoriali di rilevante interesse regionale;

- la Regione pone a fondamento dell'intervento legislativo e della disciplina sul conferimento delle funzioni amministrative a livello locale, il principio di integrazione, con particolare riferimento alla integrazione tra le politiche ambientali, economiche e sociali;

- la Regione e gli enti locali adottano strumenti di programmazione e progettazione ad approccio integrato, valorizzando i collegamenti tra politiche settoriali nei medesimi contesti territoriali e tenendo conto degli effetti reciproci di tali politiche;

- la Regione esercita poteri di indirizzo e coordinamento al fine di assicurare livelli minimi ed uniformi nell'esercizio delle funzioni da essa conferite agli enti locali.

La legge inoltre introduce una decisa semplificazione istituzionale attraverso l'istituzione degli Ambiti territoriali ottimali (ATI) per la programmazione e gestione integrata di funzioni e servizi di livello sovracomunale stabilendo che:

le funzioni di più enti, consorzi, associazioni, conferenze e/o organismi comunque denominati composti dai Comuni e/o partecipati dagli enti locali, ovvero ai quali partecipano di diritto i Sindaci, istituiti in ambito provinciale o sub-provinciale sulla base di leggi regionali in particolare in materia di sanità, politiche sociali, gestione dei rifiuti, ciclo idrico integrato, turismo, sono unificate in capo ad un unico organismo denominato Ambito Territoriale Integrato (ATI);

l'ATI è forma speciale di cooperazione tra gli enti locali, con personalità giuridica, autonomia regolamentare, organizzativa e di bilancio nell'ambito delle risorse ad esso attribuite dai Comuni, dalla Provincia e dalla Regione in ragione delle funzioni ad esso trasferite o delegate. Agli A.T.I. si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni in materia di enti locali ed in particolare di quelle ordinamentali, ivi comprese quelle di cui al titolo V della parte I del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 e successive modificazioni e integrazioni.

In particolare all'ATI vengono affidate le seguenti funzioni:

- l'ATI costituisce lo strumento istituzionale con il quale i Comuni promuovono in modo coordinato lo sviluppo economico e sociale del territorio di livello sovracomunale mediante la definizione di progetti e programmi di comune interesse, la partecipazione unitaria ai processi di programmazione, pianificazione generale e settoriale di competenza della Regione o della Provincia, il coordinamento nelle attività di programmazione territoriale e socio economica di loro competenza;

- l'ATI rappresenta, altresì, lo strumento per la promozione e per la partecipazione coordinata dei Comuni ai processi di concertazione con le forze economiche e sociali e alle attività di programmazione negoziata, relative al territorio di livello sovracomunale, definiti dalle leggi o dagli atti di programmazione regionale.

La legge prevede che, propedeuticamente all'implementazioni dei nuovi soggetti istituzionali, la Regione proceda ad una revisione della zonizzazione adottata dai diversi organismi esistenti, assumendo come riferimento gli ambiti territoriali delle aziende sanitarie locali di cui alla legge regionale 20 gennaio 1998, n. 3, così come modificata dalla legge regionale 28 dicembre 2004, n. 35.

Con l'istituzione dell'ATI debitamente dotato di supporto tecnico adeguato e di elementi conoscitivi gestionali si dispone di uno strumento decisamente più efficace di coinvolgimento dei Comuni nel processo di definizione delle politiche di tutela e

promozione della salute e di organizzazione dei servizi sanitari; il valore aggiunto è dato in particolare dalla possibilità di armonizzare le politiche settoriali a cominciare dall'integrazione fra il settore sanitario e il settore sociale, per il quale peraltro è necessario dettare indirizzi e regole per la gestione associata dei servizi.

La revisione degli strumenti e dei livelli di programmazione

Di norma uno strumento di pianificazione non è deputato a introdurre o modificare principi e regole fondamentali, ma piuttosto a fissarne modalità e tempi di applicazione. La situazione contingente di cambiamento appena richiamata induce ad adottare una parziale deroga affidando al Piano stesso la funzione di identificare le esigenze di innovazione della legislazione regionale fungendo da strumento di raccordo di un sistema di provvedimenti che possono richiedere percorsi e tempi di attuazione diversificati.

A tal fine, il PSR 2009-2011 fissa l'obiettivo di completare il nuovo disegno istituzionale con la regolamentazione della governance delle articolazioni territoriali sub ATI. A tal fine l'assemblea dei sindaci degli ATI è articolata in sezioni corrispondenti ai distretti/ambiti territoriali sociali, che unificano in un unico organismo di governo gli attuali comitati dei sindaci di distretto e tavoli degli Assessori ai servizi sociali.

Tale soluzione garantisce uno stretto raccordo fra i diversi livelli istituzionali e contestualmente una forte integrazione delle politiche settoriali.

Nel frattempo, con l'entrata a regime della *Seconda fase del Patto per lo sviluppo*, la concertazione, coerentemente con la riforma endoregionale, si avvarrà dei Tavoli territoriali, infatti, con DGR n. 997 del 18 giugno 2007 è stata prevista l'istituzione di 4 Tavoli territoriali, coincidenti con gli ATI, così denominati:

- Tavolo territoriale Area nord-orientale, coincidente con l'ambito territoriale dell'Azienda Sanitaria Locale n. 1;
- Tavolo territoriale Area centrale, coincidente con l'ambito territoriale dell'Azienda Sanitaria Locale n. 2;
- Tavolo territoriale Area centro-orientale, coincidente con l'ambito territoriale dell'Azienda Sanitaria Locale n. 3;
- Tavolo territoriale Area sud occidentale, coincidente con l'ambito territoriale dell'Azienda Sanitaria Locale n. 4.

Il Piano Sanitario Regionale (PSR)

La scelta fondamentale assunta dal presente Piano in tema di programmazione è il rifiuto dell'adozione di un modello prescrittivo, basato sull'adozione di standard rigidi e di schemi operativi strutturati, a favore di un processo interattivo che ricerca il consenso tra i livelli istituzionali sugli obiettivi, si basa su logiche di concertazione e riconosce autonomia attuativa ai responsabili della gestione.

Il Piano Sanitario Regionale viene quindi concepito come un documento a cui è affidata fondamentalmente l'individuazione degli obiettivi e delle azioni funzionali al raggiungimento e l'entità delle risorse che prevedibilmente saranno disponibili.

Il PSR ha cadenza triennale, ma deve essere agganciato agli aggiornamenti previsti dagli strumenti di programmazione regionale come precisato nel prossimo paragrafo.

La sua attuazione è affidata a strumenti operativi di livello regionale, aziendale e distrettuale, che vengono adottati nel corso di vigenza del Piano e sottoposti a revisione periodica, al fine di garantire un adeguamento continuo delle azioni necessarie al conseguimento degli obiettivi fissati dalla programmazione strategica. In questo modo si può tenere conto dei mutamenti di contesto nel quale si trova ad operare il SSR, nel rispetto del mandato ricevuto dall'Istituzione regionale, che resta la sola abilitata a rivederlo secondo le procedure fissate dallo statuto e dalla normativa.

In tale quadro il PSR è un documento che esplicita i valori di carattere generale e fissa gli obiettivi strategici su cui deve basarsi lo sviluppo del SSR. Individua le strategie da adottare per realizzare le politiche di promozione della salute e si concentra sulle garanzie che devono essere date ai cittadini e in particolare alle categorie più deboli, per realizzare l'equità di trattamento e di accesso ai servizi e assicurare la partecipazione ai processi di valutazione e di definizione dell'assetto dei servizi. Il PSR garantisce il raccordo con le politiche definite a livello nazionale, nell'Unione Europea (U.E.) e nelle altre Organizzazioni intergovernative quali l'OCSE, oppure internazionali quali l'OMS, essendo le sedi nelle quali si definiscono e si aggiornano in modo sistematico gli obiettivi di salute e le strategie più efficaci per il loro perseguimento. Il PSR, inoltre, analizza gli elementi di contesto che si riferiscono alla situazione economica, demografica, epidemiologica nazionale e regionale, al fine di individuare le azioni correlate alle specifiche situazioni territoriali.

Il PSR, infine, fornisce indirizzi generali a cui deve ispirarsi l'organizzazione dei servizi, individuando modelli di riferimento e fissando l'allocazione ottimale delle risorse fra i diversi livelli di assistenza.

A fronte di una impostazione meno prescrittiva che caratterizza il PSR, il livello regionale della programmazione deve affidare al DAP il compito dell'aggiornamento e della definizione di dettaglio annuale degli obiettivi della programmazione sanitaria, sulla base della verifica dei livelli di raggiungimento degli obiettivi fissati.

La revisione annuale della programmazione sanitaria può avvenire tramite il collegato alla legge finanziaria regionale che può:

- definire nuovi livelli di assistenza;
- fissare criteri di accesso alle prestazioni;
- modificare i criteri di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini;
- aggiornare il quadro delle risorse disponibili;
- modificare il sistema di regole che sovrintende la gestione del SSR.

Le procedure di definizione del DAP e di approvazione del collegato alla legge finanziaria regionale devono prevedere una specifica sessione di confronto e concertazione dedicata esclusivamente alla problematica sanitaria, senza però che questo non appesantisca il sistema decisionale.

La programmazione attuativa

La maggiore criticità che si è registrata nei cicli precedenti della programmazione attuativa, è rappresentata dalla difficoltà di mantenerla allineata alle indicazioni che il PSR introduce fissando scadenze temporali e dotazioni strutturali per ogni Azienda. Se il sistema DAP/collegato alla finanziaria regionale garantisce l'adeguamento annuale ai risultati

effettivamente raggiunti e alle eventuali variazioni di contesto, la coerenza della programmazione attuativa delle singole aziende sanitarie deve essere garantita dall'Agenzia Umbria Sanità (AUS), che deve svolgere un ruolo di coordinamento nella definizione dei piani e nel monitoraggio dell'effettiva attuazione.

Tale soluzione permette di dare al modello organizzativo un impianto a rete fin dalla fase della progettazione, garantendo, per il complesso regionale delle strutture, il raggiungimento dello standard di servizio prefissato e ottimizzando al tempo stesso l'organizzazione a livello aziendale. In pratica le dotazioni strutturali non vengono definite in astratto a priori, parcellizzate per singoli territori, ma dimensionate in sede di progettazione esecutiva.

L'articolazione di compiti fra Direzione Regionale e Agenzia garantisce peraltro una maggiore chiarezza dei ruoli, la Regione potrà, infatti, dare risalto al ruolo di ente programmatore, finanziatore, regolatore e garante della corretta erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, l'Agenzia risponderà alla Regione della efficienza ed economicità del Servizio Sanitario Regionale, obiettivi che perseguirà attraverso l'indirizzo ed il coordinamento operativo delle Aziende sanitarie.

Premesso che tutti gli atti di programmazione attuativa regionale sono di competenza della Giunta regionale, la loro elaborazione, coerentemente con i ruoli sopra evidenziati, è suddivisa tra la Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali e l'Agenzia Umbria Sanità - ferma restando la massima integrazione che devono assicurare le relative strutture.

Di seguito è riportato l'elenco dei principali atti di programmazione attuativa di competenza delle citate strutture:

a) strumenti di programmazione attuativa di competenza della Direzione regionale

- atti di indirizzo programmatico;
- atti di indirizzo di programmazione economica e delle politiche di investimento;
- ripartizione delle risorse di parte corrente;
- ripartizione fondi finalizzati;
- ripartizione fondo investimenti;
- definizione di criteri per l'accesso alle prestazioni ricomprese nei LEA;
- definizione di criteri di compartecipazione alla spesa;
- emanazione di nomenclatori e sistemi tariffari;
- accordi di programma;
- accordi decentrati per il personale dipendente e con i MMG e i PLS;
- accordi con i titolari di farmacia;

b) strumenti di programmazione attuativa di competenza dell'Agenzia Umbria Sanità:

- linee guida di organizzazione;
- linee guida per la realizzazione di progetti attuativi;
- progettazione attuativa del piano degli investimenti di edilizia sanitaria;
- progettazione attuativa del piano degli investimenti per l'acquisizione delle tecnologie sanitarie;
- linee guida per gli accordi contrattuali per le strutture a gestione diretta pubbliche e accreditate;
- linee guida in materia clinico-assistenziale;
- indirizzi operativi per la gestione in rete dei servizi;

- determinazione standard informativi.

L'Università degli Studi di Perugia

I compiti Istituzionali dell'Università ed in particolare della Facoltà di Medicina e Chirurgia riguardano la didattica, la ricerca e l'assistenza.

Tradizionalmente la Facoltà di Medicina e Chirurgia provvede in misura pressoché esclusiva alla formazione del personale medico e delle professioni sanitarie della Regione Umbria. Provvede di fatto alla formazione ed all'aggiornamento non solo dei medici ma di tutte le figure sanitarie: dal personale infermieristico a tutte quelle professioni per le quali sono state attivate nella Regione Umbria corsi di laurea triennali e specialistici. Questa Facoltà ha inoltre un ruolo consolidato nell'aggiornamento, nell'innovazione scientifica e metodologica, nella ricerca clinica e nell'assistenza sanitaria di questa Regione.

Perché l'Università possa svolgere in maniera ottimale ed efficace questi compiti è necessaria la piena integrazione della stessa nel Sistema Sanitario Regionale.

In questi ultimi anni infatti le trasformazioni della società e del mondo della sanità hanno modificato in maniera sostanziale la funzione che deve essere riservata alla Facoltà di Medicina e Chirurgia nelle comunità regionali. In particolare si avverte sempre più la necessità che la presenza e le attività della Facoltà di Medicina e Chirurgia non si esauriscano e non siano relegate esclusivamente al ruolo svolto nell'ambito delle Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni.

Per poter provvedere alla formazione ed all'aggiornamento delle figure sanitarie professionali è necessario che l'Università sia presente in tutte le strutture che operano nei settori coinvolti e possa utilizzare a questo scopo i servizi sanitari di tutte le Aziende Sanitarie e Territoriali.

I rapporti tra Facoltà di Medicina e Chirurgia e Sistema Sanitario Regionale sono essenzialmente regolati dall'atto convenzionale stipulato tra Regione Umbria e Università degli Studi di Perugia. Da qui deriva la necessità di valutare la effettiva attuazione di quanto convenuto e di valutare altresì le possibili sinergie operative e le reciprocità collaborative in tutte le articolazioni del SSR, nel pieno rispetto del ruolo formativo e didattico del personale e delle strutture del Servizio Sanitario Regionale ed in piena coerenza con gli obiettivi di salute e con i modelli organizzativi che la Regione individua con i propri programmatori.

Nel rispetto dei ruoli e compiti della Università degli Studi di Perugia si prevede nel triennio l'attivazione di una piena collaborazione nelle seguenti aree strategiche:

- pianificazione dei fabbisogni, adeguamento dei processi di formazione, diversificazione dei ruoli e dei profili professionali con distribuzione di funzioni e competenze tra diverse figure professionali;
- corresponsabilizzazione nei processi assistenziali, per le attività di alta specialità e ricerca continua del miglioramento dei contributi professionali che l'Università apporta al sistema;
- partecipazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia nel coordinamento e nella realizzazione di tutte le attività rivolte all'aggiornamento continuo del medico e di tutte le altre professioni sanitarie;

- piena integrazione dell'Università degli Studi di Perugia nella Scuola di Sanità Regionale, al fine di poter mettere a disposizione della stessa con reciproco vantaggio, tutte le competenze scientifiche, organizzative e didattiche di cui l'Università dispone;
- definizione dei *piani di sviluppo delle facoltà* funzionalmente integrati con i bisogni assistenziali, di innovazione e di ricerca del SSR;
- definizione del piano di sviluppo integrato tra SSR ed Università in relazione ad attività innovative (biotecnologie, etc) anche tramite finanziamenti della Comunità europea.

Accordi e interazioni con altri SSR

In linea di continuità con il piano decorso permane la necessità di pianificare e regolare le relazioni con la programmazione sanitaria delle regioni confinanti con le quali sono necessarie avanzate integrazioni funzionali al fine di:

- concordare lo sviluppo delle alte specialità ricercando soluzioni che individuino in primo luogo i bacini di utenza ottimali a livello interregionale, per consentire sia un'adeguata utilizzazione delle dotazioni;
- stipulare accordi per la gestione di servizi integrati di livello sovregionale a partire dall'elisoccorso;
- stipulare accordi, in particolare con le regioni di confine per regolare il flusso dei pazienti in mobilità sanitaria, al fine di garantire l'appropriatezza dei trattamenti ed assicurare la continuità del percorso assistenziale tra le strutture delle diverse regioni.

La promozione dell'innovazione e della ricerca

Il rilancio della ricerca sanitaria viene individuato dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 come uno degli obiettivi primari del paese, che "deve essere conseguito con una stretta integrazione tra diverse tipologie di ricerca, ed in particolare tra ricerca biomedica e ricerca sui servizi sanitari".

Anche in Umbria va pertanto sviluppata la capacità, all'interno delle Aziende sanitarie, di gestire la funzione di ricerca e sviluppo come attività istituzionale propria del Servizio Sanitario Regionale, inseparabile dai compiti di cure e di assistenza, valorizzando le risorse tecnico-operative, organizzative, finanziarie nonché le capacità professionali, al fine di adottare tempestivamente le innovazioni tecnologiche di provata efficacia, stimando l'impatto economico e le ricadute sull'organizzazione e sulla programmazione locale.

Per questo va favorito lo sviluppo di sinergie e integrazioni tra gli attori del Servizio Sanitario Regionale, i Centri di ricerca, le Imprese, le Associazioni scientifiche, le Associazioni di malati e la rete del Terzo Settore, con il coordinamento della Regione Umbria, affidato in prima istanza all'Agenzia Umbria Sanità.

Questo processo va ricordato con le linee strategiche nazionali ed europee, in piena coerenza con il Programma Nazionale per la Ricerca e con il VII° Programma Quadro dell'Unione Europea.

Numerosi sono i settori nei quali forme di collaborazione tra diverse Istituzioni, in particolare tra Regione, Aziende Sanitarie e Università degli Studi di Perugia, hanno dato vita ad interessanti filoni di ricerca.

Tra questi particolare rilievo hanno acquisito negli ultimi anni, nell'ambito della ricerca biomedica di base e clinica, quanto è stato fatto nel settore dell'ematologia e dell'oncologia, con particolare riferimento alle attività del Centro regionale di Ricerca Ematologica (CREO). Ulteriore sviluppo di tale direzione di ricerca sarà possibile con la piena attivazione dell'IRCCS (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) sulle "biotecnologie trapiantologiche".

Analogo sviluppo si potrà avere nel settore della raccolta, conservazione e applicazione clinica delle cellule staminali.

Il modello organizzativo

Già il PSR 2003-2005 aveva confermato il modello organizzativo basato su quattro Aziende USL e due Aziende Ospedaliere fissato dalla legge regionale 3/98, lanciando contestualmente il progetto della creazione di una struttura sovraziendale unificata per migliorare l'integrazione in rete dell'organizzazione delle sei aziende sanitarie.

Le indicazioni della programmazione sanitaria sono state dapprima realizzate attraverso la costituzione della Società consortile AUS fra le Aziende sanitarie, come stabilito dalla legge regionale 23 febbraio 2005 n. 17. Fin dall'avvio dell'esperienza è apparsa evidente la difficoltà di utilizzare gli istituti di mobilità del personale fra le aziende sanitarie, enti di diritto pubblico e la società per azioni, forma gestionale assunta dalla struttura sovraziendale.

La legge regionale 16 maggio 2007 n. 16 ha provveduto a trasformare la società consortile Aziende Umbre per la Salute nell'Agenzia Umbria Sanità. In realtà l'operazione non si è limitata ad effettuare una semplice modifica della forma gestionale, ma si è voluto contestualmente alzare l'obiettivo trasferendo al nuovo soggetto anche funzioni proprie della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali. Questa soluzione permette di tradurre la funzione di indirizzo strategico proprio della Regione, in una attività di coordinamento operativo che garantisce che le aziende sanitarie assumano un assetto di gruppo, unificando gli acquisti, i sistemi tecnico-amministrati, promuovendo scelte coerenti per quanto riguarda la logistica, i sistemi informativi e i sistemi contabili. Con la legge regionale 16 maggio 2007 n. 16 oltretutto si è operata una razionalizzazione contestuale con l'assorbimento dell'Agenzia SEDES, a garanzia dell'adozione di una soluzione che non vuole tradursi in un appesantimento dell'intero sistema. L'Agenzia non sarà una struttura amministrativa aggiuntiva, perché l'attivazione di funzioni a livello sovraziendale avverrà mediante il contestuale trasferimento di risorse dal livello Aziendale e della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali, che procederanno a una riorganizzazione delle proprie strutture coerente con la ridefinizione dei compiti assegnati.

Gli strumenti di programmazione e controllo delle aziende

Nel contesto della riforma della governance regionale descritta e nel quadro organizzativo definito con la conferma dell'assetto articolato su quattro aziende USL e due aziende ospedaliere, integrato dall'Agenzia Umbria Sanità, si pone il problema di adeguare il modello di programmazione e di controllo, in una logica di semplificazione degli strumenti al fine di rendere chiare le relazioni scelte/effetti e di supportare un modello di gestione sempre più di "Gruppo" di aziende.

Confermando quanto già espresso in ordine alla programmazione strategica e sottolineando la necessità di rafforzare gli aspetti di adeguamento/scorrimento di tutti gli strumenti individuati, si richiamano le seguenti esigenze prioritarie:

- Introdurre il Programma pluriennale delle attività e degli investimenti: il programma, livello di programmazione operativa del PAL, è articolato per presidi ospedalieri e per distretti. Per questi ultimi coincide con il programma delle attività territoriali. Il Programma è triennale, con aggiornamenti annuali ed è comprensivo della valutazione dell'impatto economico (bilancio pluriennale);
- Introdurre il Programma annuale delle attività e degli investimenti: il programma è articolato per presidi ospedalieri e per distretti ed è presentato congiuntamente al bilancio di previsione, di cui rappresenta la base elaborativa;
- Strutturare i sistemi di contabilità analitica in modo da supportare la gestione budgetaria di particolari politiche di settore, quali l'integrazione socio-sanitaria e l'intervento per la non autosufficienza;
- Adottare il Bilancio sociale, privilegiandone la valenza di strumento di relazione interistituzionale, come definito nelle "Linee guida" recentemente elaborate e rubricarlo tra gli strumenti della programmazione/rendicontazione, con una logica di sostituzione piuttosto che di aggiunta, al livello della Relazione annuale sull'attuazione del PAL prevista dall'art.3, comma 8 della L.R.3/98 e s.i.m con la relazione sociale annuale e con il Bilancio sociale di mandato con periodicità triennale; in questo senso andranno allineate le modalità di redazione dei PAL stessi.

Il modello di programmazione descritto ha come presupposto la dotazione di un sistema amministrativo-contabile che è la naturale evoluzione del progetto di "Potenziamento e sviluppo dei sistemi amministrativo-contabili e di controllo delle aziende umbre", avviato dal 2005 e finalizzato, tra l'altro, alla certificazione/revisione dei bilanci delle aziende sanitarie regionali.

4. Il metodo e gli altri strumenti al servizio del Piano sanitario Regionale

4.1 Il Governo clinico

GOVERNO CLINICO (GC) significa essenzialmente accettare la sfida che deriva dalla consapevolezza della limitatezza delle risorse disponibili per finanziare i sistemi sanitari. Per gli operatori sanitari, accettare questa sfida significa ispirare le proprie scelte cliniche, assistenziali e organizzative a criteri che privilegiano, nella scala delle priorità, il perseguimento del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. Può apparire un paradosso rispondere alla limitatezza delle risorse disponibili con l'esigenza di migliorare le qualità della assistenza ed invece è l'unica modalità corretta per affrontare il problema prioritario delle organizzazioni sanitarie, in quanto identifica la priorità da salvaguardare nel processo di allocazione ed utilizzo delle risorse.

D'altro canto, i potenziali impatti negativi sulla qualità dell'assistenza che derivano dall'attuazione delle misure di razionalizzazione dell'impiego delle risorse esigono che sia individuato ed adottato un insieme organico di strumenti che salvaguardino i livelli di qualità dell'assistenza erogata.

La dicotomia qualità-costi che domina l'individuazione delle priorità nelle aziende sanitarie deve essere risolta traducendo in comportamenti operativi due principi guida:

- l'economicità delle organizzazioni sanitarie deve trovare un limite non valicabile nella salvaguardia dei livelli di qualità dell'assistenza erogata;
- la compatibilità fra le risorse disponibili e miglioramento continuo della qualità dell'assistenza deve essere perseguito attraverso la continua revisione dei processi organizzativi e dei percorsi clinici, al fine di eliminare ciò che non è funzionale a garantire la qualità dell'assistenza erogata.

L'assunzione di questi principi nei processi gestionali aziendali significa anche orientare i processi di negoziazione intra-aziendale, dall'esclusiva attenzione al rapporto ricavi-costi, verso l'esplicitazione dei livelli di qualità da perseguire.

Una efficace definizione dei contenuti del GC è stata esplicitata dal NHS Clinical Governance Support team¹, per il quale il governo clinico è:

- ✓ sicurezza per i pazienti;
- ✓ coinvolgimento di chi assiste il paziente;
- ✓ erogazione della assistenza di più elevata qualità in ogni momento;
- ✓ apprendimento continuo;
- ✓ responsabilità collettiva;
- ✓ coinvolgimento di tutto il personale;
- ✓ riconoscimento dei risultati raggiunti dal personale;
- ✓ senso comune;

¹ NHS Clinical Governance Support Team (CGST), www.cgsupport.nhs.uk, *About CG. What is clinical governance?*

- ✓ possibilità di accesso all'assistenza di qualità dovunque e in qualsiasi momento.

Il governo clinico invece:

- non è solo per i clinici;
- non è responsabilità di una sola persona;
- non è una funzione indipendente;
- non è un esercizio fine a sé stesso;
- non è una perdita di tempo;
- non è rappresentato dal solo miglioramento dell'efficienza da un punto di vista dei costi.

Halligan e Donaldson² individuano i seguenti presupposti del GC:

Leadership efficace

Una organizzazione con una efficace leadership saprà come comunicare in maniera efficace a tutto il personale la *vision*, i valori e i metodi del governo clinico. Tale comunicazione fornisce al personale un obiettivo comune e coerente ed aspettative chiare. Una buona leadership conferisce potere al lavoro di squadra, crea una cultura aperta ed assicura che sia l'etica che il riferimento costante al governo clinico rimangano parte integrante di ogni prestazione clinica.

Pianificare per la qualità

Il governo clinico non può essere sviluppato facendo quello che "sembra giusto". Le organizzazioni sanitarie devono prevedere un piano di sviluppo della qualità delle loro prestazioni cliniche. Il piano dovrebbe basarsi su: una obiettiva valutazione delle necessità e dei punti di vista dei pazienti, una valutazione dell'esposizione al rischio clinico, dei requisiti regolamentari, della capacità del personale, dei bisogni di formazione non soddisfatti e la capacità di confrontare la performance attuale con gli standard di riferimento. È anche importante assicurare che le strategie fondamentali di base (come l'IT, la formazione e la ricerca) siano indirizzate a supportare gli obiettivi di miglioramento della qualità. La pianificazione deve avvenire non solo a livello dirigenziale ma anche a livello di singoli team.

Essere davvero centrati sul paziente

Le organizzazioni sanitarie devono essere trasparenti sulle modalità attraverso le quali i ritorni informativi e le informazioni sui pazienti vengono utilizzate per valutare e migliorare la qualità delle prestazioni. La responsabilizzazione dei pazienti attraverso la condivisione delle informazioni, la richiesta del loro contributo alla pianificazione delle prestazioni, può influenzare in modo significativo lo sviluppo del governo clinico. I contributi dei pazienti influenzeranno non solo la rispondenza e la performance delle prestazioni, ma anche il

² Aidan Halligan, Liam Donaldson, *Implementing clinical governance: turning vision into reality*, BMJ 2001;322:1413-1417 (9 June)

processo attraverso il quale vengono identificate e viene data priorità alle iniziative per il miglioramento della qualità.

Informazioni, analisi, opinioni

Un'organizzazione sanitaria aperta alla cultura del governo clinico deve sviluppare l'eccellenza nella selezione, gestione ed utilizzo efficace delle informazioni e dei dati a supporto delle decisioni e dei processi politici. Affinché i dati e le informazioni siano utili devono essere validi, aggiornati, e presentati in maniera tale da stimolare opinioni. Sono essenziali, ad esempio, dati ed informazioni utili per evidenziare le differenze negli esiti, le insufficienze negli standard, i confronti con altri servizi, i trend temporali. Queste informazioni sono vitali per indicare al personale quale sia la sua performance e per evidenziare eventuali aree di miglioramento.

La valorizzazione del personale

Le persone che lavorano in sanità devono essere in grado di fornire il migliore contributo possibile, sia a livello individuale che collettivo, al miglioramento della qualità dell'assistenza. L'ideale di un servizio che consenta a tutto il personale di sviluppare ed utilizzare appieno il proprio potenziale e che sia allineato con gli obiettivi dell'organizzazione, raramente viene soddisfatto.

Un progresso verso questo obiettivo è rappresentato da un programma di formazione finalizzato a supportare l'implementazione del governo clinico, in modo tale che vengano rinforzate negli operatori le conoscenze e le competenze. Tuttavia, per sviluppare una forza lavoro "adeguata" non basta solo la formazione: bisogna assicurarsi che il personale si senta valorizzato, che partecipi alle discussioni politiche sullo sviluppo del governo clinico, e che veda il management come un soggetto che prova ad affrontare i problemi e che desidera conoscere le idee del personale circa il miglioramento e l'innovazione.

Una forza lavoro efficace necessita anche di supporto tecnico appropriato, rappresentato, ad esempio, dall'accesso ad evidenza clinica valida a supporto delle decisioni. Infine, la creazione di una cultura che non sia di colpevolizzazione ed incoraggi un esame aperto dell'errore e dei fallimenti è una caratteristica fondamentale dei servizi dedicati al miglioramento della qualità ed all'apprendimento.

Dimostrare il successo

La capacità di misurare la qualità delle prestazioni è essenziale per il successo delle strategie di adozione del governo clinico. Adottare e diffondere sistematicamente misure di esito, di appropriatezza e di efficienza consente di verificare gli effettivi progressi compiuti e di rafforzare il coinvolgimento di tutti.

Ai principi e alle finalità del GC devono ispirarsi sia il management aziendale, al fine di individuare nel miglioramento continuo della qualità dell'assistenza la linea prioritaria di governo dell'azienda, sia i professionisti sanitari, al fine di assicurare l'adozione sistematica degli strumenti operativi che garantiscano la sicurezza, l'efficacia e la appropriatezza dei percorsi assistenziali.

Per questo, ciascuna Azienda sanitaria o ospedaliera deve adottare un Programma aziendale pluriennale per il miglioramento della qualità dell'assistenza: il programma deve essere definito con il contributo dei responsabili dei dipartimenti e/o delle unità operative, deve essere approvato dal direttore generale e deve essere attuato sotto il coordinamento della direzione sanitaria aziendale, la quale curerà l'identificazione di un insieme integrato di misure per il monitoraggio dell'attuazione del programma.

Con idonea periodicità, la direzione sanitaria deve predisporre e diffondere un rapporto sul grado di attuazione del programma aziendale per il miglioramento della qualità dell'assistenza: questa azione di monitoraggio periodico costituirà la base per le successive revisioni dello stesso programma. A tal fine può essere utile individuare un set definito di indicatori, che possano fornire una misura dei progressi fatti nelle diverse aree e valutarne il risultato nel tempo.

Al fine di identificare le azioni da prevedere nel programma aziendale per il miglioramento della qualità dell'assistenza si raccomanda il riferimento alle dimensioni della qualità identificate dall'Institute of Medicine: Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st Century.

National Academy Press, 2001

- Sicurezza: evitare i rischi e i danni che possano derivare ai pazienti dall'assistenza ad essi erogata;
- Efficacia: erogare prestazioni basate sulla conoscenza scientifica a coloro i quali ne possano beneficiare ed evitare l'erogazione di prestazioni a coloro i quali non ne possano trarre benefici, in modo da evitare sia il sovra-utilizzo, sia il sotto-utilizzo;
- Centralità del paziente: erogare assistenza nel rispetto delle preferenze, dei bisogni e dei valori dei singoli pazienti ed assicurare che i valori del paziente siano di guida per tutte le decisioni cliniche;
- Tempestività: minimizzare le attese e prevenire i ritardi nell'erogazione delle cure;
- Efficienza: evitare gli sprechi di risorse umane, tecnologie, idee ed energie;
- Equità: erogare un'assistenza i cui livelli di qualità non siano influenzati dalle caratteristiche individuali, quali genere, razza, zone di residenza e stato socio-economico.

Il programma aziendale per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza al fine di assicurare sistematicità ed equilibrio dovrebbe individuare le azioni finalizzate a migliorare ciascuno dei determinanti della qualità sopra descritti.

Questa consapevolezza era già presente nel Piano Sanitario Regionale 2003-2005 che aveva posto al centro dei suoi obiettivi di "qualità e innovazione nella gestione della sanità", la "promozione del governo clinico", per la costruzione di nuove relazioni funzionali tra potere professionale e amministrativo, al fine di migliorare la qualità del Servizio Sanitario Regionale, ed è inteso come la costruzione di un percorso integrato tra professionisti e Direzioni Aziendali. Le scelte di governo regionale si sono spinte così verso criteri di accreditamento dei servizi e dei professionisti fortemente caratterizzati sul piano della capacità di rendere trasparente e valutabile la qualità delle proprie prestazioni.

Anche il Piano 2009-2011, promuove il «governo clinico» per la costruzione di appropriate relazioni caratterizzate fortemente da un senso di impegno multidisciplinare, condiviso tra componente clinica e amministrativa.

Gli strumenti del Governo Clinico

Il governo clinico, come già detto, rappresenta il tentativo di trovare un approccio integrato al problema della qualità dell'assistenza, riconoscendo che non si tratta solo di intervenire sulle singole decisioni cliniche per orientarle verso una migliore appropriatezza, ma di fare in modo che i sistemi assistenziali nel loro insieme siano orientati verso questo obiettivo. Si tratta di costruire le condizioni che rendano possibile la sua attuazione: attraverso la formazione dei professionisti, il monitoraggio dei processi assistenziali e dei loro risultati, la gestione dei rischi clinici implicati dall'assistenza sanitaria.

La prima implicazione è che solo attraverso scelte coerenti di politica sanitaria è possibile intervenire complessivamente sui diversi determinanti delle pratiche assistenziali, utilizzando gli strumenti amministrativi disponibili per indirizzare i comportamenti professionali verso l'appropriatezza clinico-organizzativa, operando sugli assetti organizzativi per promuovere la necessaria integrazione ed il coordinamento tra unità assistenziali, definendo criteri che indirizzino la formazione professionale in modo che sia funzionale ad una attenzione continuativa alla qualità dell'assistenza, quest'ultima riconosciuta come parte integrante dei percorsi educativi dei professionisti.

E' necessario prevedere l'utilizzo di specifici strumenti che permettano di implementare a livello aziendale e regionale processi di cambiamento prima culturale e poi operativo in senso stretto, con il consenso ed il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari.

- *Rete regionale per l'accesso alle evidenze scientifiche in ambito biomedico (UmbriaEvidence).*

Il valore dell'informazione oltre al suo contenuto intrinseco dipende dall'accessibilità in tempo reale da parte di ricercatori e clinici; si devono creare le condizioni ottimali anche logistiche per facilitare la realizzazione di tale processo strategico all'interno dei servizi sanitari e su tutto il territorio regionale, con una collaborazione stretta e costruttiva tra la Regione, Aziende Sanitarie e Professionisti.

È utile e indispensabile dare la possibilità agli operatori sanitari di conoscere e utilizzare tutte le fonti informative a disposizione, partendo da quelle maggiormente utilizzabili a livello pratico. Il Cincal Evidence, che raccoglie con un continuo aggiornamento per ciascun argomento clinico tutte le evidenze disponibili in ambito di prevenzione, terapia, diagnosi, la Cochrane Library, in cui sono raccolte sia revisioni sistematiche che trial randomizzati, sono strumenti che permettono di avere un vasto panorama sulle recenti scoperte scientifiche e consentono di partecipare a forum di discussione sulla loro validità e applicabilità.

Parimenti dovranno rendersi accessibili anche riviste biomediche di ambito generalista e specialistico (BMJ, JAMA...) fondamentali per creare una piattaforma di conoscenze comuni a tutti gli operatori del SSR, offrendo spunti di discussione sui temi più rilevanti e in continua evoluzione.

- *Cochrane Neurological Network*

Tale Network coinvolge ricercatori, in ambito mondiale, che si aggiornano e scambiano informazioni e conoscenze sulle tematiche soprattutto della neurologia; risulta essere un potente volano per molte attività nel campo della Medicina Basata sull'Evidenza (EBM), dalla ricerca all'applicazione clinica, alla didattica.

L'importanza di tale Network è riconosciuta anche dagli operatori dei servizi della nostra regione. Dal 1 gennaio 2007 presso la Regione Umbria - Direzione Sanità è stato istituito il Cochrane Neurological Network, come riconoscimento tangibile a livello internazionale dell'impegno dell'amministrazione regionale e soprattutto di clinici e professionisti locali che da sempre hanno creduto e investito nella ricerca e si sono fatti garanti della divulgazione del metodo formativo, della diffusione delle revisioni sistematiche, considerate il gold standard delle evidenze scientifiche in ambito biomedico.

Il Network va potenziato e va favorito il coinvolgimento di professionisti su scala regionale, estendendo anche ad altre branche la possibilità di recepire e utilizzare la metodologia dell'EBM e la sua diffusione, quale strumento per il governo clinico.

- *Unità Operative e Equipages Territoriali*

Operatori sanitari impegnati a diverso livello nella promozione del governo clinico possono trovare in forma singola o associata la possibilità di formulare e promuovere progetti di miglioramento della qualità dell'assistenza basati sull'Evidence Based Medicine. Nelle Unità operative nelle equipe territoriali si può identificare il luogo più idoneo per sviluppare al meglio tali modalità di lavoro.

- *Cittadini e associazioni di volontariato*

La partecipazione dei cittadini e delle Associazioni di volontariato ha rappresentato, nella nostra Regione, un profondo impulso alla creazione di servizi e nuovi approcci assistenziali. È ora giunto il momento, come già succede in molte realtà europee, che anche tali soggetti siano coinvolti a pieno titolo nella progettazione sia di nuovi percorsi diagnostico terapeutici che a livello di progetti di ricerca clinica a vari livelli.

A tal fine, è necessario, che intraprendano percorsi formativi, in particolare, in ambito EBM.

- Centri interaziendali a supporto della Clinical Governance

I centri interaziendali fino ad oggi attivati hanno permesso di costruire una rete di supporti alle competenze professionali e gestionali delle nostre aziende.

La rete di competenze attivate per la Clinical Governance risulta, nel complesso, sufficientemente estesa. Ottimizzazioni potrebbero essere raggiunte tramite ulteriori interventi nel settore dei sistemi operativi relazionali e nel coinvolgimento dei cittadini.

Le tematiche degne di essere proseguite e altre ritenute prioritarie per la durata di vigenza del presente piano, dovranno essere affrontate utilizzando la metodologia sperimentata, garantendo una uniformità nell'utilizzo di metodologie e gli strumenti validati anche in ambito di Evidence Based Medicine, e il coordinamento potrebbe essere affidato all'Agenzia Umbria Salute.

- Linee guida

Le linee guida (LG), «raccomandazioni di comportamento clinico prodotte attraverso un processo sistematico allo scopo di assistere operatori sanitari e pazienti nel decidere quali siano le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche», rappresentano la sintesi delle conoscenze scientifiche su specifici argomenti, opportunamente strutturate e sistematizzate attraverso regole esplicite e condivise, utilizzabili a livello locale.

Il contesto nazionale sul tema delle linee guida è stato caratterizzato dalla proliferazione di iniziative di elaborazione di LG a vari livelli: nazionali, regionali, aziendali e società scientifiche. Tuttavia si può ritenere che complessivamente sono state di scarso impatto, dato che minimo è stato lo sforzo sul versante dell'implementazione e del coinvolgimento di tutti gli stakeholders.

Anche la Regione Umbria ha prodotto linee guida in vari campi e con il coinvolgimento di molti professionisti dei servizi, ribadendo che:

- le LG non sono da intendersi come indicazioni vincolanti per gli operatori sanitari, ma come strumento di informazione e di supporto alle decisioni dei professionisti, e come strumento di valutazione della qualità dell'assistenza erogata, nella logica del governo clinico;
- le LG sono intese come una tecnologia dinamica, che finisce per acquisire rilevanza e caratteristiche a seconda dei contesti culturali, ambientali e amministrativi entro i quali viene adattata.

Il Piano intende sottolineare il ruolo delle LG come strumento indispensabile del governo clinico e intende:

- superare le attuali linee guida qualora queste risultino non più adeguate o di non buona qualità;
- spingere all'utilizzo di LG già prodotte e validate sia in ambito nazionale che internazionale, adattandole al contesto organizzativo locale/regionale, ottimizzando tempo e risorse;
- tenere in considerazione le novità metodologiche per la produzione di LG (es. GRADE, che costituisce uno strumento elastico che prevede un percorso strutturato per l'analisi della qualità delle prove di efficacia e che si caratterizza

per il fatto di rendere espliciti tutti i passaggi dal processo di produzione a quello di valutazione);

- considerare la stretta sinergia tra attività di Audit e applicazione di LG;
- individuare i fattori di ostacolo alla adozione o implementazione delle LG;
- individuare indicatori che permettano di valutare la qualità delle linee guida, la loro applicazione e i risultati del loro utilizzo;
- attivare una commissione regionale di monitoraggio della qualità delle linee guida utilizzate nelle aziende.

- Audit clinico

L'audit clinico costituisce uno degli strumenti principali nella strategia del Governo Clinico ed è rappresentato da un processo finalizzato a promuovere la qualità, monitorare i processi ed a migliorare gli esiti dell'assistenza.

Se le linee guida costituiscono la raccolta e la sintesi delle informazioni di efficacia ed appropriatezza che derivano dal versante della letteratura scientifica, l'audit consiste in un processo speculare che tende a raccogliere informazioni derivanti dalla pratica clinica.

Il processo di audit si basa sulla revisione della documentazione clinica su cui gruppi disciplinari si confrontano su aspetti relativi alle prestazioni che essi erogano. Tale esame deve avere un approccio metodico e si deve concludere con un rapporto di risultati.

L'audit non deve essere inteso come una attività di controllo con valenza ispettiva, ma deve essere rivolto alla consapevolezza dei limiti e prerogative delle proprie attività professionali.

È interesse delle Aziende introdurre la pratica dell'Audit Clinico in maniera sistematica nei loro vari contesti operativi, nell'intento di fornire uno strumento operativo ai professionisti ed agli organi aziendali. Per poter effettuare in modo preciso e puntuale un corretto audit clinico sono indispensabili informazioni esaustive su procedure eseguite e su quanto è collegato ad un determinato risultato professionale: registri, cartelle cliniche, archivi relativi a ricoveri, prestazioni specialistiche, prescrizioni farmaceutiche, in sintesi i data base clinici dedicati e quelli amministrativi.

- Il Documento di Valutazione del Servizio Sanitario

Il Documento di Valutazione del Servizio Sanitario (DVSS) è di fatto un ottimo esempio di utilizzo integrato delle fonti informative a disposizione del servizio sanitario Regionale. Grazie alle informazioni ottenute dall'incrocio dei vari archivi il DVSS ha individuato una serie di indicatori in grado di valutare puntualmente e correttamente le attività assistenziali garantite, sia in termini di processo che di esito: il monitoraggio diventa stimolo al miglioramento.

Il miglioramento o il mantenimento dei livelli qualitativi del servizio sanitario dipendono dalla capacità di utilizzare razionalmente le risorse disponibili ed effettuare una seria valutazione del ciclo programmatico, diventa lo strumento per garantire che le attività e le prestazioni fornite dal servizio sanitario siano realmente efficaci ed efficienti.

La fase di programmazione trova la sua massima espressione nella formulazione del Piano Sanitario regionale (PSR) che individua e propone gli obiettivi da raggiungere per il

servizio sanitario regionale, le strategie per il conseguimento degli obiettivi, le indicazioni su come si prevede di valutare le strategie pianificate e il grado di raggiungimento degli obiettivi.

Alla fase programmatica dovrebbe fare seguito la redazione di un documento contenente i risultati della fase di valutazione, relativa ai seguenti ordini di problemi:

- lo stato di salute della popolazione;
- gli effetti delle scelte operate su alcuni gruppi di variabili;
- l'assetto dei servizi in relazione al grado di applicazione delle indicazioni programmatiche;
- l'apporto del SSR alla salute della popolazione;
- il raggiungimento degli obiettivi di salute indicati dalla programmazione sanitaria;
- l'efficienza (intesa come rapporto costi/efficacia e costi/benefici) dei servizi anche in relazione ad un uso potenzialmente non appropriato delle risorse;
- gli effetti della disponibilità di nuove evidenze scientifiche sui principali assetti organizzativi e operativi del servizio sanitario che potrebbero, su tali basi, essere modificati o confermati.

Negli anni scorsi la nostra Regione, tramite un ampio coinvolgimento di operatori sanitari, ha elaborato il Progetto DVSS e il Sistema di Valutazione degli Esiti-SVE, un'intera collana scientifica dedicata alla valutazione dello stato di salute e dei servizi sanitari regionali.

Il DVSS ha individuato indicatori di processo e di esito clinico (indicatori di performance), suddivisi per livelli di assistenza, condivisi e approvati dai professionisti, che sono risultati in grado di orientare scelte/decisioni a sostegno del miglioramento continuo del sistema sanitario regionale.

Il SVE ha rappresentato una solida infrastruttura statistico-epidemiologica al progetto DVSS, sviluppando linguaggi e software specifici necessari per il calcolo corretto degli indicatori identificati dai gruppi di lavoro sulla base dei criteri di rilevanza, scientificità e fattibilità.

Il progetto ha portato alla validazione dei database regionali e li ha utilizzati per la costruzione di un sistema di valutazione che può considerarsi permanente, riproducibile e sostenibile.

È prioritario non disperdere il patrimonio scientifico creato da questo progetto sia per i dati prodotti (outcome o esiti clinici) che soprattutto come modello di lavoro, che andrà sicuramente affinato.

4.2 L'appropriatezza

Approcci alla misurazione e alla incentivazione dell'appropriatezza ospedaliera

Le caratteristiche principali rispetto alle quali si differenziano gli approcci metodologici alla valutazione e alla misurazione dell'appropriatezza sviluppati negli ultimi vent'anni riguardano sostanzialmente l'ambito assistenziale e le dimensioni campionarie, gli standard e le fonti informative utilizzate. Se l'ambito assistenziale maggiormente esplorato

è quello ospedaliero, rispetto alle dimensioni campionarie si distinguono le metodologie orientate alla valutazione dei singoli interventi (ricoveri), evidentemente campionati, e quelle che considerano viceversa l'intera attività erogata. Le fonti informative utilizzate possono essere costituite dalle cartelle cliniche dei singoli ricoveri inclusi nel campione, ovvero dai "dati amministrativi disponibili", relativi al complesso dei ricoveri effettuati in un determinato periodo. Gli standard, infine, possono riferirsi a criteri prestabiliti esogenamente e/o emergere dall'esame della realtà di riferimento ovvero dal confronto tra realtà omogenee, secondo un approccio di tipo benchmarking.

Con riferimento specifico all'assistenza ospedaliera e alla appropriatezza organizzativa, si distingue essenzialmente tra:

- l'approccio che valuta un campione di ricoveri e le relative giornate di degenza, attraverso l'analisi delle cartelle cliniche, con riferimento ad un set di variabili prestabilite, individuate quali criteri normativi di giudizio di appropriatezza di ricovero in ospedale per acuti: questa modalità di approccio è tipicamente rappresentata dall'Appropriateness Evaluation Protocol (in Italia introdotto come PRUO);

- l'approccio che valuta invece l'insieme dei ricoveri erogati in un dato ambito, analizzando l'archivio delle Schede di dimissione ospedaliera, attraverso il calcolo di indicatori, individuati quali criteri di criticità da sottoporre ad eventuali approfondimenti successivi. Nella realtà italiana questo approccio può essere rappresentato dal "metodo APPRO" o dal "metodo Disease Staging".

Tra i vantaggi riconosciuti al primo tipo di approccio va ricordato in particolare la possibilità di applicarlo a qualsiasi ricovero, indipendentemente dalle specifiche condizioni del singolo paziente, e di utilizzare un numero relativamente contenuto di criteri omogenei, idonei a valutare tutti i singoli casi, indipendentemente dalle specifiche condizioni cliniche dei casi inclusi. Tuttavia, ha il limite di una copertura parziale e di una relativa onerosità, laddove utilizzato a fini di controllo esterno, per la necessità di analizzare le singole cartelle cliniche, dalla cui qualità di compilazione è peraltro condizionato. Può però essere adottato quale strumento di controllo interno sistematico da parte dei singoli istituti, contribuendo al potenziamento della capacità di auto-analisi della performance.

Tra i vantaggi riconosciuti al secondo genere di approccio va ricordata, invece, la possibilità che offre di verificare l'intero universo dei ricoveri effettuati, operandone un primo screening e evidenziando le aree critiche presenti a livello di singolo erogatore o di loro raggruppamenti (per tipologia, localizzazione, etc.), ovvero di tipologie di ricovero (ordinario, diurno, medico, chirurgico). Tuttavia, basandosi sui dati amministrativi, questo approccio risente sia della qualità del dato, sia della mancata considerazione dello specifico contesto di riferimento. Mentre rispetto alla qualità del dato, accanto al rischio di ottenere dei risultati inficiati si può però considerare il potenziale beneficio in termini di incentivo per gli erogatori al miglioramento della qualità stessa, rispetto al rischio "decontestualizzazione" della valutazione si può parzialmente ovviare adottando un approccio comparativo tipo benchmarking, piuttosto che il ricorso a standard esogeni, stratificando le analisi, in modo da considerare la presenza di eventuali fattori di condizionamento, specifici del contesto (ad es., livelli di offerta di risposte assistenziali alternative al ricovero; caratteristiche della casistica trattata; etc.).

In termini operativi, negli approcci per l'incentivazione dell'appropriatezza organizzativa dell'assistenza ospedaliera allo stato attuale più diffusamente adottati dalle Regioni, si riconoscono essenzialmente tre componenti, sinteticamente illustrate di seguito.

L'applicazione di soglie regionali per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatelyzza, se effettuate in regime di ricovero ordinario, allo scopo di incoraggiarne lo spostamento verso modalità di erogazione meno complesse e onerose. Tra i vantaggi di questo tipo di intervento vi sono: la semplicità di esecuzione, in quanto utilizzano esclusivamente le informazioni contenute nelle Schede di dimissione ospedaliera (Sdo); la "trasparenza e oggettività", poiché poggia su criteri statistici e consente l'analisi di un insieme di ricoveri, piuttosto che di singoli episodi di cura; la possibilità di essere utilizzato anche da parte degli stessi ospedali, quale agevole sistema di monitoraggio periodico delle proprie attività, funzionale al mantenimento entro il valore consentito; lo stimolo, per i soggetti erogatori, all'individuazione di forme alternative alla degenza ordinaria per la gestione di casi a bassa complessità; l'incentivo a promuovere tra gli operatori sanitari la qualità nella gestione complessiva delle informazioni sanitarie. La qualità delle informazioni e la disponibilità di sistemi informativi affidabili e robusti, da parte sia della Regione sia dei singoli ospedali, rappresentano infatti una criticità di questo tipo di intervento, che deve opportunamente prevedere anche meccanismi di controllo sugli eventuali comportamenti opportunistici da parte degli erogatori, volti ad aggirare gli effetti prodotti dall'introduzione delle soglie di ammissibilità.

L'introduzione di misure volte a regolamentare l'attività di ricovero diurno, sia medico, sia chirurgico, al fine di promuovere lo spostamento delle prestazioni meno complesse verso modalità di assistenza ambulatoriale, riqualificandone i contenuti. L'adozione di questo genere di intervento è solitamente accompagnata dall'introduzione di norme volte a riqualificare l'attività ambulatoriale attraverso l'istituzione del Day Service, nell'ambito del quale poter erogare prestazioni, multidisciplinari ed integrate, a pazienti che, pur presentando problemi relativamente complessi, non necessitano di sorveglianza medico-infermieristica prolungata. I criteri di appropriatezza dei ricoveri diurni possono essere preventivamente definiti in termini di liste positive di procedure diagnostico-terapeutiche e/o di condizioni cliniche del paziente che, laddove documentate nella Sdo, connotano come appropriato il ricovero diurno, medico o chirurgico. E' fondamentale, pertanto, garantire il sistematico aggiornamento delle liste, considerato l'impatto dell'evoluzione tecnico-scientifica sulla definizione dei criteri. Rispetto al precedente approccio delle "soglie di ammissibilità" dei ricoveri ordinari, questo tipo di intervento ha in comune, sia alcuni dei vantaggi (utilizzo delle informazioni contenute nella Sdo; possibilità di monitoraggio dell'attività da parte degli stessi erogatori; incentivo per gli erogatori ad individuare modalità organizzative di erogazione delle prestazioni più efficienti, nonché a migliorare la qualità delle informazioni sanitarie), sia alcuni dei limiti (livello di affidabilità dei sistemi informativi; equità dei sistemi di controllo ex post).

L'attuazione di sistemi di controllo analitici effettuati "ex post" sull'attività già erogata, al fine di garantire il rispetto delle regole, di prevenire e di sanzionare eventuali comportamenti opportunistici. Tali sistemi di controllo vengono effettuati retrospettivamente su un campione dell'attività già erogata dai singoli ospedali e

riguardano, in particolare, sia l'appropriatezza organizzativa (utilizzando il PRUO quale strumento di rilevazione e valutazione), sia la congruità della compilazione delle Sdo; l'esito dei controlli conduce al riconoscimento, da parte della Regione, di incentivi positivi o negativi ai singoli ospedali. Sebbene onerosa, tale attività di controllo analitico rappresenta pertanto un importante corollario delle precedenti tipologie di intervento per il perseguimento dell'appropriatezza organizzativa, laddove mirata ad identificare eventuali comportamenti opportunistici volti ad aggirarne/ridurne gli effetti, nonché ad individuare eventuali ulteriori luoghi di inappropriatazza, relativamente a specifici eventi emersi dal controllo degli archivi regionali delle Sdo.

Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva a livello regionale

L'intervento programmatico ed organizzativo in tema di assistenza farmaceutica è stato più volte affrontato dalla Regione nel corso degli ultimi anni, sia per il continuo evolversi della normativa nazionale di riferimento, spesso dovuto ad esigenze di contenimento della spesa, sia con l'obiettivo di garantire al cittadino prestazioni efficaci ed appropriate orientate da evidenze cliniche documentate.

I risultati sin qui ottenuti sono stati raggiunti attraverso un'azione molto ampia con una valorizzazione del ruolo dei medici di medicina generale, degli operatori dei centri di salute, dei distretti, delle farmacie pubbliche e private, e un grande impegno dei servizi farmaceutici aziendali.

A garanzia che l'appropriatezza sia strumento guida su tutto il territorio regionale è necessario proseguire nella definizione di un modello di analisi delle prescrizioni farmaceutiche che possa essere utilizzato sempre più all'interno delle attività di promozione dell'appropriatezza prescrittiva condotte a livello regionale, di ASL e di distretto. Tale modello consiste, innanzitutto, in un'analisi della prescrizione, con approfondimenti sul tema della variabilità. L'intento è quello di fornire uno strumento di lettura dei dati di prescrizione che sia utile ai medici di medicina generale e che favorisca una più complessiva comprensione dell'appropriatezza d'uso e, inoltre, di mettere in evidenza aree sulle quali concentrare l'attenzione e che richiedono approfondimenti successivi.

Il modello offre un contributo alla lettura dei dati di prescrizione che può servire a tutti coloro - dai singoli medici di medicina generale, ai responsabili delle equipe, ai referenti dei servizi farmaceutici delle ASL e ai referenti regionali - che hanno un interesse e un ruolo nella promozione dell'uso appropriato dei farmaci nella popolazione. I principali vantaggi consistono: nell'utilizzo di dati raccolti routinariamente nei database di monitoraggio delle prescrizioni, ormai ampiamente diffusi in molte realtà in Italia e nella possibilità di effettuare approfondimenti a livello di popolazione e analisi di tipo storico. Fra i limiti del sistema, vi è quello che l'analisi si focalizza sui farmaci e utilizza misure di processo. Sono, così, assenti sia approfondimenti sui trattamenti non farmacologici sia misure degli esiti.

In particolare le attività di monitoraggio devono essere approfondite sulle caratteristiche della prescrizione di farmaci ad alto costo distribuiti direttamente dalle ASL ai cittadini (distribuzione diretta). In assenza di queste informazioni, le analisi condotte

sulla variabilità regionale potrebbero risultare distorte. Una parte delle differenze osservate potrebbe infatti non dipendere da vere differenze nei livelli di consumo e di spesa, ma dalle diverse modalità organizzative adottate nelle regioni.

E' quindi necessario tenere conto dell'insieme dei farmaci erogati: in medicina generale, in distribuzione diretta e in ospedale.

Nel contesto dell'assistenza sanitaria extraospedaliera l'obiettivo perseguito è quello di fornire uno strumento di lettura dei dati di prescrizione farmaceutica e specialistica che sia utile agli amministratori locali, ai responsabili dei servizi aziendali e ai medici di medicina generale e che consenta una più complessiva comprensione dell'appropriatezza d'uso. Il principale utilizzo del modello proposto è indubbiamente all'interno delle attività di promozione dell'appropriatezza prescrittiva condotte a livello regionale, di ASL e di distretto. In particolare, per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica sono utili gli approfondimenti condotti per gruppi di medici che consentono di estendere l'analisi della variabilità fino al livello dei prescrittori.

Un contributo ulteriore è quello di presentare approfondimenti che possono essere di grande utilità anche a livello nazionale: si pensi, ad esempio, alle analisi relative alla distribuzione diretta o alle caratteristiche della prescrizione per categoria terapeutica.

In assenza di una rilevazione nazionale di questi dati si perde il quadro d'insieme e viene a mancare l'informazione su una parte dei farmaci prescritti e sulle caratteristiche dei cittadini che li ricevono. Il modello proposto dalla Regione Umbria utilizza i dati raccolti tramite uno specifico sistema di monitoraggio, anche se in molte regioni non è ancora attivo un flusso informativo relativamente ai farmaci distribuiti direttamente dalle strutture pubbliche.

La regione è chiamata a intervenire non solo con controlli di tipo amministrativo, ma anche, e soprattutto, con attività di formazione, informazione e promozione tese ad un uso più appropriato del farmaco.

Peraltro, le innovazioni organizzative poste in essere con l'istituzione della l'Agenzia per l'integrazione della gestione delle aziende sanitarie, denominata Agenzia Umbria Sanità (AUS), introducono nuovi scenari che favoriscono il miglioramento della qualità e dell'economicità dell'assistenza farmaceutica.

In quest'ottica è determinante realizzare la completa integrazione fra i Servizi Farmaceutici ospedalieri e quelli territoriali sia in ambito aziendale che interaziendale.

Ciò premesso, in continuità con il Piano Sanitario Regionale 2003/2005 e in conformità ai Livelli Essenziali di Assistenza, gli obiettivi per il governo dell'assistenza farmaceutica e integrativa sono i seguenti:

- 1) garantire un' assistenza farmaceutica e integrativa sicura, efficace ed appropriata;
- 2) ridurre i danni alla salute derivanti da errori nella prescrizione e somministrazione di farmaci, reazioni avverse e trattamenti inappropriati;
- 3) promuovere l'appropriatezza di prescrizione, distribuzione e consumi sia in ambito ospedaliero che territoriale anche tramite accordi con i diversi attori;
- 4) contenere la spesa farmaceutica all'interno dei tetti programmati;

5) implementare adeguatamente le conoscenze dei cittadini rispetto a costi e benefici dei farmaci, con particolare riferimento alle fasce di popolazione in cui si verificano i maggiori rischi di errore e di eventi avversi (anziani).

Le azioni da sviluppare nel triennio, rispetto agli obiettivi specifici individuati, sono le seguenti:

A. Gestione del rischio e sicurezza del paziente

Uno degli obiettivi principali di un sistema sanitario è la sicurezza degli utenti in tutte le parti del sistema; in altre parole dovrebbero essere minimizzati i rischi e i danni, sia causati dal professionista sia determinati dal setting in cui è erogato il processo assistenziale.

Tutto ciò configura la necessità di sviluppare programmi aziendali per la gestione del rischio e sicurezza del paziente, in particolare per quanto riguarda la prevenzione degli errori di prescrizione e somministrazione dei farmaci, attraverso l'adozione negli ospedali di sistemi di identificazione del paziente come il braccialetto elettronico con codice a barre, della prescrizione informatizzata, di sistemi di preparazione centralizzata e di distribuzione personalizzata.

In questo contesto è strategico il supporto del Centro Interaziendale per Gestione del Rischio Clinico.

B. Sperimentazione clinica e Farmacovigilanza

1. Sperimentazione clinica

La sperimentazione clinica controllata dei farmaci trova riferimento nella Dichiarazione di Helsinki del 1964 e viene definita nel 1992 dalle Norme di Buona Pratica Clinica (GCP).

La sperimentazione sull'uomo deve garantire il rispetto della persona, non pregiudicare il diritto alla salute di ogni cittadino, né differenziare i cittadini di fronte a tale diritto. Deve inoltre essere acquisito il consenso del paziente dopo essere stato liberamente informato. La sperimentazione clinica si attua prevalentemente per i farmaci per i quali non è ammessa la vendita al pubblico o per quelli di cui è ammessa la vendita ma che vengono impiegati in difformità alle indicazioni d'uso abituali. I protocolli sperimentali degli sperimentatori devono essere preventivamente valutati da un Comitato Etico che in Umbria è stato costituito con il nome di Comitato Etico delle Aziende Sanitarie dell'Umbria (CEAS Umbria).

In Umbria la ricerca clinica è molto sviluppata, anche per la presenza dell'Università, soprattutto nel campo oncologico, cardiologico, diabetologico, neurologico, ematologico, ecc.

Complessivamente vengono esaminate dal Comitato Etico oltre 150 sperimentazioni all'anno con il coinvolgimento di migliaia di pazienti che ricevono trattamenti innovativi sotto il controllo del S.S.R.

Al fine di meglio garantire la governance del sistema in materia di ricerca clinica e di qualificare ulteriormente tale servizio, anche alla luce delle nuove norme nazionali, si rende necessario che le strutture sanitarie pubbliche umbre sviluppino una rete per la sperimentazione clinica, di concerto con l'Università ed il Ce.R.P.E.A, che si avvalga dell'attività della segreteria tecnico-scientifica qualificata del CEAS Umbria in seno all'Agenzia Umbria Sanità, mediante l'utilizzo di operatori specializzati nell'istruttoria dei protocolli clinici.

2. Farmacovigilanza

Tra le azioni per la minimizzazione dei rischi e danni alla salute derivanti dall'uso dei farmaci è fondamentale il potenziamento delle attività di farmacovigilanza e di vigilanza sui dispositivi medici, in cui è centrale il ruolo dei servizi farmaceutici quali centri di riferimento aziendali.

Va inoltre potenziata, con il supporto del Centro Regionale per la Promozione dell'Efficacia ed appropriatezza in ambito sanitario (Ce.R.P.E.A.), l'attività di formazione ai sanitari sulla segnalazione delle reazioni avverse da farmaci e sulla farmacovigilanza attiva correlata alla valutazione ed al monitoraggio della qualità della terapia prescritta.

Particolare importanza assume anche il ruolo del Comitato Etico delle Aziende Sanitarie dell'Umbria (CEAS Umbria), per quanto riguarda le attività di farmacovigilanza nell'ambito delle sperimentazioni cliniche.

C. Formazione permanente

Lo sviluppo di una assistenza farmaceutica orientata alla appropriatezza prescrittiva e alle evidenze cliniche documentate, alla loro trasferibilità alla pratica clinica e dalla valutazione di compatibilità fra efficacia e costi sostenuti, presuppone un processo di condivisione e informazione su tali evidenze in cui siano coinvolti tutti gli attori del sistema, nell'ambito di programmi aziendali di formazione permanente.

In quest'ottica assume particolare importanza creare a livello aziendale un gruppo permanente di persone che costituiscano un'interfaccia adeguata sia per i clinici che per i "decisori" (intendendo con tale termine tutti coloro che nell'ambito della organizzazione sanitaria prendono decisioni per gruppi di pazienti o popolazioni) in quanto in grado di:

- analizzare con metodo oggettivo i problemi di tipo sanitario;
- identificare le possibili opzioni per il miglioramento e la loro valutazione secondo criteri misurabili ed espliciti;
- scegliere, mettere in atto e monitorare azioni basate sulle evidenze scientifiche.

In questo contesto è strategico il supporto del Ce.R.P.E.A. e dell'Istituto Superiore di Sanità, nell'ambito del più che decennale rapporto di collaborazione con la Regione Umbria.

D. Gestione centralizzata degli acquisti

Tra le principali attività affidate all'AUS rientra l'approvvigionamento di beni e servizi e, al tempo stesso, l'individuazione di nuove forme di razionalizzazione e gestione degli appalti.

Questa funzione strategica permetterà di consolidare la pratica degli acquisti centralizzati e raggiungere un livello ottimale di efficienza nell'espletamento e nella gestione delle gare per l'acquisto di farmaci, vaccini e dispositivi medici.

E. Implementazione dei sistemi di monitoraggio delle prescrizioni

La Regione ha compiuto negli anni considerevoli investimenti mirati a potenziare i sistemi di monitoraggio delle prescrizioni, sebbene sotto tale definizione vengano ricomprese molteplici attività spesso non completamente coordinate e integrate tra loro.

E' necessario pertanto implementare e gestire i sistemi di monitoraggio e le tecnologie informatiche nell'ottica di un sistema unitario e integrato, mediante l'allineamento dei flussi delle attività territoriali e ospedaliere, sia per quanto riguarda i farmaci che i dispositivi medici. (N.B. Cfr. capitolo sistema informativo)

F. Integrazione ospedale-territorio

Tra le aree di criticità emerse nel precedente ciclo della programmazione, permane l'integrazione ospedale-territorio.

E' necessario pertanto, al fine di migliorare i percorsi assistenziali e quindi anche l'appropriatezza nella prescrizione di farmaci e dispositivi medici, che negli accordi interaziendali vengano previste:

- la condivisione di protocolli per la prescrizione e distribuzione di farmaci in dimissione dal ricovero o ad esito di una visita specialistica, anche in relazione ai rapporti tra medicina generale e medicina specialistica ambulatoriale ed ospedaliera;
- l'applicazione di criteri condivisi per le prescrizioni di forniture protesiche e di assistenza integrativa;
- la condivisione di strumenti e di azioni che disincentivino l'inappropriatezza prescrittiva.

G. La rete delle farmacie pubbliche e private

L'integrazione tra i diversi attori del SSR si ottiene anche attraverso la piena valorizzazione della rete delle farmacie pubbliche e private, in relazione alla loro capillare diffusione sul territorio, alla continuità del servizio attraverso i turni, alla qualifica professionale degli operatori addetti, che le connotano come presidi sanitari territoriali funzionalmente ed organizzativamente integrati nel SSR in posizione di centralità nell'erogazione dell'assistenza farmaceutica e integrativa.

Particolare rilevanza assume la funzione sociale di presidio sanitario che le farmacie rurali, in particolare, svolgono nelle aree disagiate, a tutela della popolazione ed in particolare degli anziani.

A questo si aggiunge la qualità dei servizi resi al cittadino, come già positivamente riscontrato con il servizio Farmacup e con l'accordo per la cosiddetta "distribuzione per

conto” ai sensi della legge 405/01, e la partecipazione attiva alle campagne di informazione e ai programmi di screening promossi dalla SSR.

La prescrizione specialistica

L’appropriatezza dell’accesso alle prestazioni secondo criteri di priorità

Per garantire la prestazione giusta al momento giusto è stata in Umbria avviata una nuova modalità di prenotazione per alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale, utilizzando il metodo dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO). Il modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei che utilizza criteri clinici espliciti e limiti di attesa concordati a priori tra prescrittori ed erogatori per facilitare l’accesso ai servizi specialistici, rappresenta un approccio strategico al problema dei tempi di attesa ed al loro contenimento. Lo scopo di questo approccio è quello di garantire ai pazienti con maggiore necessità prestazioni in tempi più brevi.

La stratificazione della domanda in classi con priorità d’accesso formalmente differenziate rappresenta una metodologia da tempo applicata soprattutto nell’ambito delle attività di emergenza, dove il metodo del triage è utilizzato per prendere una decisione di priorità di cura, specie nei momenti di punte massime di domanda di intervento. In tali sistemi, la velocità e l’appropriatezza della decisione di intervenire subito o di ritardare di un po’ l’intervento è spesso determinante per l’efficienza del sistema.

Vi sono condizioni patologiche nelle quali è possibile rinviare l’intervento diagnostico e/o terapeutico richiesto come urgente, senza per questo modificare la prognosi dell’utente. Tale presupposto è fondamentale per poter garantire a tutti una risposta disponendo, sia sul territorio sia presso i servizi di pronto soccorso, di una quantità di risorse che, nelle punte massime di domanda di intervento, può essere insufficiente per rispondere a tutti subito. In questi sistemi, nei quali l’afflusso degli utenti è spesso imprevedibile e oscillante nel tempo, la possibilità di attribuire, ai singoli utenti, tempi di attesa diversi è determinante per garantire l’efficacia del servizio, come esplicitamente previsto anche dal punto 2.1 del D.M. 15 maggio 1992 (Gazz. Uff. 25 maggio 1992, n. 121) con il quale sono stati fissati i criteri e i requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza.

Alla luce delle considerazioni sul “fattore tempo”, nella prassi clinica quotidiana, non solo nell’emergenza ma anche negli interventi programmabili, ove ugualmente le risorse non sono infinite, il medico gestisce frequentemente tale fattore per poter garantire l’erogazione di prestazioni a suo parere differibili, comunicando in modo comprensibile, all’utente e all’organizzazione di cui fa parte, la propria decisione. Alla base della prassi di riferimento sta quindi il tempo, gestito con modalità che si presuppone non compromettano la prognosi del cliente-utente, né influenzino in modo significativo l’eventuale stato di sofferenza attuale.

E' necessario utilizzare classi di priorità con contenuto clinico esplicito, che abbiano contenuti di misurabilità, che prevedano il monitoraggio continuo ed il feedback fra prescrittori ed erogatori di prestazioni specialistiche.

Oltre a quanto detto, si dovrebbero considerare alcuni principi, ovvero l'adeguatezza, l'accessibilità, la tempestività.

L'adeguatezza. Il parametro è volto ad esprimere la capacità del servizio sanitario di assicurare le cure appropriate a tutti coloro che ne hanno veramente bisogno, in modo che l'assistenza sanitaria risulti equamente distribuita tra tutta la popolazione servita. L'adeguatezza è condizionata, oltre che dall'effettiva disponibilità di servizi, anche dalle procedure di accesso e dalle caratteristiche socio-culturali della popolazione considerata.

L'accessibilità. Impegna fortemente le strutture sanitarie, e implica non solo centri di prenotazione funzionanti, ma anche modalità organizzative che facilitino la gestione dei tempi di attesa.

La tempestività. Il fattore tempo deve essere esplicitato correttamente all'utente. Il paziente ha diritto a ricevere i trattamenti necessari in un periodo di tempo congruente con il bisogno e predeterminato, ad essere adeguatamente informato sulle modalità di accesso alla prestazione. I servizi sanitari devono poter garantire a ogni persona non soltanto l'accesso ai servizi, ma anche l'immediata iscrizione, se del caso, nelle liste di attesa.

Sul piano etico, due sono i concetti fondamentali da considerare:

- l'equità rispetto all'accesso ai servizi deve essere intesa in senso sostanziale, ossia parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute; differenza nell'accesso per bisogni diversi;

- i principi di priorità devono ispirare non solo l'erogatore ma anche il prescrittore.

Il medico che prescrive, infatti, è un professionista con una sua deontologia, e deve essere consapevole dei limiti della capacità di offerta delle prestazioni e agire di conseguenza, selezionando per criteri di priorità già all'atto della richiesta delle prestazioni. La scelta deontologica del medico deve, poi, tradursi in un rapporto positivo e concordato con il sistema erogante sui criteri di prioritarizzazione. Il medico, infatti, va valorizzato sia nella definizione dei concreti obiettivi di salute dell'azienda sanitaria e dei corretti percorsi di cura, sia nel rispetto degli stessi.

Va sottolineata la necessità, quale elemento importante che deve precedere ed accompagnare la definizione delle priorità, di attuare iniziative che aumentino il grado di appropriatezza delle prestazioni rese. Una prestazione deve essere erogata rispettando le indicazioni cliniche per le quali si è dimostrata efficace, nel momento giusto e secondo il regime organizzativo più adeguato. Pertanto le prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza sono di norma poste nella classe di priorità più bassa.

I criteri di priorità si devono basare in primo luogo sulle caratteristiche cliniche del quadro patologico presente: eziologia, stadio e decorso della patologia, con particolare riguardo ai possibili danni legati a ritardi nel trattamento, presenza ed intensità di sintomi e deficit funzionali, fattispecie particolari che richiedano di essere trattate secondo tempistiche prefissate.

I pazienti con uguale livello di priorità devono essere trattati secondo l'ordine cronologico di presentazione e in caso di sospensione dell'erogazione delle prestazioni il paziente deve rientrare in lista in una posizione che tenga conto della posizione originaria.

Gli operatori sanitari, nel vagliare la priorità di intervento sanitario, potranno avvalersi non soltanto dell'opinione di esperti, ma anche del supporto della E.B.M. (Evidence Based Medicine): quest'ultima aiuterà come ulteriore metodologia di giudizio nel procedimento diagnostico, con l'obiettivo di mettere a disposizione dei medici le informazioni più aggiornate, controllate nella loro validità e immediatamente utilizzabili ai fini di un corretto comportamento clinico.

Si propongono tre classi di priorità per le attività ambulatoriali (considerando i primi accessi).

Per quanto attiene le prestazioni specialistiche ambulatoriali, l'Accordo dell'11 luglio 2002 individua 3 categorie di attesa: classe A entro 10 giorni, classe B entro 30 e 60 giorni rispettivamente per visite e prestazioni strumentali, classe C entro 180 giorni.

L'applicazione di priorità di accesso alle prestazioni sanitarie non urgenti, porta ad affrontare in maniera globale il problema dell'accessibilità ai servizi, alla luce della crescente evoluzione della tecnologia e dei relativi costi, considerando anche la questione della accettabilità da parte sia dei fruitori delle prestazioni sia dei fornitori (professionisti). In tal senso, applicare priorità di accesso deve garantire da un lato la tempestività e quindi una adeguata efficacia degli interventi sanitari (utenti che hanno bisogno di prestazioni in tempi rapidi), dall'altro la riduzione dell'incremento incontrollato della spesa sanitaria pubblica (garantire tutto a tutti e subito). La definizione di criteri espliciti consente, inoltre, di rendere il più possibile trasparenti i motivi che assegnano tempi di attesa più brevi a utenti con maggior bisogno di cura.

Si tratta quindi di riconsiderare (come strategia di sistema) la logica generale di organizzazione delle agende di prenotazione, prevedendo sistematicamente l'utilizzo di classi di priorità, alle quali riportare tutte le richieste di prestazioni ambulatoriali e di ricovero. Queste classi dovranno avere delle caratteristiche generali omogenee a livello nazionale, pur potendo prevedere delle articolazioni interne differenziate localmente o per settore.

Del resto, le valutazioni e gli indirizzi, ai diversi livelli, già si stanno muovendo in tal senso, al punto che il nuovo ricettario predisposto per il SSN prevede la presenza di quattro caselle ove il prescrittore, semplicemente marcando la prescelta, può indicare all'erogatore il livello di priorità che la richiesta implica: la prima casella (codificata come "U") si riferisce alle prestazioni urgenti, che devono trovare risposta immediatamente o nell'arco di alcune ore, mentre le altre tre caselle (nella nuova ricetta codificate, rispettivamente B, D e P) stanno ad indicare, in modalità decrescente, la classe di priorità richiesta, concettualmente corrispondenti alle classi A, B e C dell'Accordo dell'11 luglio 2002.

Le classi di priorità devono essere considerate come criteri di riferimento, da utilizzare in modo flessibile in funzione sia di esigenze locali sia di specificità settoriali. Con ciò si intende dire che le classi devono avere una omogeneità a livello nazionale (come già definito nell'Accordo del 11 luglio 2002 e ribadito nella legge 266/2005 e nel successivo

Piano Nazionale, che attribuisce alla Commissione Nazionale sull'Appropriatezza la predisposizione di linee guida per la fissazione di criteri di priorità), ma che a livello locale (regionale o aziendale) potrebbero esservi delle sottoclassi per specifiche esigenze o valutazioni (ad esempio, una classe A1 entro 3 giorni ed una A2 tra 4 e 10 giorni per la cardiologia o la diagnostica per immagini), mantenendo comunque l'impostazione generale soprattutto ai fini della confrontabilità dei dati.

4.3 La sicurezza delle cure

Il sistema dell'assistenza sanitaria è un sistema ad alta complessità e come tale gravato da rischi per i pazienti. Nonostante i notevoli progressi ottenuti nella prevenzione, diagnosi e cura di molte malattie, gli eventi avversi nell'assistenza sanitaria sono ormai riconosciuti come un importante problema di sanità pubblica.

Nell'affrontare il tema della gestione del rischio clinico, il Piano Sanitario Regionale si prefigge di individuare e standardizzare, in maniera condivisa con le Aziende Sanitarie, una serie di strumenti adeguati ad individuare, prevenire e monitorare le condizioni favorevoli o determinanti rischi e danni durante i processi sanitari.

Partendo da queste considerazioni si ritiene di prioritaria importanza, elaborare, individuare e definire modelli organizzativi e funzioni volti a verificare la qualità dei servizi e delle prestazioni socio sanitarie.

Gestione del rischio clinico nelle Aziende

Le Aziende del SSR dell'Umbria dovranno sviluppare una specifica funzione aziendale dedicata alla gestione degli errori e degli eventi avversi in ambito clinico e sanitario, affinché sia possibile identificare gli elementi dell'assetto organizzativo, le regole e le procedure, confrontabili a livello regionale, in riferimento a questa area di responsabilità.

Le attività relative alla prevenzione e alla sicurezza in azienda sono molteplici e ciascuna con ambiti specifici di grado complesso. E' importante che tali attività facciano parte di una rete, di un'area all'interno della quale si realizzino forme di integrazione, collaborazione e ottimizzazione, in un'ottica di miglioramento continuo della qualità.

All'interno di ogni servizio specifico si realizza la massima integrazione, comunicazione al fine del raggiungimento di risultati.

Oltre ai servizi specifici a finalità preventiva (Servizio Prevenzione e protezione, Sorveglianza sanitaria, Fisica sanitaria, Gestione del Rischio Clinico, Accredimento-Qualità) ci sono altri servizi e attività che sono intrinsecamente e organicamente collegate al Sistema sicurezza.

Il collegamento è indispensabile per le funzioni che svolgono e perchè concretizzano con atti specifici le indicazioni preventive fornite dai servizi di prevenzione (Ufficio tecnico - Ingegneria clinica - Provveditorato Economato - Servizio Farmaceutico Aziendale),

nonché per le funzioni preventive mirate cui sono preposti, ma che devono possedere una visione d'insieme e coordinata (Comitato Infezioni Ospedaliere - Gruppo Operativo Infezioni Ospedaliere - Comitato Buon Uso del Sangue - Commissione Rischio Radiologico)

Le linee per lo sviluppo della funzione

A. Livello strategico

L'obiettivo prioritario della fase di start-up della funzione di gestione del rischio clinico è quello di costruire sensibilità e attenzione strategica da parte dei massimi organi di governo aziendali sul tema generale della sicurezza dei pazienti e, più in particolare su quello del rischio di errori ed eventi avversi che si possono verificare nella pratica clinica e sanitaria.

Ne consegue che l'organo preposto al livello strategico per il governo della funzione, è il Collegio di Direzione, che – per tale aspetto - agisce sotto l'impulso ed il coordinamento del Direttore Sanitario.

Tale organo, nell'ambito delle funzioni consultive e di proposta complessive, analizza ed è informato sullo stato dell'arte e sulle problematiche che attengono al profilo di rischio aziendale, che si palesano dall'analisi di tutti i sistemi informativi aziendali, in particolare, con quanto concerne l'analisi dei reclami e del contenzioso sui sinistri occorsi nell'ambito della pratica clinica.

Il Collegio di Direzione indice almeno una riunione all'anno dedicata alla valutazione delle informazioni esistenti sul profilo di rischio clinico aziendale, dell'adeguatezza dei sistemi di gestione del rischio clinico e dei risultati dell'azione sul rischio clinico e fornisce indirizzi affinché gli obiettivi annuali dei dipartimenti e delle unità operative contengano specifici riferimenti alle attività di gestione del rischio, di prevenzione dell'errore medico, di diffusione delle buone pratiche e di formazione specifica degli operatori.

Il Collegio di Direzione, inoltre, approva il “ Rapporto annuale sul profilo di rischio” e il “Piano annuale di attività per la gestione del rischio clinico” ad esso sottoposto dal Responsabile Aziendale per la gestione del rischio clinico.

Il Rapporto annuale sul profilo di rischio è la sintesi delle informazioni relative al profilo di rischio derivante dal monitoraggio dell'insieme delle fonti informative aziendali. Esso identifica le aree di rischio e la valutazione della priorità di intervento su cui il Piano di attività annuale per la gestione del rischio determina la strategia di intervento.

Il Piano di attività annuale per la gestione del rischio è il documento che determina le linee annuali di gestione del rischio clinico, identificando le risorse dedicate al programma e la loro allocazione sulle diverse linee di azione/progetti specifici.

B. Livello operativo

Il livello operativo è costituito da una “Unità per la gestione del Rischio Clinico”, a cui è preposto un Responsabile aziendale che è il responsabile dell'attuazione del programma aziendale dettagliato nel “Piano di attività annuale per la gestione del rischio”, di cui ha inoltre la responsabilità della gestione dei progetti specifici.

Il livello operativo della funzione di gestione del rischio clinico rappresenta il punto di raccordo, informazione ed integrazione delle diverse funzioni e dei meccanismi aziendali preposti alla definizione delle linee di intervento, relative alle aree gestionali che alimentano il complessivo profilo di rischio aziendale.

Il responsabile è identificato dalla Direzione Generale tra i dipendenti dell'azienda in possesso di specifiche e qualificate competenze ovvero che abbia completato il percorso formativo specifico, previsto dalle presenti linee di indirizzo.

Il Responsabile aziendale per la gestione del rischio clinico:

coordina i gruppi di lavoro aziendali operanti nei progetti di gestione del rischio clinico;
garantisce l'avvio e la gestione dei sistemi informativi ad hoc per il monitoraggio del profilo di rischio Aziendale;

predispone il "Rapporto annuale sul profilo di rischio Aziendale";

predispone il "Piano di attività annuale per la gestione del rischio";

coordina la rete dei referenti per la gestione dei rischi clinici;

supporta la gestione del programma di audit clinico sulla gestione dei rischi;

indica gli interventi sulle singole funzioni e processi rilevanti (in particolare, la necessità di modificazione e integrazione delle regole, dei sistemi e delle procedure esistenti);

supporta la Direzione aziendale nella definizione degli obiettivi di budget previsti per i Dipartimenti/UU.OO.

Il Responsabile aziendale, inoltre, gestisce le risorse aziendali specificamente dedicate al programma aziendale di gestione del rischio clinico dettagliato nel "Piano di attività annuale per la gestione del rischio", secondo le indicazioni della Direzione Strategica Aziendale.

Il Responsabile garantisce la multidisciplinarietà e la partecipazione dei rappresentanti delle funzioni aziendali maggiormente coinvolte (Servizio di Prevenzione e Protezione, Ufficio Qualità, Ingegneria clinica, Sorveglianza sanitaria, Comitato Infezioni Ospedaliere, Comitato Buon Uso del sangue ed eventuali altre competenze ritenute necessarie) a seconda degli obiettivi di gestione del rischio clinico stabiliti.

Il livello attuativo è riferito alla gestione di rischi clinici specifici che rientrano nell'ambito di responsabilità diretta del personale medico e sanitario, collocato necessariamente a livello delle singole linee di attività clinico-assistenziali;

La responsabilità attuativa è in carico ai responsabili delle strutture complesse e dei dipartimenti assistenziali, prevalentemente attraverso la metodologia dell'audit clinico.

I progetti per il triennio di vigenza del piano

In prosecuzione con quanto stabilito dalla D.G.R. 393/2004, sono attribuite al Centro Interaziendale per la gestione del rischio clinico, istituito presso la ASL n.1 di Città di Castello, la realizzazione dei sottoelencati progetti e l'implementazione dei seguenti obiettivi, in aggiunta a quelli già assegnati con il citato atto:

A. Formazione degli operatori sanitari

E' già stato avviato un percorso di formazione introduttivo al tema della gestione del rischio clinico, che ha coinvolto molti operatori presso la sede della Scuola Regionale di Sanità (Villa Umbra).

E' necessario sviluppare tale percorso, attraverso:

la realizzazione di un corso di formazione per "Risk manager", rivolto ai responsabili aziendali e agli altri operatori coinvolti nella gestione di progetti e percorsi aziendali di gestione del rischio clinico (circa 30 partecipanti);

l'attivazione di un modulo specifico sulla gestione dei rischi clinici in tutte le iniziative di formazione manageriale per medici e per operatori del comparto, appartenenti alle professioni sanitarie.

Tali iniziative di formazione devono conseguire l'obiettivo di:

fare acquisire conoscenze teoriche e abilità tecniche e pratiche in tema di metodologia nonché strumenti di analisi e di valutazione per la gestione del rischio;

diffondere in tempi rapidi una generalizzata cultura del rischio e della sicurezza tra gli operatori sanitari.

B. Informazione rivolta ai cittadini/pazienti

Per un corretto coinvolgimento degli utenti, risulta necessario attivare la pubblicazione di una pagina web su ciascun sito aziendale dedicata alle politiche messe in pratica dall'azienda per la gestione del rischio clinico. Essa dovrà comprendere sezioni generali sui principi e i metodi della gestione del rischio, alert sui rischi più diffusi, informazioni inerenti le possibili modalità di segnalazioni e/o reclami, le regole e i diritti per il consenso informato e per una completa informazione sulle iniziative per la sicurezza delle cure.

Particolare attenzione dovrà essere posta nel coinvolgimento delle Associazioni di tutela dei cittadini sulle iniziative per la sicurezza proposte a livello aziendale.

C. Il sistema informativo

Nel perseguimento della migliore tutela dell'interesse pubblico rappresentato dal diritto alla salute e dalla garanzia della qualità del sistema sanitario, deve essere creato presso le Aziende Sanitarie pubbliche e le Strutture private accreditate, un sistema informativo per il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi e l'implementazione di buone pratiche per la sicurezza, nell'ambito delle disponibilità di risorse aziendali.

I singoli eventi avversi ed i dati elaborati saranno trattati in forma completamente anonima e confidenziale per le finalità prioritarie di analisi degli stessi.

Il sistema informativo differenzierà diversi livelli di lettura del dato, prevedendo la trasmissione attraverso uno specifico flusso alla Regione e al Ministero della Salute, per le parti di competenza.

Il sistema informativo, unico per le tutte le aziende sanitarie della regione, riguarderà la parte di monitoraggio degli eventi sentinella, sia la parte di gestione dei sinistri, come da progetti sottoindicati.

In adesione al progetto proposto dal Ministero nell'ambito della realizzazione del NSIS, verranno condivisi e stabiliti la struttura, le modalità e i tempi di realizzazione del sistema informativo.

D. I progetti

Progetto "Qualità della documentazione clinica"

Descrizione:

La scelta di verificare i requisiti minimi di accettabilità della cartella clinica come oggetto di lavoro è motivata dalla considerazione che la tenuta della documentazione sanitaria è uno strumento strategico per la gestione del rischio sia in logica proattiva (poiché la cartella clinica è il supporto informativo della presa in carico del paziente in ospedale) che reattiva (in quanto in caso di sinistro la cartella clinica è il riferimento per risalire al percorso del paziente nell'ambito dell'audit clinico dell'evento).

Azioni:

definizione e condivisione dei requisiti minimi di accettabilità della cartella clinica e dei relativi indicatori (check list per la valutazione della documentazione sanitaria);

formazione dei rilevatori;

verifica dei requisiti minimi in un campione di cartelle cliniche scelte con criterio randomizzato;

presentazione e discussione dei risultati con le singole strutture.

Risultati attesi:

Maggiore completezza e accuratezza nella compilazione cartella clinica;

Definizione dei contenuti e delle modalità di gestione della cartella clinica al fine di pervenire a delle Linee Guida Regionali.

Progetto "Audit nell'ambito di Metodologie e strumenti per la gestione del rischio clinico"

Descrizione:

L'audit clinico, definito come l'"iniziativa condotta da clinici che cerca di migliorare la qualità e gli outcome dell'assistenza attraverso una revisione tra pari strutturata, per mezzo della quale i clinici esaminano la propria attività e i propri risultati in confronto a standard espliciti e la modificano se necessario", è un metodo mirato a stabilire se le attività svolte per la qualità assistenziale ed i risultati ottenuti sono in accordo con quanto stabilito (standard di riferimento condivisi, scientifici e/o aziendali) e se quanto stabilito viene effettuato efficacemente.

Strumenti:

Root Causes Analysis (RCA) o Analisi delle cause profonde: tecnica di analisi di tipo "reattivo" che a partire da errori riscontrati in un sistema, ne ricerca le cause attraverso un metodo induttivo che procede in profondità mediante domande che esplorano il perché di ogni azione e di ogni sua possibile deviazione. Con la RCA, è possibile determinare i fattori umani direttamente associati all'incidente ed i fattori latenti e identificare i cambiamenti necessari per evitare il ripetersi dell'evento avverso.

Failure Mode Effect Analysis (FMEA) o Analisi dei modi di guasto/errore e dei loro effetti: tecnica di analisi di tipo "proattivo" che individua le criticità presenti nei processi di

cura prevedendo le eventuali conseguenze di queste criticità in modo da ridisegnare il processo per minimizzare i rischi.

Azioni:

verifica dei requisiti minimi di accettabilità della cartella clinica (riesame della documentazione sanitaria);

analisi di eventi critici e/o avversi (riesame della documentazione sanitaria e delle procedure assistenziali e organizzative esistenti);

valutazione periodica di specifici outcome clinici.

Risultati attesi:

promozione dei comportamenti atti a prevenire il ripetersi delle non conformità rilevate;

migliorare l'appropriatezza e l'organizzazione dei processi di cura ospedaliera;

ridurre la variabilità dei comportamenti professionali.

Progetto "Sviluppo di procedure aziendali per la gestione di rischio specifici"

Descrizione:

A supporto del trattamento di rischi specifici, dovranno essere sviluppate le procedure già condivise dal gruppo operante nel Centro Interaziendale e di seguito riportate:

procedura aziendale per l'informazione del paziente e la raccolta del consenso in modo che siano deontologicamente, eticamente e giuridicamente corrette;

procedura aziendale per la definizione del profilo di rischio in sala operatoria e per l'individuazione di un set di indicatori specifici per il suo monitoraggio, al fine di assicurare, attraverso l'adozione di opportune azioni correttive e azioni preventive, un' adeguata gestione dei rischi che possono verificarsi durante le diverse fasi del processo assistenziale chirurgico.

Risultati attesi:

corretta gestione dell'informazione e raccolta del relativo consenso con l'elaborazione di Linee di indirizzo regionali;

controllo dei rischi in sala operatoria;

controllo del processo di gestione del disservizio/evento avverso (segnalazioni interne e contenzioso) al fine di agevolarne lo svolgimento in modo corretto e di effettuare delle verifiche di conformità in autovalutazione.

Progetto "Sistema di classificazione regionale dei sinistri e di gestione dei flussi informativi sui sinistri"

Descrizione:

E' necessario predisporre un sistema uniforme di classificazione regionale dei sinistri con relativo database al fine di fornire al SSR un supporto pratico e operativo per il monitoraggio dei contenuti di sinistrosità e delle aree organizzative maggiormente esposte.

Azioni :

predisposizione e sperimentazione di un modello regionale per la gestione dei sinistri e sviluppo di un software dedicato, anche attraverso l'analisi di modelli già sperimentati in altre realtà.

Risultati attesi:

definizione a livello regionale di un supporto pratico e operativo per il confronto e il monitoraggio dei contenuti di sinistrosità e delle aree organizzative maggiormente esposte;

Fornire una base alle decisioni di strategia assicurativa per RCT di sistema.

Progetto " Monitoraggio degli eventi sentinella"

Descrizione:

Il Piano Sanitario Nazionale 2006 – 2008 pone enfasi, nell'ambito della promozione delle politiche di governo clinico, alla sicurezza dei pazienti e in particolare prevede che "...le attività di monitoraggio devono essere condotte secondo un criterio graduato di gravità di eventi, prevedendo che i tre livelli, nazionale, regionale ed aziendale, possano promuovere le rispettive azioni, secondo un disegno coerente e praticabile. Deve essere attivato un monitoraggio degli eventi sentinella...".

Il Ministero della Salute ha infatti definito un protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella con l'obiettivo di condividere con le Regioni e le Aziende sanitarie una modalità univoca di sorveglianza e gestione degli eventi sentinella sul territorio nazionale a garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Azioni:

implementazione a livello aziendale delle raccomandazioni prodotte dal Ministero per ogni specifico evento avverso;

implementazione e sviluppo di uno specifico sistema informatizzato per la raccolta delle informazioni inerenti gli eventi;

attivazione di flussi specifici tra Azienda, Regione, e Ministero;

Risultati attesi:

definizione a livello regionale di una modalità univoca di sorveglianza degli eventi avversi;

monitoraggio degli eventi sentinella;

valutazione dei risultati per verificare l'impatto dell'applicazione delle raccomandazioni.

4.4 L'epidemiologia

L'approccio epidemiologico può garantire l'avanzamento della cultura della salute in seno alla popolazione, ma anche sostenere l'attenzione agli obiettivi di salute all'interno dello stesso sistema sanitario.

Vanno però superati due ostacoli, riferiti agli operatori e ai decisori.

Il primo è di carattere prevalentemente organizzativo e funzionale e nasce da una difficoltà dell'epidemiologia a confrontarsi con altre discipline e con chi ha altri riferimenti culturali e professionali. Questo comporta anche minore efficacia nel far comprendere il senso dei risultati epidemiologici a chi da quei risultati dovrebbe trarre sostegno per le proprie scelte.

Il secondo risponde a dinamiche legate alla scarsa propensione dei decisori a fissare obiettivi di lungo corso e può offuscare la consapevolezza del ruolo dell'epidemiologia come portatrice di un metodo scientifico indispensabile per fare programmazione e governo, portando a preferire informazioni più tempestive, ma limitate al tema dei consumi e delle prestazioni.

L'ipotesi centrale del modello

L'ipotesi centrale di un modello di rete epidemiologica regionale si basa sull'assunto che l'epidemiologia, in aggiunta ai contenuti tradizionali che ne fanno "una" delle discipline sanitarie specialistiche, deve caratterizzarsi nel ruolo generalista di orientamento per le strategie pubbliche finalizzate alla tutela della salute, e fungere da cardine di ogni futura politica sanitaria.

Questa affermazione deve però essere coerente con la dinamica seguita dai determinanti che oggi influiscono sullo stato di salute della popolazione. Da un lato, infatti, diventa sempre più complesso il tema della prevenzione, che deve affrontare i fattori di rischio ambientali e comportamentali e attuare, quando possibile, le forme di diagnosi precoce di riconosciuta efficacia. Dall'altro emerge il tema della cronicità e del controllo degli esiti invalidanti delle patologie, dei traumi e dell'invecchiamento.

Tutto ciò, per quanto affrontato con servizi sanitari pubblici efficaci, sta innalzando il costo della salute in una misura mai riscontrata nel passato.

Lo stato di salute che bisogna saper monitorare riguarda ancora la speranza di vita, la mortalità evitabile e la morbosità, ma deve comprendere anche temi come le dipendenze, la salute mentale, la qualità della vita, il funzionamento (psico-fisico, relazionale e sociale) e l'autosufficienza.

Deve quindi crescere la capacità di fornire informazioni utili alle strutture e agli operatori che intervengono sull'ambiente, sul mondo del lavoro, sugli stili di vita, sulla riduzione dei danni, sulla riabilitazione, ma deve crescere anche la capacità di comunicare con i responsabili di quelle politiche per la salute che vanno perseguite al di fuori del sistema sanitario, per sostenerli sia in fase di progettazione che di verifica dei risultati.

Devono crescere le risorse, in termini di numero e di competenze degli epidemiologi, di spazi di interazione con professionisti diversi, di disponibilità e qualità dei dati, rispettando i confini della compatibilità di bilancio, anzi contribuendo ad orientare il risparmio sulla base delle priorità di salute.

Nel corso del prossimo triennio si dovrà quindi favorire il radicamento dei Servizi di epidemiologia nelle rispettive aziende come risorse per supportare le decisioni e le verifiche, definendo un set minimo di competenze, tecnologie e base informativa per il funzionamento degli stessi.

A partire da ciò è fondamentale consolidare la rete dell'epidemiologia nel servizio sanitario regionale, indicando le strutture che la costituiscono, formalizzandone il loro ruolo in accordo con le Aziende presso cui sono organizzativamente collocate, nonché individuando gli uffici regionali che concorrono all'azione di indirizzo e coordinamento delle attività epidemiologiche e i loro ruoli nella interlocuzione con la rete epidemiologica.

Per il corretto funzionamento della rete è altrettanto importante però definire e concordare con le Direzioni Aziendali i livelli di coordinamento e di delega per i principali sistemi regionali di sorveglianza epidemiologica e per l'aggiornamento del contesto epidemiologico regionale, ai fini del monitoraggio del presente Piano e del sostegno a quello successivo.

4.5 Il sistema di finanziamento

Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale

Come noto il D. Lgs. 502/92 segna una svolta sostanziale nella fissazione delle modalità di finanziamento del SSN, in particolare degli erogatori di prestazioni di degenza ospedaliera, con il passaggio dal sistema di remunerazione per fattori produttivi di tipo retrospettivo, a un sistema di pagamento "a caso trattato" secondo tariffe predeterminate, basate sulla classificazione dei pazienti per DRG.

Il D.Lgs. 229/99 introduce quindi il principio della contestualità fra finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza e determinazione del fabbisogno di risorse per l'erogazione delle prestazioni incluse nei tre livelli assistenziali.

Il principio introdotto dal D.Lgs. 229/99 è stato attuato, nella logica dell'amministrazione concertata derivante dal nuovo assetto costituzionale delle competenze, dagli accordi tra Governo e Regioni, rispettivamente dell'8 agosto 2001, successivamente rinnovato con l'Accordo 23 marzo 2005 e con il Patto per la salute del 28 settembre 2006, con i quali è stata fissata l'entità del fabbisogno complessivo del Servizio Sanitario Nazionale per i trienni 2002 – 2004, 2005 – 2007 e 2007 – 2009.

Contestualmente con il DPCM 29 novembre 2001 è stata definita la struttura dei livelli essenziali di assistenza attraverso una prima lista positiva che elenca le prestazioni garantite dal SSN, suddivise in 3 macrolivelli (prevenzione, assistenza territoriale e assistenza ospedaliera), ognuno dei quali è a sua volta suddiviso in microlivelli; le altre tre liste sono costituite dalle prestazioni totalmente escluse dai LEA (lista 2a), dalle prestazioni erogabili a pazienti in presenza di specifiche condizioni cliniche (lista 2b) e da prestazioni di ricovero indicate come potenzialmente inappropriate se erogate in regime di ricovero ordinario (lista 2c).

Il modello adottato prevede, quindi, una limitazione del principio di globalità, ma accetta che questa si eserciti attraverso una selezione delle prestazioni erogabili affidata esclusivamente a criteri di efficacia e appropriatezza d'uso, in parte esplicitati nelle liste 2a, 2b e 2c e in parte introdotti implicitamente nelle strategie e nei meccanismi attuativi delle politiche sanitarie.

Si innesca quindi un procedimento iterativo volto a definire ciclicamente il fabbisogno, le regole di erogazione dei LEA, l'allocazione del finanziamento per ogni livello di assistenza.

Se nella fase di avvio, si è adottato il criterio che, come punto di partenza, le prestazioni ricomprese nei LEA fossero identificate con quelle di fatto erogate, mentre

l'innalzamento dei livelli di efficacia e di appropriatezza veniva riconosciuto come principale leva per garantire il controllo dei costi e il mantenimento della spesa complessiva nei limiti programmati, successivamente si è lavorato ad un progressivo affinamento dei criteri di individuazione delle prestazioni e della loro erogazione.

Il finanziamento delle strutture erogatrici

Il sistema di remunerazione a prestazione previsto dal D.Lgs n.502/92 e modificato dal D.Lgs n.229/99 rappresenta lo strumento principale attraverso il quale le Regioni possono indirizzare gli erogatori verso una corretta erogazione delle prestazioni del livello assistenza ospedaliera e controllarne gli effetti finanziari.

Il sistema vigente, introdotto dal D.Lgs n.229/99, stabilisce che le strutture erogatrici siano finanziate secondo un ammontare globale, predefinito negli accordi contrattuali stipulati con gli acquirenti delle prestazioni. Nella composizione dell'ammontare globale predefinito possono rientrare due componenti: l'insieme delle attività remunerate a tariffa e le attività correlate a funzioni ritenute strategiche dalla programmazione regionale. Queste ultime, definite come funzioni assistenziali, non vengono remunerate sulla base di tariffe specifiche per prestazione, ma sulla base del costo standard del programma di assistenza, che definisce i contenuti assistenziali specifici della funzione strategica. La funzione assistenziale è quindi un insieme di prestazioni che coinvolge in parte, in qualità di erogatore, anche l'ospedale e che la regione decide di remunerare secondo un programma assistenziale non parcellizzato.

Tale sistema di remunerazione è stato concepito per conseguire due obiettivi prioritari:

- l'incremento dell'efficienza tecnico-organizzativa delle strutture ospedaliere; infatti, la predeterminazione della tariffa comporta per il produttore un forte incentivo a contenere i costi di produzione delle prestazioni soprattutto attraverso l'eliminazione delle giornate di degenza non appropriate;
- fornire alle Regioni un potente strumento per orientare la rete dell'offerta in funzione dei propri obiettivi programmati; infatti, la capacità di individuare, attraverso l'utilizzo della classificazione DRG., le specifiche tipologie di prestazioni erogate ed i relativi volumi, nonché di individuare gli erogatori presso i quali determinare il costo standard di produzione delle prestazioni, offre alla Regione la possibilità di incentivare o disincentivare selettivamente determinate aree di attività, in coerenza con le esigenze prioritarie individuate dal proprio disegno programmatico e con i criteri di efficacia e di appropriatezza definiti dalla stessa programmazione regionale.

In definitiva lo strumento è in grado di esercitare il controllo sui costi unitari di produzione e sui volumi di attività, esercitando su questi ultimi un filtro secondo criteri di appropriatezza come voluto dal DPCM 29 novembre 2001.

Il finanziamento del Servizio Sanitario Regionale.

Il finanziamento delle Aziende USL basato sulla quota capitaria

La normativa richiede di mantenere un'omogeneità di criteri nel trasferimento delle risorse tra diversi livelli del SSN, pur non vincolando le singole regioni ad applicare i fattori di correzione usati a livello nazionale perché «le regioni possono utilizzare informazioni ulteriori relative a variabili ed indicatori più direttamente correlati all'utilizzo atteso di risorse e/o più sensibili ai livelli relativi di bisogno espressi dalla popolazione delle diverse Aziende USL» (ASSR, 2001).

Le deliberazioni di riparto del Fondo Sanitario Regionale nel periodo di vigenza del precedente piano hanno in una prima fase sostanzialmente riproposto i criteri assunti a livello nazionale, calcolando le popolazioni pesate a partire dai consumi effettivi della popolazione residente, tralasciando la correzione secondo i tassi standardizzati di mortalità per la scarsa variabilità che caratterizza le diverse aree dell'Umbria e quindi sono state caratterizzate da una semplificazione, basandosi su un riparto capitario secco.

Complessivamente la strategia di riparto descritta, comprensiva anche di meccanismi di finanziamento a funzioni alle Aziende Ospedaliere e tetti programmati per l'attività infragruppo, considerando anche gli interventi di rifinanziamento, ha positivamente supportato la gestione del sistema, contribuendo alla complessiva sostenibilità delle strategie e mantenendo un buon grado di equilibrio nella distribuzione delle risorse effettivamente spese nelle varie zone del territorio.

A partire da tale base, gli obiettivi fissati dal PSR per il triennio sono:

- affinare la metodologia di calcolo della quota capitaria reintroducendo meccanismi di allocazione basati su sistemi di pesatura della popolazione;
- introdurre i nuovi pesi in maniera progressiva, dopo opportuni periodi di sperimentazione, ad iniziare dalla valutazione dell'allocazione delle risorse all'interno del territorio aziendale;
- garantire una distribuzione equa delle risorse all'interno delle Aziende USL, attraverso l'introduzione di meccanismi di trasferimento dei finanziamenti ai distretti sulla base della quota capitaria pesata, ai presidi su base tariffaria per le attività di elevata complessità e per funzione composita per le attività di integrazione con il territorio.

L'allocazione delle risorse per livello essenziale di assistenza

Il principio della contestualità fra definizione di livelli essenziali di assistenza e determinazione del fabbisogno finanziario corrispondente fanno sì che la programmazione dell'allocazione delle risorse per livelli essenziali di assistenza sia il tema fondamentale su cui si devono esercitare le scelte di governo. Il piano sanitario regionale è la sede più appropriata per valutare l'attuale distribuzione delle risorse e per rimodularla dimensionando in maniera coerente volumi di attività, sviluppo dei servizi e allocazione delle risorse, svolgendo un ruolo strategico che è proprio del PSR quale strumento di

integrazione tra programmazione delle attività, programmazione economico finanziaria e programmazione degli investimenti.

L'ultima rilevazione dei costi sostenuti per livelli di assistenza effettuata dalla Regione Umbria, relativa all'anno 2007, evidenzia una distribuzione pari al 4,62% del totale relativi alla prevenzione, al 45,64% all'assistenza ospedaliera e al 49,74% all'assistenza distrettuale sul territorio, contro valori nazionali pari, rispettivamente al 4,22%, 46,3% e 49,53%. Tenendo conto di tale analisi, delle complessive scelte di programmazione e dell'evoluzione dei bisogni sanitari determinata, ad esempio, dall'invecchiamento della popolazione e dell'aumentata percezione del bene salute e considerato l'elevato ritorno in termini economici e di salute dei costi sostenuti per la prevenzione, la Regione Umbria si pone l'obiettivo tendenziale di allocazione delle risorse finanziarie disponibili nel triennio 2009-2011, pari ad almeno il 5% per la prevenzione, ad almeno il 51% per l'assistenza territoriale e al 44% per l'assistenza ospedaliera.

Il finanziamento delle strutture erogatrici

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, fin dall'approvazione della L.R. 3/98 la Regione e con gli obiettivi poi confermati dal D.Lgs 229/99, ha introdotto il principio che le strutture erogatrici siano finanziate secondo un ammontare globale, predefinito negli accordi contrattuali stipulati con gli acquirenti delle prestazioni.

Il principale effetto distorsivo atteso con l'introduzione di un sistema di remunerazione a prestazione, l'aumento dei volumi delle prestazioni prodotte, è stato efficacemente contrastato attraverso l'impianto di un'adeguata funzione di controllo dell'uso appropriato dell'ospedale e strumenti di regolazione a cominciare dagli accordi contrattuali, comprensivi degli standard del controllo.

Come detto nella parte descrittiva del sistema previsto dal D.Lgs 229/99, nella composizione dell'ammontare globale predefinito possono rientrare due componenti: l'insieme delle attività remunerate a tariffa e le attività correlate a funzioni ritenute strategiche dalla programmazione regionale. Queste ultime attività non dovrebbero essere remunerate sulla base di tariffe specifiche per prestazione ma sulla base del costo standard del programma di assistenza, che definisce i contenuti assistenziali specifici della funzione strategica.

Già il decorso Piano individuava le funzioni assistenziali finanziabili secondo i costi standard di produzione e le raggruppava in due categorie:

- *le funzioni «composite», ossia i programmi a forte integrazione fra assistenza territoriale ed ospedaliera, individuabili quali insiemi di attività e prestazioni, la cui erogazione può richiedere il coinvolgimento e la collaborazione di più soggetti erogatori (sia ospedalieri, sia extra-ospedalieri); ai fini del finanziamento, l'unità di misura di questa categoria di funzioni è costituita dall'episodio di cura e fa riferimento al soggetto assistito;*

- *le funzioni «semplici», ossia quei servizi ad alta intensità assistenziale e tecnologica, obbligatoriamente presenti in determinate strutture ospedaliere, la cui attività non è correttamente misurabile in termini di singole prestazioni e il cui finanziamento non può essere direttamente collegato al volume di attività, bensì alla presenza stessa del servizio.*

Preso atto dell'attualità dell'indicazione, il sistema di finanziamento degli erogatori per il triennio di piano può essere così sintetizzato:

- conferma della remunerazione a prestazione, in particolare per le attività di elevata complessità e per quelle non interessate al finanziamento a funzione, sulla base di tariffe predeterminate individuate con la classificazione DRG; la Regione, auspicabilmente in collaborazione con le altre Regioni ed il Ministero della salute, provvederà, nel corso del triennio sia all'aggiornamento delle tariffe, sia alla revisione del sistema di classificazione, confermando un impegno tendente a rendere il sistema tariffario conformato ai costi e idoneo a supportare strategie di efficienza delle strutture produttive;
- sviluppo della remunerazione a funzione, in particolare negli accordi tra Aziende ospedaliere e Aziende ASL di riferimento, mediante l'individuazione di specifici "budget di funzioni composite per l'integrazione" su cui corresponsabilizzare i contraenti, per finanziare in particolare programmi di assistenza fondati sul principio della continuità assistenziale; per incentivare tali programmi è ipotizzabile la determinazione in fase di programmazione di una quota, entro i tetti negoziali di global budget, finalizzata al finanziamento degli stessi;
- introdurre o sviluppare per la gestione dei presidi ospedalieri di ASL logiche di tipo budgetario, recuperando l'utilizzo dei sistemi tariffari come sistema di monitoraggio dei volumi;
- definire specifici sistemi di remunerazione per le attività a produzione accentrata e fruizione diffusa (es. laboratorio unico di analisi, teleradiologia.);

4.6 I sistemi amministrativo contabili

Il D.Lgs. n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni ha previsto, per le Aziende Sanitarie, l'adozione di un sistema di contabilità economico-patrimoniale conforme ai principi civilistici. Con tale normativa il legislatore ha supportato la più generale riforma del Sistema Sanitario Nazionale, assegnando alle Regioni un ruolo di guida e una maggiore autonomia nella definizione di linee di indirizzo, di gestione e di controllo delle strutture sanitarie.

Il Piano Sanitario Regionale 2003-2005 ha previsto tra le priorità il miglioramento e l'affinamento delle tecniche contabili ed il rafforzamento della capacità di guida dei processi del livello regionale attraverso la definizione di linee guida e norme tecniche per la formulazione uniforme dei bilanci. In attuazione di tale obiettivo, con Deliberazione di Giunta Regionale n. 428 del 9/3/2005 è stato approvato uno schema di protocollo di intesa tra la Regione Umbria e la Regione Toscana per realizzare un progetto di perfezionamento dei sistemi amministrativo contabili e di controllo delle proprie Aziende sanitarie.

Il progetto ha inteso perseguire una duplice finalità: il miglioramento dei sistemi di rilevazione e controllo e la creazione dei presupposti per migliorare la capacità informativa nonché la trasparenza dei bilanci delle proprie Aziende. Il raggiungimento di tali obiettivi

consente altresì di perfezionare il consolidamento dei processi contabili e di favorire la comparabilità e il controllo esterno dei bilanci aziendali.³

Dal punto di vista operativo è stata svolta un'indagine preliminare sul grado di omogeneità/differenziazione dei sistemi contabili in atto, al fine di verificare il livello di organizzazione dei sistemi di controllo interno, di valutare il grado di uniformità delle scelte contabili effettuate e di individuare le aree di disomogeneità o di criticità.

Tale indagine, propedeutica alla definizione di standard contabili e di controllo interno regionali, è stata effettuata mediante la compilazione di una apposita "check list" da parte dei referenti dei diversi settori amministrativi aziendali. Tale analisi, sebbene abbia evidenziato un buon grado di organizzazione dei sistemi di controllo interno, ha rilevato delle differenze nelle scelte contabili, dettate da diverse interpretazioni, tutte condivisibili ma disomogenee.

Successivamente è stato costituito un *Comitato* Regionale di Supervisione, composto dai referenti delle Regioni Umbria e Toscana, dell'Università degli Studi di Firenze e della Corte dei Conti-Sezione Regionale di Controllo; un *Laboratorio* per la Comparazione Interregionale costituito da referenti delle Regioni Umbria e Toscana, dell'Università degli Studi di Firenze e di alcune Aziende Sanitarie umbre e toscane e un *Gruppo di Lavoro* Tecnico-Operativo composto dai referenti dell'Università degli Studi di Firenze, delle Aziende Sanitarie umbre, dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche e dell'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale (A.R.P.A. Umbria).

Il lavoro dei soggetti sopra menzionati ha prodotto i Nuovi Principi Contabili per la redazione del Bilancio di esercizio delle Aziende Sanitarie, conformi a quelli adottati dall'Ordine dei Dottori Commercialisti, ciascuno corredato dalla rispettiva procedura minima di controllo, ovvero meccanismi operativi per area di bilancio atti a garantire la ragionevole sicurezza dell'affidabilità informativa dei processi amministrativi. Tali procedure, ispirandosi agli obiettivi di regolarità amministrativa tipici della revisione aziendale, creano un meccanismo virtuoso per cui i singoli preposti alla gestione delle unità operative aziendali divengono formalmente il cardine e i responsabili della qualità amministrativa.

La Giunta Regionale in data 20/12/2006, con atto n. 2281, ha poi deliberato le direttive vincolanti per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere umbre per l'adozione di sistemi contabili e di controllo interno omogenei. Con tale provvedimento si è disposto di adottare, in forma sperimentale, i Principi Contabili Comuni e le procedure minime di controllo interno e si è stabilito che le Aziende Sanitarie umbre, a partire dall'1/1/2007, debbano, per la durata della sperimentazione, verificare l'adeguatezza operativa dei propri sistemi

³ Nell'ambito dei rapporti istituzionali tra le Regioni Umbria e Toscana, tale protocollo di intesa ha previsto che la Regione Toscana metta a disposizione della Regione Umbria il know-how acquisito attraverso la realizzazione del progetto di implementazione della revisione contabile dei bilanci. Tenuto conto delle competenze scientifiche e tecniche che le attività connesse all'attuazione di tale progetto richiedono, la Regione Toscana ha ritenuto necessario avvalersi del Centro Universitario di Studi in Amministrazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Firenze. La Regione Umbria, vista la utile e proficua collaborazione fra il sopra citato Centro e la Regione Toscana, con Deliberazione n. 2018 del 30/11/2005 ha reputato opportuno impiegare la stessa metodologia già sperimentata, incaricando il C.U.S.A.S. quale consulente del progetto.

contabili e di controllo adottati e adeguare le proprie strutture e procedure organizzative ai nuovi standard.

Con Deliberazione n. 1575 del 1.10.2007 la Giunta Regionale ha poi definitivamente approvato i sopra citati Principi Contabili Comuni e le Procedure Minime di Controllo Interno, già sperimentati dalle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere umbre a decorrere dal 1/1/2007.

È stato definito, così, un meccanismo di standardizzazione dell'informativa contabile che rafforza le dinamiche di controllo sul sistema. Alle Aziende si chiede ora di misurarsi sul tema dell'ADEGUATEZZA dei controlli interni. Il framework dato dalla Regione non migliora solo l'"ambiente del controllo", fornendo regole chiare sull'attendibilità informativa, ma fa esplicito riferimento alla necessità di implementare nelle Aziende logiche e strumenti di analisi dei processi tipicamente audit⁴.

È proprio sul tema dell'auditing, che si concentra la nuova sfida per le Aziende Sanitarie, chiamate ad ottimizzare gli effetti dei nuovi strumenti definiti.

Due sono i percorsi di sviluppo del progetto in ambito aziendale individuati.

Il primo risulta legato alla verifica della effettiva applicazione dei nuovi principi contabili regionali da parte delle Aziende, alle quali è chiesto di misurarsi anche con la certificazione dei bilanci: in tal senso la Regione Umbria, ha avviato un progetto sperimentale che prevede un percorso di avvicinamento alla revisione di bilancio, articolato in tre fasi: indagine preliminare in ambito aziendale, conduzione di check up sui controlli interni, richiesta di certificazione esterna.

Il secondo percorso risulta invece più ambizioso, in quanto teso a SVILUPPARE esperienze di internal auditing: si tratta di individuare soggetti e meccanismi di lavoro che supportino le Direzioni Aziendali per valorizzare l'attività operativa svolta nell'ambito dei processi amministrativi interni, partendo magari proprio dalla certificabilità delle informazioni contabili secondo gli standard contabili regionali, per poi tentare di sviluppare, secondo metodologie tipiche dell'audit interno, analisi di processo e di rischio amministrativo in grado di potenziare la trasparenza e l'efficienza gestionale delle Aziende.

L'obiettivo di fondo del progetto, al di là della certificazione come riconoscimento formale, è quello di operare una modernizzazione complessiva dell'organizzazione amministrativa delle Aziende, in linea con il modello delineato complessivamente dal Piano e con le esigenze di conformità amministrativa richieste dal sistema, ex D.Lgs 286/99, a supportare lo sviluppo di un sistema di controllo del livello regionale basato sul consolidamento dei flussi e l'interoperabilità dei sistemi.

Lo sviluppo del sistema nel triennio di vigenza del piano può essere così sintetizzato:

⁴ A dimostrazione della particolare attenzione rivolta verso tali ambiti la Regione Umbria ha individuato tra gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie l'implementazione di nuove tecniche di monitoraggio e di controllo della spesa, la verifica periodica della quale è affidata ad un apposito piano di adeguamento del sistema di controllo interno, a seguito dell'introduzione dei nuovi principi contabili. Tra le azioni poste in essere dalla Regione Umbria per il potenziamento, lo sviluppo e l'omogeneizzazione dei sistemi amministrativo contabili e di controllo è stata anche prevista anche l'adozione da parte di tutte le Aziende dello stesso software, al fine di facilitare il "Governo della Spesa".

	ACCOUNTABILITY	I CONTROLLI	LA CORPORATE
OBIETTIVI	Definire una base di dati omogenea e favorire la comparazione dei dati	Strutturare un sistema di controllo sui dati aziendali razionalizzando gli strumenti informativi	Costruire un sistema di governance basato sulla logica e la cultura del controllo audit;
ATTIVITA'	<ul style="list-style-type: none"> • Rettifica e adeguamento ai nuovi principi contabili, • Bilancio Consolidato 	<ul style="list-style-type: none"> • Messa a regime completa e razionalizzazione sistema SAP; • Costruzione di un sistema di procedure aziendali; • Certificazione/revisione di bilancio; 	<ul style="list-style-type: none"> • Costruzione di un sistema di monitoraggio; • Costruzione di un sistema di valutazione; • Costruzione di un sistema di programmazione;
SOGGETTI	<ul style="list-style-type: none"> • Aziende; • Regione/AUS; 	<ul style="list-style-type: none"> • Aziende; • Regione/AUS; 	Regione/AUS;

4.7 La rendicontazione sociale

Il Servizio Sanitario Pubblico è, come tutta la P.A., chiamato sempre più a rendere conto ai cittadini dei risultati conseguiti attraverso l'uso delle risorse pubbliche.

Questo richiede lo sviluppo di capacità e strumenti innovativi che, in maniera più trasparente e leggibile rispetto ai bilanci economici di esercizio, consentano alle organizzazioni pubbliche di comunicare alla comunità e renderla consapevole rispetto alle scelte di programmazione e agli impatti della attività realizzata in termini di risultati raggiunti e effetti prodotti rispetto agli obiettivi, e non solo più, quindi, in termini di risorse economiche assorbite.

In questo contesto, non vi è dubbio che, nonostante un disegno normativo tendente a definirle come strutture orientate al perseguimento dell'efficienza e dell'efficacia gestionale – fattori più o meno enfatizzati nelle diverse configurazioni che i modelli regionali hanno sviluppato, le aziende sanitarie appartengano alla grande famiglia dei soggetti economici "etici".

Ciò in particolare in relazione alle finalità delle aziende stesse, definite in relazione alla tutela di un diritto costituzionalmente garantito, il diritto appunto alla salute, perseguito, in questa fase storica, attraverso interventi organizzati di Sanità Pubblica e la garanzia di livelli essenziali di assistenza (nel senso di necessari e appropriati).

L'altra caratteristica che per alcuni osservatori favorisce l'adozione della rendicontazione sociale risiede nella natura pubblica dei soggetti interessati.

"In altri termini, il bilancio delle amministrazioni pubbliche non può non essere sociale per definizione, perché origina dall'uso di risorse comuni destinate a generare benefici per la società. Se non riesce a dar conto di questa sua funzione, il bilancio di un

ente pubblico è freddo e sterile. Se da un lato, infatti, esso consente (e comunque solo agli addetti ai lavori) di valutare i risultati economico-finanziari conseguiti attraverso la corretta applicazione dei principi contabili, ben poco dice e comunica circa le scelte strategiche e le politiche che hanno orientato l'allocazione e l'uso delle risorse pubbliche e, soprattutto, circa i risultati e gli effetti prodotti dall'azione dell'ente rispetto al territorio e alla comunità di riferimento. La dimensione sociale del bilancio di un ente pubblico non traspare e non è comunicata.

Paradossalmente, pur costituendo la sua finalità principale, la dimensione sociale dell'operato delle amministrazioni non è oggetto di rendicontazione”(“Rendere conto ai cittadini – Il bilancio sociale nelle amministrazioni pubbliche” – A cura di A. Tanese).

Il Bilancio Sociale è stato sperimentato negli ultimi anni da numerose Amministrazioni pubbliche e Aziende Sanitarie quale strumento atto a esplicitare questo rapporto, tanto da divenire oggetto di una specifica Direttiva del Dipartimento della Funzione Pubblica del 17 febbraio 2006 e, in Umbria, oggetto di una attività di studio e sperimentazione realizzata tramite il Centro Interaziendale per il Bilancio Sociale nelle aziende Sanitarie Pubbliche, istituito con DGR 191 del 10.2.2005, che ha prodotto nel 2008 le Linee Guida regionali e la sperimentazione presso la azienda sanitaria locale n. 2, presentate con il convegno del 12.5.2008.

Il BS secondo le citate linee guida è l'esito di un processo con il quale ogni azienda del sistema sanitario regionale rende conto, in un dato periodo, delle scelte, delle risorse, delle attività e dei risultati, in modo da consentire ai cittadini e ai diversi interlocutori di conoscere e formulare una valutazione consapevole su come l'azienda interpreta e realizza la sua missione istituzionale e sulle ricadute che genera sulla collettività.

Tale processo non assolve solo ad una funzione comunicativa, ma è strettamente collegato al sistema aziendale di pianificazione, programmazione e controllo, con cui, infatti, il processo di rendicontazione sociale è in rapporto non solo in quanto diventa una delle modalità previste in modo strutturale dal sistema aziendale, ma anche perché rappresenta la visione e l'approccio di fondo dell'intero sistema di programmazione, consentendo all'Azienda di orientare e focalizzare meglio le proprie scelte nonché i propri sistemi interni di controllo e valutazione.

Il processo di realizzazione del BS non è pertanto aggiuntivo nel ciclo di P&C, ma strutturalmente integrato ad esso e contribuisce anzi al suo miglioramento. A tale scopo questo piano regionale ha operato una rivisitazione/semplificazione degli strumenti di rendicontazione, come precedentemente indicato, considerando anche il BS.

Il BS e il ciclo di gestione integrata



Nello specifico il Bilancio Sociale diventa, per le sue caratteristiche costitutive, lo strumento di rendicontazione, triennale, dei PAL Aziendali.

Allo scopo di sostenere l'integrazione del processo di rendicontazione sociale nel sistema di programmazione, controllo e rendicontazione delle Aziende sanitarie, sono previste le seguenti azioni:

- o emanare atti di indirizzo per la applicazione delle Linee Guida regionali sul Bilancio Sociale
- o promuovere, in accordo con la Scuola Regionale Sanità di Villa Umbra, percorsi formativi che sostengano le Aziende nella integrazione tra programmazione e rendicontazione sociale.

4.8 Il sistema informativo

Sistema Informativo e Sanità elettronica

Sempre più rilevante è il ruolo esercitato dalla tecnologia e dall'innovazione nelle scelte di programmazione sanitaria, vincolate dalla necessità di bilanciare i costi e quella di soddisfare i crescenti bisogni e garantire la qualità dei servizi.

L'applicazione crescente delle tecnologie ICT in sanità lascia intravedere scenari di grande cambiamento, molte sono le aspettative sia in termini di qualificazione dei servizi che di ottimizzazione delle risorse.

La Regione Umbria insieme alle sue Aziende sanitarie ed ospedaliere ha investito negli ultimi anni risorse consistenti su questi temi. Alcuni degli obiettivi di informatizzazione di base e di omogeneizzazione dei sistemi sono stati raggiunti. Si sono realizzati investimenti infrastrutturali, sono infine stati avviati processi di integrazione sul territorio regionale.

Nel prossimo triennio l'obiettivo strategico è quello di promuovere l'integrazione e le reti di servizi a supporto dell'intero percorso assistenziale.

Condizione vincolante per promuovere un modello di sanità in rete è completare il processo di informatizzazione di tutti i procedimenti gestionali e amministrativi. Molto è già stato realizzato nelle Aziende sanitarie ed ospedaliere della regione. Tuttavia esistono ancora ambiti nei quali il processo di informatizzazione è ancora insufficiente o appena avviato.

Di pari passo con il completamento dell'informatizzazione dei processi gestionali, si delinea nel prossimo triennio l'opportunità di affrontare la diffusione della tecnologia informatica nella pratica clinica.

La sfida dei prossimi anni ruota attorno alla definitiva trasformazione dei processi da cartacei in elettronici, alla diffusione della cartella clinica informatica, alla comunicazione tra professionisti sanitari in modo da supportare l'intero percorso assistenziale del paziente.

Le parole chiave per lo sviluppo della sanità in rete sono l'integrazione e l'interoperabilità dei sistemi.

Le dimensioni contenute della nostra regione consentono di promuovere progetti integrati nei quali i servizi aziendali sono interconnessi in rete attraverso un sistema informatico unico. Alcuni settori sono più "maturi" dal punto di vista informatico e tecnologico perché l'integrazione venga avviata in tempi rapidi, altri, che sperimentano nuovi modelli organizzativi, possono essere orientati in questa direzione.

Tra i primi, che si trovano nelle condizioni di attivare reti operative su scala regionale ci sono i servizi di emergenza, i laboratori analisi e le radiologie, gli screening oncologici.

I nuovi progetti di informatizzazione dovranno essere omogenei sul territorio regionale e consentire di seguire il paziente lungo il percorso di cura.

Nell'ottica di una sanità in rete, un ruolo strutturale è rappresentato dall'anagrafe regionale degli assistiti, che deve esporre servizi a supporto delle applicazioni

amministrative e cliniche; infatti la corretta identificazione del paziente è un prerequisito di base per l'accesso in rete e lo scambio di informazioni sanitarie.

Aggiornare l'infrastruttura di rete per la comunicazione e l'interoperabilità

A supporto del modello di sanità in rete, ed in funzione delle effettive esigenze che si evidenzieranno, dovrà essere aggiornata l'infrastruttura di comunicazione, con l'obiettivo di pervenire ad un sistema di 'rete unitaria della sanità' che, pur salvaguardando gli investimenti fin qui effettuati, possieda le caratteristiche architettoniche di unitarietà, scalabilità e flessibilità e permetta la progressiva attivazione di domini dedicati o di servizi interAziendali, (come la rete dei medici di medicina generale) nonché l'integrazione con le altre reti di comunicazione (telefonia fissa e mobile, rete dell'emergenza).

Nell'ambito dei progetti di integrazione e condivisione delle informazioni sanitarie vanno affrontati con specifica attenzione i temi della sicurezza, del rispetto dei diritti alla privacy, ma anche quelli della validità legale e della conservazione nel tempo dei documenti elettronici anche attraverso l'introduzione della firma elettronica e della posta elettronica certificata.

Semplificare i percorsi di accesso, promuovere strumenti di informazione per il cittadino

L'uso diffuso delle tecnologie consente lo sviluppo di nuovi strumenti per l'accesso e per la conoscenza rivolti direttamente ai cittadini. Obiettivi principali sono lo snellimento delle liste di attesa, la trasparenza, la semplificazione dell'accesso ma anche la crescita della partecipazione attiva e della consapevolezza del cittadino nelle scelte in tema di salute.

In questo ambito rientrano i progetti di sviluppo e diffusione del sistema di prenotazione CUP, il consenso unico al trattamento dei dati, i progetti di e-refertazione ma anche l'attivazione di strumenti di comunicazione innovativi e della multicanalità per rendere disponibili al cittadino i propri dati clinici, le scadenze, le informazioni pratiche.

Consolidare i sistemi di monitoraggio e controllo

Nel contesto di un sistema sanitario fortemente condizionato dalla necessità di garantirsi sostenibilità economica ed equità va evidentemente rinnovato l'impegno speso negli anni scorsi nella realizzazione dei sistemi di monitoraggio e controllo.

Anche su questi temi un primo obiettivo è il completamento delle attività avviate nel progetto SIIIS con l'effettivo consolidamento dei flussi informativi di attività.

Va consolidato il monitoraggio della spesa farmaceutica con l'estensione alle aree della distribuzione diretta, e al consumo di farmaci in regime di ricovero.

L'esperienza maturata nel monitoraggio della spesa farmaceutica e nell'analisi delle attività di ricovero va estesa all'analisi sistematica di ulteriori ambiti di attività.

Il modello 'datawarehouse' che consente la correlazione di diversi flussi fino alla ricostruzione dei percorsi di cura deve essere implementato con tutti i dati disponibili. (screening oncologico, emergenza, assistenza domiciliare e residenziale, pronto soccorso ecc.).

Ciò comporta avviare l'utilizzo di standard semantici condivisi (ad esempio i risultati del progetto nazionale mattoni) per tutti quegli ambiti di attività nei quali i nomenclatori, la

semantica e la standardizzazione dei processi non erano fino ad oggi uniformemente definiti.

Gli interventi prioritari

Nell'ambito degli obiettivi generali fin qui delineati, e tenuto conto del contesto organizzativo della sanità regionale, sono da considerarsi prioritari i seguenti interventi:

Area Amministrativa

Completamento della diffusione della piattaforma amministrativa ERP (SAP) nelle Aziende della regione;

Standardizzazione delle procedure ed omogeneizzazione dei modelli contabili e delle procedure di controllo interno delle Aziende regionali;

Sviluppo del livello regionale della procedura SAP a supporto del sistema di programmazione e controllo consolidato;

Consolidamento del ruolo strutturale dell'Anagrafe regionale quale servizio a supporto dei sistemi informativi in rete per la corretta identificazione del paziente attraverso procedure di allineamento corrente con le variazioni delle anagrafi comunali, definizione e sviluppo di servizi standard per la corretta identificazione dei cittadini utenti da esporre come servizi disponibili in rete.

Area Territoriale

A. SERVIZI IN RETE PER LA MEDICINA DI BASE

Consolidamento della rete dei MMG che hanno raggiunto standard elevati di informatizzazione.

Potenziamento dei servizi in rete di e-prescrizione, prenotazione delle prestazioni e aggiornamento delle variazioni anagrafiche degli assistiti.

Sviluppo su scala regionale di ulteriori servizi quali la e-refertazione e la condivisione delle informazioni cliniche con i medici della continuità assistenziale.

B. RETE DELLO SCREENING ONCOLOGICO

Realizzazione di rete integrata degli screening oncologici con sistema informativo unico su scala regionale.

C. INFORMATIZZAZIONE DELL'AREA TERRITORIALE E SOCIOSANITARIA

Informatizzazione omogenea su tutto il territorio regionale delle aree della residenzialità, dell'assistenza domiciliare, dell'assistenza riabilitativa e protesica.

D. SISTEMA REGIONALE DELLA PREVENZIONE

Infortuni sul lavoro:

l'informatizzazione delle attività dei dipartimenti in tema di prevenzione e controllo degli infortuni sul lavoro ha carattere di vera e propria urgenza. Il progetto dovrà tenere conto

sia delle necessità gestionali dei singoli dipartimenti sia delle interconnessioni con i servizi di pronto soccorso e con i diversi enti coinvolti, al fine di snellire le procedure di notifica, monitoraggio, e controllo e consentire una più efficace e tempestiva azione preventiva ed ispettiva sul territorio

Area Ospedaliera

Anche in quest'area si prevede di implementare l'evoluzione del sistema informativo a supporto dei processi clinici e assistenziali per sviluppare funzioni di conoscenza orientate specificamente verso gli operatori che erogano prestazioni o servizi agli utenti. L'obiettivo è realizzare una forma di integrazione organizzativa e tecnologica nell'ambito della stessa Azienda e tra le Aziende. La messa a regime di questo sistema di rete consentirà un aggancio con il livello nazionale in modo da consentire la piena integrazione anche con il Nuovo sistema informativo sanitario in via di evoluzione.

Gli interventi prioritari in tale logica sono:

1. CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA

Definizione di un modello regionale che a partire dalle esperienze più consolidate garantisca la massima coerenza a livello regionale ed una concreta diffusione dell'uso di strumenti informatici nella pratica clinica corrente.

Specifica attenzione deve essere rivolta alla concreta integrazione delle cartelle cliniche di reparto con tutti gli altri sistemi intraospedalieri (pronto soccorso, farmacia, ADT laboratorio, radiologia, ecc).

Infine, anche in relazione alle azioni previste per il contenimento ed il monitoraggio delle liste di attesa, è necessario attuare la completa informatizzazione delle agende per la gestione dei ricoveri programmati.

2. SISTEMI PER LA DISTRIBUZIONE DEL FARMACO AL LETTO DEL PAZIENTE

Nelle strutture ospedaliere della nostra regione è già avviata una profonda innovazione nella gestione del ciclo del farmaco in regime di ricovero.

L'automazione spinta dell'intero processo distributivo può avvenire secondo diversi modelli (sistema monodose, armadi /carrelli intelligenti) che dovranno prevedere e garantire che ogni singolo farmaco sia abbinato ad una cartella informatizzata e al riconoscimento certo del paziente.

La logistica interna dell'ospedale diventa in questo senso effettivo strumento di controllo sul risk management e di garanzia per il paziente.

3. RETE DELLE RADIOLOGIE

E' necessario implementare la realizzazione di un sistema regionale per la gestione dei sistemi informativi di radiologia (RIS) che preveda il collegamento in rete geografica di tutte le Aziende e la codifica unica dei pazienti a livello regionale. L'adozione di un unico sistema informatico permetterà di semplificare l'attività connessa alla conservazione legale

della documentazione clinica e di avviare nuove strategie organizzative connesse alla logica della teleradiologia.

4. RETE DEI LABORATORI

Il progetto per i laboratori prevede lo sviluppo di una rete complessa delle attività di laboratorio, secondo un nuovo modello organizzativo che permetta di operare con modalità uniche nell'intero ambito regionale, attraverso un unico sistema informativo interaziendale.

La realizzazione di requisiti di uniformità operativa, omogeneità delle tecnologie e delle procedure, condivisione delle modalità operative prevede il coinvolgimento attivo di tutte le Aziende sanitarie.

5. RETE DELLE ANATOMIE PATOLOGICHE

Il sistema dovrà supportare le esigenze dei servizi di anatomia patologica assicurando la massima apertura e interoperabilità fra i vari servizi e anche nei confronti di ulteriori applicazioni che andranno a costituire il sistema informativo della rete di oncologia.

Accesso e Servizi al cittadino

A. SVILUPPO APPLICATIVO CUP- PROGETTO INTERREGIONALE PILOTA ON LINE E ATTUAZIONE PIANO LISTE DI ATTESA

Va garantito il supporto applicativo per la realizzazione di tutti gli obiettivi di monitoraggio e contenimento dei tempi di attesa individuati dal Piano nazionale (vedi accordo della conferenza Stato Regioni del 28 marzo 2006), dal Piano regionale di Contenimento (DGR n. 1106 del 28 giugno 2006) e dai piani Aziendali, attraverso la realizzazione del progetto interregionale pilota prenotazione on line e l'aggiornamento delle funzionalità dell'applicativo CUP in uso nella nostra regione.

B. CONTACT CENTER

L'attuale attività di supporto ai cittadini attraverso un numero verde, sui problemi legati alla Tessera sanitaria dovrà arricchirsi di ulteriori funzionalità; il contact center dovrà rappresentare lo strumento di raccordo tra i cittadini, le Asl, i medici di base al fine di evidenziare e risolvere tutti i problemi connessi con l'iscrizione al servizio sanitario nazionale, il diritto di accesso, il ricevimento della Tessera sanitaria.

Lo stesso strumento può inoltre garantire funzionalità di supporto al sistema di prenotazione e alla gestione delle liste di attesa (ad esempio attività di conferma appuntamento, riallocazione, informazioni generali).

C. PRIVACY CONSENSO UNICO REGIONALE

Attivazione di una modalità unificata sul territorio regionale per il rilascio del consenso al trattamento dei dati personali (per tutte le attività di cura diverse dal ricovero) svolte all'interno del servizio sanitario regionale.

Il consenso potrebbe essere rilasciato dal cittadino, una volta soltanto, attraverso una dichiarazione da rendersi agli sportelli Cup o agli Urp aziendali. L'avvenuto rilascio del consenso verrà registrato nell'anagrafe regionale per diventare una informazione condivisa con i servizi che erogano le prestazioni.

Monitoraggio

Completamento delle attività avviate nel progetto SIIS con l'effettiva messa a regime di tutti i flussi nel datawarehouse (farmaceutica, specialistica, Sdo).

Attivazione dei sistemi di analisi 'Olap' sia sulle singole aree che in modo trasversale ai diversi ambiti di attività.

Omogeneizzazione delle codifiche per il monitoraggio delle risorse umane ed effettiva messa a regime del sistema di analisi regionale.

Ampliamento dei flussi inseriti su datawarehouse ed in particolare quelli dell'Assistenza residenziale, gli archivi di mortalità, il Cedap, le attività di Screening.

Definizione di procedure e servizi per l'accesso e l'estrazione di dati dal datawarehouse regionale.

Messa a regime, per il livello regionale, di tutte le procedure di anonimizzazione così come previsto nel regolamento regionale per il trattamento dei dati sensibili.

A. Farmaceutica:

Azioni di potenziamento e revisione del sistema di monitoraggio della spesa farmaceutica.

Nuove modalità di gestione delle attività connesse alla lettura ottica delle ricette;

Integrazione dei sistemi di monitoraggio con i dati del sistema art. 50;

Diffusione dell'uso dell'applicativo "file F" per la registrazione dei farmaci erogati in distribuzione diretta;

Inserimento nel datawarehouse e sviluppo di strumenti di analisi per i dati della distribuzione per conto e della distribuzione diretta;

Avvio di uno specifico flusso di dati per il controllo della spesa farmaceutica ospedaliera.

B. Specialistica ambulatoriale

Messa a regime, delle procedure di raccolta e rilevazione delle informazioni connesse all'erogazione delle prestazioni specialistiche e delle procedure connesse con gli obblighi dell'art. 50 al fine di ottimizzare la qualità, la completezza e la tempestività nell'invio dei dati.

Inserimento corrente dei dati della specialistica nel datawarehouse regionale.

Integrazione con i dati sistema art. 50.

C. Progetto SIIS

Notevoli risorse sono state assorbite dal Sistema Informativo Sanitario Regionale (SIIS) con il quale si è data attuazione a diversi progetti che hanno interessato sia la componente amministrativo contabile delle Aziende sanitarie sia la componente sanitaria.

In particolare è stato avviato il processo di unificazione delle piattaforme contabili amministrative attraverso l'implementazione dell'applicazione ERP (SAP) che permetterà, una volta a regime, la standardizzazione delle procedure, l'integrazione di dati e strumenti fra l'area gestionale e gli uffici amministrativi e la gestione integrata dell'intero ciclo produttivo.

È stata realizzata l'infrastruttura di interoperabilità a supporto della rete dei MMG che rende possibile la trasformazione degli attuali processi cartacei in processi elettronici del ciclo prescrizione-refertazione, delle prenotazioni, delle certificazioni, delle pratiche amministrative.

Parallelamente si è provveduto a consolidare i sistemi di monitoraggio regionali trasferendo al loro interno le richieste provenienti dall'art. 50 della L. 326/03.

Per rendere più efficace l'azione di monitoraggio e controllo esercitata dai diversi livelli decisionali delle singole Aziende Sanitarie e della Regione è stato avviato un primo nucleo del sistema di Monitoraggio basato sulla tecnologia del datawarehouse che permette di storicizzare e correlare le informazioni di prescrizione farmaceutica specialistica e schede di dimissione ospedaliera.

Nel progetto triennale infine è stato realizzato il "Portale dei servizi" quale unico punto di accesso web ai diversi servizi informativi e transazionali.

4.9 Il capitale umano e gli standard formativi

L'interazione tra innovazione organizzativa e formazione del capitale umano è uno degli strumenti indispensabili per individuare risposte convincenti alle sfide che abbiamo di fronte, dal contesto produttivo alle tecnologie, all'organizzazione e alle condizioni di lavoro. Al centro del piano di azione sta il lavoro e il capitale umano su cui investire per valorizzare le capacità e le scelte individuali. Idee forti e coraggiose capaci di innovare lì dove gli ostacoli della conservazione sembrano insormontabili

Le organizzazioni che si misurano con il traguardo dell'eccellenza, sanno ormai con chiarezza che una delle condizioni vincenti per muovere in questa direzione è rappresentata proprio dal riuscire ad assicurarsi un forte investimento motivazionale da parte dei soggetti preposti ai servizi aziendali.

Il management quindi non è più il depositario della conoscenza aziendale, i dirigenti cresciuti nell'ambito delle proprie competenze si sono trovati nella necessaria condizione di sviluppare nuove capacità per l'organizzazione e per mantenere il ruolo di leader necessario alla funzione: hanno imparato ad esprimersi per obiettivi, a valutare le prestazioni, a far condividere ai collaboratori valori, obiettivi o piani di cambiamento.

In questo scenario è perciò importante che il capitale umano sia adeguatamente supportato ed integrato al capitale strutturale dell'organizzazione che diventa il contenitore dei processi.

Il capitale strutturale deve essere in grado di amplificare ciò che viene prodotto, deve far sì che le conoscenze, le esperienze trovino necessario risalto, una rapida condivisione e una crescita collettiva, una risoluzione dei tempi tecnici.

E' importante perciò ottimizzare il capitale strutturale al fine di creare le condizioni ideali per enfatizzare il valore dell'individuo permettendogli di esprimere le proprie capacità e potenzialità.

In questa prospettiva diventa essenziale avviare un processo di maturazione culturale che orienti gli operatori ad accrescere e condividere conoscenze ed esperienze.

In questo contesto va senz'altro colmato il ritardo accumulato nel portare a compimento il processo di riorganizzazione dell'area centrale di supporto al management aziendale, che ha visto impegnati regione, aziende e sindacati per una soluzione condivisa.

Un ruolo di primo piano all'interno delle organizzazioni deve essere svolto dalla funzione della formazione che deve riformulare i propri obiettivi: si dovrà continuare a costruire, con sempre maggiore efficacia e intensità, percorsi formativi differenziati e individualizzati che rappresentano l'investimento nel capitale umano tanto auspicato ed incentivato.

Forti di queste consapevolezze Aziende e Regione nel periodo di vigenza del precedente Piano hanno rafforzato l'investimento organizzativo ed economico con l'obiettivo di rinvigorire la mission aziendale senza perdere di vista la natura che alla stessa è attribuita: la tutela della salute dei cittadini, realizzando un sistema di interazione e integrazione tra gli enti che operano nel Servizio Sanitario regionale (Università, Regione, Aziende Sanitarie, ARPA, Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche).

Ciò ha trovato applicazione con:

- la stipula del Protocollo generale d'intesa tra l'Università di Perugia e i relativi accordi attuativi aziendali;
- le Leggi Regionali n. 15 e 16 del 2005 che hanno consentito l'avvio di procedure concorsuali atte a garantire alle Aziende Sanitarie Regionali nuove piante organiche e nuovi piani occupazionali;
- l'istituzione dell'Agenzia Umbria Sanità che ha permesso la gestione integrata di funzioni tecniche ed amministrative in materia di sanità pubblica;
- la costituzione del Consorzio "Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica", con l'obiettivo di organizzare, coordinare ed infine attuare le attività formative per gli operatori del Servizio Sanitario Regionale.

Oggi non solo è necessario per un'organizzazione avere le persone giuste al posto giusto, ma la nuova sfida è riuscire a far coincidere le esigenze aziendali con i bisogni e le aspettative dell'individuo, che mutano nel corso del proprio cammino professionale.

Cultura, etica e valori. Fattori tra loro indissolubilmente legati che assegnano un valore aggiunto al rinnovato processo di aziendalizzazione. L'etica e i valori riguardano la costruzione di un quadro dirigente e di eccellenza. L'etica e i valori cambiano la cultura dell'organizzazione e sono diventati un fattore chiave nella capacità dell'amministrazione di raggiungere un cambiamento rapido dell'ambiente di lavoro. La leadership è una variabile importante e cruciale che coinvolge la capacità di gestione, così come la prestazione di organizzazione. Va promossa quindi una formazione e un orientamento

efficiente e di qualità continui nel tempo in modo da acquisire la visione del proprio mandato da cui scaturiscono gli obiettivi e le sfide secondo i principi e i valori che permettono l'elaborazione concreta di una strategia.

Gli standard formativi costituiscono il riferimento metodologico per sviluppare flessibilità ed adattabilità all'interno di regole certe che favoriscano la capitalizzazione dell'esperienza formativa, la sua riconoscibilità nel tempo e il suo successivo sviluppo nell'ottica di formazione lungo tutto l'arco della vita.

Il ruolo che assume il servizio sanitario nel perseguimento degli obiettivi di salute con lo strumento della programmazione non può prescindere da quello affidato alla formazione del personale ai vari livelli di intervento, diffondendo la consapevolezza della centralità del cittadino – utente e delle problematiche etiche connesse alla sua esistenza, garantendo un approccio multidimensionale con percorsi formativi integrati delle diverse figure professionali, contribuendo a diffondere l'orientamento verso le esigenze dell'utenza e del servizio e le capacità manageriali e relazionali.

Regione, Aziende e Università degli Studi di Perugia hanno dato vita ad un processo formativo integrato che si è sviluppato su diversi livelli di apprendimento atti a garantire continuità, qualità, multidisciplinarietà, con il precipuo scopo di incentivare l'eccellenza nello specifico settore professionale.

La individuazione dell'area didattico-formativa ha permesso di decentrare sul territorio oltre che le lauree sanitarie triennali anche determinati percorsi formativi dei corsi di specializzazione medica post laurea, con il coinvolgimento attivo del personale aziendale nel ruolo di tutore e docente.

Il protocollo generale d'intesa Regione – Università ed i relativi accordi attuativi regionali e aziendali costituiscono lo strumento di riferimento per la definizione annuale degli specifici fabbisogni formativi definiti dalla Giunta Regionale.

La programmazione delle attività di formazione per l'accesso ai profili professionali del Servizio Sanitario Regionale dovrà essere, inoltre, caratterizzata da processi formativi strettamente aderenti alla necessità di acquisire operatori con specifiche capacità e competenze professionali.

E', pertanto, interesse della Regione sviluppare una collaborazione più ampia con l'Università in modo da introdurre elementi didattici coerenti con l'esigenza della programmazione regionale e con obiettivi di salute.

Oltre allo sviluppo delle professioni sanitarie, in questi anni, è cresciuta la domanda per quanto attiene la formazione di figure professionali non laureate, ma che nell'ambito degli obiettivi assistenziali svolgono sempre più un ruolo importante. Rilevante è stata l'istituzione ed il relativo percorso formativo dell'operatore socio sanitario, che ha affiancato figure già presenti e consolidate come quelle del massaggiatore – massofisioterapista, del massaggiatore sportivo, dell'ottico e dell'odontotecnico. La Regione, in questo ambito, ha sviluppato una rete di collaborazione con strutture pubbliche e private, che da anni, svolgevano attività nell'ambito della formazione sanitaria, che ha contribuito ad un processo di crescita culturale di tutto il sistema formativo regionale.

L'evoluzione inoltre del sistema ECM regionale, supportato dalla consulta delle professioni sanitarie e dall'osservatorio sulle lauree sanitarie triennali e sulle specializzazioni, ha superato la fase sperimentale e si avvia al suo consolidamento. Esso ha permesso di sviluppare in Umbria sin dal 2002, fra le prime realtà regionali, un proprio sistema coinvolgendo una pluralità di soggetti che, a livelli diversi, hanno negli anni costruito il sistema stesso e ne hanno dato compiutezza, costituendo una rete informatica che ha collegato la Regione con tutti i soggetti formativi coinvolti, accrescendo, non solo l'offerta formativa, ma anche la qualità della stessa.

Infatti, si è puntato su sistemi di valutazione, sui piani formativi aziendali costruiti su obiettivi di salute, e sui determinati di salute, sulle capacità di produrre tramite la formazione cambiamenti efficaci per migliorare la qualità dell'assistenza.

Azioni e Obiettivi nel triennio

- Particolare importanza assume il consolidamento del rapporto Regione-Università nell'ambito della formazione. In tale contesto si pone in evidenza il completamento del processo di decentramento della formazione sanitaria universitaria con la istituzione del corso di laurea triennale infermieristico ad Orvieto e con l'istituzione di corsi di laurea specialistici funzionali alla acquisizione del titolo per accedere alla qualifica di dirigente;
- Avviare in via sperimentale corsi di formazione complementare in assistenza sanitaria per fare fronte alle crescenti esigenze di assistenza e di un diverso impiego delle risorse infermieristiche. L'istituzione del corso di operatore socio sanitario specializzato può dare avvio al processo formativo;
- Per valorizzare le competenze presenti sul territorio regionale ed in considerazione del livello di complessità degli impegni va consolidata la collaborazione tra la Regione Umbria, che ha il compito di programmare gli obiettivi formativi manageriali e di base da perseguire, il Consorzio "Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica", che ha il compito di organizzare e realizzare le attività formative di interesse regionale, e l'Agenzia Umbria Sanità, che ha il compito di coordinare, sulla base di appositi indirizzi regionali, un raccordo programmatico operativo delle attività formative e di quelle inerenti le politiche del personale delle Aziende Sanitarie Regionali;
- Va perseguito lo sviluppo del ruolo strategico svolto dal sistema ECM regionale che ha permesso di garantire la continuità del percorso formativo ai vari livelli di intervento.

Contestualmente si dovrà dare avvio ad un nuovo sistema informatico che consenta la trasferibilità dei dati tra tutti i diversi attori del sistema, e che sia in grado di produrre:

- l'accreditamento on-line dei provider;
 - la costruzione di un'anagrafe formativa del personale dipendente, convenzionato e libero-professionista, al fine della registrazione dei crediti formativi;
 - la costituzione ed il funzionamento di un Osservatorio regionale sulla qualità della formazione, in collaborazione con gli Ordini, i Collegi e le Associazioni professionali;
- Nell'ambito della formazione del personale non laureato, è necessario consolidare e rafforzare i rapporti con le strutture formative già accreditate dalla Regione per sviluppare maggiormente la formazione complementare nell'assistenza sanitaria al fine rispondere alle crescenti esigenze delle strutture sanitarie pubbliche e private;
- La valorizzazione e l'implementazione del compito svolto dalla Scuola regionale di sanità quale punto di riferimento progettuale e operativo dell'attività formativa sanitaria, si coniuga con il ruolo che il legislatore regionale alla stessa ha assegnato con la riforma degli enti endoregionali;
- Definizione, nel rispetto dei tetti di spesa stabiliti dalla normativa nazionale e regionale, delle nuove dotazioni organiche, dei modelli organizzativi dell'area della dirigenza e della funzione direttiva del personale del SSR nonché dei piani occupazionali aziendali annuali, predisposti ai sensi della l.r. 23 febbraio 2005, n. 16 e conseguente completamento del processo di stabilizzazione del personale precario in applicazione degli accordi sindacali di settore ed inizio delle procedure concorsuali per i restanti posti vacanti nella dotazione organica, nonché rimodulazione dell'esercizio dell'attività libero professionale in attuazione delle nuove normative in materia e delle intese sindacali.
- Avvio di un processo di accreditamento per tutti i singoli professionisti che ne garantisca l'idoneità ad erogare assistenza nei diversi settori, ponendo in essere strumenti di verifica della produttività e dell'effettiva qualità dei servizi prestati.

4.10 L' accreditamento istituzionale

Accreditamento Istituzionale e Audit Civico

L'Istituto dell'Accreditamento nasce in Italia nel 1992 con la riforma del Sistema Sanitario Nazionale (DL.502/92) e viene ulteriormente definito e dettagliato nel 1999, con il D.Lgs. n. 229/99, all'articolo 8-*quater*.

Elemento fondamentale è stato la pubblicazione del DPR 14-01-97 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private" che ha segnato il momento formale di partenza della realizzazione del processo di accreditamento delle strutture sanitarie in contesto nazionale.

Dopo l'emanazione di tale atto, alcune regioni si sono messe al lavoro per definire i 'requisiti ulteriori'.

La Regione Umbria affronta il problema "Accreditamento Istituzionale" con Legge Regionale n. 3 del 1998 che all'art. 25 (Accreditamento) così recita:

La Giunta regionale, ai fini dell'accREDITamento delle strutture pubbliche e private, ...omissis ... definisce con proprio atto i requisiti ulteriori, sulla base dei seguenti criteri:

coerenza con le scelte della programmazione regionale, sulla base della domanda di salute espressa dalla popolazione di riferimento e del livello di offerta esistente per le varie tipologie di prestazioni;

adeguatezza qualitativa e quantitativa delle dotazioni strumentali tecnologiche ed amministrative;

equilibrio tra volume di prestazioni erogabili e potenzialità della struttura;

congruità delle professionalità presenti con la tipologia delle prestazioni erogabili;

presenza di un sistema informativo connesso con quello del Servizio sanitario regionale e conforme alle specifiche regionali;

presenza di un idoneo sistema per il controllo ed il miglioramento continuo della qualità .

Operativamente il percorso di accREDITamento della Regione Umbria si avvia nel 1999 con l'adesione al Programma Speciale ex art. 12 D.Lgs. 502/92, promosso dal Ministero della Sanità e reso operativo dall'Agenzia Sanitaria Regionale della Regione Emilia Romagna quale responsabile della gestione e sede di sperimentazione: "Sviluppo e sperimentazione di metodologie per la qualificazione di valutatori idonei a svolgere attività di verifica delle strutture sanitarie a scopo di accREDITamento e ad affiancare in qualità di esperti tecnici di settore valutatori di sistemi qualità per la certificazione".

Il percorso prosegue con l'approvazione da parte della Giunta Regionale del progetto "**Qualità Sanità Regione Umbria**" (con delibera n. 218 del 29-02-00) il cui obiettivo è quello di mettere a punto una serie di iniziative e di interventi al fine di rilasciare le "Autorizzazioni" e gli "AccREDITamenti" alle strutture sanitarie regionali.

Le principali aree di intervento del progetto sono l'individuazione di un modello di riferimento appropriato, di uno schema organizzativo di funzionamento delle attività di autorizzazione e di accREDITamento e l'attività di formazione generale sui temi della qualità non solo dal punto vista del settore sanitario (ISO 9000 – TQM) ma anche per selezionare le figure idonee ad effettuare verifiche ispettive. Stante i risultati positivi conseguiti la Giunta Regionale delibera di istituire un **Laboratorio Permanente per la Qualità in Sanità**. Nel 2002 si avvia quindi la seconda parte del progetto ministeriale con la formazione dei facilitatori di qualità per l'accREDITamento.

Modello Umbro

Se da una parte la Regione si è preoccupata di formare i valutatori e i facilitatori di qualità, dall'altra, insieme all'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR), ha cercato di delineare un **Modello umbro di accreditamento**.

Tale modello prende come riferimento:

il DPR 14/01/97 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private",

le norme UNI EN ISO 9001:2000 e 9004:2000 applicate al settore sanitario

e si concretizza con l'emanazione del Regolamento Regionale n. 3 del 31-07-02 "Disciplina in materia di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie" mediante il quale la Giunta Regionale dà seguito a quanto stabilito dalla normativa nazionale citata nonché dall'art. 25 della L.R. 20/01/98 n. 3.

In particolare il regolamento fissa all'art. 2 i criteri per la concessione dell'accreditamento. Lo status di soggetto accreditato rappresenta quindi il presupposto necessario ma non sufficiente per erogare prestazioni in assenza di uno specifico accordo e/o contratto con il SSR (art. 8-*quater*, comma 2, D. Lgs. 229/99). L'art. 3 prevede la fissazione dei requisiti ulteriori oltre quelli minimi necessari per l'autorizzazione sanitaria, mentre l'art. 4 definisce il percorso per ottenere l'accreditamento istituzionale. Il Regolamento individua all'art. 5 l'organo tecnico denominato "Nucleo di valutazione per l'accreditamento" di cui si avvale la Direzione Regionale per valutare i risultati. L'art. 7 prevede la possibilità di concedere l'accreditamento con prescrizioni specificando i tempi di adeguamento delle strutture prevedendo il riesame (art. 8), la vigilanza, la sospensione e la revoca (art. 9).

La validità dell'accreditamento è triennale e non può essere tacitamente rinnovata (art. 10).

E' prevista infine la pubblicazione sul BUR dell'elenco dei soggetti accreditati.

Con D.G.R. n. 570 del 07/05/2003 "Approvazione del Modello operativo per l'Accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie" è stata quindi prevista l'istituzione del *Centro Regionale per l'Accreditamento* composto da una Società di Certificazione dei Sistemi di Qualità in Sanità (accreditata SINCERT per il settore EA 38), dai valutatori di qualità formati dalla Regione e dal coordinamento affidato al Servizio Accreditamento e Valutazione di Qualità. La Società di Certificazione è risultata essere, mediante gara, CERMET S.c.a.r.l. di Bologna, alla quale è stata affidata la gestione delle attività di verifica.

Il modello operativo prevede:

Pre-Audit: verifica finalizzata a valutare lo "stato dell'arte" delle strutture sanitarie rispetto ai requisiti richiesti al fine di consentire alle strutture di programmare ed attuare le opportune azioni correttive e/o preventive per l'accreditamento. Tale verifica preliminare non ha alcun effetto sull'accreditabilità della struttura.

Audit di Accredimento: verifica finalizzata alla valutazione della rispondenza della struttura ai requisiti previsti per la concessione dell'accredimento e alla rilevazione delle eventuali non conformità.

Post-Audit: verifica finalizzata alla valutazione dell'attuazione delle eventuali azioni correttive approvate dal Servizio Accredimento e Valutazione di Qualità.

Con la DGR n. 1991 del 15/12/2004 sono stati infine approvati la Check-List generale ed il Disciplinare.

La Check-List, di tipo aperto, è strutturata in due parti:

Check List Generale: composta dai requisiti minimi ex DPR 14/01/97 e dai requisiti ulteriori ex UNI EN ISO 9001:2000, aggregati secondo l'ordine dei paragrafi della suddetta norma;

Appendice alla Check-List Generale "Check List di misura della propensione al miglioramento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie della Regione Umbria": costituita dai requisiti per il miglioramento ex UNI EN ISO 9004:2000, aggregati in relazione agli 8 principi di gestione della qualità.

Il Disciplinare stabilisce invece fasi e regole principali per la concessione dell'Accredimento Istituzionale. Oltre a quanto già previsto dal R.R. 3/2002, vengono definiti:

I ruoli e le responsabilità dei principali attori del sistema:

la Società di Certificazione CERMET a cui è affidata la programmazione, pianificazione e gestione degli audit ed il monitoraggio e valutazione della messa in atto delle eventuali azioni correttive,

il Servizio Regionale che mantiene la piena responsabilità dell'intero processo di accreditamento: rilascio, manutenzione, revoca.

Le fasi del processo: Domanda di Accredimento Istituzionale corredata dalla Check-List Generale di autovalutazione interamente compilata dalla struttura richiedente; Verifica documentale; Verifiche di Pre-Audit, Audit e Post-Audit.

Le modalità di svolgimento delle suddette verifiche;

Le tipologie delle strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditabili: ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali, di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno, termali.

Peculiarità e stato dell'arte del Modello Umbro

Le peculiarità del Modello Umbro sono:

l'aggregazione dei requisiti minimi del DPR 14/01/97 con i requisiti delle norme UNI EN ISO 9001:2000 e 9004:2000;

l'utilizzo di un linguaggio confidente con il mondo sanitario;

induzione di una base di cultura omogenea della qualità in sanità;

l'orientamento delle organizzazioni verso il *miglioramento continuo*;
adozione di una Check list generale "aperta", non di tipo "on/off", per consentirne l'utilizzo nei diversi presidi sanitari regionali;
adozione del Pre-Audit;
la garanzia dell'applicabilità del modello a tutti i presidi sanitari, anche di piccola dimensione;
adozione di un sistema di verifica di *parte terza con presenza del Centro Regionale per l'Accreditamento Istituzionale*, afferente alla Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali, composto da un organismo di certificazione dei sistemi qualità in sanità accreditato SINCERT, il CERMET s.c.a.r.l., dai Valutatori di qualità formati dalla Regione e dal Servizio Regionale Accreditamento e Valutazione di Qualità con funzioni di coordinamento;
la partecipazione attiva dei valutatori formati dalla Regione con la formula dell'addestramento sul campo durante le verifiche di pre-audit e di audit;
presenza del Nucleo di Valutazione per l'Accreditamento che coadiuva il competente Servizio Regionale nello svolgimento delle funzioni amministrative con particolare riferimento alla valutazione dei rapporti di verifica ispettiva propedeutici della proposta di accreditamento.

A seguito dell'emanazione del Protocollo di Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul Patto per la Salute del 28/09/2006 ratificato dalla Legge Finanziaria 296/2006 (Patto per la Salute) e dalla Legge Finanziaria 2007 n. 286 del 27/12/2007 che individuano le date del:

01/01/2008 a partire dalla quale devono considerarsi cessati i transitori accreditamenti delle strutture private già convenzionate, ai sensi dell'art. 6, c. 6 della L. 724/94, non confermati da accreditamenti provvisori o definitivi ai sensi dell'art. 8-quater del D. Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni,

01/01/2010 a partire dalla quale cessano gli accreditamenti provvisori delle strutture private, di cui all'art. 8-quater, c. 7 del D. Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'art. 8-quater, c. 1 del medesimo decreto,

01/01/2008 a partire dalla quale non possono essere concessi nuovi accreditamenti, ai sensi del D. Lgs. 229/99, in assenza di un provvedimento regionale di ricognizione e conseguente determinazione ai sensi dell'art. 8-quater, c. 8 del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni;

è stata emanata la D.G.R. n. 1839 del 19/11/2007 con la quale si stabilisce:

che le strutture private transitoriamente accreditate, di cui alla L.724/94 e alla D.G.R. n. 6475 del 30/12/1998, sono riconosciute provvisoriamente accreditate ai sensi dell'art. 1 comma 796, lettere s),t),u) della L. 296/2006;

che le strutture provvisoriamente accreditate di cui al precedente punto nonché le strutture private già autorizzate ai sensi del Regolamento Regionale n. 2/2000, al fine di mantenere lo *status* di soggetto accreditato, hanno dovuto presentare, entro il 31/12/2008,

la domanda di Accreditamento Istituzionale corredata dalla Check List di Autovalutazione ai sensi del Regolamento Regionale n. 3/2002;

che il Piano Sanitario Regionale 2009-2011 definisca i fabbisogni di assistenza e le procedure da adottare ai fini dell'Accreditamento definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie provvisoriamente accreditate fino al 31/12/2009.

Accreditamento delle strutture private

Il procedimento, avviatosi operativamente nel dicembre 2005 vede a dicembre 2007 la richiesta di Accreditamento di circa 80 strutture private tra cui le case di cura, laboratori di analisi, ambulatori e poliambulatori, strutture psichiatriche, strutture per disabili e per tossico-dipendenti, strutture per anziani e residenze protette. Delle suddette strutture circa 60 sono state visitate dall'organismo di certificazione per la fase di pre-Audit e di queste circa 40 hanno già concluso la prima parte dell'iter con l'Audit di Accreditamento.

Accreditamento delle strutture pubbliche

Per quanto attiene le strutture pubbliche, essendo stati definiti dalla Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali gli Obiettivi 2007 per i Direttori Generali delle Aziende ASL ed Ospedaliere della Regione Umbria sono stati acquisite al 31/12/2007 le domande di Pre Audit delle strutture "trasversali" (Laboratori di Analisi, Servizi di Farmacia, Servizi Trasfusionali, Servizi di Diagnostica per Immagini, Servizi di Anatomia/Istologia Patologica).

Al riguardo con DGR n. 10339 del 14/11/2007 sono stati costituiti:

il Comitato di Coordinamento Regionale per l'Accreditamento Istituzionale, composto da rappresentanti della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali e delle Aziende ASL ed Ospedaliere regionali, avente il compito di fissare i principi, le tecniche e le attività per la progettazione, applicazione e controllo interno di un Sistema di gestione qualità aziendale con l'obiettivo di:

fornire alle Aziende ASL ed Ospedaliere un supporto tecnico conforme al dispositivo di Accreditamento mediante la definizione di un modello operativo;

definire i contenuti dell'attività di formazione volta alla progettazione, applicazione e controllo dei sistemi di gestione qualità;

elaborare una comune procedura di gestione degli audit interni delle strutture sanitarie "trasversali";

elaborare un documento condiviso per l'applicazione del modello operativo per attuare l'Accreditamento Istituzionale presso le seguenti strutture pubbliche: Laboratori di Analisi, Servizi di Farmacia, Servizi Trasfusionali, Servizi di Diagnostica per Immagini, Servizi di Citologia e Servizi di Anatomia/Istologia Patologica;

coordinare l'attività dei Gruppi di Lavoro Specialistici.

i Gruppi di Lavoro Specialistici composti da rappresentanti individuati dalle Aziende ASL ed Ospedaliere con il compito di sviluppare gli aspetti specialistici relative alle strutture "trasversali" da accreditare.

Allo stato attuale sono in corso i primi preaudit presso le strutture individuate dai Direttori Generali e si prevede la conclusione di questa fase dell'accreditamento pubblico entro il 2009.

Progettualità

L'Accreditamento Istituzionale non si limita ad un processo formale di attestazione del raggiungimento dei requisiti ma contiene tutti gli strumenti per rappresentare anche un reale processo di miglioramento della qualità della prestazione sanitaria e sociosanitaria fornita al paziente.

Nell'ambito del processo di miglioramento continuo, sviluppare quanto definito nel marzo 2007 da un gruppo di collaborazione costituito dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) e la Joint Commission International (J.C.I.), è obiettivo condivisibile per tendere concretamente alla **sicurezza del paziente**.

Pertanto i sei obiettivi individuati dal suddetto gruppo di studio:

Identificazione corretta del paziente;

Miglioramento dell'efficacia del processo di comunicazione;

Miglioramento della sicurezza della distribuzione dei farmaci ad alta sorveglianza;

Eliminazione del sito errato, del paziente errato, dell'errata procedura chirurgica;

Riduzione del rischio di infezioni associate al processo di cura ed assistenza;

Riduzione del rischio dei pazienti per cadute,

possono costituire il *volano* idoneo per l'applicazione del modello di miglioramento continuo della qualità.

In sostanza è necessario sperimentare un percorso di accreditamento che, partendo dal Modello regionale, si sviluppi focalizzando l'attenzione sui **contenuti sanitari** prendendo a riferimento le più importanti esperienze internazionali e applicandole alle Aziende Sanitarie Umbre.

I processi e le procedure che costituiranno il nucleo centrale del sistema qualità saranno definiti a partire dalla realtà operativa con l'obiettivo di migliorare la sicurezza del paziente, pertanto sarà la documentazione clinica a costituire la base di partenza per lo sviluppo del sistema qualità.

Parallelamente allo sviluppo del sistema qualità e del relativo processo di Accredimento si dovrà condurre un'ampia e sistematica attività per diffondere la cultura della qualità e la conoscenza degli strumenti dell'Accreditamento a tutto il personale. Tale formazione stimolerà una riflessione attiva sugli aspetti sistematici del proprio lavoro e sullo sviluppo degli strumenti propedeutici al processo di Accredimento.

Per dar seguito concretamente a quanto esplicitato, l'adozione del Modello di Accreditamento può costituire il punto di partenza per attivare una informatizzazione "specialistica" dei processi sanitari volta, ad esempio, alla *Identificazione Positiva del Paziente* e alla *Distribuzione dei farmaci ad alta sorveglianza*.

Un numero sempre crescente di Ospedali ha iniziato ad attivare strategie di **identificazione positiva del paziente (P.P.I.)**, che si basano prevalentemente sulla tecnologia del codice a barre. Questa tecnologia può:

- proteggere i pazienti da errori di prescrizione o somministrazione;

- incrementare la sicurezza del paziente;

- consentire di valorizzare le risorse umane impegnate nell'assistenza sanitaria spostando l'impegno da alcune attività ripetitive ad altre con alto valore aggiunto;

- consentire l'interazione efficace delle procedure informatiche riducendo i tempi di immissione e recupero dati, le operazioni di trascrizione manuale e quindi i relativi errori.

Il codice a barre, in sostanza, stampato su una etichetta adesiva assieme ai dati del paziente e applicato mediante un braccialetto monouso al braccio dello stesso al momento del ricovero, lo identificherà per tutto il periodo di degenza. Tale identificazione positiva è giudicata particolarmente utile per i pazienti anziani, per i bambini piccoli e per tutti coloro che non riescono a comunicare in modo affidabile per problemi linguistici.

Anche la **distribuzione dei farmaci ad alta sorveglianza**, cioè di quei farmaci che possono provocare reazioni avverse molto importanti, se combinata con procedure informatiche che gestiscono le fasi di prescrizione, preparazione e somministrazione, consente la conferma in tempo reale della corretta identificazione del paziente, del farmaco, del dosaggio, dell'orario e della via di somministrazione.

Si potranno quindi sperimentare procedure che, basandosi sui dati contenuti sul braccialetto, consentono di automatizzare le diverse fasi in cui si articola la distribuzione dei farmaci, riducendo così il rischio di errori.

Le indicazioni dell'OMS e della JCI per la sicurezza del paziente, sono facilmente applicabili anche al modello umbro. Ovviamente sarà necessario sviluppare il processo attraverso sperimentazioni idonee, calibrate sulle diverse realtà aziendali.

Operatività

In merito all'organizzazione pratica del sistema operativo dell'Accreditamento Istituzionale, alla luce della costituzione dell'Agenzia Umbria Sanità (AUS), si rende necessario ridefinire il modello esistente basato sull'attività di un organismo di certificazione.

Pertanto è necessario coinvolgere l'Agenzia Umbria Sanità (AUS) sviluppando il sistema nel modo seguente:

- definire il rapporto fra Regione e Agenzia ai sensi dell'art. 4 della L.R. 16/2007;

- attivare in seno all'AUS. le seguenti aree di intervento;

- gestione del processo di audit;

formazione di auditor e facilitatori finalizzata ad un'uniformità regionale;
un supporto specialistico al Servizio Regionale Accreditamento con particolare riferimento alla definizione dei requisiti di Accreditamento (check list generale, specifiche, ecc.) e allo sviluppo di sperimentazioni gestionali;
definire l'organigramma;
accreditare il sistema gestionale dell'AUS per dare evidenza della validità delle metodologie utilizzate a garanzia della terzietà della stessa.

Audit Civico

La convenzione stipulata dal Ministero della Salute con Cittadinanzattiva in vigore dal 17/11/2007 consente alle Regioni di effettuare il cosiddetto Audit Civico o Audit del Cittadino che consiste in una analisi critica e sistematica dell'azione delle ASL e/o delle Aziende Ospedaliere promosso da Cittadinanzattiva sulla base delle esperienze del Tribunale per i Diritti del Malato.

Le esperienze di Audit Civico iniziate già in via sperimentale nel 2004 in alcune regioni italiane (Emilia Romagna, Puglia, Lazio, Abruzzo e Friuli Venezia Giulia) hanno coinvolto n. 135 Asl e Aziende Ospedaliere pari a circa un terzo delle Aziende Sanitarie italiane.

Sono stati osservati 156 Ospedali, 136 sedi di Distretto Sanitario, 137 Poliambulatori, 134 Servizi di Assistenza Specialistica territoriale e semiresidenziale.

La decisione di dotare le organizzazioni dei cittadini di un proprio strumento di valutazione dell'azione delle Aziende Sanitarie, denominato appunto Audit Civico, nasce come risposta a tre ordini di problemi sperimentati dal Tribunale per i diritti del malato:

esigenza di dare una forma concreta alla centralità del punto di vista del cittadino nella organizzazione dei servizi sanitari e di promuovere forme efficaci di partecipazione dei cittadini alla gestione dei servizi sanitari pubblici;

esigenza di rendere trasparente e verificabile l'azione delle Aziende Sanitarie per superare l'autoreferenzialità dei servizi sanitari e per ottenere che le segnalazioni producano i dovuti miglioramenti;

necessità di creare un contrappeso alla diversificazione dei diritti dei cittadini e degli standard dei servizi prodotto dalla maggiore autonomia dei governi regionali.

Il legame con il *benchmarking* (valutazione comparativa) non è soltanto una scelta metodologica ma acquista un valore strategico nel rendere comparabili le performance aziendali sulla base di elementari criteri legati ai diritti dei cittadini e standard ormai condivisi nella società.

Lo sviluppo dell'Audit Civico in collaborazione con le amministrazioni sanitarie regionali è un esempio di attuazione dell'ultimo comma dell'art. 118 della Costituzione Italiana "*Stato, Regioni, Province, Città, Metropolitane e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale sulla base del principio di sussidiarietà*".

La progettazione dell'Audit Civico ha preso le mosse da quattro domande semplici e cruciali rappresentative di altrettanti aspetti dell'esperienza del cittadino nei servizi sanitari:

quali sono le azioni promosse dall'Aziende Sanitarie per mettere concretamente i cittadini e le loro esigenze al centro dell'organizzazione dei servizi sanitari?

quale priorità assumono nell'azione delle Aziende Sanitarie alcune politiche di particolare rilievo sanitario e sociale, come il risk management, il pain management e il sostegno ai malati cronici?

la partecipazione dei cittadini è considerata dalle Aziende Sanitarie una risorsa essenziale per il miglioramento dei servizi sanitari o viene promossa solo come un adempimento burocratico previsto dalla legge?

quali risposte ha fornito l'Azienda Sanitaria ad un problema ritenuto urgente dalla comunità locale?

Naturalmente la vastità e la complessità degli argomenti messi in campo fa sì che sia impossibile dare una risposta completa e sistematica a queste domande, ma la loro formulazione permette di selezionare i temi da includere nell'Audit Civico e i dati da raccogliere.

La struttura operativa dell'Audit Civico è composta da cittadini e operatori sanitari delle Aziende che partecipano alla raccolta dei dati che in realtà non è una semplice raccolta di informazioni ma una vera e propria procedura di valutazione che comporta le seguenti fasi:

- decisione della direzione aziendale di aderire all'Audit Civico;
- costituzione dell'equipe operativa;
- realizzazione dei corsi di formazione alla metodologia;
- definizione del campo di applicazione;
- raccolta dei dati;
- restituzione dei dati su supporti informatici;
- elaborazione del rapporto;
- definizione delle aree critiche e delle azioni di miglioramento;
- realizzazione di politiche condivise sulla base dei dati del monitoraggio;
- verifica degli esiti attraverso la realizzazione di un nuovo Audit.

In Umbria l'Audit Civico sarà operativo nel triennio di vigenza del Piano Sanitario Regionale 2009/2011.

Indicazioni operative

L'Accreditamento Istituzionale e l'Audit Civico sono due facce della stessa medaglia per garantire la sicurezza del paziente innalzando la qualità delle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Regionale.

Lo strumento dell'Accreditamento consente al S.S.R. di garantire livelli di assistenza qualificata sia nel servizio pubblico che in quello privato accreditato.

Il monitoraggio costante dell'attività delle strutture pubbliche e private autorizzate ha consentito negli ultimi anni di garantire livelli di qualità delle prestazioni erogate sulla base del possesso dei requisiti minimi previsti dal D.P.R 14/01/97.

Il passaggio dal livello di struttura *autorizzata* a quello di struttura *accreditata* consentirà da un lato di garantire un'assistenza più qualificata sulla base del possesso di requisiti ulteriori di qualità, dall'altro di proseguire, attraverso il processo di miglioramento continuo, in direzione di una prassi di "Qualità in Sanità" non più abdicabile.

Sotto il profilo della compatibilità di un *sistema accreditato* con le risorse economiche disponibili in capo al Servizio Sanitario Regionale va evidenziato che il percorso delle cosiddette "3A" (Autorizzazione, Accreditamento, Accordo Contrattuale) determinerà l'inevitabile "scrematura" delle strutture private (ed anche pubbliche!) indisponibili e/o inidonee alle azioni di miglioramento continuo. Al riguardo va sottolineata l'espressa previsione legislativa che impone alle strutture pubbliche di accreditarsi obbligatoriamente lasciando alle strutture private la scelta di accreditarsi istituzionalmente con il S.S.R., senza trascurare il principio ispiratore della Legge legato alla libera scelta del cittadino.

La *governance* dovrà svilupparsi prevedendo che le strutture private accreditate soddisfino non solo le tradizionali attività sanitarie di media/bassa specialità ma che svolgano anche un'attività sussidiaria adeguata per concorrere proficuamente al raggiungimento degli obiettivi di salute previsti dal Piano Sanitario. In tale contesto le strutture private accreditate non saranno più chiamate in causa per soddisfare solo le esigenze del S.S.R. (ad es. per superare le liste di attesa), ma potranno proporsi come sistematici attori del sistema, integrate a pieno titolo nella rete dei servizi del sistema sanitario regionale, garantendo anche un favorevole rapporto costo/beneficio sulla prestazione accreditata erogata.

Ovviamente l'autorità regionale, proprio attraverso lo strumento dell'Accreditamento Istituzionale, avrà l'obbligo di garantire un servizio qualificato e competitivo, realmente di libera scelta.

L'Audit Civico sarà la cosiddetta "*Cartina al Tornasole*" del Servizio Sanitario Regionale consentendo di misurare la *customer satisfaction* della popolazione umbra.

In conclusione quindi gli strumenti dell'Accreditamento Istituzionale e dell'Audit Civico sono destinati ad incidere in maniera determinante sulla programmazione sanitaria regionale inducendo scelte basate da un lato sulla qualità della prestazione erogata e dall'altro sulla soddisfazione dell'utente in un sistema imperniato su una *competitività controllata e garantita* volta a soddisfare le esigenze e la sicurezza del paziente.

4.11 La comunicazione e l'informazione in Sanità

La comunicazione, l'informazione, l'educazione alla salute, la comunicazione scientifica sono elementi strutturali delle organizzazioni sanitarie perché entrano in gioco in tutte le interazioni tra il Sistema sanitario e i cittadini.

Un sistema sanitario è necessariamente un sistema sanitario complesso, in quanto deve differenziare la sua offerta in ragione delle differenze, preferenze ed aspettative dei cittadini, che esprimono una domanda non solo crescente, ma anche e soprattutto più differenziata e sofisticata.

Il modo di concepire il rapporto tra salute e servizi sanitari è caratterizzato sempre più infatti, dal desiderio delle persone di essere protagoniste consapevoli delle proprie scelte di salute, dalla consapevolezza che lo stato di salute è funzione, oltre che delle cure sanitarie, di fattori quali le condizioni socio- economiche e culturali, l'ambiente, il lavoro, l'alimentazione, i rapporti sociali...

Questa complessità può tradursi in un ostacolo all'utilizzo appropriato e tempestivo dei servizi; pertanto lo sforzo di miglioramento del servizio sanitario regionale deve accompagnare l'innovazione dei servizi con l'innovazione informativa a tutti i livelli:

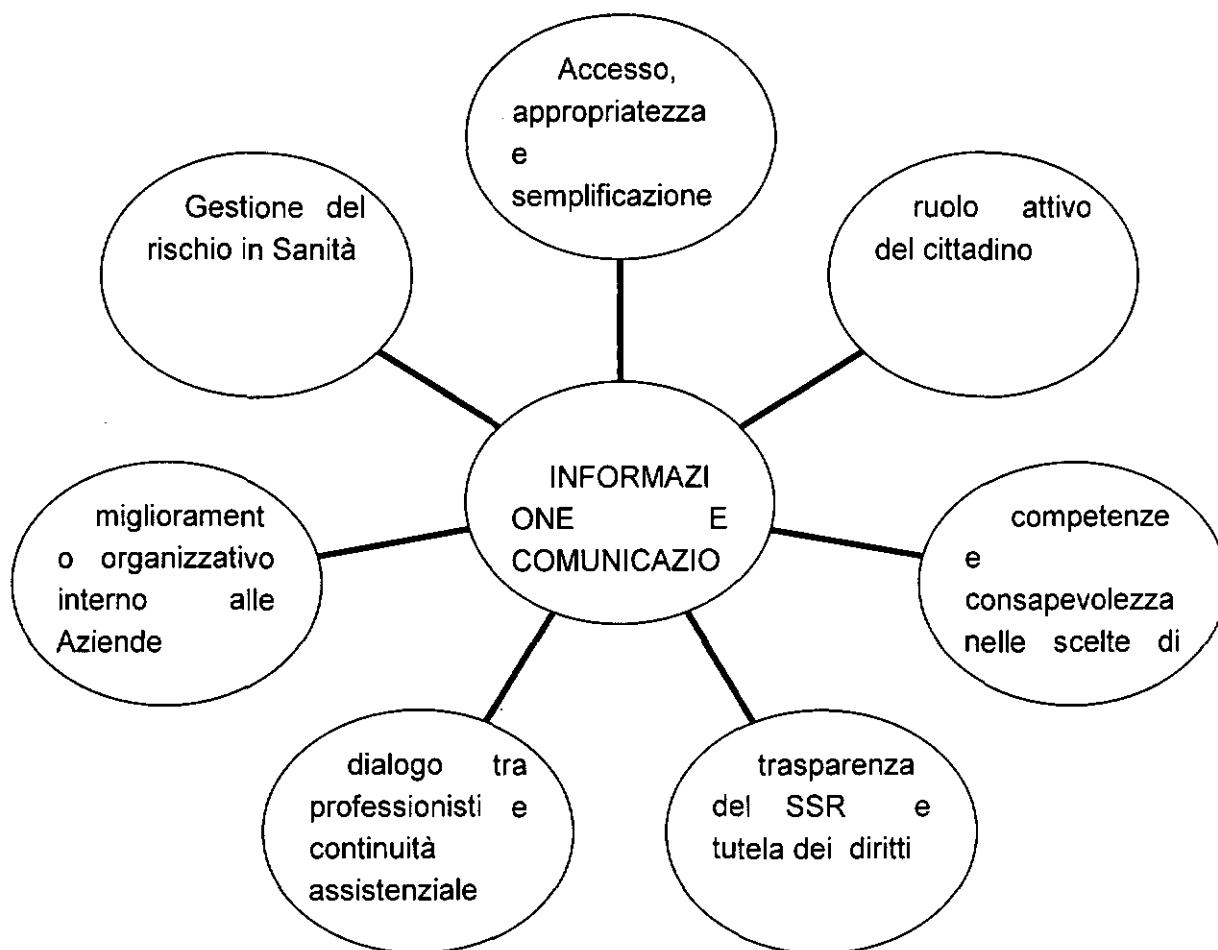
a) all'interno dei servizi, come strumento gestionale e di supporto alla assistenza; b) tra i servizi e con i diversi livelli di governo del sistema regionale; c) nei rapporti con i cittadini e gli utenti.

Le dimensioni essenziali della qualità richieste al Servizio Sanitario odierno richiedono come luogo del cambiamento le competenze professionali e relazionali degli operatori, gli assetti organizzativi dei servizi e la comunicazione con gli utenti, la partecipazione dei cittadini. Saper ascoltare l'utente e fornire le informazioni necessarie per promuovere responsabilità individuale e collettiva verso la salute richiede lo sviluppo di forme evolute di comunicazione.

In buona sostanza la comunicazione deve configurarsi come strumento per il miglioramento organizzativo, il coinvolgimento del personale, il miglioramento delle relazioni con operatori e cittadini e per qualificare i servizi, sostenere con la diffusione di appropriate conoscenze scientifiche il diritto della popolazione all'autodeterminazione del proprio benessere.

Il sistema delle informazioni deve mettere in grado il cittadino di orientare la propria domanda, di comprendere diritti e doveri, di conoscere procedure, di saper utilizzare al meglio le opportunità fornite dal SSR.

Funzioni della comunicazione nel SSR



Gli obiettivi di Comunicazione nel nuovo PSR

Facilitare l'accesso ai servizi e un loro utilizzo appropriato

Equità e semplificazione

La conoscenza e l'accesso ai servizi, nel mentre richiede azioni rivolte a tutti i cittadini, deve tenere conto in particolare di quelle categorie di persone che possono avere maggiori difficoltà al contatto con il servizio pubblico, sia per difficoltà di tipo fisico che culturale; le caratteristiche della popolazione umbra richiedono attenzione, anche sul piano delle strategie di informazione-comunicazione, in direzione di disabili, immigrati, anziani. Oltre allo sviluppo delle attività di front-office è necessario quindi rafforzare, soprattutto nella direzione sopra indicata, tutti gli strumenti di Comunicazione diretta con il cittadino valorizzando in particolare l'uso delle tecnologie comunicative, a partire dal telefono e dal WEB, proprio per facilitare le persone che possono avere difficoltà di accesso al Sistema dei Servizi.

Integrazione delle informazioni

Poiché problemi di assistenza sociale e sanitaria sono spesso collegati, è opportuno promuovere e realizzare la massima integrazione possibile tra i due sistemi: sociale e sanitario, anche sul piano informativo.

Diritti, garanzie e doveri

La Carta dei Servizi è lo strumento attraverso il quale l'Azienda Sanitaria rende nota la propria offerta di servizi e i propri impegni nei confronti dei cittadini, nel garantire livelli e standard di qualità, a garanzia dei diritti del cittadino, secondo i criteri del *DPCM del '95 "Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi Pubblici Sanitari"* ed alle altre indicazioni fornite dal Ministero della Sanità. Le Carte dei servizi per rispondere a tali fini devono essere periodicamente aggiornate.

Ruolo della Regione:

- Definire *Linee Guida Regionali per la Carta dei servizi* - in applicazione del programma regionale sull' AUDIT CIVICO - in modo tale da prevedere per le Aziende Sanitarie modalità compilative omogenee, anche a superamento di qualche difficoltà interpretativa dei documenti ministeriali di riferimento (DPCM '95).
- Promuovere/sostenere *progetti* volti alla *informazione integrata* sociale e sanitaria per categorie "fragili", quali disabili e emigrati.

Ruolo delle Aziende Sanitarie:

- Realizzare la *Carta dei Servizi*

- Attivare, in collaborazione con gli Enti Locali del proprio territorio, *esperienze di informazione integrata sociale e sanitaria* per categorie fragili.

Rafforzare la capacità delle persone di governare la propria salute e effettuare scelte consapevoli

Comunicazione negli screening oncologici, prevenzione, stili di vita, vaccinazioni, gestione delle emergenze.

I cittadini devono essere resi consapevoli e responsabili della propria salute, anche in termini di promozione e prevenzione di questa; questo percorso di empowerment è reso possibile proprio sulla base della informazione e con la possibilità di sviluppare comportamenti personali e capacità di influenzare comportamenti altrui.

L'importanza della assunzione di stili di vita atti alla salute e di mettere in atto comportamenti preventivi, quali adesione alle vaccinazioni e agli screening oncologici, richiede la attivazione anche di azioni informative di massa, oltrechè di azioni educative mirate.

In quest'ambito va collocata l'attenzione per il "marketing sociale", inteso come partnership tra strutture sanitarie, sociali ed altri soggetti, pubblici e privati, nel sostegno alla diffusione delle informazioni e promozione di orientamenti utili alla salute.

Consenso Informato

Il cittadino deve essere soggetto delle scelte che riguardano la sua salute e perchè questo accada occorre promuoverne la partecipazione attiva a partire dai processi sanitari/assistenziali che lo riguardano direttamente. E' opportuno pertanto implementare i processi di informazione e comunicazione in primis tra singolo cittadino e operatore, a partire dal Consenso Informato, al fine di rendere le persone consapevoli della propria situazione clinica, delle alternative terapeutiche possibili, del diritto a scegliere il proprio piano di cura assumendone le spettanti responsabilità (empowerment). Questo è richiamato anche nei documenti dell'OMS e nella Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo e la biomedicina, recepita in Italia con la Legge n. 145/2001.

Ruolo della Regione:

- realizzare "campagne-ombrello" su screening, vaccinazioni di nuova attivazione e programmi di prevenzione;

Ruolo delle Aziende Sanitarie:

- Promozione e monitoraggio della corretta gestione del processo di acquisizione del *Consenso Informato*;

- Promozione e educazione alla Salute;
- Collaborazione alle campagne regionali.

Promuovere il ruolo del cittadino e della società civile nella valutazione e nelle scelte delle attività/servizi del SSR

Rendicontazione sociale

Il Bilancio Sociale (rendicontazione triennale sul PAL) costituisce, oltreché uno strumento del sistema di programmazione e rendicontazione, come in altro capitolo del Piano indicato, anche un potente strumento di comunicazione con gli interlocutori istituzionali e le forme rappresentative della società civile.

Conferenze dei Servizi

La Conferenza dei servizi- intesa come rendicontazione annuale sul perseguimento degli obiettivi aziendali e valutazione sull'andamento dei servizi - deve soprattutto costituire un momento di confronto tra questa e organizzazioni dei cittadini, prevedendo per queste un ruolo attivo all'interno di esse soprattutto per quanto riguarda la valutazione sull'andamento dei servizi. Le esperienze, altrove indicate, di indagini di qualità percepita e di audit civico possono integrarsi efficacemente nella realizzazione delle Conferenze stesse.

Misurare la qualità percepita e promuovere Audit Civico

Sviluppare il coinvolgimento dei cittadini nelle scelte/valutazione relativi ai servizi e fornire informazioni e contesti per promuovere responsabilità individuale e collettiva nei confronti della salute sono elementi essenziali delle proposte del PSN. Ma la partecipazione dei cittadini ha finora scontato l'assenza di una metodologia che ne facilitasse l'attuazione. L'AUDIT CIVICO promosso da Cittadinanzattiva nel contratto di collaborazione con il Ministero della Salute del gennaio 2008 rappresenta una risorsa per la valutazione dei servizi in comune tra cittadini e operatori, sulla base di una precisa metodica.

Al contempo, e mentre si maturano esperienze più complesse di Audit Civico, devono essere sviluppate con continuità indagini di QP per la valutazione dei servizi, come risorsa per garantire adeguati processi di miglioramento nei servizi specifici.

Ruolo della Regione:

- Dare indirizzi applicativi alle LG al Bilancio Sociale;
- Realizzare un Osservatorio regionale per le rilevazioni di Qualità percepita dei servizi sanitari pubblici e delle Carte dei servizi;
- Promuovere l'Audit Civico tramite applicazione dell'Accordo 2008 tra Ministero e Cittadinanzattiva.

Ruolo delle Aziende Sanitarie:

- Conferenza annuale dei Servizi;
- Indagini di qualità percepita;
- Redazione triennale del Bilancio Sociale;
- Partecipazione al Programma regionale di AUDIT Civico.

Sostenere modelli organizzativi volti a facilitare la comunicazione tra strutture e professionisti

Le tecnologie trovano sul piano della continuità assistenziale terreni nuovi da esplorare per ricomporre specificità e frammentarietà degli interventi, ridurre tempi e spostamenti, avvicinare professionisti di strutture diverse.

Promuovere / rafforzare il "sistema comunicazione" e le risorse

Organizzazione aziendale

Occorre sviluppare all'interno delle Aziende Sanitarie un "sistema di comunicazione" a cui concorrano, in una logica integrata, le diverse strutture/attività dedicate. (Ufficio relazioni con il Pubblico, Ufficio Stampa, Servizio Educazione alla Salute, ecc.) quali articolazioni con competenze specialistiche finalizzate al miglioramento della comunicazione interna ed esterna. Per essere efficace tale "Sistema comunicazione" dovrà:

- essere direttamente collegato al sistema delle responsabilità cliniche ed organizzative e partecipare alle fasi di decisione strategica;
- prevedere la pianificazione anche in termini di Comunicazione attraverso i Piani aziendali della C.

Ad un rafforzamento del sistema comunicazione all'interno della organizzazione aziendale deve far riscontro la organizzazione della funzione di riferimento regionale che svolga compiti di coordinamento e di supporto per la elaborazione di strategie comunicative, la preparazione e la realizzazione di progetti informativi, di educazione alla salute e di comunicazione del rischio, la progettazione di indagini su aspettative e atteggiamenti dei cittadini per rispondere a tutte quelle problematiche che richiedono competenze non facilmente reperibili a livello delle singole Aziende.

Formazione

L'aggiornamento e la formazione continua degli operatori sanitari assume in tale contesto un ruolo sempre più decisivo per adeguare le conoscenze e le capacità tecniche alla evoluzione anche degli strumenti e metodi in tema di comunicazione e sviluppo dei rapporti con il cittadino.

Ruolo della Regione:

- sviluppo della infrastruttura regionale di riferimento : funzioni della Agenzia regionale in materia di C.;
- sviluppo della funzione formativa degli operatori della Direzione regionale e delle Aziende Sanitarie.

Ruolo delle Aziende Sanitarie:

- sviluppare in senso sistemico ed integrato le diverse strutture e attività di comunicazione: "Sistema comunicazione" aziendale;
- inserire tra gli strumenti della programmazione annuale il Piano di Comunicazione aziendale;
- prevedere nei Piani formativi aziendali iniziative volte a sostenere le competenze relazionali e comunicative degli operatori;
- rafforzare gli URP tramite aggiornamento del regolamento di pubblica tutela e formalizzazione del sistema di gestione dei reclami.

Inoltre la Regione è impegnata nel Progetto Regione Umbria – ANCI Umbria per la donazione e trapianto di organi:

- a diffondere l'informazione scientifica, attraverso attività redazionale e organici strumenti editoriali su carta e su WEB, tra gli operatori sanitari e i " cittadini competenti" con le attività in cui è coinvolta l'Agenzia Regionale (L.R. 16/2007);
- a facilitare l'accesso alla documentazione scientifica, in particolare sulle innovazioni tecnologiche nel campo sanitario, sviluppando le collaborazioni tra le Aziende Sanitarie e Università, integrazioni con attività di ricerca, di formazione e di diffusione delle conoscenze;
- a sperimentare e rafforzare modalità di collaborazione tra le organizzazioni sanitarie, i governi locali e le comunità, ai fini programmatici e valutativi delle politiche sanitarie, attraverso strumenti comunicativi e processi innovativi che facilitino lo sviluppo di politiche inclusive, di networking e di cooperazione anche internazionale per la promozione della salute e la coesione sociale.

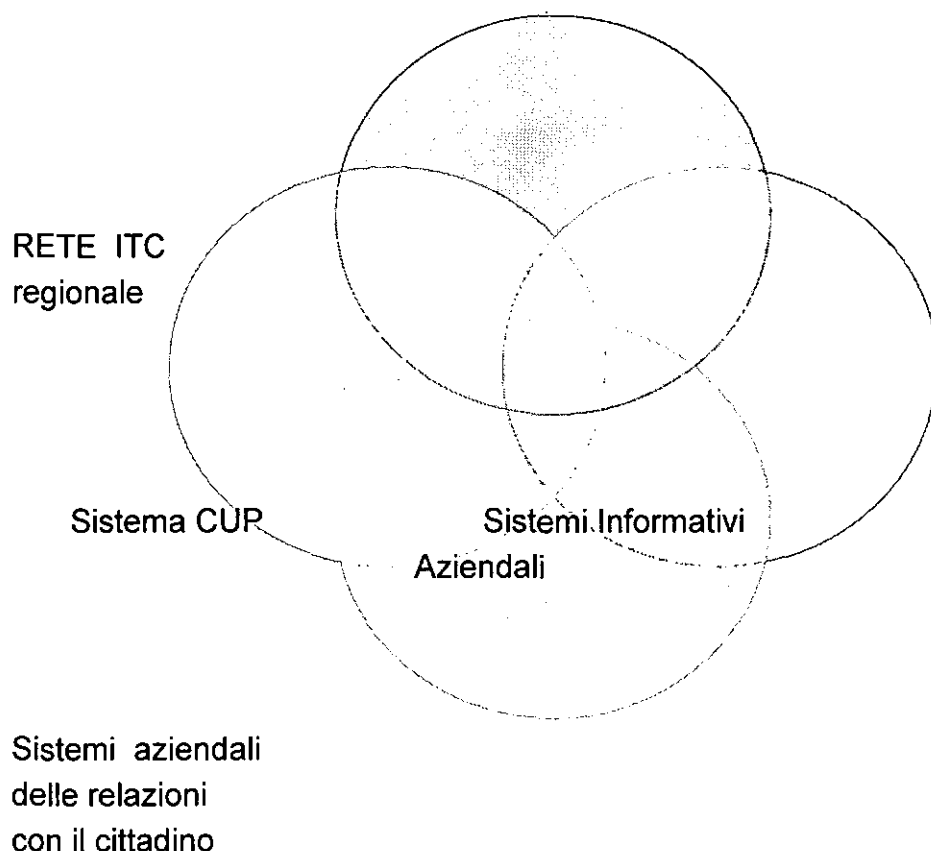
Per tutte queste attività è prevista la collaborazione dei Servizi della Direzione e le Aziende Sanitarie, l'Università, Soggetti Terzi, ASR e gruppi di lavoro tecnici interessati.

Sito WEB per la comunicazione in Sanità

L'uso delle tecnologie WEB si è fortemente diffuso in questi anni, anche presso la Direzione regionale Sanità e Servizi Sociale. Tali attività sono realizzate utilizzando le strutture informatiche della regione e competenze concernenti le tecnologie informatiche, le strategie, le normative e i metodi della comunicazione attraverso il web in Sanità.

Le attività relative al Sito WEB vengono svolte in stretta collaborazione con la rete Informativa regionale, con il SITO istituzionale della regione Umbria, con il supporto di esperti nel campo della comunicazione in Sanità. In funzione dei diversi progetti sono sviluppate collaborazioni con tutte le aree dell'Agenzia, i Servizi della stessa Direzione regionale, le Aziende Sanitarie e i gruppi di lavoro tecnici interessati.

Il complesso delle attività di informazione e comunicazione con il cittadino /utente dei servizi si interseca, soprattutto attraverso gli strumenti della Informazione e Comunicazione Tecnologica (ITC). con altri sistemi del SSR.



4.12 Rendere effettiva la partecipazione

Premessa

La inadeguata applicazione delle norme che tanto nella L.R. n. 3/1998 che nel PSR 2003-2005 garantiscono momenti di partecipazione determina uno sbilanciamento complessivo dei poteri, con una marginalizzazione di cittadini ed utenti, ed una organizzazione effettiva di presidi e servizi che sempre meno tiene conto dei problemi di salute importanti per chi sul territorio vive e lavora.

Sono offerti infatti pochi spazi concreti al contributo di associazioni e cittadini, neanche come surrogato attraverso gli atti compiuti dalle varie conferenze dei sindaci,

fino ad oggi poco impegnate nell'attivazione di appropriate interazioni con la popolazione e le collettività.

Ulteriori difficoltà nel rendere effettiva la partecipazione nelle varie ASL ed AO umbre, derivano:

in parte da una sostanziale impermeabilità delle logiche aziendali alle istanze partecipative;

in parte dallo scarso impatto sulle scelte effettive che gli spazi proposti fino ad oggi prefigurano all'impegno di cittadini e associazioni;

in parte dalle difficoltà, talora lamentate dalle aziende sanitarie, ad avere nei tavoli di confronto punti di vista e proposte che vadano oltre le specificità che motivano le singole realtà aggregative, con il rischio di rincorrere risposte sbilanciate verso la soluzione di problematiche parcellizzate e la attivazione di dinamiche disfunzionali o non sostenibili dal sistema.

Linee strategiche

Il Piano Sanitario Regionale affronta le problematiche sopra richiamate nella prospettiva di mettere in atto i passaggi funzionali a far evolvere il SSR in un'organizzazione strutturalmente più partecipata, sulla base di consolidamenti graduali delle soluzioni più adatte alle specificità del tessuto regionale delle associazioni per il diritto alla salute.

Questo assunto comporta per il SSR:

- a) sia la necessità di concertare e mettere a regime dispositivi di reale partecipazione, superando i momenti di separatezza tra cittadini, direzioni aziendali, ed i corpi e le strutture professionali del SSR per:
 - riequilibrare le asimmetrie tra il potere della conoscenza, quello della posizione amministrativa e quello degli esposti ai rischi, alla esclusione ed alla malattia;
 - creare spazi di interazione, di indirizzo, qualificazione e valutazione in cui possano esprimersi tanto le richieste quanto le potenzialità e le risorse presenti nelle collettività e nei territori.
- b) sia la necessità di supportare la maturazione delle varie istanze associative in modo da garantire sempre maggiore qualità ai processi sopra delineati.

La partecipazione dei cittadini, in forma singola o associata, concorre, infatti, alla realizzazione del diritto alla salute e all'erogazione dei LEA, ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m, della Costituzione.

Tale partecipazione va intesa in senso ampio, sia come diretta partecipazione delle organizzazioni che esprimono la società civile, in primo luogo delle associazioni degli utenti e delle loro famiglie, alle determinazioni delle politiche assistenziali, sia come valorizzazione del Terzo Settore, come una delle componenti per affidare l'erogazione di servizi socio sanitari.

La partecipazione è un processo attivo e quindi i partecipanti dovrebbero avere la capacità di influenzare in maniera significativa le decisioni.

Una reale partecipazione implica la condivisione del potere di prendere decisioni.

Il coinvolgimento dei pazienti e della comunità può avvenire a diversi livelli:

- può riguardare la salute dei singoli pazienti e le scelte terapeutiche;
- può riferirsi alla presenza e alla qualità dei servizi sanitari;
- può coinvolgere la collettività e i pazienti nella scelta di priorità, nella pianificazione e organizzazione dei servizi.

Il Servizio Sanitario Regionale promuove la partecipazione dei cittadini alla definizione, implementazione e valutazione delle politiche sanitarie.

Sarà compito della programmazione attuativa organizzare comitati consultivi, sia a livello regionale che di ASL che di Ambito, per la interazione, per l'indirizzo, per la qualità condivisa, per la valutazione, potenziando in particolare le carte dei servizi basate su standard dei servizi e delle prestazioni, definite di intesa con i comitati consultivi degli utenti e sperimentando forme di gestione associate degli URP con le associazioni degli utenti.

Queste indicazioni vanno estese alle diverse sezioni del PSR, integrandone le disposizioni tramite il recepimento e l'attivazione degli istituti e dei dispositivi di partecipazione individuati.

Risultati attesi a fine periodo di validità del PSR consistono in:

- partecipazione routinaria dei comitati consultivi degli utenti nei dipartimenti, distretti, cds, presidi ospedalieri;
- validazione da parte delle rispettive collettività presenti nei bacini di utenza potenziale:
di tutti i budget aziendali;

- dei programmi di attività di dipartimenti, distretti, cds e presidi ospedalieri;
- approvazione di carte dei servizi in tutte le aziende;
- sperimentazione delle gestione degli URP da parte delle associazioni degli utenti e successiva messa a regime;
- attivazione degli audit civici annuali in tutte le aziende;
- messa a regime del primo bilancio sociale triennale .

4.13 Gli strumenti per il controllo strategico e la valutazione dei risultati

La Regione Umbria, con la L.R. n. 13/2000 recante "Disciplina generale della programmazione, del bilancio, dell'ordinamento contabile e dei controlli interni della Regione dell'Umbria", ha disciplinato in forma organica, prima in Italia e in anticipo rispetto alla normativa nazionale, cioè al D.Lgs. n. 76/2000 che ha stabilito "Principi fondamentali e norme di coordinamento in materia di bilancio e di contabilità delle regioni, in attuazione dell'articolo 1, comma 4, della legge 25 giugno 1999, n. 208", le procedure di programmazione generale, definendo gli atti di programmazione regionale, i ruoli, i contenuti di ognuno di essi, le loro procedure di formazione e i soggetti interessati. Con tale strumento legislativo la Regione ha introdotto un processo integrato e coordinato tra la programmazione generale e quella economico-finanziaria, che assicura trasparenza alle scelte di bilancio e certezza nell'impiego delle risorse pubbliche. Tale processo viene posto in essere mediante atti tra loro coordinati da un nesso di consequenzialità logica e temporale. In questo contesto assume particolare rilevanza una delle principali novità della normativa: l'introduzione del sistema di controlli interni ed il loro collegamento con il ciclo di programmazione di bilancio. Le innovazioni introdotte con la citata legge perseguono l'obiettivo di una maggiore integrazione tra gli atti di programmazione generale e i provvedimenti di governo effettivo, che si riflette positivamente sul processo di allocazione delle risorse, prevedendo, tramite l'istituzione del sistema dei controlli, i necessari ritorni informativi sull'andamento della gestione, nonché sui risultati conseguiti rispetto agli obiettivi predefiniti.

La disciplina dei controlli interni è, in armonia con la normativa nazionale (D.Lgs. n. 286/99), coerente con la nuova cultura del controllo nelle Pubbliche Amministrazioni che ha spostato l'attenzione dalla legittimità degli atti ai risultati dell'attività, consentendo il passaggio dal controllo prescrittivo (di tipo verticale) all'autocontrollo (di tipo orizzontale). Il nuovo approccio del sistema di programmazione e controllo regionale ha visto il passaggio dalla programmazione strategica che prescrive una serie di azioni da porre in essere, alla programmazione e controllo strategico che elabora un piano strategico e assegna obiettivi e risorse agli attori della programmazione e del controllo gestionale. Tali mutamenti sono dovuti alla necessità di migliorare il supporto ai decisori politici in termini di conoscenza dell'ambiente, impatto delle politiche, monitoraggio dell'attuazione dei programmi settoriali e di quelli integrati.

In particolare, il controllo strategico è uno strumento a disposizione dell'organo politico finalizzato a:

1. coadiuvare la Giunta regionale nella elaborazione delle direttive e degli altri atti di indirizzo politico di cui all'art. 3 c. 1 lettere b) e c) del D. Lgs. 29/93 e successive modificazioni e precisamente:
 - nella definizione di obiettivi, priorità, piani, programmi e direttive generali per l'azione amministrativa e la gestione;
 - nell'individuazione delle risorse umane, materiali ed economico finanziarie da destinare alle diverse finalità e nella loro ripartizione tra gli uffici di livello dirigenziale generale;
2. verificare l'effettiva attuazione delle scelte contenute negli atti medesimi di cui al punto 1);
3. verificare il grado di coerenza e la congruità degli strumenti attuativi rispetto agli obiettivi strategici fissati dalle direttive e dagli altri di indirizzo politico di cui al punto 1) mediante la valutazione degli strumenti attuativi della programmazione regionale;
4. redigere, al termine di ciascun semestre e alla fine di ciascun anno, un rapporto sui risultati delle analisi effettuate con proposte di miglioramento della funzionalità dell'amministrazione e dell'efficienza, efficacia ed economicità dell'azione amministrativa.

Uno degli strumenti di controllo strategico utilizzati inizialmente dalla Regione Umbria è stato il documento di verifica di risultato relativa agli obiettivi del D.A.P. 2003-2005. Successivamente, è stato inserito nel Documento regionale annuale di programmazione (D.A.P.) 2007-2009, un apposito capitolo interamente dedicato alla verifica di risultato degli obiettivi del D.A.P. 2006-2008 e ad elementi di controllo strategico. In tale capitolo, per ciascuna politica regionale vengono descritti il contesto di riferimento, il posizionamento competitivo dell'Umbria rispetto alle altre regioni italiane e forniti indicatori significativi dello sviluppo economico e sociale della regione. Infine vengono evidenziati i risultati in merito alla verifica dello stato di attuazione delle attività individuate come prioritarie per il 2006, nel D.A.P. 2006-2008 e valutata l'adeguatezza delle scelte compiute in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti. Tale verifica di risultato rappresenta un importante sviluppo del processo di rafforzamento della governance regionale, in quanto contribuisce alla costruzione di un compiuto sistema di controllo strategico regionale, in grado di supportare l'attività di programmazione strategica e di indirizzo politico-amministrativo e quindi di favorire la funzionalità dell'organizzazione e il buon andamento dell'attività amministrativa.

Con riferimento all'anno 2007, invece, in ottemperanza a quanto disposto dalla lettera k) dell'art. 65 del nuovo Statuto della Regione Umbria che prevede, tra le attribuzioni del Presidente della Giunta Regionale, la presentazione al Consiglio regionale di una relazione annuale sullo stato di attuazione del programma di governo e sulla amministrazione regionale, nella quale espone l'attività svolta, anche in riferimento alle priorità e agli indirizzi approvati dal Consiglio regionale ed indica gli atti di programmazione

che l'esecutivo intende proporre nell'anno successivo, è iniziata una nuova fase del sistema di programmazione e controllo della regione. Infatti, con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 222/2008 è stata approvata la Relazione del Presidente della Giunta Regionale sullo stato di attuazione del programma di governo e sulla amministrazione regionale per l'anno 2007 e condivise le linee politico-programmatiche delineate. La Giunta regionale, quindi, nel recepire le nuove norme statutarie, ha separato formalmente e temporalmente il documento di programmazione ed indirizzo, svolta dal D.A.P., dal documento di controllo strategico, in modo da valorizzare la mission del D.A.P. di indirizzo da un lato e da rendere più trasparente l'azione del governo regionale, dall'altro, offrendo al Consiglio Regionale e quindi, all'opinione pubblica, un rendiconto chiaro, affidabile e tempestivo dell'attività svolta. Per la parte relativa alla politica del *Welfare* e in particolare alla sottopolitica *Protezione della salute*, gli indicatori presi a riferimento sono stati: il personale dipendente del S.S.N., il tasso di utilizzo dei posti letto (rapporto tra giornate di degenza effettive e giornate di degenza potenziali), il tasso di ospedalizzazione (rapporto tra degenze e popolazione media residente), l'indice di copertura dell'attività ospedaliera (rapporto tra il numero di residenti emigrati in altra regione per ricoveri ordinari acuti sul totale delle persone ospedalizzate residenti nella regione) e la spesa farmaceutica netta pro-capite.

A conferma della volontà di rafforzare il sistema di controllo strategico regionale, in attuazione di quanto indicato dall'art. 99 della L.R. n. 13/2000, con D.G.R. n. 287/2008 è stato costituito l'"Organismo di supporto al Controllo strategico", che collabora direttamente con la Presidente della Giunta regionale, con funzioni di guida e di convalida delle attività e dei risultati rilevati dal controllo strategico, anche con riferimento alle analisi di finanza pubblica. Tale organismo, composto da esperti di chiara fama provenienti dal mondo universitario, è preposto a garantire l'adeguatezza metodologica del sistema di controllo utilizzato, il suo allineamento con le più avanzate tecniche di analisi e ad individuare i necessari indicatori e gli strumenti di valutazione. La sua costituzione si pone quale step di un più ampio processo al quale la D.G.R. n. 1375/2007, di definizione dei "Sistemi premianti connessi alla valutazione dei risultati", ha dato un impulso particolare, dando mandato all'Area della programmazione regionale e alla Direzione regionale alle risorse umane, finanziarie e strumentali di porre in essere interventi volti alla rivisitazione del percorso di definizione degli obiettivi/risultati. La Giunta regionale ha infatti deciso di rafforzare l'orientamento al risultato e sostenere la maturazione complessiva dell'ambiente organizzativo e gestionale, rivedendo il percorso di definizione degli obiettivi/risultati, non solo in relazione alla strutturazione del ciclo di programmazione e controllo finalizzato alla valutazione del grado di attuazione degli indirizzi strategici, ma anche in relazione al potenziamento della metodologia in uso per la valutazione dei risultati dei dipendenti regionali, con particolare riferimento alla rappresentazione oggettivabile degli obiettivi assegnati. Si vuole puntare all'oggettività della valutazione e al suo ancoraggio ad un sistema manageriale e professionale orientato alla gestione per risultato a tutti i livelli: dai dipendenti ai direttori. Il processo di definizione degli obiettivi dei Direttori regionali prende avvio con la richiesta ai Direttori stessi di una proposta di obiettivi che presentino le seguenti caratteristiche:

1. per ciascun obiettivo va evidenziato il collegamento con il Documento annuale di programmazione (Dap) e con eventuali altri atti di programmazione;
2. va evidenziata la pertinenza temporale dell'obiettivo all'anno di riferimento;
3. vanno evidenziate, nei limiti del possibile, modalità di misurazione di ciascun obiettivo.

Sulle proposte di obiettivi pervenute da ciascuna Direzione regionale, l'Area della Programmazione regionale, la Direzione regionale risorse umane, finanziarie e strumentali, e la Direzione Affari Generali della Presidenza e della Giunta regionale, per quanto di rispettiva competenza, svolgono una sintetica istruttoria per verificare la sussistenza dei requisiti sopra elencati.

La Giunta Regionale, intende, quindi, rinvigorire il sistema di valutazione del management e tale impostazione vuole essere riproposta anche in ambito sanitario.

Attualmente, gli strumenti utilizzati in ambito sanitario sono stati il Documento di Valutazione sui Determinanti di Salute e sulle Strategie del SSR, con il quale sono state valutate le indicazioni programmatiche contenute nel PSR 2003-2005, in termini di impatto sulla salute e la valutazione dei Direttori Generali.

Al fine di supportare e valorizzare l'azione delle aziende, la Regione Umbria si propone di valorizzare il sistema di monitoraggio e valutazione dei risultati in modo tale da offrire strumenti operativi utili sia al governo del sistema sanitario nel suo complesso, sia delle singole realtà aziendali. Strumenti che siano, dunque, in grado di supportare sia l'assessorato regionale che il management aziendale, consentendo di raggiungere gli obiettivi in maniera più efficace. In particolare si prevede l'utilizzo di indicatori che diano conto sia della misura in cui l'obiettivo strategico viene perseguito (efficacia di output), sia della misura in cui si producono gli effetti sperati nei confronti degli stakeholders (efficacia di outcome). Oggetto di valutazione sarà la capacità dell'azienda di pianificare e programmare l'attività in linea con le esigenze degli utenti e la capacità di operare nel contesto del sistema sanitario regionale e di seguire gli orientamenti del PSR e delle successive delibere di applicazione, in un processo tipicamente circolare che consenta di avere ritorni informativi in itinere, in modo da predisporre eventuali atti correttivi in maniera tempestiva. In quest'ottica sarà necessario conferire maggiore elasticità al contesto aziendale rispetto ai cambiamenti, dando ai manager la possibilità di individuare le più opportune strategie, le metodologie migliori, le best-practices per l'ottimizzazione della performance.

Il sistema di valutazione che si prevede di implementare servirà a supportare i processi di pianificazione e programmazione a livello regionale e aziendale e potrà essere inoltre collegato al sistema incentivante regionale per le direzioni aziendali. Le aziende sanitarie ed ospedaliere, a loro volta, potranno collegare tali strumenti al proprio sistema di budget interno. In questo modo verranno facilitate analisi in benchmarking dei dati tra le diverse realtà aziendali facilitando il superamento dell'autoreferenzialità a favore del confronto, inteso come strumento fondamentale per verificare i risultati conseguiti, attivare l'apprendimento e individuare gli spazi di miglioramento.

Inoltre, la Regione Umbria ritiene fondamentale che tale sistema di valutazione sia il più possibile armonizzato con quello di altre regioni, in modo da poter effettuare analisi in

benchmarking anche a livello interregionale. Il confronto con i risultati di altre regioni, la condivisione delle diverse esperienze maturate, costituirà un ulteriore valido strumento che consentirà di definire sia gli obiettivi di miglioramento del Sistema sanitario in termini di qualità, appropriatezza, efficienza, equità, combinati con la sostenibilità economica del sistema, sia il sistema di incentivazione delle Direzioni generali delle aziende.

Infine sempre nell'ambito degli strumenti di controllo strategico, la Giunta regionale si impegna a trasmettere al Consiglio regionale una relazione annuale contenente i risultati relativi ai principali obiettivi del Piano, che consentano confronti spazio-temporali all'interno dell'Umbria e con altre regioni.

Si possono individuare due aree di valutazione che rispecchiano i valori e i principi di riferimento indicati dal Piano stesso, in particolare:

- 1- la persona al centro del sistema per la salute;
- 2 - l'appropriatezza delle prestazioni.

1 - In riferimento alla persona, si propongono i due seguenti indicatori da utilizzare nella sopra citata relazione:

- **Aspettativa di vita con e senza disabilità nella popolazione umbra**
a livello internazionale l'indicatore principale per misurare il livello di sviluppo di un paese è la speranza di vita alla nascita, tale indicatore non è esclusivamente collegabile al progresso in ambito socio-sanitario, la speranza di vita senza disabilità rappresenta invece un indicatore sintetico dei contributi forniti al miglioramento dello stato di salute della popolazione dalle politiche sanitarie;
- **Mortalità evitabile e anni di vita potenziali persi**
la mortalità evitabile, ossia per cause che almeno in certe fasce d'età può essere evitata attraverso prevenzione, diagnosi precoce o terapie adeguate, è un indicatore utilizzato per valutare l'efficacia dei sistemi sanitari.

2 - L'appropriatezza delle prestazioni si può suddividere in quattro aree derivanti dall'incrocio tra appropriatezza clinica/organizzativa e assistenza ospedaliera/extra-ospedaliera:

- a) appropriatezza dell'assistenza ospedaliera da un punto di vista clinico;
- b) appropriatezza dell'assistenza ospedaliera da un punto di vista organizzativo;
- c) appropriatezza dell'assistenza extra-ospedaliera da un punto di vista clinico;
- d) appropriatezza dell'assistenza extra-ospedaliera da un punto di vista organizzativo.

Prendendo spunto dal lavoro condotto per la valutazione del Piano sanitario 2003-2005, i seguenti indicatori possono coprire le quattro aree sopra-elencate:

- **Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici – Ricoveri Ordinari**
- **Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici – Day Hospital**
- **Mortalità intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità**

- **Percentuale di ricoveri ripetuti entro 20 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale**
- **Tasso di ricovero per scompenso cardiaco residenti 50-74 anni**
- **Tasso di ricovero per diabete residenti 20-74 anni**
- **Tasso di ricovero per BPCO (enfisema e bronchite cronica) residenti 50-74 anni**
- **Tasso di ricovero per polmonite residenti 20-74 anni**
- **Spesa farmaceutica regionale netta pro-capite**
- **Percentuale di cittadini che ottengono le prestazioni di specialistica ambulatoriale (prestazioni previste dal Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa)**
- **Percentuale di cittadini che ottengono i ricoveri (ricoveri previsti dal Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa)**
- **Tasso di copertura degli screening oncologici**
- **Indice di attrazione**
- **Indice di fuga**

Alcuni di questi indicatori sono trasversali rispetto alle quattro aree di intervento sia perché riguardano l'integrazione ospedale-territorio sia perché sono legati a scelte cliniche ed organizzative.

Gli indicatori individuati hanno carattere generale, non sono relativi a specifiche patologie, procedure o servizi, hanno metodologie già utilizzate dalla Direzione regionale e sono avvalorati dalla letteratura scientifica e non possono generare manipolazione dei dati o comportamenti clinici attuati nel solo obiettivo di ottenere una buona valutazione. Questi indicatori non sono comunque da ritenere vincolanti per la stesura della relazione della Giunta regionale, ma possono essere sostituiti da altri indicatori ritenuti via via più idonei a rappresentare le aree di valutazione.