

AslQuAS

Associazione Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale



La Qualità nell'Assistenza Sanitaria e Sociosanitaria

Evidenze, norme, modelli, interventi, monitoraggio

Di Stanislao F.
Presidente AslQuAS

Collaboratori:

*Amoddeo C.E., Banchieri G., Caldesi R., Cazzetta M.,
Greghini S., Priore S., Scelsi S., Sodo S.*
(Direttivo Nazionale AslQuAS)

*Dal Maso M., De Belvis A.G., Goldoni L.,
Ronchetti M., Vannucci A., Wienand U.*
(Soci AslQuAS)

Carzaniga S., Casacci G.
(AGENAS)

*D'Alleva A., Acquaviva G., Catalini A., Diotallevi F.,
Masiero A.L., Montagna V.*
(Dottorandi e Specializzandi - Igiene e Medicina Preventiva
- Università Politecnica delle Marche)



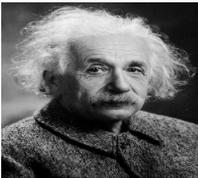
La conoscenza è una navigazione in un oceano di incertezze attraverso arcipelaghi di certezze

Edgar Morin



Misura ciò che è misurabile.
Ciò che non è misurabile, rendilo tale

Galileo Galilei



Non tutto ciò che può essere misurato conta e non tutto ciò che conta può essere misurato.

Albert Einstein



Di Dio ci fidiamo. Tutti gli altri portino dati

William Edwards Deming



Mi si definisce eccentrico per aver detto pubblicamente che gli ospedali, se vogliono essere sicuri di migliorare devono:

- 1) mostrare loro risultati;
- 2) confrontare i loro risultati con quelli degli altri
- 3) far conoscere non solo i loro successi ma anche i loro errori

Queste opinioni non saranno giudicate eccentriche fra qualche anno

Ernest Amory Codman



Tutti vogliono le misure, nessuno vuole essere misurato

Pierluigi Morosini



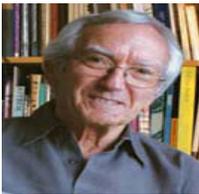
Misurare senza cambiare è uno spreco. Cambiare senza misurare è scervellato

Donald Berwick



Ciò che misuriamo influenza ciò che facciamo e se le nostre misurazioni sono difettose le decisioni possono essere distorte

Jean-Paul Fitoussi



La maggioranza dei dati raccolti non viene elaborata o, se elaborata, non viene analizzata o, se è analizzata, i risultati dell'analisi non sono scritti, o se sono scritti, non vengono letti o, infine, se sono letti, non incidono sulle decisioni.

Emanuel de Kadt



INDICE

PREFAZIONE	9
INTRODUZIONE	13
1. LA QUALITÀ NELLA PRODUZIONE DI BENI E SERVIZI	15
a) Evoluzione e storia della qualità	15
b) Qualità dell'assistenza sanitaria	21
i. La Carta di Portonovo della SIQuaS-VRQ	29
ii. Valutazione esterna Qualità: raccomandazioni SIQuaS-VRQ	30
iii. Formazione alla Qualità: raccomandazioni SIQuaS-VRQ	32
2. LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA	35
a) La prospettiva degli attori dell'assistenza sanitaria	35
b) La prospettiva dell'analisi della qualità	36
c) La prospettiva dell'analisi organizzativa	37
i. I fattori di input	37
ii. Le variabili interne	38
iii. I risultati	40
3. IL FRAMEWORK ASIQUAS SULLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA	41
4. LA MISURAZIONE E LA VALUTAZIONE	46
a) Identificare i descrittori delle dimensioni della qualità dei servizi.	46
b) Identificare gli indicatori per misurare gli eventi "specifici"	47
i. Indicatori clinici: raccomandazioni SIQuaS-VRQ	51
c) Il monitoraggio e la valutazione della performance in sanità	52
i. Il Benchmarking in campo sanitario in Italia	54
d) Sviluppare il sistema informativo sanitario	60
5. EQUITÀ	63
a) Le disuguaglianze di salute in Italia	70
b) I Livelli Essenziali di Assistenza	86
c) Il monitoraggio dei livelli di assistenza	89
6. INTEGRAZIONE e CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	93
a) Integrazione Sanitaria	95
i. Qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario	102
ii. Continuità assistenziale	122
b) Sistemi clinici micro, meso e macro	124
i. Impatto di sistemi di integrazione tra sociale e sanitario: evidenze	125
c) Il Chronic Care Model	129
d) Il Disease Management	131
e) Reti Cliniche	134
f) Percorsi Assistenziali /PDTA	144
i. Modelli di Care Pathway/PDTA e modalità di costruzione	150
g) Monitoraggio e valutazione degli interventi	159

h) Percorsi assistenziali: raccomandazioni SIQuaS-VRQ	161
7. ACCETTABILITÀ, CENTRALITÀ, EMPOWERMENT dei PAZIENTI	163
a) Assistenza centrata sul paziente	164
i. I principi dell'assistenza centrata sul paziente del Picker Institute	165
ii. La comunicazione organizzativa	167
iii. L'assistenza centrata sul paziente	169
iv. La Carta europea dei diritti del malato	172
b) Empowerment	174
i. Empowerment dei pazienti	175
ii. Health Literacy	176
iii. Empowerment dei cittadini	178
c) Cittadini e SSN: raccomandazioni SIQuaS-VRQ	181
8. ADEGUATEZZA RISORSE ECONOMICHE, UMANE, STRUTTURALI, TECNOLOGICHE	184
a) AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO	185
i. Introduzione	185
ii. Legislazione nazionale	189
iii. Sviluppo sistema accreditamento	194
b) RISORSE ECONOMICHE	195
i. Finanziamento del SSN	195
ii. Il riparto del FSN tra le Regioni	200
iii. La spesa sanitaria	203
iv. Il confronto internazionale	204
c) RISORSE UMANE	207
d) RISORSE STRUTTURALI	213
i. Fabbisogno LEA ospedaliero	213
ii. Fabbisogno LEA distrettuale	215
e) RISORSE TECNOLOGICHE	218
9. ACCESSIBILITÀ e TEMPESTIVITÀ	222
a) Introduzione	222
b) Legislazione nazionale	224
i. Governo liste di attesa	224
c) Implementazione e monitoraggio	228
i. Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa	229
ii. Commissione nazionale sulla gestione dei tempi di attesa	230
iii. Altri osservatori sulle liste di attesa	231
iv. Liste di attesa: raccomandazioni della SIQuaS-VRQ	232
10. APPROPRIATEZZA CLINICA	234
a) Introduzione	234
b) Legislazione nazionale	239
c) Implementazione e monitoraggio	242

i.	Evidence Based Medicine	242
ii.	SNLG - Sistema Nazionale Linee Guida	244
iii.	Slow Medicine e Choosing Wisely	246
iv.	Audit clinico	249
v.	Audit Clinico – raccomandazioni SIQuAS-VRQ	251
d)	Indicatori del Programma Operativo Appropriatelyzza	256
11.	APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA E TRASPARENZA	258
a)	Introduzione	258
b)	Legislazione nazionale	260
i.	Appropriatezza organizzativa	260
ii.	Trasparenza	260
c)	Implementazione e monitoraggio	261
12.	COMPETENZA PROFESSIONALE E CULTURALE	265
a)	Introduzione	265
b)	Legislazione nazionale	266
c)	Implementazione e monitoraggio	268
13.	EFFICACIA	277
a)	Introduzione	277
b)	Legislazione nazionale	277
c)	Interventi di sviluppo e monitoraggio	279
i.	PNE - Programma Nazionale Esiti	279
ii.	HTA - Health Technology Assessment	282
14.	EFFICIENZA	287
a)	Introduzione	287
b)	Legislazione nazionale	288
c)	Implementazione e monitoraggio	293
i.	Ottimizzazione dell'uso delle risorse	293
ii.	La valutazione della performance organizzativa	300
15.	SICUREZZA	317
a)	Introduzione	317
b)	Legislazione nazionale	318
c)	Implementazione e monitoraggio	323
i.	Eventi Avversi	323
ii.	Raccomandazioni del Ministero della Salute	324
iii.	Gestione del rischio: raccomandazioni SIQuaS-VRQ	326
iv.	Eventi Sentinella	328
v.	Root Cause Analysis – RCA (Analisi Cause Profonde)	330
vi.	Significant Event Audit (SEA)	331
vii.	Prevenzione errori in sanità: Fmea e Fmeca	332
viii.	Osservatorio Buone Pratiche	334

16. SODDISFAZIONE/BENESSERE OPERATORI	339
a) Introduzione	339
b) Legislazione nazionale	340
c) Implementazione e monitoraggio	341
i. Monitoraggio del benessere organizzativo	341
ii. Sicurezza operatori sanitari	343
iii. La remunerazione degli operatori sanitari	345
17. SODDISFAZIONE PAZIENTI	348
a) Introduzione	348
b) Legislazione nazionale	350
c) Interventi di sviluppo e Monitoraggio	350
i. Health Literacy	350
ii. Indagini soddisfazione pazienti	357
iii. Gestione dei reclami	363
18. UMANIZZAZIONE DELL' ASSISTENZA	369
a) Introduzione	369
b) Legislazione nazionale	371
c) Implementazione e monitoraggio	374
19. CONSIDERAZIONI FINALI	384
a) Position Paper ASIQUAS 2020	385

PREFAZIONE

Questo volume è indirizzato a tutti coloro che operano, fruiscono, organizzano, legiferano, collaborano, producono beni e servizi per il nostro Sistema Sanitario Nazionale.

È una sorta di bussola per muoversi all'interno di questo mondo e contribuire alla promozione e al miglioramento continuo della qualità dello stesso.

In questa prefazione vogliamo: a) ricordare i nostri colleghi e “maestri”, scomparsi da alcuni anni, che a partire dagli anni '80 hanno sviluppato, praticato e diffuso i principi e metodi per la promozione della Qualità nell'assistenza sanitaria e sociosanitaria in Italia; b) presentare l'AsiQuAS: Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale.

I nostri MAESTRI

FRANCO PERRARO (1931-2016). Primario di Emergenza e Pronto Soccorso di Udine. Nel 1984 è stato il **fondatore**¹ a Udine della **SIQuAS-VRQ**, (Società Italiana per la Qualità nell'Assistenza Sanitaria – Verifica e Revisione della Qualità) e, sempre a Udine, nel 1985 fu **cofondatore** dell'**International Society for Quality in Health Care (ISQua)**. Ha **creato il 118 in Friuli** e nel 2013 ha ricevuto dal Presidente della Repubblica la **Medaglia d'Oro al merito della Sanità Pubblica**.

PIERO MOROSINI (1941-2008) - Dirigente nell'Istituto Superiore di Sanità, presso cui aveva lavorato a partire dal 1981, prima come **direttore** del reparto di **Valutazione dei Servizi** presso il **Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica** e dal 2004 come **direttore** del reparto di **Salute Mentale** del **Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute**. Autore di manuali sulla qualità² e responsabile scientifico del Progetto nazionale salute mentale³

ALESSANDRO LIBERATI (1954-2012)⁴ - **Research Fellow** presso la **Harvard School of Public Health** nel 1985-1986. **Direttore** dal 1994 del **Centro Cochrane Italiano**. Dall'aprile 2004 ha organicamente collaborato con l'**Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale della Regione Emilia-Romagna**. Membro della **Commissione Nazionale**

¹ Presidente nel periodo 1984-1999 . A lui sono succeduti il dott. A. Gardini (2000-2015) e dal 2016 il prof F.Di Stanislao

² Morosini P. e Perraro F. - Enciclopedia della Gestione di Qualità in Sanità. Centro Scientifico Editore. 2001

Morosini P. e Panella L. - Manuale di Accreditamento Volontario tra Pari, per i Centri Diurni Integrati per Anziani. Centro Scientifico Editore.2001

Morosini P.- Piergentili P. - Accreditamento volontario di eccellenza - Manuale - questionario di accreditamento volontario tra pari per le Strutture Residenziali per Anziani non autosufficienti, RSA, Istituti per Lungodegenti. Maggioli Editore. 2009

³ Istituto Superiore di Sanità: Progetto nazionale Salute mentale. Responsabile scientifico: Pierluigi Morosini Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica. 1996

⁴ https://it.wikipedia.org/wiki/Alessandro_Liberati

Ricerca Sanitaria del Ministero della Salute e della **Commissione Ricerca & Sviluppo della Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)**. Ha fatto parte del **board scientifico del British Medical Journal**, e di **Politiche Sanitarie e di Ricerca & Pratica** (rivista dell'Istituto Mario Negri). A lui è dedicata la Biblioteca Medica virtuale del Servizio Sanitario Regionale del Lazio (**BAL - Biblioteca Alessandro Liberati**)

ANDREA ALESINI (1949-1996)⁵ - **Medico di Sanità Pubblica in Umbria. Direttore generale della Azienda Usl Roma C** (1994). La realizzazione dell'obiettivo di **umanizzazione delle strutture** e delle pratiche sanitarie ha segnato tutto il suo lavoro. Ha realizzato la prima unità spinale unipolare del Centro Sud, attivato un centro dialisi assistito fuori dall'ambito ospedaliero, promosso l'assistenza sanitaria di base per immigrati e nomadi, aperto una casa-famiglia per pazienti psichiatrici, promosso un progetto europeo per i malati psichiatrici per costruire un giardino di sculture e tante altre azioni concrete. Dopo la sua morte, Cittadinanzattiva – Tribunale per i Diritti del Malato ha istituito nel 1997 il **premio nazionale "PREMIO ANDREA ALESINI - Buone Pratiche per l'Umanizzazione delle Cure"**, teso a dare ogni anno riconoscimento alle pubbliche amministrazioni, che si caratterizzano per la realizzazione di progetti di qualità a vantaggio dei cittadini

Molte delle loro idee ed opere sono traslate nei contenuti delle prossime pagine.

La nostra Associazione -AsiQuAS

ASIQuAS (Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale) è una Associazione che intende sviluppare attività di studi, ricerca a carattere scientifico sui temi della qualità delle cure ed assistenza alla persona e alle comunità in stretto rapporto con circuiti di ricerca internazionale.

L'Associazione si ispira ai principi enunciati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, dal Consiglio d'Europa e dalla Repubblica Italiana in tema di progettazione, organizzazione, valutazione e miglioramento dei servizi sanitari per l'uomo e per la comunità.

L'Associazione è in continuità con le attività scientifiche di SIQuAS-VRQ, Società Italiana per la Qualità nell'Assistenza Sanitaria – VRQ, e SIQuAS – Società Italiana per la Qualità nell'Assistenza Sanitaria, effettuate a partire dal 1984.

Possono far parte dell'Associazione operatori sanitari e sociali, nonché persone cultrici delle materie oggetto delle finalità dell'Associazione sia cittadini italiani che stranieri residenti e non residenti nel territorio dello Stato, le persone giuridiche, gli enti e le associazioni che diano pieno affidamento per l'attuazione dei programmi statuari e che condividano le ispirazioni di fondo che animano l'Associazione.

⁵ Maffei C. - Quando i leader della sanità pubblica italiana fanno la differenza: Andrea Alesini <https://www.marchesanita.it/home/blog/quando-i-leader-della-sanita-pubblica-italiana-fanno-la-differenza-andrea-alesini>. Ultima modifica 2018

L' ASIQuAS per perseguire le sue finalità si propone di:

- Sollecitare gli organi legislativi ed amministrativi dello Stato, gli Enti Locali, le forze politiche, professionali e sociali, la Comunità Europea e gli Organismi internazionali sui temi connessi alle finalità proprie della Associazione;
- Collaborare con i già menzionati organismi per il conseguimento dei risultati previsti;
- Promuovere e sostenere, a livello locale, nazionale e comunitario, azioni e manifestazioni dirette a sensibilizzare l'opinione pubblica sul valore della qualità;
- Partecipare ad iniziative e manifestazioni scientifiche, politiche e culturali di rilevanza nazionale ed internazionale;
- Promuovere e sostenere progetti di ricerca, studi, convegni, seminari, forum, ed ogni altra attività di interesse culturale, sociale, educativo e formativo sui temi dell'Associazione;
- Promuovere la pubblicazione di libri, opere, notiziari, comunicazioni multi-mediali ecc.;
- Gestire autonomamente, o in regime di convenzione con Enti pubblici, o in partnership con organismi del privato sociale, servizi di consulenza e strutture/centri di ricerca e Laboratori connessi;
- Promuovere, elaborare e gestire in collaborazione con soggetti terzi, pubblici e privati, progetti finalizzati al miglioramento della qualità delle cure e dell'inclusione sociale, a valere su programmi di finanziamento pubblici europei, nazionali e regionali, nonché su finanziamenti privati incondizionati;
- Promuovere e sostenere, a livello locale, nazionale e comunitario, interventi di formazione per gli operatori sanitari e sociali e per le famiglie dei pazienti e le loro associazioni;
- Promuovere e sostenere contatti e azioni di cooperazione con altre Associazioni vigenti nei Paesi dell'Unione Europea e a livello internazionale, che abbiano scopi sociali simili alle finalità dell'Associazione.



INTRODUZIONE

In Italia il tema della qualità dell'assistenza sanitaria ha assunto rilevanza a partire dalla seconda metà degli anni '80. Nel 1978 era stato istituito il Servizio Sanitario Nazionale⁶ e le Regioni erano impegnate a tradurre in pratica i dettami previsti dalla legge (Unità Sanitarie Locali, Distretti Sanitari, Piani Sanitari Regionali, ecc.). Nella Legge 833/78 non si trova alcun riferimento alla qualità come elemento costitutivo rilevante per il nuovo S.S.N.

Il tema della qualità cominciò a svilupparsi da un punto di vista teorico proprio nei primi anni '80 grazie all'apporto di alcuni pionieri tra i quali è d'obbligo ricordare il Prof. Franco Perraro⁷ che nel 1984 fondò a Udine la SIQuAS-VRQ⁸, (Società Italiana per la Qualità nell'Assistenza Sanitaria – Verifica e Revisione della Qualità) e, sempre a Udine, nel 1985 fu cofondatore dell'International Society for Quality in Health Care (ISQua).

Grazie alle attività della SIQuAS-VRQ molti operatori della sanità ed amministratori pubblici (deputati/senatori; consiglieri regionali/comunali, ecc.) presero confidenza con questo tema e cercarono, ciascuno per le proprie competenze, di trasferirne principi e contenuti nella "pratica" delle proprie attività.

Fu così che nei principali dispositivi legislativi di revisione/aggiornamento della Legge 833/78:

- DECRETO LEGISLATIVO 30 dicembre 1992, n. 502 Riordino della disciplina in materia sanitaria
- DECRETO LEGISLATIVO 7 dicembre 1993, n. 517 - Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria
- DECRETO LEGISLATIVO 19 giugno 1999, n. 229 - "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale

sono presenti le prime indicazioni sulle attività sulla qualità dell'assistenza da avviare nelle strutture sanitarie e sociosanitarie (**ALLEGATO 1**):

- *La valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie come competenza delle regioni*
- *Il controllo di qualità delle prestazioni*
- *L'applicazione della metodologia della VRQ (verifica e revisione della qualità)*
- *Lo sviluppo e applicazione degli indicatori di qualità*
- *La personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza*
- *Il coinvolgimento dei cittadini*
- *I sistemi di sorveglianza per la verifica di qualità dei servizi e delle prestazioni*

⁶ Legge 23 dicembre 1978, n. 833: "Istituzione del servizio sanitario nazionale"

⁷ Primario di Emergenza e Pronto Soccorso di Udine; ha creato il 118 in Friuli; Medaglia d'Oro al merito della Sanità Pubblica nel 2013; scomparso nel 2016 a 85 anni. Presidente della SIQuaS-VRQ fino dal 1984 al XXXX

⁸ Nel 1999 e fino al 2016 l'acronimo SIQuaS-VRQ diventò solo SIQuaS

Obiettivo di questo volume è quello di fornire riferimenti teorici e pratici sul tema della qualità dell'assistenza al fine di facilitare lo scambio di opinioni, idee, proposte tra i diversi interlocutori (utenti, operatori, amministratori) del sistema sanitario.

Il volume è così strutturato:

- 1) La **definizione** del significato di qualità dell'assistenza e l'individuazione delle dimensioni che concorrono alla sua promozione.
- 2) Il **framework** sulla qualità dell'assistenza sanitaria messo a punto dalla **AslQuAS** Associazione Italiana **Qualità dell'Assistenza Sanitaria**
- 3) Le **dimensioni** della qualità dell'assistenza. La descrizione delle diverse dimensioni della qualità dell'assistenza è "declinata" nei 14 capitoli:
 - a. a "**schema libero**" per le dimensioni *Equità, Integrazione, Centralità ed empowerment dei pazienti e dei cittadini*
 - b. a "**schema strutturato**" per le altre dimensioni. Lo schema è strutturato su quattro elementi:
 - **Introduzione** (rilevanza della dimensione)
 - **Legislazione nazionale** (peso istituzionale della dimensione)
 - **Implementazione** (strategie e interventi di attuazione/realizzazione; criticità/problemi aperti) e **monitoraggio** (sistemi di valutazione della qualità degli interventi; indicatori e standard)
- 4) Gli **allegati** che esemplificano aspetti specifici delle diverse dimensioni

LA QUALITÀ NELLA PRODUZIONE DI BENI E SERVIZI

a) Evoluzione e storia della qualità⁹

Gli anni '20

La qualità nel senso tradizionale del termine inizia a fare capolino negli anni '20, favorita dalla nascita delle prime grandi aziende con modelli organizzativi complessi e dalla necessità di sottoporre le variabili di processo a rigidi controlli per poter far fronte a quantità sempre più elevate a costi sempre inferiori.

Questi sono gli anni della nascita dei primi metodi statistici per il controllo della qualità, basati su supporti grafici: le carte di controllo.

Il mercato di quegli anni era caratterizzato da:

- grandi volumi
- manodopera non qualificata
- standardizzazione dei processi produttivi

Scopo del controllo qualità era quello di garantire la conformità del prodotto, verificando i punti critici della produzione attraverso l'esame dei difetti ripetitivi, con l'obiettivo principale di separare i prodotti conformi da quelli non conformi.

Dal 1920 al 1945

Tra il 1920 e il 1945, si sviluppano le tecniche di controllo statistico della qualità dell'output grazie a Gorge D. Edwards¹⁰ e a Walter A. Shewhart¹¹.

Si introdussero tecniche di controllo sull'intero processo produttivo, non limitandosi più, quindi, a verificare la difettosità dei prodotti solo alla fine del processo dato che i controlli a tappeto su tutti i prodotti stavano iniziando a rivelarsi troppo costosi. Per effettuare questa nuova tipologia di controlli, si fece sempre più ricorso a criteri statistici (esaminando pochi prodotti finiti si riusciva a stabilire, mentre si produceva, se il processo presentava delle irregolarità o meno). I controlli basati su criteri statistici ebbero la massima applicazione durante la II guerra mondiale, quando per l'industria bellica diventò necessario utilizzare in

⁹ L'intero § 1.1. è ripreso (modificato) da Qualitiamo: L'EVOLUZIONE E LA STORIA DELLA QUALITÀ. Tutte le tappe dello sviluppo storico della Qualità. <https://www.qualitiamo.com/evoluzione/lungo%20percorso.html>

¹⁰ George DeForest Edwards (1890 - 1974) è stato un esperto del controllo di qualità, primo presidente di ASQ (Association Society for Quality) (1946-48). Capo del dipartimento di Ingegneria ispettiva dei Bell Telephone Laboratories e Direttore del controllo qualità di Bell. Edwards si ritirò da Bell nel 1955 ma rimase attivo in ASQ, come presidente del Comitato per la "Costituzione e lo Statuto". Nel 1960, ASQ ha riconosciuto l'abilità amministrativa del suo primo presidente istituendo la medaglia Edwards, da assegnare a "coloro che hanno dato contributi significativi attraverso un servizio amministrativo eccezionale ai programmi di controllo della qualità nell'industria o alla società".

¹¹ Walter Andrew Shewhart (1891 - 1967) è stato un fisico, ingegnere e statistico americano, padre del controllo statistico della qualità e ideatore del PDSA - Plan-Do-Studt-Act (Ciclo di Shewhart)

modo massiccio manodopera femminile non specializzata e soggetta, quindi, ad un margine di errore maggiore.

Dopo la II guerra mondiale

Alla fine della IIa guerra mondiale, si iniziò a parlare di qualità in maniera sistematica grazie al Giappone che dovette trovare uno strumento che gli permettesse di riprendersi dalla profonda crisi economica nella quale si stava dibattendo dopo la sconfitta e che rappresentasse una nuova variabile competitiva. La qualità per i giapponesi divenne uno strumento di rivale davanti al mondo. Non si trattava, però, della qualità di prodotti ottenuta secondo i canoni della cultura industriale del tempo ma di una qualità dei processi e della produzione in grado di generare prodotti migliori a costi inferiori.

È proprio in quegli anni che iniziò a maturare il “modello giapponese”, antitetico rispetto al modello occidentale, che aveva i suoi limiti nella divisione del lavoro e nell’incapacità di soddisfare la variabilità della domanda.

Secondo i giapponesi il rispetto delle specifiche tecniche non bastava più, occorreva pensare anche a specifiche organizzative. Iniziò a farsi strada l’idea che le organizzazioni ben strutturate, che attuavano strategie corrette e che applicavano correttamente le procedure, fossero in grado di offrire ai propri clienti un’adeguata confidenza del rispetto di determinate specifiche di prodotto. Cambia l’approccio al problema che passa dall’essere passivo all’essere proattivo e basato non solo sulla rimozione della non qualità ma anche sulla prevenzione degli incidenti attraverso la progettazione e l’applicazione di un Sistema Qualità formale capace di ridurre la possibilità di generare errori.

La strada della qualità moderna era stata tracciata.

George DeForest Edwards (1890 - 1974) è stato un esperto del controllo di qualità del XX secolo, noto soprattutto per aver servito come primo presidente dell’American Society for Quality Control.

Nel 1945, A. V. Feigenbaum¹² pubblica un articolo in cui descrive la sua esperienza presso la General Electric e l’applicazione del Total Quality Control. Questa è la prima volta in cui vengono associati il concetto di qualità e quello di totalità.

Nel 1946 venne fondata la American Society for Quality Control che, in seguito, diventerà la American Society for Quality.

Nel 1947 Deming fu chiamato dal Supreme Command for the Allied Powers (SCAP) per aiutare la preparazione del censimento del 1951 in Giappone.

Fu così che Deming iniziò a collaborare con i docenti giapponesi di statistica, entrando in contatto con la cultura giapponese.

¹² Armand V. Feigenbaum (1920-2014) esperto [di controllo della qualità](#) e uomo d'affari. Ha ideato il concetto di Total Quality Control che ha ispirato [Total Quality Management](#) (TQM). Presidente dell’American Society for Quality (1961-1963).

In quegli stessi anni in Giappone nacque la Japanese Union of Scientists and Engineers (JUSE) con lo scopo di promuovere lo sviluppo e la diffusione del controllo della qualità. La JUSE iniziò a studiare le tecniche di controllo statistico sviluppate negli USA durante la guerra e nel 1949 creò il Quality Control Research Group (QCRG) composto, tra gli altri, dal professor Ishikawa.

L'assicurazione qualità

Negli anni '50, alcuni settori (aerospaziale, nucleare, petrolchimico, ecc.) si chiesero come potessero fare per applicare il concetto di controllo di prodotto, considerando il fatto che per i prodotti di questi settori doveva essere effettuato in tempo reale. La risposta fu quella di affiancare alla specifica tecnica una specifica organizzativa che illustrasse, ad esempio, come qualificare i fornitori, chi dovesse fare cosa, ecc. Era nata così l'Assicurazione Qualità. Per la prima volta si riconosceva che la qualità era il risultato di sforzi congiunti di tutte le funzioni e che ciò che contava era la qualità dei processi aziendali e non più solo quella dei prodotti.

Nel 1950 Deming, su invito della JUSE, tornò in Giappone per condurre un seminario di 30 giorni dedicato ai manager delle aziende giapponesi. La risposta fu eccellente: spesso fu addirittura necessario allontanare la gente dall'aula

Nel 1951, quale segno di gratitudine, venne istituito il Premio Deming che, da allora, viene assegnato a chi si è distinto nello studio delle teorie statistiche o alle aziende che abbiano ottenuto risultati evidenti nella loro applicazione.

Sempre nel 1951, esce il libro di Feigenbaum dal titolo "TQC" (Total Quality Control). Il TQC propone per la prima volta un atteggiamento dell'organizzazione aperto alle esigenze dei clienti e tale da realizzare obiettivi della qualità, attraverso il coinvolgimento dell'intera struttura aziendale con un approccio basato sulla motivazione delle persone e sul miglioramento continuo dell'intera struttura.

Nel 1954 un altro studioso americano, il dottor Juran, fu invitato in Giappone a tenere dei seminari nei quali spiegò che il controllo della qualità era uno strumento manageriale, una strategia e che come tale doveva essere visto.

Nell'arco di 10 anni il JUSE formò quasi 20.000 ingegneri nell'ambito delle metodologie statistiche. In Giappone iniziò a diffondersi una visione manageriale della qualità, basata sul Controllo statistico e sulla messa a punto dei **sette strumenti**

- 1) il foglio raccolta dati;
- 2) l'istogramma;
- 3) il diagramma causa-effetto, o di Ichikawa;
- 4) il diagramma di Pareto;
- 5) l'analisi per stratificazione;
- 6) l'analisi di correlazione;
- 7) la carta di controllo.

È di questi anni la prima pubblicazione della rivista Hinshitsu Kanri (Statistical Quality Control) e la trasmissione dei primi corsi radiofonici per la diffusione al grande pubblico dei concetti base del Controllo qualità.

La prima norma della qualità

Nel 1959 il Dipartimento della Difesa americano emise la prima norma dedicata alla qualità, lo standard militare MIL-Q-9858A "Quality program requirements", primo esempio di normativa che richiedeva un modello organizzativo attinente all'Assicurazione Qualità. Lo standard venne adottato dalla NATO tramite lo sviluppo delle Allied Quality Assurance Publications (AQAP).

Queste norme introducono il principio della prevenzione dei difetti in contrapposizione alla loro individuazione e fissano le basi per discutere per la prima volta di "Sistemi Qualità".

La prima campagna dedicata alla qualità

Nel 1960 venne varata in Giappone la prima campagna nazionale della qualità e si scelse il mese di novembre come mese della qualità. In quel periodo Deming venne insignito con il Secondo Ordine del Sacro Tesoro. Fu il primo americano a ricevere una tale onorificenza.

Nel 1962 nacquero i primi circoli della qualità e si iniziò a parlare di "politiche della qualità".

Nel 1969 venne organizzata a Tokio la prima International Conference on Quality Control.

Una nuova cultura

Negli anni '70 Ishikawa favorì lo sviluppo di una nuova cultura che si basò su:

- il sostegno del governo, determinante per consentire lo sviluppo di questo tipo di cultura
- la promozione effettuata da diverse associazioni (Premio Deming, ecc.)
- il grande sviluppo dell'attività di normazione e standardizzazione

Questa nuova cultura prese il nome di Company Wide Quality Control (nel resto del mondo si chiamerà, invece, Total Quality Control) e fece suoi, tra gli altri, i seguenti principi:

- l'azienda non è di pochi ma di molti
- bisogna valutare come prima cosa le esigenze dei consumatori
- si deve puntare prima alla qualità e dopo al profitto
- bisogna prevenire i difetti e i reclami
- tutti all'interno dell'organizzazione, vanno formati

- nel processo, l'operatore successivo è nostro cliente, bisogna eliminare le barriere
- bisogna basarsi sui dati

Il Giappone riuscì, puntando sulla qualità dei prodotti e sulla responsabilizzazione dei propri lavoratori, a soppiantare l'egemonia americana, dimostrando che produrre il più possibile senza porre l'accento sugli standard qualitativi, non pagava più. Sono di questi anni le prime evoluzioni dei Sistemi Qualità che possiamo riassumere nei concetti di controllo qualità totale rivolto a tutte le funzioni aziendali e di produzione a zero difetti.

Sempre in questi anni inizia a farsi strada il concetto della qualità intesa come soddisfazione del cliente. Il punto di riferimento, per la prima volta, si sposta da chi produce a chi riceve il prodotto, soppiantando il concetto fordista di prodotto standardizzato e aspirando ad un prodotto che abbia un contenuto qualitativo sempre più elevato a prezzi competitivi.

Nel 1971 in Giappone nacque la Japanese Society for Quality Control i cui membri si impegnarono a promuovere e a favorire studi e ricerche in tema di controllo qualità e le prime organizzazioni furono valutate e certificate conformi agli standard della Difesa e fu istituito un registro per raccoglierle tutte.

Nel 1974 il Giappone, per permettere la produzione anche in un periodo di crisi come quello che fece capo alla crisi petrolifera del 1973, iniziò ad applicare il concetto del *just in time* e della qualità totale.

I lavoratori non si specializzarono più in poche mansioni elementari ma ebbero più mansioni e una capacità di controllo sul processo produttivo.

I contatti diretti con la clientela assunsero un ruolo preminente, si cercò di venire incontro alle esigenze dei clienti più che di convincerli a comprare un certo prodotto, abbandonando la concezione di produzione standard. La spinta all'innovazione proveniva dalla base. Le scorte di magazzino vennero abolite e venne introdotta la flessibilità dei processi produttivi.

Nel 1979 le British Standards pubblicarono la BS 5750 per i Sistemi Qualità che può essere considerata come la progenitrice delle attuali ISO 9001.

Sempre nel 1979 si istituì il comitato tecnico che ha il compito, ancora oggi, di aggiornare le norme della serie ISO 9000.

La qualità arriva in occidente

A partire dagli anni '80 le prime aziende occidentali, soprattutto quelle americane, iniziarono a rendersi conto dell'importanza dello sviluppo della qualità per il successo di un'organizzazione.

Nel 1980 una produttrice televisiva, Clare Crawford-Mason, scoprì Deming e lo fece conoscere al grande pubblico trasmettendo in tv un documentario da titolo "If Japan can...why can't we?" ("Se il Giappone può...perché noi non possiamo?").

La reazione degli Stati Uniti, in posizione precaria rispetto al colosso giapponese, fu immediata. Deming iniziò a lavorare come non aveva mai fatto prima e società come Ford Motor Company e General Motors chiesero la sua collaborazione.

Per la prima volta la qualità non venne vista come un mezzo per risolvere problemi ma come un'opportunità di business.

Nel 1983 la Thatcher pronunciò il famoso discorso nel quale sosteneva che la qualità fosse essenziale per il successo dell'industria britannica.

Nel frattempo, seguendo l'esempio del Giappone, gli USA impararono a dare il giusto peso alla qualità fino a varare nell'83-'84 un Congresso per promuoverla e a promuovere, nel 1986, un vero e proprio piano qualità per le aziende americane (il piano Baldrich) che prevedeva incentivi economici per le organizzazioni che volevano seguire il percorso della certificazione.

È sempre negli anni '80 che vennero emesse a cura dell'ISO le prime norme di riferimento finalizzate alla qualità. Nel 1987, infatti, l'International Organization for Standardization adottò il codice britannico BS 5750 e pubblicò quella che ora è chiamata serie di norme ISO 9000 (**ALLEGATO 2**).

I premi dedicati alla qualità

Nel 1988 negli USA venne istituito il Malcom Baldrige National Quality Award mentre in Europa nacque lo European Quality Award, premi per le aziende di riferimento in ambito qualità.

Nel 1989 per la prima volta la macchina più venduta negli USA fu di fabbricazione giapponese: si trattava della Honda Accord.

Nel '94 lo standard ISO 9000 venne rivisto e vennero emesse le norme UNI EN ISO 9001:1994, UNI EN ISO 9002:1994, UNI EN ISO 9003:1994 che puntavano l'attenzione sulla garanzia della qualità del prodotto, sulla descrizione dei requisiti che un Sistema Qualità deve avere per raggiungere la qualità e sulla soddisfazione del cliente attraverso la conformità ai requisiti. Il concetto di Assicurazione Qualità venne così formalizzato per la prima volta.

Nel 1997 l'ISO decise di raccogliere, a livello mondiale, le impressioni e le esigenze di moltissime aziende per evidenziare i punti di debolezza delle norme esistenti.

I punti emersi furono, essenzialmente: la poca adattabilità delle norme ai diversi settori di business e alle diverse dimensioni delle organizzazioni, una famiglia di norme troppo estesa (si parlava di circa una ventina di documenti), una terminologia utilizzata nelle norme che non era chiara, la mancanza dei concetti di autovalutazione e di miglioramento continuo, i settori della vita aziendale che non erano coinvolti tutti in egual misura nel processo di certificazione e, infine, un concetto di processo inteso unicamente come processo produttivo.

A seguito di questa indagine, nel 2000 gli standard ISO 9000 vennero rivisti.

Con l'emissione della serie UNI EN ISO 9000:2000, nacque la correlazione del concetto di qualità certificata con quello di qualità percepita e della soddisfazione del cliente. Per la prima volta vennero introdotti i concetti di processo, sistema e interazione di processi.

In questi anni è in corso una nuova revisione delle norme della qualità.

Nel 2008 è stata emessa la nuova versione dello standard: la UNI EN ISO 9001:2008.

b) Qualità dell'assistenza sanitaria

I riferimenti storici della garanzia e promozione della qualità dell'assistenza, sanitaria nascono agli inizi del secolo scorso in Nord-America e sono costituiti dalla figura di Ernest A. Codman e dall' American College of Surgeons¹³.

Nel 1910 Ernest A. Codman, chirurgo di Boston, segnalò ai suoi colleghi lo stato deprecabile delle cartelle cliniche presenti nell'ospedale in cui operava ed i possibili conseguenti problemi di sicurezza e cura dei pazienti¹⁴.

Nel 1912 in un intervento al Congresso nazionale dell'ACS (American College of Surgeons) sottolineò l'importanza della continua e completa compilazione delle cartelle cliniche per valutare gli esiti ("end result") dell'assistenza, in base ai quali si sarebbe potuta misurare l'efficienza di un ospedale.

Nello stesso congresso venne anche dichiarato che occorreva "... *standardizzare la struttura e il modo di lavorare degli ospedali per far sì che le istituzioni con ideali più elevati abbiano il giusto riconoscimento davanti alla comunità professionale e che le istituzioni con standard inferiori siano stimolate a migliorare la qualità del proprio lavoro. In tal modo i pazienti riceveranno il trattamento migliore e i cittadini avranno qualche strumento per riconoscere quelle istituzioni che si ispirano ai più alti ideali della medicina*".

All'interno di questa dichiarazione si possono individuare tutte le dimensioni della qualità dell'assistenza che verranno "formalizzate" nei decenni successivi da istituzioni internazionali (W.H.O¹⁵, OECD¹⁶): **appropriatezza clinica e organizzativa** (standardizzare la struttura e il modo di lavorare degli ospedali); **equità – accountability** (affinché le istituzioni con ideali più elevati); **valorizzazione delle risorse umane, soddisfazione operatori** (abbiano il giusto riconoscimento davanti alla comunità professionale); **Audit e MCQ Miglioramento Continuo Qualità** (e le istituzioni con standard inferiori siano stimolate a migliorare la qualità del proprio

¹³ Di Stanislao F, Caracci G.: L'accreditamento dei servizi sanitari: un po' di storia. Monitor,... 2020

¹⁴ <https://www.facs.org/about-ac/s/archives/pasthighlights/minimumhighlight>

¹⁵ W.H.O (Working Group on the Principles of Quality Assurance.; World Health Organization. Regional Office for Europe). . The Principles of quality assurance : report on a WHO meeting, Barcelona, 17-19 May 1983. Euro Report N. 94, 1985

¹⁶ Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. - A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. Int J Qual Health Care . 2006 Sep;18 Suppl 1:5-13

lavoro); **efficacia, efficienza, sicurezza, accettabilità** (In tal modo i pazienti riceveranno il trattamento migliore); **centralità del paziente, trasparenza, comunicazione** (e i cittadini avranno qualche strumento per riconoscere quelle istituzioni che si ispirano ai più alti ideali della medicina)

Dimensioni della qualità che verranno **tradotte** nell'ambito dei servizi sanitari **nei sistemi di accreditamento** (internazionali e nazionali).

Le idee di Codman non furono inizialmente accolte con favore, anche se le stesse prefiguravano un primo sistema di valutazione delle strutture sanitarie. Gli ospedali avrebbero dovuto seguire i propri pazienti al fine di valutare la reale efficacia delle prestazioni a loro erogate e, qualora fossero emersi problemi, avrebbero dovuto effettuare un'analisi per individuare le cause e utilizzare le informazioni per promuovere interventi correttivi e migliorare le prestazioni.

Nel 1913 l'American College of Surgeons nominò Codman presidente del Comitato per la standardizzazione ospedaliera che doveva definire il programma di standardizzazione degli ospedali dell'ACS. Questa iniziativa rappresenta una parte importante della storia dell'ACS in quanto il suo Comitato per la standardizzazione ospedaliera è entrato a far parte della Joint Commission on Accreditation of Hospitals (1951) divenuta poi Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (1987).

Il primo "manuale" per la standardizzazione degli ospedali *Minimum Standard for Hospitals* è stato sviluppato dall'American College of Surgeons nel periodo dicembre 1917- marzo 1918.

Gli **standard** individuati furono **5**:

- 1) I medici ed i chirurghi autorizzati a praticare la professione nell'ospedale devono costituire un corpo organizzato o staff, senza che per questo si modifichino preesistenti organizzazioni del personale. La parola Staff intende l'insieme dei medici che opera all'interno dell'ospedale.
- 2) L'appartenenza allo staff è appannaggio dei medici:
 - a. provvisti di diploma di laurea in medicina e legalmente autorizzati a esercitare nei rispettivi stati o province;
 - b. competenti nei rispettivi campi
 - c. degni nei comportamenti e rispettosi delle regole deontologiche;
- 3) Lo staff propone e adotta, con l'approvazione del corpo dirigente, i principi, i regolamenti e le politiche che governano il lavoro professionale nell'ospedale, prevedendo in particolare che:
 - a. le riunioni di staff siano effettuate almeno una volta al mese (nei grandi ospedali i dipartimenti possono scegliere di riunirsi separatamente);
 - b. lo staff revisioni e analizzi, a intervalli regolari, la propria pratica clinica nei vari dipartimenti dell'ospedale - medicina, chirurgia, ostetricia, altre specialità - sulla base della documentazione clinica dei singoli pazienti.
 - c. Si deve provvedere, per ogni paziente, ad una compilazione accurata e completa della documentazione clinica, opportunamente archiviata e

facilmente accessibile, che includa: *dati identificativi; sintomatologia; storia familiare e personale; storia dello stato patologico in atto; esame obiettivo; esami particolari, quali consulenze, esami di laboratorio, esami radiografici, ipotesi diagnostiche in corso; trattamento medico o chirurgico; rilevazioni anatomopatologiche evidenti o microscopiche; note sul decorso; diagnosi finale; condizioni alla dimissione; follow-up e, in caso di decesso, risultati autoptici.*

- 4) L'ospedale deve disporre di servizi di diagnosi e terapia, sotto la responsabilità di personale competente, che includano almeno:
 - a. un laboratorio clinico che effettui esami chimici, batteriologici, sierologici e anatomopatologici;
 - b. un servizio di radiologia.

Nel 1918 l'ACS inizia le visite ispettive negli ospedali¹⁷ e sempre nel 1918 Codman¹⁸ pubblica "Uno studio sull'efficienza dell'ospedale", un libro sulla sua metodologia di valutazione degli esiti e sui risultati ottenuti nel proprio ospedale.

Nel libro è presente anche un capitolo sulla eccentricità¹⁹ nel quale inserisce le seguenti "dichiarazioni" che in realtà rappresentano altri standard di qualità degli ospedali:

Mi si definisce eccentrico per aver detto pubblicamente che gli ospedali, se vogliono essere sicuri di migliorare:

- 1) *devono mostrare loro risultati;*
- 2) *devono analizzare i loro risultati per trovare i loro punti di forza e di debolezza;*
- 3) *devono confrontare i loro risultati con quelli degli altri*
- 4) *devono preoccuparsi di quali casi possono prendersi cura di loro, ed evitare di tentare di prendersi cura dei casi per i quali non sono adeguatamente qualificati*
- 5) *non devono fingere che il lavoro che fanno come un affare competitivo sia carità*

¹⁷ The Joint Commission: Over a century of quality and safety <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/about-us/tjc-history-timeline-through-2019-pdf.pdf>

¹⁸ Codman E.A. (1918) A study in hospital efficiency: as demonstrated by the case report of the first five years of a private hospital. Columbia University Libraries. Pag 137. <https://archive.org/details/studyinhospitale00codm>

¹⁹ *Le persone sono chiamate eccentriche quando la loro visione o comportamento espressi è nettamente diverso dalla media, dal clima nella gestione dell'ospedale o in altri affari della vita. L'eccentricità è quasi un rimprovero, ma non è proprio così, perché per essere diversi dalla media non è necessario essere necessariamente al di sotto di essa. L'eccentrico la cui eccentricità si è alla fine dimostrata corretta può col tempo diventare un conservatore. Gli eccentrici sono generalmente obbligati a pubblicare la propria letteratura (come faccio io questi Rapporti). Sarebbe inutile offrirli alla rivista Boston Medical and Surgical. Gli editori non si preoccupano di contraddire nulla di ciò che ho detto in questa pubblicazione, né hanno messo in dubbio l'accuratezza di qualsiasi dichiarazione. Sanno che le mie affermazioni sono corrette, ma non le stamperebbero, perché temono la disapprovazione di quegli interessi conservatori e acquisiti che controllano la Harvard Medical School e i suoi ospedali affiliati.*

- 6) *devono assegnare i casi ai membri dello staff (per il trattamento) per ragioni migliori di quelle dell'anzianità, del calendario o della convenienza temporanea*
 - 7) *devono insegnare l'etica agli studenti di medicina con l'esempio anziché con la norma*
 - 8) *devono far conoscere non solo i loro successi ma anche i loro errori, in modo che la popolazione possa aiutarli quando è necessario*
 - 9) *devono promuovere i membri dello staff su una base che prenda in considerazione ciò che possono realizzare e realizzano per i loro pazienti*
- Queste opinioni non saranno giudicate eccentriche fra qualche anno.*

E di fatto molte di queste *eccentricità* sono diventate criteri per la valutazione della qualità delle strutture sanitarie presenti in molti manuali di accreditamento.

Il programma dell'ACS ebbe un gran successo e tra il 1950-1951 l'American College of Physicians, l'American Hospital Association, l'American Medical Association e il Canadian Medical Association si uniscono all'ACS per creare a Chicago (Illinois) la **Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH)**, un'organizzazione indipendente senza scopo di lucro il cui scopo principale fu quello di fornire l'**accreditamento volontario**²⁰.

Nel 1953 la JCAH pubblica il primo manuale degli **Standards for Hospital Accreditation**. La JCAH nel corso degli anni ha ampliato il suo campo d'azione in **tutti i servizi sanitari** del paese e nel 1988 viene rinominata come **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)**. In **allegato 1** si riporta, a titolo di esempio, lo schema degli standard per l'Assistenza centrata sul paziente culturalmente competente (Ambulatory Health Care Accreditation Program 2009^{21,22}).

Nel 1994 la JCAHO e la Quality Healthcare Resources, Inc.[®] creano la **Joint Commission International (JCI)** per fornire servizi di formazione e consulenza ai clienti internazionali. Gli standard proposti sono stati "accreditati" (approvati e confermati) dalla **International Society for Quality in Health Care (ISQua)** che fornisce la garanzia che gli standard, la formazione e i processi utilizzati da JCI per esaminare le prestazioni delle organizzazioni sanitarie soddisfano i più elevati standard internazionali per gli enti di accreditamento

L'accreditamento delle strutture sanitarie è rimasto circoscritto agli Stati Uniti fino a metà del secolo scorso per poi svilupparsi nei paesi anglofoni²³:

²⁰ The Joint Commission: Over a century of quality and safety- © 2018 The Joint Commission https://www.jcrinc.com/-/media/tjc/documents/about-us/tjc_history_timeline_through_2018.pdf

²¹ https://www.jointcommission.org/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets/tjc-system-folders/assetmanager/2009_clasrelatedstandardsahcpdf.pdf?db=web&hash=1BC046E-A64BFBA08263D6FD07ECED489

²² I manuali **non** sono disponibili gratuitamente sul WEB

²³ L.Bohigas , T.Brooks et al.: A comparative analysis of surveyors from six hospital accreditation programmes and a consideration of the related management issues International Journal for Quality in

- il Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA), è stato costituito nel 1958 per intraprendere l'accreditamento degli ospedali canadesi accreditati dalla Joint Commission.
- l'Australian Council è stato creato nel 1973 per valutare gli ospedali australiani.
- l'Hospital Accreditation Program (HAP) è stato creato dalla South Western Regional Health Authority nel Regno Unito presso l'Università di Bristol nel 1988 e successivamente trasferito a CASPE, un istituto di ricerca sui servizi sanitari. L'HAP esamina piccoli ospedali pubblici e indipendenti nel Regno Unito. Il King's Fund Organizational Audit è stato creato nel 1989 nel Regno Unito, per valutare gli ospedali generali.

In merito ai paesi europei il Regional Office for Europe del W.H.O attraverso il proprio Health Evidence Network (HEN)²⁴, evidenziava (situazione al 2002) come l'accreditamento dell'assistenza sanitaria fosse un fenomeno recente in Europa che nel tempo aveva assunto molte forme diverse (autoregolamentazione, revisione professionale, ispezione governativa)²⁵.

Queste differenze segnano uno sforzo crescente di creare sistemi di accreditamento sempre più mirati al miglioramento continuo della qualità. Per supportare tali iniziative fu fondata nel 1985 l'International Society for Quality in Health Care (ISQua) come organizzazione senza scopo di lucro dedicata alla promozione del miglioramento della qualità nell'assistenza sanitaria. Questo obiettivo viene perseguito attraverso la formazione, la condivisione delle conoscenze, la valutazione esterna, il supporto dei sistemi sanitari in tutto il mondo e il collegamento di persone che la pensano allo stesso modo. La rete dei professionisti sanitari si estende in oltre 70 paesi e 6 continenti.

Nel 1999 ISQua ha lanciato ALPHA (Agenda for Leadership in Programs for Healthcare Accreditation); programma sviluppato per fornire supporto agli organismi di accreditamento. Il programma si è ampliato ed evoluto ed è noto come International Accreditation Program (IAP). Ad agosto 2019 erano stati coinvolti 39 paesi con 37 programmi di formazione e training per valutatori

L'ISQua nel 2018 ha istituito a Ginevra la ISQua External Evaluation Association (IEEA). L'IEEA ha iniziato le operazioni il 1° gennaio 2019 e fornisce servizi di

Health Care 1998; Volume 10, Number 1; pp. 7-13

²⁴ **HEN** - Piattaforma che produce una varietà di pubblicazioni per soddisfare le esigenze dei decisori politici: (a) rapporti sulle evidenze che sintetizzano le migliori evidenze disponibili in risposta alle domande dei responsabili politici; (b) rapporti sintetici e sintesi politiche, prodotti con l'Osservatorio europeo dei sistemi e delle politiche sanitarie, che sintetizzano le evidenze su opzioni politiche specifiche per affrontare le questioni chiave del sistema sanitario; (c) Sintesi dei rapporti HEN, comprese le sinossi dei principali risultati e delle opzioni politiche.

²⁵ [Scrivens E. Accreditation and the regulation of quality in health services. In: Saltman RB, Busse R, Mossialos E, eds. Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems. Buckingham, Open University Press, 2002:91—105.](#) European Observatory on Health Care Systems

valutazione di terza parte alle organizzazioni di accreditamento dell'assistenza sanitaria e sociale e agli organismi di sviluppo di standard in tutto il mondo.

Il concetto di qualità in campo sanitario si è andato arricchendo nel corso del tempo di molteplici elementi derivanti dalla commistione di rielaborazioni teoriche avvenute prima nel mondo della produzione di beni e poi nel mondo della sanità.

Dare una definizione univoca della qualità dell'assistenza sanitaria è stata considerata "*mission impossible*"²⁶; tuttavia possiamo affidarci alle indicazioni fornite da organizzazioni internazionali (W.H.O. e O.E.C.D) e ad autorevoli organismi di ricerca (IOM – Institute of Medicine-USA).

Nel 1985 **W.H.O.**²⁷ non fornì una definizione "descrittiva" della qualità dei servizi, ma specificò le seguenti quattro **dimensioni** (o "categorie generali", "elementi costitutivi") della **qualità nei servizi sanitari**:

- 1) competenza professionale degli operatori;
- 2) uso corretto delle risorse;
- 3) gestione del rischio di danni o malattie legati ai servizi resi;
- 4) soddisfazione del paziente;

Lo **IOM** nel 1990²⁸ definì la qualità dei servizi sanitari come "**la qualità dell'assistenza è il livello cui i servizi sanitari per gli individui e le popolazioni aumentano la probabilità di risultati sanitari desiderati e sono coerenti con le conoscenze professionali disponibili**"

Questa definizione, elaborata confrontando 100 definizioni individuate in letteratura, comprende gli 8 criteri (*Scala misura – Tipologia di struttura – Destinatari dell'assistenza – Orientamento agli obiettivi – rapporto rischio/beneficio – specificazione degli esiti sanitari – Ruolo e responsabilità dei destinatari – vincolato alle conoscenze scientifiche e alle tecnologie*) che sono stati utilizzati dal Comitato IOM:

- include una misura di scala (*livello cui...*);
- comprende un ampio range di servizi per l'assistenza (*servizi sanitari...*);
- identifica sia gli individui che le popolazioni come obiettivi corretti per gli sforzi di garanzia della qualità (*per gli individui e le popolazioni*);
- è orientato agli obiettivi (*risultati sanitari desiderati...*);
- riconosce un attributo stocastico (casuale o di probabilità) del risultato ma valorizza il beneficio netto atteso (*aumenta la probabilità di ...*);

²⁶ Reerink E.: Defining Quality of Care: Mission Impossible? Qual. Ass. Health Care, 2, 3/4, 197-202, 1990

²⁷ W.H.O (Working Group on the Principles of Quality Assurance.; World Health Organization. Regional Office for Europe). . The Principles of quality assurance : report on a WHO meeting, Barcelona, 17-19 May 1983. Euro Report N. 94, 1985

²⁸ IOM (USA) Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare; Medicare: A Strategy for Quality Assurance: VOLUME II Sources and Methods. 5 Defining Quality of Care. (Jo Harris-Wehling). Editor: Kathleen N. Lohr.. Washington (DC): National Academies Press (US); 1990.

- sottolinea l'importanza degli esiti e collega il processo di assistenza sanitaria agli esiti (*servizi sanitari... aumentano... risultati sanitari/esiti*);
- sottolinea l'importanza delle preferenze e dei valori dei singoli pazienti e della società e implica che questi siano stati sollecitati (o riconosciuti) e presi in considerazione nel processo decisionale e nel processo decisionale dell'assistenza sanitaria (*... risultati sanitari desiderati...*); e
- sottolinea i vincoli imposti alle prestazioni professionali dallo stato delle conoscenze tecniche, mediche e scientifiche, implica che tale stato è dinamico e implica che il fornitore di assistenza sanitaria è responsabile dell'uso della migliore base di conoscenza disponibile (*... coerente con conoscenze professionali attuali*).

Lo stesso IOM nel 1991²⁹ propose come basilari le seguenti 6 dimensioni della qualità dell'assistenza:

- 1) **Sicurezza:** evitare lesioni ai pazienti causate dalle cure destinate ad aiutarli.
- 2) **Efficacia:** fornire servizi basati su conoscenze scientifiche a tutti coloro che potrebbero trarne beneficio e astenersi dal fornire servizi a coloro che non ne trarranno probabilmente beneficio (evitando sottoutilizzo e uso eccessivo).
- 3) **Centralità del paziente:** fornire assistenza rispettosa e rispondente alle preferenze, ai bisogni e ai valori dei singoli pazienti e garantendo che i valori dei pazienti guidino tutte le decisioni cliniche. La centralità del paziente viene declinata nei seguenti punti
 - a. *rispetto dei valori, delle preferenze e dei bisogni espressi dei pazienti;*
 - b. *coordinamento e integrazione delle cure;*
 - c. *informazione, comunicazione e educazione;*
 - d. *benessere fisico;*
 - e. *supporto emotivo: alleviare la paura e l'ansia;*
 - f. *coinvolgimento di familiari e amici*
- 4) **Tempestività:** ridurre i tempi di attesa attese e i ritardi dannosi sia per coloro che ricevono sia per coloro che prestano assistenza.
- 5) **Efficienza:** evitare gli sprechi, in particolare gli sprechi di attrezzature, forniture, idee ed energia.
- 6) **Equità:** fornire assistenza che non varia in termini di qualità a causa di caratteristiche personali quali genere, etnia, posizione geografica e stato socioeconomico

Nel 2006³⁰ W.H.O., nel puntualizzare che le scelte strategiche in campo sanitario devono essere effettuate con un focus sulla qualità dei risultati di salute

²⁹ Institute of Medicine (IOM -USA): Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century: Committee on Quality of Health Care in America. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001

³⁰ W.H.O.: QUALITY OF CARE - A process for making strategic choices in Health systems. WHO, 2006

raggiunti sia per i singoli utenti dei servizi sia per le intere comunità, pur senza fornire una definizione specifica di qualità, ha individuato una “*definizione operativa*” specificando le seguenti 6 dimensioni della qualità l’assistenza sanitaria (che combaciano con quelle individuate dello IOM (N.d.R.: *la dimensione Tempestività-IOM- e Accessibilità –WHO-si sovrappongono con una attenzione specifica del WHO alla raggiungibilità geografica dei servizi*):

- 1) **efficacia**: essere fondata sulle evidenze scientifiche e produrre risultati che migliorino gli esiti di salute per gli individui e la comunità;
- 2) **efficienza**: tendere a massimizzare l’uso delle risorse e ridurre/annullare gli sprechi;
- 3) **accessibilità**: essere tempestiva ed erogata in *setting* operativi facilmente raggiungibili geograficamente, con competenze e risorse appropriate ai bisogni di salute;
- 4) **centralità del paziente-accettabilità**: tener conto delle preferenze e aspirazioni dei singoli utilizzatori dei servizi e della cultura della propria comunità di appartenenza;
- 5) **sicurezza**: minimizzare i rischi e i danni degli utenti;
- 6) **equità**: non presentare differenze rispetto a genere, razza, etnia, localizzazione geografica o stato socioeconomico.

Nello stesso anno l’O.E.C.D., in una sintesi dei *framework* sulla qualità adottati in diversi Paesi³¹, ha aggiunto alle dimensioni indicate dal WHO e dallo IOM altre tre dimensioni:

- 1) **appropriatezza**: il grado di applicazione di prestazioni coerenti con i bisogni espliciti/impliciti del paziente/cliente e in accordo con le più attuali evidenze/raccomandazioni clinico-assistenziali
- 2) **la competenza**: il grado in cui il personale sanitario ha formazione e capacità di valutare, trattare e comunicare con i propri clienti. Sono comprese le competenze tecniche e culturali.
- 3) **la continuità**: la misura in cui, per determinati utenti, l’assistenza sanitaria è coordinata nel tempo, in modo regolare e senza interruzioni, tra fornitori e istituzioni

Nel 2006 il Ministero della Salute ha fornito una versione “descrittiva” della **Qualità dei servizi sanitari** come la “**Capacità di soddisfare, in uno specifico contesto, i bisogni di salute di una popolazione, secondo le evidenze scientifiche e le risorse disponibili**”³²

³¹ Kelley E., J.Hurst - Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper - OECD Health Working Papers no. 23. 2006

³² Ministero della Salute - Dipartimento della qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema. Ufficio III. La Sicurezza dei Pazienti e la Gestione del Rischio Clinico - GLOSSARIO. Luglio, 2006

L' O.E.C.D nel 2015 rimodella il suo framework³³ indicando le seguenti dimensioni:

- 1) **Equità**
- 2) **Efficienza**
- 3) **Efficacia**
- 4) **Sicurezza**
- 5) **Centralità del paziente**
- 6) **Assistenza integrata**
- 7) **Accessibilità**

La SiQuas-VRQ nel corso degli anni oltre che ospitare nella sua rivista (QA – Quality Assurance) articoli sulle strategie ed esperienze delle attività di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, ha elaborato alcuni documenti/raccomandazioni che delineavano in forma sintetica gli indirizzi strategici della società. Di seguito riportiamo le “raccomandazioni” in merito a:

- Principi per il miglioramento in sanità (settembre 2003)
- Valutazione esterna della Qualità (2003)
- Formazione alla Qualità (2006).

Le raccomandazioni in merito a:

- Percorsi assistenziali
- Cittadini e SSN
- Liste di attesa
- Gestione del rischio

Vengono riportate negli specifici capitoli del manuale

i. La Carta di Portonovo della SIQuaS-VRQ³⁴

Carta di Carta di Portonovo

Dodici principi per il miglioramento in sanità.

Le organizzazioni ed i professionisti che intendono offrire servizi di buona qualità e promuovere il miglioramento verso l'eccellenza s'ispirano ai seguenti principi:

- 1) **Centralità della persona**
Progettare e realizzare le attività e i servizi sulla base dei bisogni del singolo e della comunità.
- 2) **Etica e qualità**
Rispettare i principi universali a tutela della dignità della persona.
Garantire che i cittadini abbiano opportunità d'accesso a servizi di uguale qualità.

³³ Carinci F, Vaan Gool L and Klazinga N.S: Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. International Journal for Quality in Health Care, 2015, 27(2), 137–146

³⁴ SIQuaS-VRQ ora As.I.Qu.A.S. - Carta di Carta di Portonovo - Dodici principi per il miglioramento in sanità (settembre 2003)

- 3) **Condivisione, coerenza e uniformità**
Sviluppare le attività in un sistema integrato e coerente, basato su criteri e standard espliciti e riconosciuti.
- 4) **Valutazione**
Valutare sistematicamente i risultati delle attività attraverso l'utilizzo di indicatori di processo e di esito.
- 5) **Apertura, trasparenza e collaborazione**
Confrontare e scambiare informazioni ed esperienze in un clima di collaborazione e di supporto specifico
- 6) **Efficacia e appropriatezza**
Realizzare interventi basati su prove di efficacia e secondo criteri di appropriatezza.
Riferire ogni azione clinica e organizzativa ai dati e al metodo scientifico.
- 7) **Sicurezza**
Promuovere la cultura della sicurezza, prevenire gli eventi avversi e realizzare un ambiente sicuro.
Individuare i rischi e le possibili cause d'errore.
- 8) **Efficienza**
Utilizzare con responsabilità le risorse disponibili
- 9) **Integrazione e continuità assistenziale**
Promuovere la collaborazione tra discipline professionali, organizzazioni e istituzioni secondo modalità esplicite e condivise.
- 10) **Informazione, comunicazione e partecipazione**
Garantire l'informazione e la comunicazione con il paziente, i cittadini e i professionisti. Favorire la partecipazione dei cittadini alle scelte e diffondere la cultura scientifica sull'efficacia degli interventi.
- 11) **Innovazione e creatività**
Stimolare la ricerca di soluzioni innovative e sostenere il cambiamento.
- 12) **Competenza e Formazione**
Considerare la formazione continua come parte integrante della professione dell'organizzazione.
Adeguare competenze, conoscenze e abilità agli obiettivi delle professioni e delle organizzazioni.

ii. Valutazione esterna Qualità: raccomandazioni SIQuaS-VRQ³⁵

- 1) Ogni organizzazione sanitaria, dovendo dar conto al cittadino della qualità del servizio erogato, si deve sottoporre a verifiche esterne da parte di uno o più Enti o Istituzioni competenti a svolgerle.

³⁵ SIQuaS-VRQ ora As.I.Qu.A.S. - Raccomandazione: Valutazione esterna della Qualità (2003).

- 2) I presupposti per intraprendere un percorso di valutazione esterna della qualità sono il forte coinvolgimento e la motivazione della leadership a tutti i livelli dell'organizzazione.
- 3) È auspicabile che l'organizzazione che attua programmi di valutazione esterna della qualità preveda il coinvolgimento di tutta l'organizzazione e non solo di parti di questa.
- 4) In tutti i modelli considerati il momento più efficace per il miglioramento è quello dell'autovalutazione di gruppo, che genera di per sé, se veramente partecipato, i cambiamenti più proficui per l'organizzazione ed i suoi attori.
- 5) Ogni strumento di valutazione esterna della qualità, per fornire benefici all'organizzazione che vi si sottopone, deve essere interpretato ed utilizzato per periodi adeguatamente prolungati (almeno tre anni).
- 6) I programmi di accreditamento istituzionale sviluppati da alcune Regioni hanno contribuito alla disseminazione della cultura della qualità. Si auspica che tutte le Regioni portino a termine i programmi di accreditamento istituzionale secondo quanto previsto dalla normativa nazionale e introducano requisiti relativi alla qualità professionale, alla competenza clinica, ai percorsi assistenziali ed alla valutazione dei risultati.
- 7) Gli organismi che conducono la valutazione esterna di qualità devono prevedere che il gruppo di verifica abbia una consistente quota di valutatori qualificati in possesso di competenze sanitarie di base, e competenze di valutazione dei sistemi sanitari sviluppate anche attraverso adeguati programmi di formazione.
- 8) Il sottoporsi ad una valutazione esterna di qualità, per una organizzazione sanitaria, ha una forte valenza formativa e favorisce il miglioramento della sicurezza e della qualità delle prestazioni.
- 9) Ogni modello di valutazione esterna di qualità deve prevedere la verifica del monitoraggio dei processi e dei risultati.
- 10) I modelli analizzati (Joint Commission, EFQM, ISO 9000:2000, Accreditamento tra pari) non presentano incompatibilità tra loro e possono essere utilmente integrati.
- 11) Il modello Joint Commission International ha come peculiarità:
 - a. 50 anni di esperienza in ambito sanitario ed un linguaggio specifico;
 - b. l'alto numero di standard (368) e di elementi misurabili (1042) che abbraccia tutte le attività dell'ospedale;
 - c. la forte attenzione alla sicurezza del paziente
 - d. la possibilità di confronti con altre strutture sanitarie a livello internazionale.
- 12) Il modello per l'Eccellenza della European Foundation for Quality Management (EFQM) ha come peculiarità:
 - a. la possibilità di mettere in relazione i fattori dell'organizzazione con i risultati che porta alla visione sistemica;

- b. la non prescrittività;
 - c. il ruolo di guida attribuito alla leadership;
 - d. l'attenzione alla motivazione e apprendimento continuo degli operatori;
 - e. l'attenzione alla responsabilità dell'organizzazione verso la società;
 - f. la richiesta di confronto con altre organizzazioni.
- 13) Le peculiarità della Certificazione secondo le Norme ISO 9000:2000 sono:
- a. la promozione dell'approccio sistemico per processi;
 - b. l'attenzione alla raccolta ed all'analisi delle "non conformità" ed al loro utilizzo per il miglioramento;
 - c. la facilitazione della comunicazione tra cliente e fornitore attraverso l'esplicitazione delle regole contrattuali;
 - d. l'attenzione alla gestione della documentazione;
 - e. l'attenzione all'autovalutazione attraverso le verifiche interne;
 - f. la richiesta all'organizzazione della definizione dei propri standard ed indicatori di processo e di risultato;
 - g. la diffusione a livello internazionale ed in settori diversi.
- 14) 14. Il modello dell'accreditamento tra pari ha le seguenti peculiarità:
- a. è consigliabile per l'accreditamento del singolo professionista, di settori specialistici o percorsi per il trattamento di singole patologie;
 - b. i requisiti rappresentano affermazioni condivise dai professionisti: sono i professionisti a definire i modelli ed i criteri della buona pratica clinica;
 - c. i metodi utilizzati sono solitamente l'autovalutazione e la revisione tra pari (specialisti esperti dell'argomento specifico);
 - d. è complementare ai modelli sistemici di valutazione esterna di qualità.
- 15) Le Regioni dovrebbero riconoscere gli sforzi messi in atto dalle organizzazioni sanitarie (Aziende, Ospedali, Unità Operative) per ottenere attestazioni di qualità da parte di Enti qualificati, anche mediante l'assegnazione di incentivi economici a sostegno di specifici progetti di dimostrata utilità.

iii. Formazione alla Qualità: raccomandazioni SIQuaS-VRQ³⁶

- 1) Per sviluppare la Qualità nelle organizzazioni sanitarie la formazione è una funzione essenziale. Per i professionisti è un indispensabile strumento culturale di cambiamento nella logica del miglioramento continuo e per l'organizzazione una leva di continua e profonda trasformazione.
- 2) I requisiti di qualità della formazione alla Qualità riguardano:
 - la centralità dell'apprendimento,
 - la progettazione,
 - la valutazione dei processi e degli esiti formativi,
 - il rapporto didattico,

³⁶ SIQuaS-VRQ ora As.I.Qu.A.S. - Raccomandazione: Formazione alla Qualità (2006).

- l'organizzazione degli eventi formativi,
 - la documentazione.
- 3) Nella formazione alla qualità la SIQuAS
 - sul piano dei contenuti si richiama alla Carta di Portonovo e,
 - sul piano del metodo, pone al centro i processi di apprendimento privilegiando i metodi di insegnamento a ciò finalizzati.
 - 4) Le scelte metodologico-didattiche, tecniche e gestionali della formazione alla qualità devono essere coerenti e funzionali alla centralità del discente, alla sua soggettività e alla concreta fruibilità delle conoscenze e abilità.
 - 5) La metodologia attiva è preferita nella formazione alla Qualità perché la più appropriata alle esigenze metodologiche di analisi, valutazione e progettazione dei miglioramenti della Qualità, nella realtà complessa delle organizzazioni, dei servizi e delle prestazioni sanitarie.
Essa favorisce i processi di integrazione, partecipazione, consenso.
 - 6) L'interdisciplinarietà e l'interprofessionalità nelle esperienze di formazione alla Qualità risponde alla natura trasversale e di potenziale integrazione, propria della logica della Qualità in sanità.
 - 7) Apprendere dall'errore, oltre che essere un percorso specifico del Sistema Qualità di un'organizzazione sanitaria (percorsi di Gestione del Rischio), costituisce un concreto strumento didattico negli eventi e nei programmi di formazione alla Qualità
 - 8) I processi di valutazione della formazione alla qualità devono comprendere la valutazione di apprendimento e la valutazione della ricaduta sui comportamenti clinici e organizzativi a breve e medio termine.
 - 9) L'uso corretto dei percorsi e dei metodi del MCQ (Profili di assistenza, Gestione del Rischio clinico, Accreditamento e Valutazione Esterna, EBM, Audit, ecc.) assume un potente valore formativo e trasformativo per i singoli professionisti e per i contesti organizzativi nei quali vengono applicati.
 - 10) La forte integrazione tra i docenti sul piano dei contenuti, delle metodologie didattiche e delle proiezioni applicative, costituisce un requisito irrinunciabile della formazione alla Qualità nelle organizzazioni sanitarie³⁷.
 - 11) I docenti impegnati nella formazione alla qualità devono possedere almeno i seguenti requisiti:
 - Competenza sperimentata e documentata nella pratica dei percorsi di MCQ.
 - Competenza sperimentata e documentata nella metodologia didattica attiva e nella conduzione di gruppi di apprendimento.
 - Disponibilità ad assoggettarsi a valutazioni tra pari sui processi di insegnamento.
 - 12) Requisiti dei "discenti" nella formazione alla qualità:

³⁷ Beccastrini S., Gardini A., Tonelli S.: Piccolo dizionario della qualità. Ad uso degli operatori sociali e sanitari. Editoriale Tosca, 1994

- Chiara motivazione all'apprendimento e all'applicazione degli strumenti della Q.
 - Disponibilità all'autovalutazione e al cambiamento.
 - Disponibilità alle attività di gruppo e alla condivisione.
- 13) L'implementazione dei processi di formazione alla qualità trova naturale evoluzione in programmi di supporto metodologico alle organizzazioni e ai professionisti per il monitoraggio e l'applicazione degli strumenti di MCQ appresi.
- 14) 14. La formazione degli operatori esperti nei temi e negli strumenti della Qualità nelle Aziende sanitarie è indispensabile.

LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA

Il framework della qualità dei servizi sanitari dalla As.I.Qu.A.S. (Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) è stato sviluppato sulla base di tre prospettive:

a) La prospettiva degli attori dell'assistenza sanitaria

Ovretveit³⁸ definisce l'assistenza di *qualità* come “Fornitura di assistenza che supera le aspettative dei pazienti e raggiunge gli esiti clinici più elevati possibili con le risorse disponibili” ed ha sviluppato un sistema per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria basato su tre macro-prospettive di lettura/analisi della qualità:

- la **qualità professionale**, intesa come uso appropriato e sicuro di tecniche e procedure sanitarie efficaci;
- la **qualità percepita dagli utenti**, intesa come percezione dei beneficiari diretti (pazienti/cittadini) sentono o meno di ottenere ciò che richiedono ai servizi;
- la **qualità organizzativa**, intesa come congruenza delle relazioni tra elementi costitutivi dell'organizzazione e garantisce che i servizi siano forniti in modo efficiente.

Le diverse dimensioni che connotano il concetto di qualità in sanità lasciano intravedere diversi campi di interesse per i diversi soggetti che vi sono coinvolti ossia:

- gli **utenti**, a livello individuale, collettivo o di gruppi organizzati (malati, familiari, associazioni di utenti o di cittadini, ecc.);
- gli **operatori sanitari** dei diversi livelli (singoli operatori, unità operative, gruppi professionali, società scientifiche, ecc.);
- i **manager** deputati alla gestione dei servizi a livello regionale e aziendale;
- gli **amministratori e politici** locali, regionali e nazionali deputati al governo del S.S.N.;
- i **fornitori** di beni e servizi.

Ciascun soggetto legge, interpreta, vive le diverse dimensioni in modo differente:

◇ i **pazienti/utenti**, a livello individuale, chiedono che la risposta ai bisogni di salute (*responsiveness*)³⁹ sia connotata da:

- **autonomia** (coinvolgimento nelle scelte e possibilità di ottenere informazioni su trattamenti ed esami alternativi rispetto a quelli proposti);
- **possibilità di scelta** (dei professionisti da cui farsi curare);

³⁸ Ovretveit J. (1992). Ovretveit J. (1992) Health Service Quality: An Introduction In Quality Method for Health Services, Blakwell, Oxford;

³⁹ Murray CJL, Evans DB (Ed.). Health systems performance assessment. Geneva: World Health Organization; 2003.

- **comunicazione** (chiarezza delle informazioni ricevute e possibilità di fare domande);
 - **confidenzialità** (delle informazioni personali);
 - **dignità** (essere trattati con cortesia e rispetto, rispetto della privacy del corpo o sua non esposizione);
 - **comfort ambientale** (pulizia, spazi);
 - **prontezza di accesso** (tempi per arrivare, tempi di attesa);
 - **accesso ai familiari e alla rete di sostegno** (facilità di visita da parte di parenti e amici).
- ◇ gli **operatori sanitari** prestano maggiore attenzione alla qualità tecnico-operativa dell'assistenza ed agli esiti della stessa (efficacia);
 - ◇ i **manager** rivolgono la loro attenzione principalmente al corretto utilizzo delle risorse (efficienza);
 - ◇ gli **amministratori e politici** devono provvedere all'equa allocazione delle risorse rispetto ai bisogni della popolazione e dei territori per garantire l'eguaglianza di accesso e di fruizione dei servizi;
 - ◇ i **fornitori** sono attenti alla introduzione di innovazioni tecnologiche rivolte agli operatori sanitari e manager.

b) La prospettiva dell'analisi della qualità

Donabedian, uno dei padri della qualità in sanità, ha fornito una ulteriore bussola per muoversi all'interno del territorio complesso della qualità, offrendoci una chiave di lettura sugli oggetti di misurazione di misurazione/valutazione (Donabedian, 1966⁴⁰ e 1988⁴¹):

- la **valutazione di struttura** connota le caratteristiche dello scenario nel quale avviene l'erogazione dell'assistenza. Include le caratteristiche quali-quantitative delle risorse materiali (ambienti fisici, impianti, tecnologie, ecc.), delle risorse economiche, delle risorse umane (quantitative e qualitative) e della struttura organizzativa (articolazione organizzativa, sistema decisionale, sistema di valutazione, sistema premiante, sistema informativo, sistema formativo ecc.). Questo tipo di valutazione basa la sua logica sul fatto che per fornire un servizio di buona qualità sono necessarie (ancorché spesso non sufficienti!) la presenza di risorse umane, materiali ed economiche adeguate.
- la **valutazione di processo** riguarda l'analisi delle modalità con cui vengono effettuate le diverse attività professionali (diagnostiche, terapeutiche, preventive, riabilitative). Il principale oggetto di osservazione sono le *procedure tecnico-operative*. Questo tipo di valutazione basa la sua logica sull'equazione *good care = good outcome*, cioè se ciascun operatore applicasse gli

⁴⁰ Donabedian A. - Evaluating the quality of medical care. Milbank Q 1966, 44; 166-203

⁴¹ Donabedian A. -The quality of care. How can it be assessed. JAMA 1988, 260: 1743-1748

interventi secondo quanto viene dettato dalle correnti conoscenze scientifiche, i risultati dell'assistenza dovrebbero essere migliori di quelli conseguenti alla non corretta applicazione delle conoscenze scientifiche.

- la **valutazione dei risultati** (*outcome*). Il presupposto logico della misurazione della qualità dell'assistenza in base ai risultati da essa ottenuti è semplice ed ineccepibile. Gli obiettivi dell'assistenza sanitaria sono quelli di promuovere la salute, curare le malattie, arrestare la loro progressione, restaurare le capacità funzionali, alleviare dolore e sofferenze: la qualità dell'assistenza dovrebbe sempre misurare il raggiungimento di uno di questi obiettivi. Il miglioramento delle conoscenze e i cambiamenti comportamentali più salutarci sono inclusi nella definizione del miglioramento dello stato di salute. Donabedian include tra gli esiti anche *la soddisfazione dei pazienti* nei confronti dell'assistenza ricevuta.

c) La prospettiva dell'analisi organizzativa

Il terzo elemento della mappa concettuale è il termine *organizzazione* che può essere definita come *“un sistema costituito da elementi, tra loro legati da rapporti di interdipendenza, all'interno di processi intenzionalmente orientati al raggiungimento di uno scopo”*.

La letteratura in campo organizzativo è immensa, e sarebbe del tutto velleitario anche tentarne una seppur minima sistematizzazione in un paragrafo. Viene qui richiamato il classico schema proposto da Roberto Vaccani^{42,43} che illustra in modo chiaro gli elementi costitutivi di fondo delle organizzazioni e presenta elementi di giustapposizione con le “parole” della qualità precedentemente individuate.

In tale schema gli elementi costitutivi di una organizzazione sono articolati in tre categorie:

- **input** (fattori di contesto, esterni all'organizzazione, che ne influenzano e condizionano l'operato);
- **variabili interne** (fattori interni all'organizzazione che condizionano la “produzione” dei beni/servizi);
- **risultati** (i “prodotti” dell'organizzazione)

i. I fattori di input

I **fattori di contesto**, fattori esterni all'organizzazione che ne influenzano e condizionano l'operato, possono essere ricondotti ai seguenti elementi principali:

- **bisogni**, sono gli elementi da trasformare che giustificano l'esistenza stessa dell'organizzazione, e che nelle organizzazioni che producono servizi (sanità,

⁴² Vaccani R. - La Sanità incompiuta. Nuova Italia Scientifica, Milano, 1992;

⁴³ Vaccani R. - Riprogettare la sanità. Modelli di analisi e sviluppo. Carocci, 2012

scuola, ecc..) sono i bisogni dei soggetti che entrano in contatto con l'organizzazione stessa (il malato da assistere, i discenti da istruire, ecc.);

- **mandato**, ossia le attribuzioni che ciascuna organizzazione riceve dall'autorità a essa sovraordinata. Per i servizi pubblici, il più delle volte si tratta di mandato esplicitamente *normato*, in quanto le attribuzioni vengono definite attraverso norme di legge; mentre nel caso di organizzazioni autonome (partiti, associazioni, ecc..) e non sottoposte ad alcun ordine gerarchico il mandato è il più delle volte autodeterminato sulla base di motivazioni varie (politiche; religiose; filosofiche; ecc.): in questo caso si parla di mandato implicito o *interno*. In tutte le organizzazioni spesso coesistono diversi mandati formali e interni, la cui possibile opposizione può essere causa di inefficienza e inefficacia;
- **risorse**, ossia la dotazione di personale, finanziamenti, strutture e strumentazioni allocata nell'organizzazione da parte delle strutture sovraordinate;
- **variabili socioeconomiche**, ossia le variabili culturali, sociali, politiche, economiche, produttive, demografiche, ecc. che possono influenzare l'intero sistema organizzativo attraverso vincoli, stimoli, condizionamenti, pressioni, ecc.;
- **informazioni**, che rappresentano per l'organizzazione lo strumento fondamentale per ottenere l'immagine del mondo che la circonda – e informazioni sulle
- **innovazioni**, cioè le **nuove conoscenze/scoperte** tecnologiche (preventive, diagnostiche, terapeutiche, ecc.) e gestionali (informatizzazione, ecc.), che costituiscono in sanità un elemento cruciale per modificare le scelte operative e di influenzare in modo decisivo le scelte organizzative.

La **capacità di adeguamento alle modifiche di contesto** permette alle organizzazioni di rimanere al passo con la modernizzazione e offrire tempestivamente agli utenti le migliori pratiche per la tutela della salute.

ii. Le variabili interne

Le variabili interne vengono distinte in:

- **struttura di base**, che comprende la divisione gerarchica (*organigramma*), l'attribuzione delle funzioni/attività (*funzionigramma*), la divisione/attribuzione delle risorse umane/ economiche/ impiantistico-tecnologiche/strutturali, la collocazione degli spazi di lavoro (*lay-out*);
- **meccanismi di funzionamento/operativi**, che: a) definiscono il “quadro” dinamico della organizzazione (permettono di rispondere a domande come *quando? come?*); b) definiscono i criteri con i quali si modificano i fattori in ingresso; c) sono ufficiali e decisi collegialmente. I meccanismi di funzionamento/operativi comprendono:
 - ◊ meccanismi di selezione

- ◇ meccanismi di formazione
- ◇ sistema informativo
- ◇ meccanismi di presa di decisione
- ◇ meccanismi di valutazione
- ◇ meccanismi di premio/sanzione
- ◇ meccanismi di acquisizione di beni e servizi
- ◇ processi di cambiamento

L'assenza di meccanismi operativi non impedisce ai fenomeni di verificarsi: il modo con il quale si svolgono è però informale, governato da regole non chiare, arbitrarie

Sono i meccanismi operativi che fanno funzionare le U.O. (anche la migliore U.O. come struttura e come qualità e quantità di personale può non ottenere buoni risultati se non sono presidiati i meccanismi operativi)

Senza meccanismi operativi gli attori di un'organizzazione non si concentrano sul lavoro e sui risultati professionali, ma sulle dinamiche fiducia/sfiducia nei colleghi oppure sulle dinamiche autorità e comando/obbedienza e trasgressione nei confronti dei capi.

i meccanismi operativi possono anche essere aggregati in tre macro-processi:

- ◇ **processi operativi**, ossia le linee di produzione fondamentali che vedono coinvolti direttamente i professionisti nel percorso del malato (es. medici, radiologi, farmacisti, infermieri, psicologi, assistenti sociali, ecc.). Tali processi sono quelli definibili *core-business* dell'organizzazione;
- ◇ **processi di supporto**, sono i processi che supportano i processi operativi in modo da renderli più efficaci e più efficienti (approvvigionamento, manutenzione, gestione del sistema informativo, gestione finanziaria, ecc.);
- ◇ **processi strategico-gestionali**, sono i processi portati avanti dai vertici dell'organizzazione (*leadership*, sistema decisionale, sistema premiante, gestione del personale, ecc.)
- **processi sociali**, costituiti dall'insieme dei comportamenti personali, delle relazioni interpersonali e collettive che gli individui mettono in atto nei confronti dell'organizzazione nella quale si trovano e che creano il "clima" dell'organizzazione (possono sfociare o no in rivendicazioni sindacali). Tali processi vengono grandemente condizionati – oltre che da variabili legate a elementi hard dell'organizzazione (rapporti gerarchici, sistema premiante, ecc..) – da variabili soft più intimamente connesse al vissuto dei singoli operatori quali il sistema valoriale di cui ogni individuo è portatore, le attese individuali, gli orientamenti culturali, i fattori ergonomici, i sistemi di protezione e sicurezza nel lavoro, ecc. Tali variabili soft possono essere, per esempio: comportamenti di accettazione, comportamenti di rifiuto; comportamenti di compensazione

iii. I risultati

Per quanto attiene infine ai risultati, è fondamentale distinguere in campo sanitario tra la fornitura di **prestazioni e servizi (output)** e la determinazione degli **esiti (outcome)** ottenuti attraverso tali prestazioni.

Per prestazioni e servizi si intendono i beni materiali o immateriali prodotti (ricoveri, interventi diagnostico-terapeutici e preventivi, ecc.) **(output)**; per esiti si intendono gli esiti ultimi dei beni prodotti, che possono essere di duplice natura: *di effetto immediati* (le conoscenze acquisite dagli utenti; le modificazioni comportamentali; le diminuzioni di esposizione ai rischi; ecc.) e *di impatto* cioè il reale effetto sulla salute in termini di malattie guarite; malattie evitate; morti evitate; ecc. **(outcome)**

Come precedentemente ricordato anche la *soddisfazione degli utenti* è annoverata tra i risultati perseguiti da una organizzazione sanitaria.

IL FRAMEWORK ASIQUAS SULLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA

Le diverse dimensioni della qualità sono state utilizzate in molti paesi per strutturare framework concettuali utilizzati per costruire sistemi di valutazione della *performance* (*capacità dei singoli professionisti, delle equipe di lavoro, dei servizi/aziende sanitarie, di raggiungere gli obiettivi di qualità nei tempi previsti*) dei servizi sanitari.

L'As.I.Qu.A.S. (Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) nella elaborazione del framework ha individuato **14 dimensioni**⁴⁴:

- 1) **ACCESSIBILITÀ e TEMPESTIVITÀ**
- 2) **ACCETTABILITÀ, CENTRALITÀ ED EMPOWERMENT DEI PAZIENTI**
- 3) **ADEGUATEZZA RISORSE UMANE, STRUTTURALI E TECNOLOGICHE**
- 4) **APPROPRIATEZZA CLINICA**
- 5) **APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA E TRASPARENZA:**
- 6) **COMPETENZA PROFESSIONALE E CULTURALE**
- 7) **EFFICACIA**
- 8) **EFFICIENZA**
- 9) **EQUITÀ**
- 10) **INTEGRAZIONE E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE**
- 11) **SICUREZZA**
- 12) **SODDISFAZIONE/BENESSERE DEGLI OPERATORI**
- 13) **SODDISFAZIONE PAZIENTI**
- 14) **UMANIZZAZIONE DELL' ASSISTENZA**

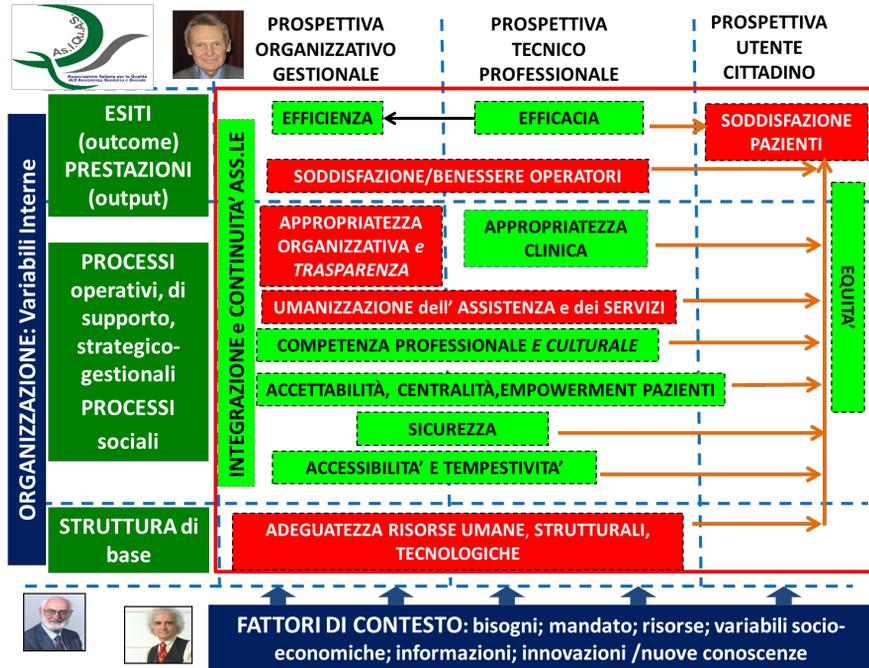
che comprendono (con alcune aggiunte) tutte le dimensioni proposte da WHO, OECD, IOM.

Tali dimensioni sono riportate nella matrice framework As.I.Qu.A.S. (**Figura 1**) che racchiude concetti, prospettive e modalità per l'analisi/valutazione della qualità e può essere letta secondo la prospettiva dei soggetti interessati (decisori, operatori, utenti) o secondo le modalità di analisi (struttura, processo, esito): ad esempio, gli operatori è naturale che prestino l'attenzione maggiore ai temi dell'efficacia, dell'appropriatezza dei percorsi e della sicurezza, ma sono parimenti coinvolti sui temi del benessere organizzativo, dello sviluppo delle policy di centralità del paziente, dell'equità, ecc.

Il **glossario delle dimensioni della Qualità** di As.I.Qu.A.S. è riportato in **ALLEGATO 3**.

⁴⁴ 17 dimensioni se si scompongono le Accessibilità e Tempestività; Appropriatezza Organizzativa e Trasparenza; Integrazione e Continuità Assistenziale

Figura 1 – Il Framework As.I.Qu.A.S.



Per As.I.Qu.A.S. la **valutazione della qualità** dei servizi **equivale alla valutazione della performance**. Per i soggetti/enti pubblici e privati che valutano la performance deve essere chiaro il modello concettuale di riferimento della qualità in sanità.

In Belgio il framework per la valutazione della performance⁴⁵ del sistema sanitario nazionale è quello rappresentato nella **Figura 2**.

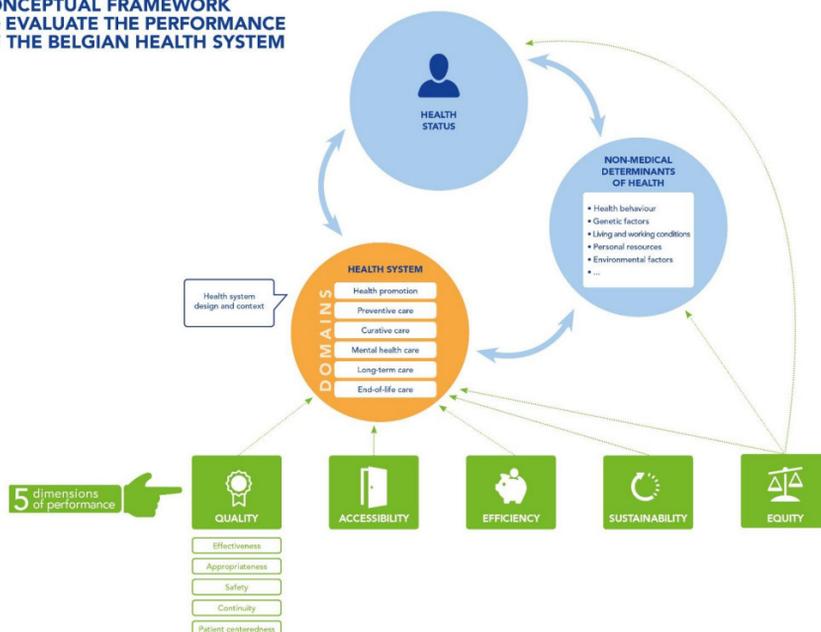
Accessibilità, efficienza, sostenibilità ed equità sono individuate dimensioni della performance e non come elementi costitutivi fondamentali del termine qualità. A nostro avviso tutte e quattro le dimensioni sono fondamentali per definire la qualità di un sistema.

Quando discutiamo con diversi interlocutori (cittadini, operatori sanitari, manager, politici, ecc.) sulla qualità del SSN dobbiamo innanzitutto chiarire lo schema concettuale di riferimento e poi avviare la discussione.

⁴⁵ https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_259C_performancereport2015_0.pdf

Figura 2 – Il framework della valutazione della performance del SSN in Belgio

**CONCEPTUAL FRAMEWORK
TO EVALUATE THE PERFORMANCE
OF THE BELGIAN HEALTH SYSTEM**



Le 14 dimensioni individuate da As.I.Qu.A.S. vengono presentate nei paragrafi 5-19. Undici dimensioni⁴⁶ vengono illustrate nei diversi capitoli attraverso la seguente griglia:

- Introduzione**
- Leggi e documenti di istituzioni e comunità professionali**
- Implementazione e monitoraggio**

Nel punto **a) Introduzione** viene descritta logica e motivazione dell'inclusione della dimensione nel framework.

Nel punto **b) Leggi nazionali/regionali e documenti di istituzioni/comunità professionali** verranno riportate le principali norme nazionali che governano l'implementazione delle azioni per lo sviluppo della dimensione nonché le leggi di regioni hanno legiferato su specifiche dimensioni. Verranno riportate le indicazioni su specifiche dimensioni presenti in documenti formulate dalle comunità professionali (Società Scientifiche e Associazioni Tecnico- scientifiche delle Professioni

⁴⁶ Accessibilità e tempestività; Adeguatezza risorse umane, strutturali e tecnologiche; Appropriatezza clinica; Appropriatezza organizzativa e trasparenza; Competenza professionale e culturale; Efficacia; Efficienza; Sicurezza; Soddisfazione/benessere degli operatori; Soddisfazione pazienti; Umanizzazione dell'assistenza

Sanitarie) che agiscono nel SSN⁴⁷. È opportuno ricordare che nel 2001, a seguito dell'approvazione tramite Referendum Costituzionale, venne promulgato un "aggiornamento"⁴⁸ della legge costituzionale che in materia di "potestà legislativa" confermò che la "tutela della salute" rimaneva "materia di legislazione concorrente": Art. 117 "Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali riservata alla legislazione dello Stato". La legislazione a livello statale viene sviluppata dal Parlamento (Camera dei deputati e Senato della Repubblica) attraverso l'emanazione di Leggi, Decreti-Legge⁴⁹, Decreti Legislativi⁵⁰, Decreti del Presidente della Repubblica⁵¹, Decreti del Presidente del Consiglio dei ministri e Decreti Ministeriali⁵².

Lo Stato e le Regioni stipulano insieme intese e accordi attraverso la **Conferenza Unificata**⁵³ e la **Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano** (chiamata anche **Conferenza Stato-Regioni**)⁵⁴.

Le Regioni, attraverso apposite leggi/regolamenti, rendono operative le norme delle leggi nazionali e delle intese/accordi della Conferenza Stato-Regioni.

All'interno di questo quadro costituzionale, i **Patti per la Salute**, sanciti nella Conferenza Stato-Regioni, **rappresentano attualmente gli atti programmatori**

⁴⁷ 293 società e associazioni, a novembre 2018

⁴⁸ LEGGE COSTITUZIONALE 18 ottobre 2001, n. 3 - Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione. (GU n.248 del 24-10-2001).

⁴⁹ Il **Decreto Legge (DL o D.L.)** viene emanato dal Governo come atto avente forza di legge ordinaria **in caso di necessità e urgenza e approvato e convertito in legge dal Parlamento entro 60 giorni**, pena la perdita di valore retroattiva,

⁵⁰ Il **Decreto legislativo (DLvo o D.L.vo)** viene emanato dal Governo su **esplicita richiesta del Parlamento** (attraverso la **legge delega**, su leggi riguardanti **discipline particolarmente complesse e articolate**, le quali richiedono pareri tecnici e specifici.

⁵¹ Decreto del Presidente della Repubblica (DPR o D.P.R.) sono Atti di prerogativa costituzionale (es. Nomina del Presidente del Consiglio e dei Ministri) o Atti su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri o dei Ministri competenti

⁵² **Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM - D.P.C.M.) e Decreti Ministeriali (DM o D.M.):** D.P.C.M. è un atto amministrativo emanato dal Presidente del Consiglio dei Ministri – D.M. è un atto amministrativo emanato da un ministro della Repubblica Italiana nell'ambito delle materie di competenza del suo dicastero.

⁵³ **Conferenza Unificata** – La Conferenza Unificata partecipa ai processi decisionali che coinvolgono materie di competenza dello Stato e delle Regioni, al fine di favorire la cooperazione tra l'attività statale e il sistema delle autonomie, esaminando le materie e i compiti di comune interesse, svolgendo anche funzioni consultive.

⁵⁴ **Conferenza Stato-Regioni.** La Conferenza Stato-Regioni (più precisamente, *Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano*) rappresenta la principale sede di coordinamento tra lo Stato e le Regioni. La presidenza della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province è affidata al presidente del Consiglio dei ministri, vicepresidente è il Ministro degli Affari regionali. La Conferenza è composta, oltre che dal presidente del Consiglio e dal ministro per gli Affari regionali, dai Presidenti di tutte le regioni italiane e le province autonome, eventualmente dai ministri interessati agli argomenti iscritti all'ordine del giorno e dai rappresentanti di amministrazioni dello Stato e di enti pubblici.

fondamentali per il nostro sistema. Il Patto per la Salute è un **accordo finanziario e programmatico** tra il Governo e le Regioni, che viene rinnovato ogni tre anni e serve a: garantire l'unitarietà del sistema, migliorare la qualità dei servizi; promuovere l'appropriatezza delle prestazioni. Il **Governo promuove la sottoscrizione di intese** in sede di Conferenza Stato-Regioni, per favorire l'armonizzazione delle legislazioni regionali e nazionale per il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni. Dal 2001 sono stati stipulati 6 patti:

Triennio 2002-2004 e adeguamento 2001 (Accordo ...dell'8 agosto 2001 ... in materia sanitaria)

Triennio 2005-2007 (Intesa del 23 marzo 2005)

Triennio 2007-2009 (Intesa, concernente un nuovo Patto sulla salute...5 ottobre 2009)

Triennio 2010-2012 (Intesa, concernente il nuovo Patto per la salute ...03 dicembre 2009)

Triennio 2014-2016 (Intesa, concernente il nuovo Patto per la salute ...10 luglio 2014)

Triennio 2019-2021 (Intesa, concernente il nuovo Patto per la salute... 18 dicembre 2019)

Di fatto i Patti della Salute rappresentano dal 2002 lo strumento principe di programmazione in campo sanitario.

Nel punto ***c) Interventi di sviluppo e di monitoraggio***, dopo aver evidenziato le principali criticità emerse nella implementazione delle disposizioni legislative e delle innovazioni/indicazioni formulate dalle comunità professionali, vengono individuati i possibili **interventi di sviluppo**. Successivamente verranno presentati gli **strumenti di monitoraggio** (indicatori, standard, modalità di rilevazione dati) e le modalità operative (es.: Commissione Qualità Aziendale; Gruppi MCQ; Gruppi Audit; ecc.) per la valutazione di ciascuna dimensione del framework.

Le 3 dimensioni: *Equità, Integrazione e Continuità Assistenziale e Accettabilità, Centralità ed Empowerment dei Pazienti* vengono illustrate invece a **“schema libero”**

LA MISURAZIONE E LA VALUTAZIONE

Gli aforismi riportati in apertura di questo volume pongono in risalto il tema della misurazione degli eventi finalizzata alla loro conoscenza, interpretazione e valutazione.

Misurare e valutare la qualità dei servizi sanitari richiede di:

- 1) identificare fenomeni/eventi “specifici” che descrivono le diverse dimensioni della qualità dei servizi
- 2) identificare gli indicatori (misure) in grado di quantificare quelle variabili;
- 3) definire valori di riferimento che facciano capire se si raggiunge uno standard prefissato o se comunque la performance migliora nel tempo
- 4) sviluppare un sistema informativo sanitario adeguato a questi obiettivi

a) Identificare i descrittori delle dimensioni della qualità dei servizi.

Per ciascuna dimensione della qualità vanno individuati dei “descrittori” (fenomeni/eventi) significativi capaci di rappresentare singolarmente e nel loro insieme i molteplici aspetti della dimensione. Utilizziamo come esempi le dimensioni Sicurezza e Appropriatezza organizzativa.

La *sicurezza* può essere letta⁵⁵ attraverso molteplici eventi quali: Polmonite da ventilazione assistita; Infezione della ferita chirurgica; Infezione dovute a cure mediche; Piaga da decubito; Complicanze dell’anestesia; Frattura dell’anca postoperatoria; Embolia polmonare postoperatoria (EP) o trombosi venosa profonda (TVP); Sepsi postoperatoria; Mortalità intraospedaliera; Difficoltà tecnica con la procedura; Reazione trasfusionale; Gruppo sanguigno sbagliato; Chirurgia del sito errata; Corpo estraneo lasciato durante la procedura; Eventi avversi correlati ad apparecchiature mediche; Errori terapeutici; Trauma alla nascita - lesione al neonato; Trauma ostetrico - parto vaginale; Trauma ostetrico - taglio cesareo; Frattura o caduta in ospedale

L’*appropriatezza organizzativa* può essere letta attraverso l’analisi dei seguenti eventi⁵⁶: Degenza media preoperatoria – Fratture del femore operate entro 2 giorni dal ricovero – Dimessi da reparti chirurgici con DRG medico - Ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri– Ricoveri ordinari sul totale dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio inappropriatezza –Ricoveri DH medici diagnostici sul totale dei ricoveri DH medici–Ricoveri ordinari medici totale dei ricoveri ordinari medici - Ricoveri oltre soglia sul totale dei ricoveri ordinari medici di pazienti con età 65+.

⁵⁵ OECD- Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD Countries. OECD Health Technical Papers N. 18 - 2004

⁵⁶ Ministero della Salute - Indicatori di Appropriatezza organizzativa Patto per la Salute 2010-2012. Ottobre 2010

Per ciascuna dimensione sono quindi individuati gli eventi rilevanti che devono essere posti sotto osservazione su occorre vengano costruiti appositi indicatori.

b) Identificare gli indicatori per misurare gli eventi “specifici”

Un indicatore è: *“Una variabile misurabile, ad alto contenuto informativo, che serve a confrontare un fenomeno nel tempo (in momenti diversi) e nello spazio (tra realtà diverse) o rispetto ad un obiettivo da raggiungere o da mantenere, che consente una valutazione sintetica di fenomeni complessi e fornisce gli elementi necessari ad orientare le decisioni”*^{57,58}.

Le caratteristiche degli indicatori sono di natura metodologica e applicativa

Caratteristiche metodologiche

Le caratteristiche metodologiche sono: riproducibilità, accuratezza, sensibilità al cambiamento, specificità per il fenomeno studiato.

Un indicatore deve quindi essere (Figura 3):

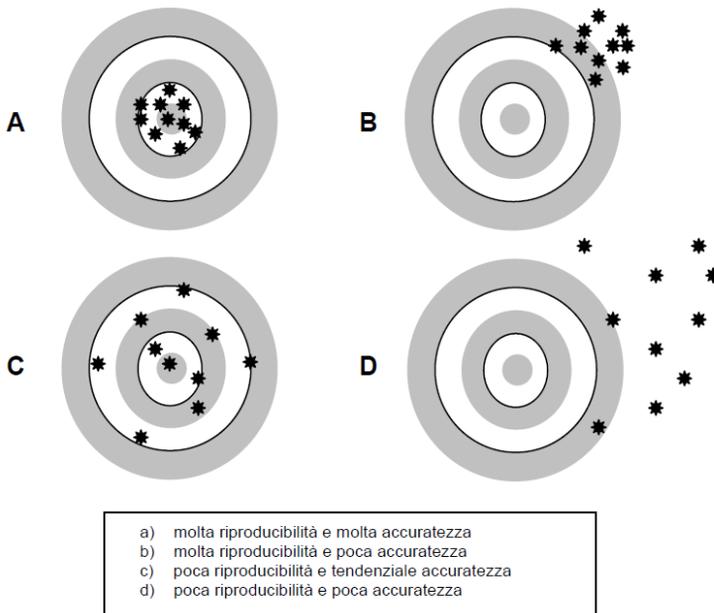
- **Riproducibile** (preciso, affidabile, attendibile, ripetibile, costante) e con ridotta variabilità tra ed entro osservatori. Si misura con:
 - ◊ **coefficiente di correlazione intraclassa**, per le variabili quantitative
 - ◊ **indice di accordo** (grezzo o ponderato) e all’**indice kappa**, grezzo o ponderato, per le variabili qualitative o ordinali.
- **Accurato**. La rilevazione è priva di errori sistematici; il valore ottenuto corrisponde alla realtà o vi è vicino. Si misura come sensibilità, specificità, rapporti di verosimiglianza, valori predittivi.
 - ◊ **Sensibilità**: si intende la proporzione di soggetti identificati come positivi dal test rispetto al totale dei soggetti che presentano davvero la condizione in esame. La sensibilità quindi è uguale al rapporto: veri positivi / totale dei soggetti con la condizione in esame = veri positivi / (veri positivi + falsi negativi).
 - ◊ **Specificità**: si indica la proporzione di soggetti senza la malattia identificati come negativi dal test, rispetto al totale dei soggetti che non presentano davvero la condizione in esame. La specificità quindi è uguale al rapporto: veri negativi / totale dei soggetti senza la condizione = veri negativi / (veri negativi + falsi positivi).
 - ◊ **Valore predittivo nei positivi VP+**: indica la probabilità che il risultato positivo di un test provenga effettivamente da un soggetto portatore della condizione in esame. $VP+ = (\text{veri positivi}) / (\text{veri positivi} + \text{falsi positivi})$.

⁵⁷ Morosini P.: Indicatori in valutazione e miglioramento della qualità professionale - Istituto Superiore di Sanità – Rapporti ISTISAN 04/29 Rev. - 2004

⁵⁸ Piergentili P, Focarile F. Indicatori sanitari per la qualità dell’assistenza sul territorio. Una guida pratica. QA 2004; 15(4):260-76.

- ◇ **Valore predittivo nei negativi VP-**: indica la probabilità che il risultato negativo di un test provenga effettivamente da un soggetto privo della condizione in esame. $VP- = \text{veri negativi} / (\text{veri negativi} + \text{falsi negativi})$.
- ◇ **Rapporto di verosimiglianza di un risultato positivo**: indica quante volte è più verosimile che un risultato positivo del test provenga da una persona con la condizione in esame piuttosto che da una persona senza la condizione in esame. È uguale a $\text{sensibilità} / (1 - \text{specificità})$.
- ◇ **Rapporto di verosimiglianza di un risultato negativo**: indica quante volte è meno verosimile che un risultato negativo venga da una persona con la malattia piuttosto che da una persona senza la malattia. È uguale a $(1 - \text{sensibilità}) / \text{specificità}$
- **Sensibile al cambiamento**. L'indicatore è capace di evidenziare i cambiamenti del fenomeno nel tempo e nello spazio (tra centri o soggetti diversi).
- **Specifico per il fenomeno indagato**. Se questo è la qualità professionale, il termine significa che l'indicatore è poco influenzato da fattori estranei alla qualità stessa.

Figura 3 – Rappresentazione simbolica di riproducibilità e accuratezza



Caratteristiche applicative

- **Legate alla potenziale utilità.** Un indicatore deve essere: „
- **Pertinente.** Misura il fenomeno che si intende misurare. Se mancano indicatori veramente pertinenti, si possono usare indicatori “approssimati” o indiretti (es. mortalità invece di morbilità; giornate di degenza anziché costi). „
- **Scientificamente fondato.** Per un indicatore di processo professionale, basato su buone evidenze del collegamento tra il processo in esame e gli esiti; per un indicatore di esito, riguardante esiti influenzabili dagli interventi in esame. „
- **Inserito in un modello decisionale.** Valori diversi dell’indicatore dovrebbero comportare scelte diverse. A questo scopo è fondamentale che sia accompagnato da una soglia/standard di riferimento. „
- **Facilmente comprensibile**
- **Semplice, non inutilmente complesso**

Legate alle modalità di rilevazione. Un indicatore deve essere: „

- **Completo** La rilevazione avviene in tutti o quasi gli eventi o soggetti su cui si è deciso di indagare. Si può trattare anche solo di un campione, che ovviamente dovrebbe essere rappresentativo.
- **Facilmente rilevabile e calcolabile**
- **Poco costoso da rilevare ed analizzare**
- **Tempestivo.** Rilevabile e rilevato in tempo per le decisioni.

Le stesse caratteristiche possono essere riportate sotto forma di acronimo **MISURA DOC**⁵⁹

M *Misurabile* - rilevabile in modo riproducibile e accurato

I *Importante* - pertinente ad un problema frequente o con notevoli conseguenze sui pazienti e/o sui costi)

S *Semplice* - chiaro

U *Utilizzabile* - preferibilmente accompagnato da valori soglie o standard

R *Risolvibile* - relativo ad un problema per cui si può intervenire con le risorse disponibili

A *Accettabile* - da chi deve rilevarlo e applicarlo

D *Discriminante* - capace di distinguere tra realtà diverse e di mettere in luce i cambiamenti nel tempo

O *Ottenibile* - rilevabile con costi e tempi accettabili

C *Completo* - rilevabile e rilevato in tutti gli eventi /tutti i soggetti in cui lo si deve rilevare

⁵⁹ SIQuAS-VRQ –Convegno Nazionale sugli indicatori di qualità in sanità- Milano 28-29 ottobre 1993

Per ciascun indicatore utilizzato deve essere predisposta una scheda indicatore contenente i seguenti item:

- **Denominazione** dell'indicatore
- **Significato o**, con un inglesismo, **razionale** (il perché l'indicatore viene proposto, ad esempio, se è un indicatore di processo professionale, qual è il suo collegamento con gli esiti)
- **Definizione operativa del numeratore** e dei termini in esso contenuti
- **Definizione operativa del denominatore** e dei termini in esso contenuti
- **Fonti dei dati** per il numeratore ed il denominatore
- **Variabili suggerite per la stratificazione e l'aggiustamento** (per limitare il confondimento) e loro fonti
- **Estensione e tempi della rilevazione:** dove e quando rilevare dell'indicatore, se in tutti i casi pertinenti o solo su un campione; in quest'ultimo caso dimensione del campione
- **Soglia o standard;** si può precisare come la si è definita, ad esempio se è locale, regionale o internazionale. Se la soglia non fosse ancora definita, andrebbe precisato come si intende definirla in futuro
- **Controlli di qualità dei dati** da effettuare durante la rilevazione
- **Riferimenti bibliografici**

Un esempio di scheda di indicatore è riportato in **Tabella 1**

Tabella 1- Scheda indicatore

Denominazione	<i>Anemia nei pazienti emodializzati presso il CAD (Centro di Assistenza Decentrata)</i>
Significato (razionale)	Correzione e prevenzione dello stato anemico nei pazienti dializzati. La correzione dell'anemia ha un ruolo cruciale non solo per la qualità di vita ma anche per il contenimento di complicanze quali la cardiopatia ipertrofica, ecc. Il range desiderato per l'Hb va da 10 a 13,5 g/dl, della ferritinemia da 200 a 700 mcg/L
Definizione dei termini	<i>Anemia:</i> valori di emoglobina inferiori a 11 g/dl in presenza di normo replezione marziale (ferritinemia maggiore di 200 mcg/L); ci si riferisce qui al valore medio delle determinazioni effettuate in un anno, di solito quattro perché sono trimestrali. <i>Emodializzato:</i> paziente in fase uremica cronica terminale che necessita di un trattamento depurativo mediante tecnica emodialitica trisettimanale presso un CAD.
Numeratore	Numero di pazienti con valore medio di Hb pari o superiore a undici nell'anno
Denominatore	Numero totale di pazienti trattati nell'anno

Soglia o standard	75%
Riferimenti bibliografici	Linee guida della Società Italiana di Nefrologia 2001 Linee guida della <i>European Renal Association – European Dialysis Transplant Association 2003</i>

i. Indicatori clinici: raccomandazioni SIQuaS-VRQ⁶⁰

- 1) Gli Indicatori Clinici (IC) sono variabili che vanno utilizzate per misurare la qualità professionale in ambito clinico e per prendere decisioni al fine di migliorarla.
- 2) Il sistema informativo (compresa la qualità della documentazione clinica) è il presupposto essenziale per lo sviluppo di un buon sistema di indicatori.
- 3) Gli indicatori per il monitoraggio e lo screening dei problemi di sicurezza/qualità devono essere costruiti sulle fonti informative correnti (ad es. SDO).
- 4) Gli indicatori per l'analisi/verifica di alcune performance cliniche devono essere costruiti su fonti informative specifiche (cartella clinica) con modalità standardizzate.
- 5) Il sistema di valutazione deve essere basato solo su indicatori "evidence based".
- 6) Gli indicatori clinici non vanno utilizzati come meccanismi di sanzione/incentivazione.
- 7) La disponibilità di dati ed informazioni di buona qualità (ad es. SDO, documentazione clinica) può essere utilizzata come elemento di valutazione per interventi di sanzione/incentivo (budget, etc.)
- 8) Alcuni IC (ad es. volumi di procedure, appropriatezza) possono essere utilizzati per le attività di programmazione (accorpamento Unità Operative, etc.)
- 9) Tutte le informazioni relative agli IC devono essere accessibili al pubblico
- 10) Tutte le informazioni relative ad alcuni IC (volume, appropriatezza) devono essere accessibili al pubblico.
- 11) La pubblicazione degli indicatori deve sempre essere accompagnata dalle schede che illustrano: fonti dei dati, sistemi di controllo, significato, cautele nell'utilizzo ecc.
- 12) L'utilizzo di un sistema di indicatori clinici presuppone un intervento formativo mirato all'acquisizione di idonei strumenti di interpretazione.
- 13) Gli indicatori di "safety" vanno utilizzati esclusivamente all'interno di un sistema strutturato di gestione del rischio clinico

⁶⁰ SIQuaS-VRQ: AA.VV - Numero monografico sugli Indicatori per la qualità dell'assistenza- QA Vol 15. N° 4, 2004

- 14) Le società scientifiche devono essere sistematicamente coinvolte per una migliore definizione del significato dei fattori osservati e per l'interpretazione dei risultati.

c) Il monitoraggio e la valutazione della performance in sanità

La **performance** è intesa come *“il contributo che ciascun soggetto (definito come sistema, organizzazione, team, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata creata”*.

L'attività di **valutazione della performance**, nel linguaggio aziendale e finanziario viene sintetizzato nel termine **benchmarking** inteso o come *“attività continua di ricerca, misurazione e raffronto dei prodotti, processi, servizi, prassi, procedure e operazioni di una ditta con quelli che altre aziende hanno sviluppato, allo scopo di ottenere risultati eccellenti, finalizzati al miglioramento delle proprie prestazioni aziendali e per rendere evidente l'efficacia di determinati investimenti”*⁶¹.

In Italia la valutazione della performance nella Pubblica Amministrazione è stata sviluppata a partire dal decreto legislativo 150 del 2009⁶² di cui si riportano di seguito gli articoli fondamentali

Art. 4. Ciclo di gestione della performance

- 1) Ai fini dell'attuazione dei principi generali di cui all'articolo 3, le amministrazioni pubbliche sviluppano, in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio, il ciclo di gestione della performance.
- 2) Il ciclo di gestione della performance si articola nelle seguenti fasi:
 - a. definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;

⁶¹ Vocabolario Treccani 2019

⁶² Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni. Il DL sviluppa i seguenti temi: Titolo II - Misurazione, Valutazione e Trasparenza della Performance Capo II - Il ciclo di gestione della performance) Art. 4 - Ciclo di gestione della performance Art. 5 - Obiettivi e indicatori Art. 6 - Monitoraggio della performance Art. 7 - Sistema di misurazione e valutazione della performance Art. 8 - Ambiti di misurazione e valutazione della performance organizzativa Art. 9 - Ambiti di misurazione e valutazione della performance individuale Art. 10 - Piano della performance e Relazione sulla performance CAPO III - Trasparenza e rendicontazione della performance Art. 11- Trasparenza CAPO IV - Soggetti del processo di misurazione e valutazione della performance Art. 12- Soggetti Art. 13- Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche Art. 14- Organismo indipendente di valutazione della performance TITOLO III -Merito e Premi CAPO I - Disposizioni generali Art. 18. -Criteri e modalità per la valorizzazione del merito ed incentivazione della performance

- b. collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c. monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d. misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e. utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f. rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché' ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Art. 5. Obiettivi e indicatori

- 1) Gli obiettivi sono programmati su base triennale e definiti, prima dell'inizio del rispettivo esercizio, dagli organi di indirizzo politico-amministrativo, sentiti i vertici dell'amministrazione che a loro volta consultano i dirigenti o i responsabili delle unità organizzative. Gli obiettivi sono definiti in coerenza con quelli di bilancio indicati nei documenti programmatici di cui alla legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni, e il loro conseguimento costituisce condizione per l'erogazione degli incentivi previsti dalla contrattazione integrativa.
- 2) Gli obiettivi sono:
 - a. rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
 - b. specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
 - c. tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
 - d. riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno;
 - e. commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché' da comparazioni con amministrazioni omologhe;
 - f. confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
 - g. correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Art. 8. Ambiti di misurazione e valutazione della performance organizzativa

- 1) Il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa concerne:

- a. l'attuazione delle politiche attivate sulla soddisfazione finale dei bisogni della collettività;
- b. l'attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- c. la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- d. la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- e. lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione;
- f. l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- g. la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- h. il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

Art. 9. Ambiti di misurazione e valutazione della performance individuale

- 1) La misurazione e la valutazione della performance individuale dei dirigenti e del personale responsabile di una unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità è collegata:
 - a. agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità;
 - b. al raggiungimento di specifici obiettivi individuali;
 - c. alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate;
 - d. alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi.
- 2) La misurazione e la valutazione svolte dai dirigenti sulla performance individuale del personale sono effettuate sulla base del sistema di cui all'articolo 7 e collegate al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali.

i. Il Benchmarking in campo sanitario in Italia

In Italia esempi di benchmarking in campo sanitario sono forniti da:

- ◇ **Nuovo Sistema di Garanzia**⁶³ (che consente, con le informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei LEA. **(ALLEGATO 4)**)
 - ◇ **PNE (Programma Nazionale Esiti)**: Il Programma Nazionale Esiti è uno strumento di misurazione, analisi, valutazione e monitoraggio delle performance clinico-assistenziali delle strutture sanitarie a disposizione delle Regioni, delle aziende e dei professionisti per il miglioramento continuo del SSN. I risultati di PNE, attività che AGENAS svolge per conto del Ministero della Salute, sono pubblicati sul sito web curato da AGENAS **(ALLEGATO 5)**
 - ◇ **Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali** curato dal **Laboratorio Management e Sanità – (MeS)** dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa **(ALLEGATO 6)**.
- Negli allegati sono riportati gli indicatori dei diversi sistemi di benchmarking.

Altri **strumenti** utilizzati per il monitoraggio e la valutazione della performance nelle aziende di produzione di beni e applicabili in sanità sono:

1. **Balanced Scorecard (BSC)**^{64, 65}

La BSC (scheda di valutazione bilanciata) cerca di rendere coerenti le quattro diverse prospettive di valutazione delle performance di una impresa (**Figura 4**):

- 1) la **prospettiva finanziaria (Financial perspective)**. Gli obiettivi sono quelli economici finanziari, misurati dai tradizionali indicatori di performance e redditività;
- 2) la **prospettiva del consumatore (Customer perspective)**. L'obiettivo è il miglioramento dell'offerta e del servizio per il cliente;
- 3) la **prospettiva interna dell'impresa (Internal Business Process perspective)**. L'obiettivo è il miglioramento dei processi *core*;
- 4) la **prospettiva di innovazione e apprendimento (Learning and Growth perspective)**. L'obiettivo è l'apprendimento e sviluppo organizzativo.

Per ciascuna prospettiva risultano così individuati:

- gli **obiettivi**: ciò che deve raggiungersi ed è critico per il successo;
- le **misure**: gli strumenti che verranno utilizzati per quantificare il raggiungimento di ciascun obiettivo;

⁶³ DM 12 marzo 2019 - **Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria** (pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019) <http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=monitoraggioLea>

⁶⁴ Robert Kaplan, David Norton, *The Balanced Scorecard - Measures that Drive Performance*, Harvard Business Review, 1992

⁶⁵ Fabrizio Bocci *Balanced Scorecard e modello EFQM per l'eccellenza -BSCReview* Ago 15, 2012

- i *bersagli*: i valori-obiettivo delle misure;
- le *iniziative*: le azioni chiave e i programmi che verranno attuati al fine del raggiungimento degli obiettivi.

Figura 4 – Il modello Balanced Scorecard



2. Il modello EFQM

L' European Foundation for Quality Management (EFQM)⁶⁶ è nato da una fondazione con sede a Bruxelles, istituita dalle principali ditte industriali europee. Questo organismo annovera attualmente più di 500 membri (aziende) e si propone di stimolare la diffusione dei progetti di qualità soprattutto attraverso l'assegnazione annuale dei premi europei: European Quality Prizes, European Quality Award.

Il modello EFQM è stato considerato dallo studio ExPeRT⁶⁷, promosso nel 1996 dall'Unione Europea, tra i sistemi di revisione esterna maggiormente utilizzati in Europa per il miglioramento della qualità dell'assistenza dei servizi sanitari, accanto a: accreditamento, norme ISO 9000 e revisione professionale fra pari.

L'EFQM si occupa principalmente dell'assistenza alle organizzazioni che operano nella logica del miglioramento continuo della qualità e del supporto ai dirigenti di tali organizzazioni per accelerare la diffusione del Total Quality Management.

La logica su cui si basa il modello EFQM è riassumibile in cinque termini: **Risultati, Approccio, Dispiegamento, Accertamento, Revisione (RADAR)**:

⁶⁶ <https://www.asiquas.it/wp-content/uploads/2018/07/Modello-EFQM-e-ISO.pdf>

⁶⁷ Shaw C.D. External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. Int J Qual Health Care 2000;12:169-75.

- **Risultati** significa che una organizzazione deve determinare i risultati raggiunti, in termini sia di prodotti ed in sanità anche di esiti, sia finanziari, sia di percezione da parte dei cittadini e dei dipendenti;
- **Approccio** indica che deve pianificare e sviluppare un insieme integrato di approcci validi per raggiungere i risultati attesi;
- **Dispiegamento** significa che deve mettere in atto gli approcci suddetti in modo sistematico e completo;
- **Accertamento e Revisione** indicano il monitoraggio, la verifica e l'analisi dei risultati ottenuti, in un atteggiamento di apprendimento continuo

Il Modello EFQM (Figura 5) si sviluppa attraverso 5 fattori:

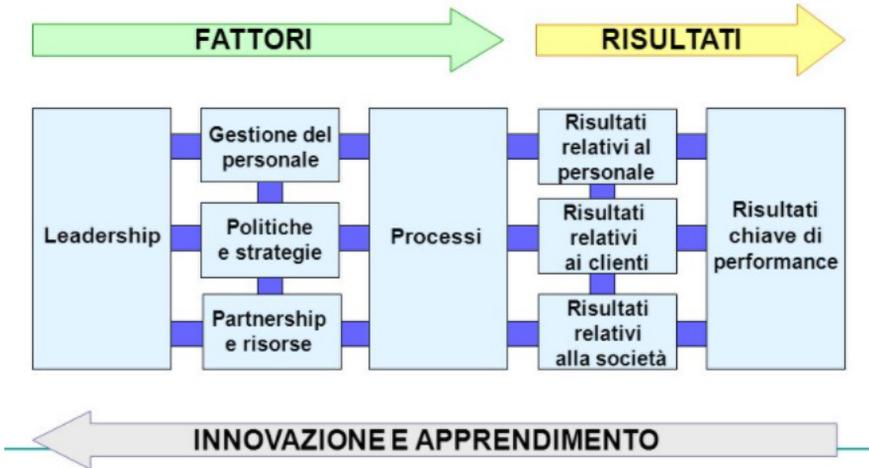
I Fattori Produttivi

- **Leadership** (il modo in cui l'alta direzione ed i leader dei livelli inferiori supportano e promuovono la cultura del TQM)
- **Politiche e strategie** (il modo in cui l'organizzazione predispone, sviluppa, corregge e realizza politiche strategie)
- **Gestione delle risorse umane** (il modo in cui l'organizzazione riesce a far esprimere compiutamente le potenzialità del proprio personale)
- **Pianificazione, gestione delle risorse materiali** (il modo in cui l'organizzazione gestisce le risorse finanziarie, le risorse informative, le dotazioni, i materiali, la proprietà intellettuale)
- **Controllo dei processi** (il modo in cui l'organizzazione identifica i processi chiave, come li rivede e li migliora)

I risultati

- **Soddisfazione del personale** (il modo in cui si riesce a stabilire il grado di percezione che il personale ha dell'organizzazione)
- **Soddisfazione dei clienti** (come si riesce ad individuare la percezione che il cliente ha del servizio ricevuto e dei suoi rapporti con l'organizzazione)
- **Impatto sulla società** (il modo in cui l'organizzazione è riuscita a soddisfare i bisogni e le aspettative della comunità in termini di miglioramento della qualità della vita)
- **Risultati chiave di performance** (individua il raggiungimento degli obiettivi di budget ed il soddisfacimento dei bisogni di quanti hanno interessi finanziari o altre partecipazioni nell'organizzazione).

Figura 5 – Il modello European Foundation for Quality Management (EFQM)



Le principali caratteristiche del modello EFQM che a giudizio di AslQuAS ne rendono particolarmente opportuno l'impiego nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria sono:

- la visione sistemica, che favorisce il superamento della concezione meccanicistica e deterministica su cui si basa di fatto la gestione della maggior parte delle organizzazioni;
- la focalizzazione sui risultati e sul loro bilanciamento;
- l'attenzione alle persone (sia pazienti, persone prossime indicate dai pazienti, familiari e cittadini sia le persone interne all'organizzazione);
- l'importanza riconosciuta alla funzione di guida e responsabilità;
- la promozione di apprendimento;
- la creatività e innovazione come strumenti di miglioramento continuo.

3. Il modello certificazione UNI EN ISO 9000

Le **ISO 9000** (International Standards for Organizations) sono norme di applicazione generale che **possono essere adattate a tutti i settori** produttivi di beni e servizi e sono utilizzate quando esiste la necessità di dimostrare la propria capacità di progettazione e fornitura di un prodotto conforme.

I requisiti di tali norme sono costruiti per fornire una **garanzia al cliente** non attraverso un controllo sul risultato ma, piuttosto, **sul rispetto di procedure predefinite**, così da poter ridurre drasticamente i rischi di non conformità. I sistemi qualità ispirati alla norma ISO sono molto diffusi nelle aziende di produzione dei beni.

Le norme ISO hanno il pregio di consentire una **definizione precisa dei ruoli e delle relative modalità di comunicazione ed integrazione**, riducendo i costi della “non qualità” e migliorando il servizio reso.

Un'altra caratteristica importante delle norme ISO riguarda la **possibilità di integrazione con altri sistemi** quale ad esempio il MCQ. In questo senso il sistema qualità ispirato alle ISO 9000 può essere considerato una prima importante tappa di avvicinamento al più complesso sistema della qualità totale.

La predisposizione di un sistema qualità ispirato alle norme ISO 9000 richiede un **periodo di addestramento lungo** ed anche in funzione del livello di qualità iniziale dell'organizzazione e della complessità della struttura.

Il sistema descrive le procedure adottate e ne verifica l'applicazione, **la certificazione è il riconoscimento ufficiale operato da un ente terzo** di ciò che è stato codificato

È opportuna una breve descrizione del **Total Quality Management (TQM)**.

https://www.google.com/search?q=TQM&tbm=isch&tbs=rimg:CbRj3pG7oR-cOYROupxBmGm25&rlz=1C1CHBD_itIT902IT902&hl=it&sa=X&ved=0CBwQuIl-BahgKEwiA9vLyrLDuAhUAAAAAHQAAAAAQ9AE&biw=1522&bih=750

L'approccio al TQM è basato sul coinvolgimento dell'intera organizzazione e prevede il superamento dei concetti di qualità del servizio (efficacia terapeutica) e di qualità del sistema (certificazione e/o accreditamento) per arrivare al controllo di tutti gli aspetti organizzativi (qualità programmata/erogata), dei rapporti con l'utenza (qualità prevista/percepita) ma anche al controllo della competitività basandosi su tecniche di benchmarking (qualità paragonata)^{68 69 70}. Al TQM si è legato il concetto del mantenimento della qualità raggiunta; tale teoria è conosciuta come **Continuous Quality Improvement (CQI)** in cui il concetto di qualità diviene dinamico e in piena evoluzione.

Lo strumento più conosciuto per l'applicazione della qualità totale (QT) è il **circolo di qualità** che, attraverso la partecipazione di tutti i componenti dell'organizzazione attiva il superamento dei difetti nei processi di lavoro. Il circolo di qualità basa il suo lavoro su riunioni periodiche in cui un gruppo di professionisti arruolati su base volontaria, individua in maniera sistematica i problemi, li discute, li analizza e trova soluzioni congrue che poi vanno sottoposte alla Direzione che dovrà mettere in atto tutti gli strumenti necessari affinché vengano recepite le valutazioni fatte per la soluzione del problema.

⁶⁸ Braccini M., *La qualità totale come strategia competitiva*, ed. Scuola Superiore G. Reiss Romoli, 1998

⁶⁹ Galgano A., *La qualità totale*, ed. Il Sole 24 ore, 1992

⁷⁰ Galgano A., *Sette strumenti della qualità totale*, ed. Il Sole 24 ore, 1996

4. *Nomogramma di Barber.*

È un sistema di valutazione dell'attività che consente confronti nel tempo e nello spazio e permette di effettuare un check-up dell'attività ospedaliera, prendendo in considerazione quattro indicatori:

- Tasso di occupazione dei PL (%) (TO) – Rapporto fra n. di giornate di degenza osservate e n. di giornate di degenza teoriche (PL x 365 gg)
- Indice di rotazione (IR) – Rapporto fra n. di dimissioni e n. di PL. L'indice misura quanti pazienti transitano mediamente su un PL nell'anno considerato.
- Intervallo di turnover (IT) – Rapporto fra n. di giornate non utilizzate (giornate teoriche – giornate erogate) e n. di dimissioni. L'indice misura l'intervallo di tempo medio che intercorre fra una dimissione e il successivo ricovero
- Degenza media (DM) – Rapporto fra n. di giornate erogate e n. di dimissioni totali

La costruzione del nomogramma di Barber serve per indagare la congruità del dimensionamento di una struttura ospedaliera e per valutare le condizioni operative dei reparti e degli ospedali e per ricercare la strategia di riorganizzazione migliore da intraprendere sul fronte dell'efficienza nel caso in cui vengano rilevati scompensi nel funzionamento delle strutture.

d) *Sviluppare il sistema informativo sanitario*

La messa a punto di un sistema informativo nazionale specifico per il settore sanitario è avvenuta alla fine dell'assestamento delle riforme che negli anni 80 e 90⁷¹ ridisegnarono la strutturazione del SSN del 1978.

Nell'accordo quadro stato-regioni del 2001⁷² vengono individuati:

(art 3) Obiettivi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) distinti in:

a. *obiettivi di governo:*

- 1) monitoraggio dello stato di salute della popolazione;
- 2) monitoraggio dell'efficacia/efficienza del sistema sanitario;
- 3) monitoraggio dell'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni in rapporto alla domanda della salute;
- 4) monitoraggio della spesa sanitaria.

b. *obiettivi di servizio/comunicazione*

⁷¹ Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria - Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 *Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, Legge. 229/1999 Norme per la razionalizzazione del SSN (modifiche L. 502/92)*

⁷² Provvedimento 22 febbraio 2001 **Accordo quadro** tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per lo **sviluppo del nuovo Sistema informativo sanitario nazionale.**

- 1) promozione della globalizzazione dell'offerta dei servizi;
- 2) disponibilità a livello nazionale di un sistema integrato di informazioni sanitarie individuali;
- 3) facilitazione dell'accesso degli utenti alle strutture ed alle prestazioni attraverso strumenti informatici

(art. 6) -- Funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo

Il Ministero e le regioni convengono che le **funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo delle fasi di attuazione del NSIS** debbano essere esercitate congiuntamente attraverso un organismo denominato **Cabina di Regia**. Le funzioni e la composizione della Cabina di Regia del NSIS sono state periodicamente aggiornate⁷³

Il NSIS è costituito da un insieme di flussi informativi che possiamo raggruppare in:

- 1) Flussi Informativi sulle **prestazioni sul singolo utente**
- 2) Flussi Informativi sulle **strutture sanitarie**
 - a. **Flussi dei modelli informativi** (FLS – STS – RIA – HSP – CE – SP – CP – LA) a rilevazione annuale o mensile a trasmissione trimestrale
 - b. **Flussi specifici**
 - c. **Flusso del LEA della Prevenzione**
- 3) *Flussi gestiti da altre istituzioni* nazionali di cui il NSIS si avvale:
 - Rilevazione dimesse dagli istituti di cura per aborto spontaneo (Modello ISTAT D.11)
 - Dichiarazione di interruzione volontaria della gravidanza (Modello ISTAT D.12)
 - Registro Nominale Cause di Morte (ReNCaM) (DPR n. 285 del 10 settembre 1990)
 - Scheda di morte oltre il primo anno di vita (Modello ISTAT D.4)
 - Scheda di morte nel primo anno di vita (Modello ISTAT D.4 bis)

Il NSIS ha avviato nel 2006 il progetto **M.R.A. Monitoraggio della rete di assistenza** con l'obiettivo di realizzare un sistema che, disponendo delle informazioni dei flussi suesposti (sulle strutture che operano a tutti i livelli d'assistenza, sulle prestazioni erogate e sulle risorse utilizzate) permetta il monitoraggio dell'intera rete di assistenza sanitaria al fine di poter supportare sia la definizione di politiche sanitarie, che la programmazione sanitaria, nonché la pianificazione di investimenti infrastrutturali a livello locale e regionale. Ad oggi (2019) il sistema non appare ancora concluso. In **ALLEGATO 7** viene riportato un quadro sinottico dell'articolazione e dei contenuti informativi del NSIS

⁷³ **Decreti Ministeriali** dell' 11 maggio 2017 e del 7 maggio 2019

Si indicano di seguito i link delle agenzie internazionali e nazionali che costituiscono punti di riferimento fondamentali per lo sviluppo delle metodologie e tecniche di valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria:

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Care Quality

<https://www.qualityindicators.ahrq.gov/>

NQMC - National Quality Measures Clearinghouse

<http://nationalqualitycenter.org/resources/national-quality-measures-clearinghouse/>

NICE - National Institute for Health and Care

<https://www.nice.org.uk>

JOINT COMMISSION

<https://www.jointcommission.org/>

NCQA - National Committee for Quality Assurance

<https://www.ncqa.org/>

OECD Health Care Quality Indicators Project

<https://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthcarequalityindicator-sproject.htm>

ISQUA - Society for Quality in Health Care (ISQua)

<https://www.isqua.org/>

Canadian Healthcare Council

<http://canadianhealthcarec.ca/index.php>

AGENAS (Agenzia Nazionale per I Servizi Sanitari Regionali)

<https://www.agenas.gov.it/>

Laboratorio Management e Sanità (MeS)

<https://www.santannapisa.it/it/istituto/management/mes-management-e-sanita>

Ministero Salute - Nuovo sistema di garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria

<http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=monitoraggioLea>

EQUITÀ

Assistenza sanitaria che non varia in rapporto al genere, razza, etnia, localizzazione geografica o stato socioeconomico degli utenti⁷⁴

Le opportunità sociali di poter godere di un buon livello di salute sembrerebbero essere garantite dal progresso che la società vive in questi anni, tuttavia questo fenomeno non si riscontra in modo omogeneo e uniforme per tutti i cittadini. Infatti, nonostante l'evoluzione positiva delle condizioni di vita e il progresso del sistema di tutela sanitaria e sociale abbiano migliorato le aspettative di vita e lo stato di salute in molti paesi, non si è verificata una tendenziale distribuzione omogenea nel rapporto benessere/malattia. In pratica la popolazione vive più a lungo ma l'agiatezza economica, l'istruzione scolastica, la posizione lavorativa ed altri fattori incidono, diversamente per ognuno, sulla qualità della salute e sulle garanzie di un complessivo benessere della persona.

Questo tema assume connotazioni interdisciplinari in analogia a quanto richiedono le politiche di Sanità Pubblica, per poter affrontare le problematiche di tutela della salute nella popolazione. Infatti, esso richiama diversi ambiti di riflessione tra cui etica dei diritti umani, scienze della salute, scienze demografiche e sociali, scienze economiche e politiche e implica un approccio multidisciplinare di intervento sul problema.

Nel momento in cui il problema viene investito di connotazioni etiche, esso diviene degno di maggiore attenzione e capacità interpretativa; a tale proposito Margaret Whitehead precisava nel 1990 che: ***“Il termine equità possiede una dimensione morale ed etica. Esso si riferisce alle differenze sociali ritenute evitabili, non necessarie ma anche ingiuste. Quindi, per poter ritenere un fenomeno non equo, bisognerebbe identificare la sua causa e valutarla ingiusta nel contesto sociale dove agisce”.***

I **determinanti di salute** sono quei fattori che influenzano e determinano la salute e il benessere degli individui. Vengono classicamente⁷⁵ distinti in (**Figura 6**):

a. **determinanti prossimali** che includono:

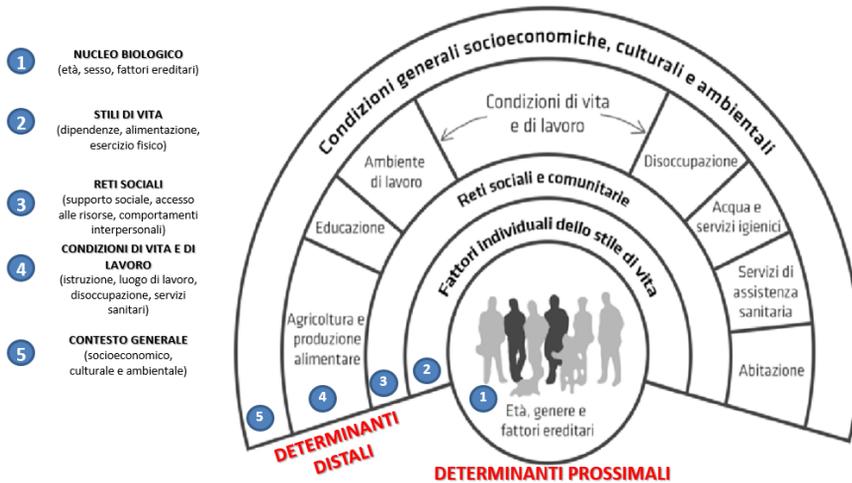
- i **fattori individuali non modificabili** (come età, sesso, etnia, caratteristiche genetiche)
- gli **stili di vita individuali**, alcuni dei quali possono essere a rischio (ad esempio l'abitudine al fumo, l'abuso di alcol, la sedentarietà, il consumo di droghe): si tratta di fattori modificabili con opportune politiche e interventi di prevenzione e promozione della salute;

⁷⁴ W.H.O.. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. World Health Organization, Geneva, 2006 (*modificato*)

⁷⁵ Dahlgren G & Whitehead M (1991) *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for Future Studies, Stockholm

- b. **determinanti distali:** comprendono quei fattori individuali e ambientali che sono responsabili delle disuguaglianze sociali e che influenzano l'azione degli altri determinanti di salute
- c. **le reti sociali** in cui l'individuo è inserito all'interno della comunità (se deboli, esse rappresentano un fattore di rischio per lo stato di salute e benessere psico-sociale dell'individuo; al contrario se forti, sono una risorsa per la comunità intera);
- d. **il contesto specifico individuale** (es.: livello di istruzione, condizione professionale, alloggio) **o locale** (es.: acqua e igiene, servizi sanitari locali) e, a livello più macro;
- e. **le condizioni socioeconomiche e culturali del contesto generale**

Figura 6 - I determinanti di salute



Il contributo relativo dato da questi determinanti alla longevità (raggiungimento dell'età di 75 anni) è stato stimato da diverse istituzioni^{76, 77} (**Figura 7**).

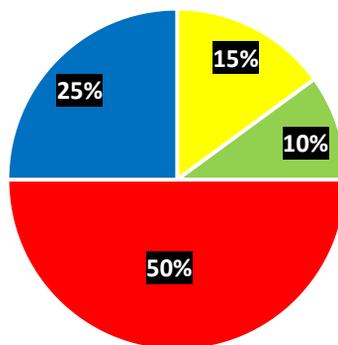
Il peso del settore sanitario al conseguimento di questo obiettivo (generalmente enfatizzato) è stato valutato nel range 10-25%, quello del patrimonio genetico 15-20%, il contributo dell'ecosistema del 10-20%, mentre l'influenza dei fattori socioeconomici e dei comportamenti salutari, di gran lunga la più importante, è stata stimata intorno al 50%

⁷⁶ Canadian Institute for Advanced Research, Health Canada, Population and Public Health Branch AB/NWT 2002

⁷⁷ Institute for the future (ITF) e Center for Disease Control and Prevention - Health and Healthcare 2010. The forecast, The challenge. Princeton: Jossey-Bass, 2003

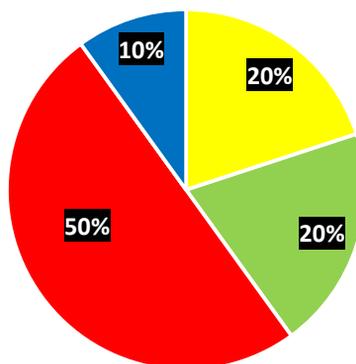
Figura 7 - Stima del “peso” dei determinanti di salute

Canadian Institute for Advanced Research, Health Canada, Population and Public Health Branch AB/
NWT 2002



- Patrimonio Biologico/Genetico
- Ambiente Fisico
- Ambiente Sociale ed Economico
- Sistema Sanitario

Institute for the future (ITF) e Center for Disease Control and Prevention - Health and Healthcare
2010



- Patrimonio Biologico/Genetico
- Ambiente Fisico
- Comportamenti salutari
- Sistema Sanitario

Le ricerche e i dati in questo ambito mostrano con chiarezza che la disegualianza socioeconomica porta ineluttabilmente all'ineguaglianza sanitaria e sullo stato di salute, determinando l'impatto più rilevante sulla salute (50% cfr. figura 9).

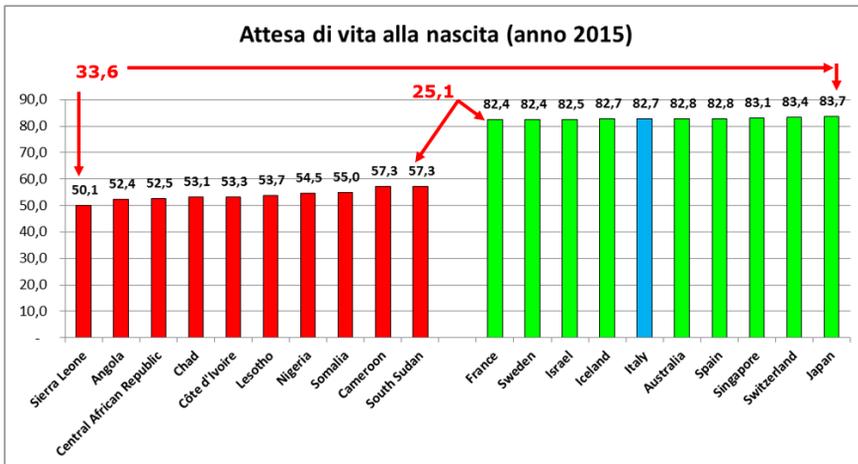
Attualmente l'attenzione posta dall'**Organizzazione Mondiale della Sanità** sul tema delle disuguaglianze, si è riflessa nelle politiche di ciascun Paese e il tema dell'equità in campo sanitario è divenuto oggetto di programmazione delle politiche pubbliche, anche se la definizione degli obiettivi ha portato ancora in pochi casi alla declinazione di progetti di intervento mirato.

I dati WHO (**Figura 8, Figura 9**) di alcuni indicatori chiave sullo stato di salute delle popolazioni ⁷⁸:

- Attesa di vita alla nascita
- Mortalità a cinque anni
- Spesa sanitaria pro-capite

mostrano differenze talmente rilevanti tra i paesi più poveri e quelli più ricchi che appare superfluo commentarli se non auspicando che la lotta alle disuguaglianze sociali e la tutela della nostra biosfera rappresentino le 2 sfide ineludibili per i prossimi decenni

Figura 8 - Attesa di vita alla nascita nei 10 primi e 10 ultimi paesi classificati (WHO 2017)

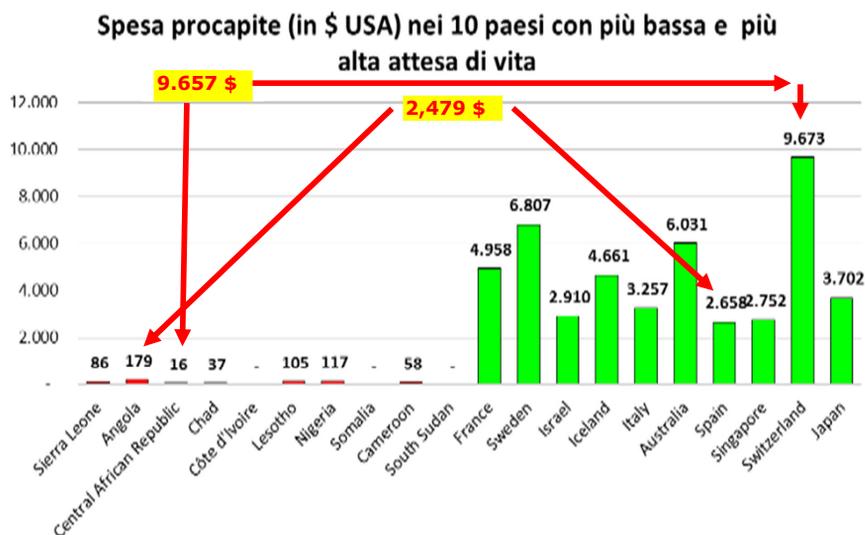


- ◇ Differenza tra il più alto degli ultimi paesi e il più basso dei primi: 25.1 anni (82.4-57.3)
- ◇ Differenza tra il più basso degli ultimi paesi e il più alto dei primi: 33.6 anni (83.7-50.1)

Range ANNI DI VITA ATTESA ALLA NASCITA: MENO 25.1-33.6 anni nei paesi svantaggiati

⁷⁸ World Health Statistics 2017: Monitoring health for the SDGs

Figura 9 –Spesa pro-capite nei 10 paesi con bassa e alta attesa di vita alla nascita,



- ◇ Differenza tra il più alto degli ultimi paesi e il più basso dei primi: 2.479 \$ (2.658-179)
- ◇ Differenza tra il più basso degli ultimi paesi e il più alto dei primi: 9.655\$ (9.673-16)

Range SPESA PRO-CAPITE: PIU' 2.479\$-9.657\$ nei paesi avvantaggiati con maggiore attesa di vita

La **salute è un bene sociale** la cui tutela non dovrebbe dipendere unicamente dal servizio sanitario, ma dall'impegno di tutti i settori che possono avere un impatto sulla distribuzione dei determinanti del benessere fisico e mentale dei cittadini e della comunità, come richiesto dalla dichiarazione di Roma **Salute in Tutte le Politiche**⁷⁹. I livelli di salute rilevabili in una società infatti (e la loro distribuzione tra gruppi sociali) non dipendono unicamente dalla capacità dei servizi sanitari di provvedere alla cura o alla prevenzione delle malattie, ma anche dalle scelte delle istituzioni a capo delle politiche che producono e distribuiscono opportunità e risorse in un territorio (e quindi ad esempio di quelle economiche, fiscali, ambientali, culturali, urbanistiche, del lavoro, dell'istruzione e così via), e di tutti gli *stakeholder* che operano in questi settori.

Per ridurre le conseguenze delle disuguaglianze sociali sulla salute occorre quindi intervenire con azioni e politiche, sanitarie e non, capaci di interrompere i

⁷⁹ Una dichiarazione delle delegazioni ministeriali dei 27 Paesi dell'Unione Europea - **LA SALUTE IN TUTTE LE POLITICHE**. 20 dicembre 2007

vari meccanismi che le innescano. In particolare, **i meccanismi principali di origine delle disuguaglianze di salute** che devono essere intercettati con le azioni sono i seguenti:

- 1) il contesto economico e sociale e le politiche di sviluppo e welfare sono i principali corresponsabili della posizione sociale a cui ogni persona approda nella sua vita: dalla posizione sociale dipende il **grado di controllo che la persona ha sulla propria vita che è garantita da quei determinanti sociali, le risorse materiali, di status e di aiuto**, che servono a condurre una vita dignitosa e corrispondente alle aspettative;
- 2) a sua volta la **posizione sociale influenza la probabilità di essere esposto** ai principali fattori di salute fisica e mentale, tra i quali:
 - a. i **fattori di rischio dell'ambiente** sociale e fisico che caratterizzano le condizioni e gli **ambienti di vita e di lavoro**;
 - b. i **fattori di rischio psicosociali**, ovvero lo squilibrio tra quello che si esige da una persona e il grado di controllo, remunerazione e supporto di cui il soggetto fa esperienza nelle quotidiane condizioni di vita e di lavoro;
 - c. gli **stili di vita insalubri**, come il fumo, l'alcol, l'obesità, l'inattività fisica, la cattiva alimentazione, il sesso non protetto;
 - d. le **limitazioni all'accesso alle cure appropriate**;
- 3) inoltre la posizione sociale influenza inoltre anche la **vulnerabilità agli effetti sfavorevoli sulla salute dei suddetti fattori di rischio**; in molti casi le persone di bassa posizione sociale esposti allo stesso fattore di rischio manifestano effetti sfavorevoli sulla salute più severi di quanto non succeda alle persone di alta posizione sociale;
- 4) infine, i gruppi più svantaggiati hanno **meno risorse per far fronte o prevenire le conseguenze sociali dell'esperienza di malattia** (si pensi al rischio di impoverimento per le spese sanitarie o di difficoltà di carriera lavorativa in presenza di una malattia propria o di un familiare).

Quattro meccanismi di origine delle disuguaglianze di salute, sono **altrettanti punti di ingresso per politiche e azioni di contrasto e moderazione**.

Alla luce di questi dati, il fatto che **in Italia** l'intensità e l'ampiezza delle **disuguaglianze di salute** sia **meno severa** che nel resto d'Europa, nonostante che tutte le statistiche indichino l'Italia al vertice della graduatoria delle disuguaglianze sociali nella ricchezza (subito dopo il Regno Unito), potrebbe avere due spiegazioni.

Nel primo caso l'Italia sarebbe in **ritardo nella diffusione di tre importanti curve epidemiche pericolose per la salute dei poveri**, quella del fumo tra le donne povere e del sud, quella della diffusione di abitudini alimentari scorrette tra i poveri, e quella della crescita delle famiglie monogenitoriali con figli dipendenti tra le donne povere; chiaramente è responsabilità delle politiche di prevenzione italiane quella di ritardare il più possibile l'evoluzione di queste curve epidemiche.

Nel secondo caso il **Servizio Sanitario Nazionale** è, oltre alla scuola, l'unico grande presidio sociale distribuito in modo universalistico nel paese, che sarebbe stato capace di trasferire i benefici della medicina in tutto il paese e in tutti gli strati sociali senza importanti distinzioni di diritto nell'accesso, salvo alcuni margini di miglioramento soprattutto nella qualità e appropriatezza; dunque il SSN rappresenterebbe un **presidio universalistico** importante **da valorizzare** per le sue capacità di realizzare **uguaglianza di opportunità e spesso anche di risultato**.

Inoltre, le **disuguaglianze di salute sono di intensità variabile**. Studi sull'andamento temporale, inoltre, hanno mostrato come le disuguaglianze **in Europa si stiano riducendo in senso assoluto** (i più poveri hanno beneficiato di una riduzione di mortalità più alta di quella dei più ricchi, partendo da una condizione più svantaggiata) **e si stiano allargando in senso relativo** (aumenta il rapporto tra rischio di morte dei più poveri rispetto a quello dei più ricchi).

Da un punto di vista geografico, in Europa si osservano disuguaglianze **più moderate nei paesi mediterranei**, intermedie nell'Europa continentale e del nord e molto più intense nell'Europa dell'est, mentre **in Italia** esse sono **più intense nelle regioni del sud** che in quelle del nord. Disuguaglianze di salute variabili nel tempo e nello spazio ci dicono che c'è qualcuno che ha saputo far meglio di qualcun altro, cioè che sono evitabili.

Se in Italia come negli altri paesi europei con un colpo di bacchetta magica si potessero eliminare le **disuguaglianze di mortalità tra le persone più istruite e quelle meno istruite**, si stima che si verificherebbe un **possibile risparmio di più del 25% delle morti tra gli uomini e più del 10% tra le donne**, la stessa cosa capita tra ricchi e poveri o tra operai e dirigenti. Si tratta, a parte ovviamente l'età, del singolo fattore che da solo spiega di più le variazioni di salute nella popolazione.

Oltre che per questo importante impatto sulla mortalità e la morbosità, ci sono altre buone ragioni per doversi occupare di queste disuguaglianze di salute così rilevanti. La prima è che, come abbiamo visto, esse sono **ingiuste** perché stanno sistematicamente a svantaggio dei gruppi sociali più sfavoriti e perché contemporaneamente sono anche **evitabili**, almeno in parte. Inoltre, esse sono anche **inefficienti** per il paese, perché rappresentano un freno allo sviluppo sociale ed economico di un Paese, in quanto presuppongono l'uscita precoce dal mercato del lavoro di individui altrimenti produttivi, un maggior costo a carico del servizio sanitario, delle politiche assistenziali e del welfare, così come una ragione di minore coesione sociale, con un **impatto complessivo stimato intorno al 10% del PIL**.

Se si potesse intervenire sui meccanismi che generano queste disuguaglianze fino ad eliminarle si potrebbero guadagnare notevoli miglioramenti di salute, ad esempio riduzioni della mortalità che arrivano fino al 50% tra i giovani adulti maschi.

a) Le disuguaglianze di salute in Italia

Il tema dei **determinanti sociali di salute** è diventato prioritario nell'agenda europea degli ultimi dieci anni. La Commissione Europea con la Comunicazione 2009 sulla Solidarietà nella salute aveva invitato i paesi Membri, le Regioni e le forze economico-sociali a fare la loro parte per ridurre le persistenti disuguaglianze di salute. L'Italia ne ha recepito l'importanza in due atti di indirizzo importanti per la programmazione sanitaria: il finanziamento vincolato agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale e la proposta di nuovo Piano Nazionale di Prevenzione. Inoltre, la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, in risposta al mandato della Commissione Europea, ha commissionato ad un gruppo di lavoro interregionale il compito di elaborare una revisione italiana sullo stato dell'arte delle disuguaglianze in Italia, delle cause e delle azioni di contrasto, che possa suggerire indirizzi per la programmazione delle politiche attenta all'equità nella salute.

Il gruppo di lavoro denominato "Equità nella salute e nella sanità (ESS)" ha elaborato un Libro Bianco⁸⁰ sulle disuguaglianze di salute in Italia, insieme con una proposta di raccomandazioni che rispondono alle principali implicazioni per le politiche sanitarie e non sanitarie dello stato delle disuguaglianze in Italia documentato dal rapporto.

Più recentemente è stato presentato il documento **L'ITALIA per L'EQUITÀ nella SALUTE**⁸¹ che ha la finalità di fornire un quadro sistematico sulle disuguaglianze socioeconomiche in Italia e sui loro effetti sulla salute dei cittadini, a partire dalle evidenze scientifiche, con una particolare attenzione alla recente crisi economica e alle barriere, anche immateriali, per l'accesso alle cure.

Il documento fornisce una vasta ricognizione delle principali politiche pubbliche avviate nei recenti anni per contrastare tali disuguaglianze e avanza alcune proposte di intervento condivise tra i responsabili dei diversi settori della vita pubblica che influenzano, da varie prospettive, la salute dei cittadini.

Il documento tecnico nasce dalla collaborazione degli Enti vigilati dal Ministero della salute:

- Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP)⁸²,
- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS),
- Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)
- Istituto Superiore di Sanità (ISS)

⁸⁰ G. Costa, M. Bassi, G.F. Gensini, M. Marra, A.L. Nicelli, N. Zengarini. :*"L'Equità della Salute in Italia: Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità"*. Fondazione Smith Kline – Editore Franco Angeli, 2014

⁸¹ Ministero della Salute - **L'ITALIA per L'EQUITÀ nella SALUTE**. Novembre 2017

⁸² **INMP 'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà** (INMP)

Quanto segue rappresenta una sintesi dei contenuti del documento, sintesi che riporta un estratto: a) dei BOX sulle diverse **tipologie di disuguaglianze**; b) delle categorie di **azioni per la riduzione delle disuguaglianze**.

TIPOLOGIE DI DISUGUAGLIANZE

Box 1 - Disuguali nell'aspettativa di vita

.. disuguaglianze nel tasso di **mortalità generale**, che in Italia risulta pari a 75 ogni 10.000 abitanti per le donne e 128 per gli uomini.

Come per l'aspettativa di vita, questi valori sono **più elevati al Sud e nelle Isole**, sia tra le donne (81,5), sia tra gli uomini (136,2), a parità di età. Sempre a parità di età **gli uomini meno istruiti hanno il 50% di probabilità in più di morte prematura rispetto ai più istruiti**, il 60% nel Nord-Ovest e il 30% per le donne, che sale al 40% nel Meridione.

Box 2 - Disuguali nelle malattie che conducono a morte

In testa alla graduatoria ci sono malattie come l'AIDS associata con l'abuso di droghe e sesso non protetto; la cirrosi epatica e i tumori del fegato associati con i già menzionati comportamenti a rischio o all'abuso di alcool. Seguono i tumori delle vie aeree e digestive superiori (VADS) tra gli uomini, associati con tabacco e alcool; i tumori dello stomaco associati con le infezioni e legate a scarsa igiene alimentare; gli incidenti da mezzi di trasporto tra gli uomini legati alla sicurezza stradale, le malattie del sistema respiratorio tra gli uomini associate ai rischi da lavoro e al fumo, il diabete mellito, soprattutto tra le donne, associato all'obesità e alla qualità delle cure, la salute mentale (suicidi) legata al disagio sociale, i tumori del polmone tra gli uomini correlati al fumo. Ma a questo punto della lista tutte le altre malattie continuano a segnare eccessi di mortalità tra i meno istruiti, ancora intorno al 20- 50%.

Box 3 - Disuguali nella salute percepita

... le persone a minor reddito riferiscono di essere in uno stato di salute non buono più spesso delle persone ad alto reddito, sistematicamente in tutti i periodi e in tutte le fasce di età analizzati. Il miglioramento di salute non è stato quindi in grado di eliminare il divario tra maggiore e minore reddito, che rimane superiore ai 10 punti percentuali nelle classi di età più anziane.

Box 4 - Disuguali nella scuola

..... l'Italia rimane agli ultimi posti in Europa per l'elevato numero di ragazzi e ragazze che nella minor età accumulano ritardi e poi rimangono fuori da percorsi di istruzione superiore o formazione professionale. Essi sono il 10% circa a 16 anni e il 20% a 18 anni. L'accesso e soprattutto la conclusione del ciclo di istruzione superiore rimangono ancora ambiti di forte differenziazione per origine sociale. Lo stesso vale per l'università, in cui il livello di abbandono, intorno al 40%, è elevatissimo.

Box 5 - Disuguali nel lavoro

..... Per la salute sono fondamentali l'occupazione e la qualità del lavoro. La crisi iniziata nel 2008 ha avuto un impatto molto forte sull'occupazione. Mentre il Nord ha recuperato i livelli di occupazione del 2007, il Sud rimane sotto di 6 punti percentuali. Sul benessere e la salute percepita sul lavoro l'Italia è nelle migliori posizioni in Europa riguardo alla qualità fisica degli ambienti di lavoro (seconda su 35), mentre è nelle ultime (quintultima) per la qualità sociale degli ambienti e delle relazioni di lavoro.

Box 6 - Disuguali nel reddito

.... Il reddito familiare disponibile di fonte Banca d'Italia dal 2007 al 2012 ha subito una diminuzione del 13,8%, una perdita che ha coinvolto tutti gli strati sociali, anche la classe media, ma che è stato proporzionalmente più pronunciato per le basse classi sociali

.... è evidente che l'Italia abbia attraversato due importanti crisi con dinamiche sperequative differenti: la prima del 1992 con un forte aumento delle disuguaglianze sociali per il crollo dei redditi medi e l'aumento di quelli alti; e quella del 2007 e soprattutto del 2011 con impoverimento complessivo di tutti gli strati della popolazione, in un contesto di economia stagnante e a rischio di declino, ed un significativo peggioramento delle disuguaglianze per i meno protetti, soprattutto i giovani.

Box 7 - Disuguali nelle condizioni abitative

Nell'ultimo rapporto Benessere Equo e Sostenibile⁸³ circa l'11,5% della popolazione residente in Italia risulta gravemente deprivata (tra gli ultimi posti in Europa), anche per difficoltà a riscaldare l'abitazione o a pagare le bollette e mantenere l'abitazione. Il 9,6% della popolazione è in condizioni abitative difficili, per sovraffollamento (27,8%, quasi il doppio della media europea) e per la presenza di problemi strutturali (quasi un quarto della popolazione lamenta presenza di infiltrazioni, umidità e simili su muri, soffitti o infissi)

Box 8 - Disuguali nei comportamenti a rischio per la salute

Fumo, abuso di alcol, sedentarietà, alimentazione scorretta e, infine, obesità e sovrappeso sono, in Italia, stili di vita insalubri influenzati dallo svantaggio sociale ma in misura variabile e spesso soltanto in alcune aree territoriali o in uno dei due sessi

A parità di età, la differenza nel fumo tra coloro con la licenza elementare e coloro che hanno conseguito maturità o laurea è quasi del doppio nel Nord ed è di oltre dieci punti percentuali nel resto del Paese

In entrambi i sessi sussistono preoccupanti livelli complessivi di sovrappeso e di obesità, specialmente in Meridione, seppur con prevalenze minori rispetto

⁸³ Istat Rapporto BES 2019 – Il benessere equo e sostenibile in Italia, Roma 2019 Istituto Nazionale di Statistica

all'Europa, con importanti e più intense disuguaglianze a svantaggio dei meno istruiti, specie se donne

Considerando tutti gli stili di vita e la condizione di sovrappeso, presentano almeno 3 comportamenti insalubri circa il 25% e il 17% rispettivamente degli uomini e delle donne più istruiti (con un chiaro eccesso nel Sud Italia), contro oltre il 40% e quasi il 30% della popolazione maschile e femminile con minor titolo di studio.

Box 9 - Disuguali nella prevenzione

.. le persone più svantaggiate per istruzione, difficoltà economiche o cittadinanza straniera si sottopongono meno spesso di quelle più avvantaggiate ai test di diagnosi precoce dei tumori della mammella, del collo dell'utero e dell'intestino, che sono offerti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con programmi organizzati di screening a gruppi specifici di popolazione.

...- tassi di immunizzazione contro la rosolia in donne in età fertile pari al 60% fra le italiane, e del 36% fra le immigrate.

BOX 10 - Disuguali nell'accesso alle cure

..... gli italiani di bassa istruzione a parità di altre condizioni ricorrono più spesso alle visite generiche e all'ospedale mentre usano di meno gli esami e le visite specialistiche e che tali differenze sono rimaste stabili negli ultimi 15 anni. Questa rinuncia all'assistenza specialistica potrebbe essere correlata alle barriere economiche all'accesso

... le rinunce ad una prestazione sanitaria in Italia tra il 2004 e il 2015 sono cresciute in chi ha un reddito inferiore alla mediana mentre sono diminuite in chi ha un reddito superiore; in tal modo la forbice tra le due categorie rispetto alla percentuale delle rinunce è cresciuta sempre più, sino a raddoppiarsi.

In merito alle **disuguaglianze di reddito** è opportuno riferirsi all'**indice di Gini**⁸⁴, l'indicatore internazionalmente riconosciuto come il più preciso per misurare la disuguaglianza nella **distribuzione del reddito**.

Il reddito in Italia

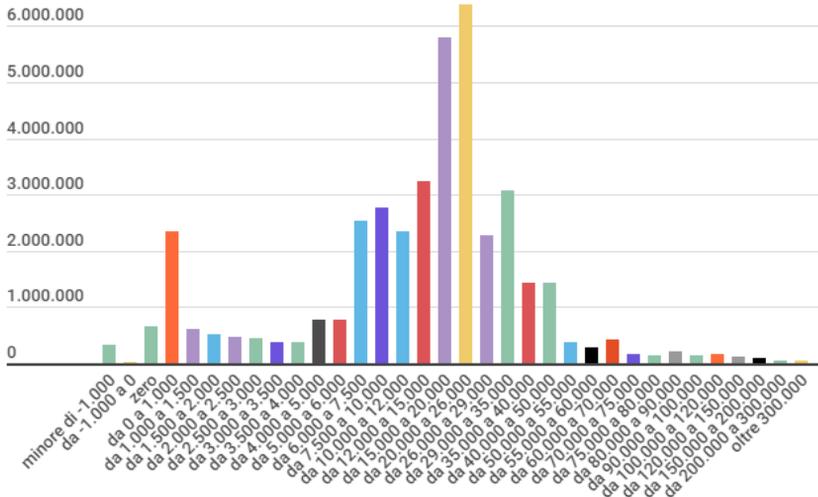
In totale gli italiani nel 2017 hanno guadagnato **838 miliardi di euro**: il **reddito medio è di 20.670 euro**. La classe di reddito più numerosa è quella che va **dai 20 mila ai 26 mila euro (Figura 10)**. Qui si collocano **6.377.355 contribuenti**, il **15,49%** del totale. Il **32% dei contribuenti italiani**, poco più di 13 milioni di persone, ha un reddito inferiore ai 10 mila euro all'anno.

I redditi da lavoro dipendente e quelli da pensione sono circa **l'84% del reddito complessivo dichiarato**. Il reddito da **pensione** rappresenta il **30%** del totale

⁸⁴ AA.VV., "Corrado Gini: innovator and leader of Italian statistics", Special Issue of *Statistica Applicata - Italian Journal of Applied Statistics*, Vol. 28 (2-3), 2016

La **Lombardia** è la regione dove si guadagna di più in Italia, con un reddito medio di 24.720 euro, seguita dalla **Provincia Autonoma di Bolzano** (23.850 euro), mentre la **Calabria** presenta il reddito medio più basso (14.120 euro).

Figura 10 – Distribuzione delle fasce di reddito in Italia nel 2018



Fonte: Ministero economia e finanza

L'indice di Gini va da un minimo di 0 a un massimo di 100: il valore 0 corrisponde alla pura equidistribuzione, ad esempio la situazione in cui tutti percepiscono esattamente lo stesso reddito; valori alti del coefficiente indicano una distribuzione più diseguale, con il valore 100 che corrisponde alla massima concentrazione, ovvero la situazione in cui una persona percepisce tutto il reddito del paese mentre tutti gli altri hanno un reddito nullo.

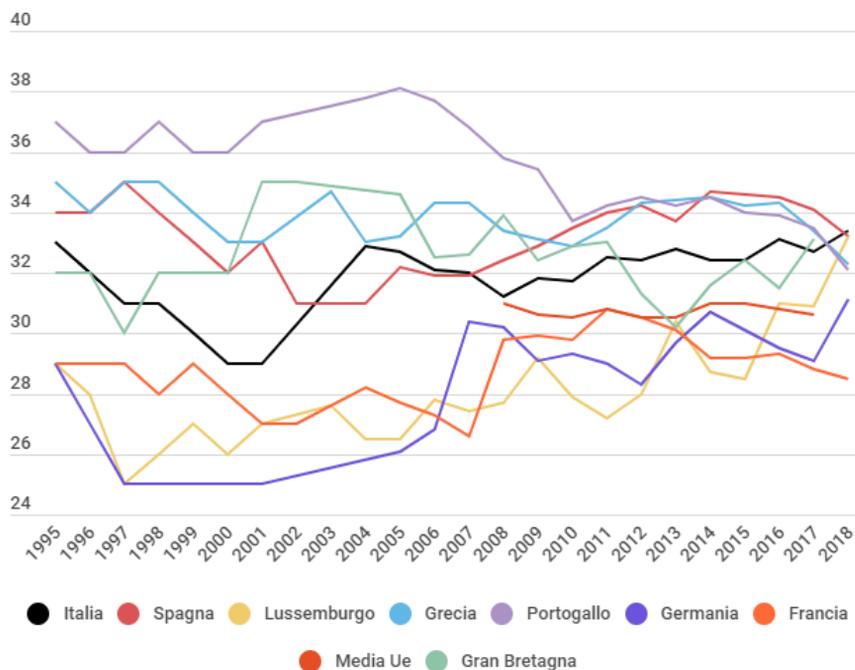
E', quindi, **un modo preciso di calcolare la redistribuzione del reddito tra i cittadini** di un Paese.

L'**Europa** è il continente con **la distribuzione del reddito più equa**. L'indice di Gini negli Stati Uniti va oltre 40, come in Sudamerica e gran parte dell'Africa e dell'Asia, continenti in cui non esiste un sistema di welfare e redistribuzione dei redditi come quello europeo.

In Italia l'indice Gini nel **2018** è stato **33,4** e vi è stato un piccolo ma evidente peggioramento rispetto agli scorsi anni (**Figura 11**). Dal 2008 l'indice Gini è stato sempre più elevato della media dell'Unione Europea. **L'Italia** non è mai stata tra i Paesi con minore disuguaglianza, ma invece che al sesto posto eravamo per esempio al decimo, come nel 2008, quando l'indice di Gini in Italia era di 31,2, quando

ci superavano anche la Grecia, il Regno Unito, la Spagna e il Portogallo, che ora invece appaiono meno diseguali di noi.

Figura 11 – Indice di Gini in Europa 1995-2018



Categorie di azioni per la riduzione delle disuguaglianze:

A) **Azioni di sistema**, rivolte a tutta la popolazione in modo proporzionale al bisogno;

B) **Azioni strumentali**, finalizzate a far funzionare le altre azioni con dati, regole e processi;

C) **Azioni selettive**, rivolte ai gruppi più vulnerabili.

A) Le azioni di sistema

- Rendere esigibili in modo equo i diritti e le risorse
- Moderare gli effetti diseguali delle barriere alle cure
- Promuovere l'equità nel governo clinico (Health Technology Assessment, Linee Guida, Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali – PDTA, Piano Nazionale Cronicità)
- Promuovere l'equità nella prevenzione
- Adottare il bilancio sociale per valutare l'impatto sull'equità

- Sviluppare azioni intersettoriali e multilivello

B) Le azioni strumentali

- “follow-up” della mortalità e degli eventi sanitari tracciabili nel NSIS relativamente a popolazioni arruolate ai censimenti
- follow-up prospettico della mortalità per causa e dei ricoveri ospedalieri, sviluppato nell’ambito delle indagini campionarie Istat sulla salute.
- follow-up prospettico del rischio di infortunio sul lavoro, di ricovero e di morte per causa, sviluppato a partire da un campione numeroso (circa 8%) della forza lavorativa del settore privato italiano,
- investire nella ricerca sulle principali lacune conoscitive circa i meccanismi che generano disuguaglianze di salute e circa l’efficacia degli interventi di contrasto.
- coinvolgere e formare il personale sanitario allo scopo di introdurre l’equity audit nell’ambito delle proprie attività e funzioni, anche includendo l’equità tra gli obiettivi prioritari nei programmi ECM.

C) Le azioni selettive rivolte ai gruppi più vulnerabili

I gruppi più vulnerabili sono quelli in condizioni di estrema povertà e marginalità (come i senza dimora), e quindi maggiormente esposti ai fattori di rischio per la salute correlati allo svantaggio sociale, oppure quelli che hanno una particolare suscettibilità agli effetti sfavorevoli sulla salute e alle ricadute dell’esperienza di malattia sulla carriera sociale (come i disabili). Spesso le due condizioni sono entrambe presenti nello stesso gruppo. A queste due categorie si potrebbero aggiungere quei gruppi che, per diversi impedimenti, non hanno pieno accesso alle cure, come potrebbe accadere ad alcune categorie di **stranieri immigrati**.

- L’equità nei dispositivi non sanitari
- Rimuovere le barriere nell’accesso alle cure dei gruppi vulnerabili
- I migranti: un caso particolare di vulnerabilità

Interessante anche ricordare le indicazioni del **WHO** sulle **Disuguaglianze nella Salute Ambientale**⁸⁵

Il concetto di disuguaglianze nella salute ambientale

Le disuguaglianze nella salute ambientale si riferiscono a differenze generali nelle condizioni di salute ambientale. Le disuguaglianze socioeconomiche e demografiche nell’esposizione ai rischi ambientali esistono ovunque e possono essere espresse in relazione a fattori che possono influenzare il rischio di esposizione, come reddito, istruzione, occupazione, età, sesso, razza / etnia e luoghi o contesti specifici.

Oltre a questi le differenze di esposizione, le disuguaglianze nella salute ambientale sono anche causate da fattori sociali o demografici, da differenze nella vulnerabilità rispetto a determinati rischi. Molte delle disuguaglianze nella salute

⁸⁵ World Health Organization Regional Office for Europe - Environmental health inequalities in Europe Assessment report 2012

ambientale, in particolare laddove sono legate a fattori socioeconomici variabili o sesso, rappresentano anche “iniquità” perché sono ingiuste, ingiuste ed evitabili.

La causa principale di tali **disuguaglianze** è spesso una **mancanza di “giustizia distributiva”**, che indica che i rischi ambientali non sono uniformemente distribuiti all’interno di società e popolazioni, e una mancanza di “giustizia procedurale”, che indica che diversi gruppi di popolazione possono avere diverse opportunità di influenzare le decisioni che incidono sull’ ambiente più prossimo:

Disuguaglianze legate all’abitazione

- Approvvigionamento idrico inadeguato
- Mancanza di una toilette con sciacquone
- Mancanza di vasca o doccia
- Sovraffollamento
- Umidità in casa
- Incapacità di mantenere la casa adeguatamente calda

Disuguaglianze legate a infortuni

- Infortuni sul lavoro
- Lesioni mortali nel traffico stradale
- Avvelenamenti mortali
- Cadute mortali

Disuguaglianze relative all’ambiente

- Esposizione al rumore a casa
- Mancanza di accesso alle aree verdi / ricreative
- Esposizione al fumo passivo a casa
- Esposizione al fumo di seconda mano al lavoro

PASSI - PROGRESSI DELLE AZIENDE SANITARIE PER LA SALUTE IN ITALIA

In Italia un riferimento fondamentale per la lettura delle disuguaglianze è l’indagine periodica nazionale **Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (PASSI)**. L’indagine è sviluppata attraverso l’intervista di un campione di popolazione⁸⁶. Per il periodo 2015-2019 l’indagine si è sviluppata su 24 temi⁸⁷ tra cui ne abbiamo selezionato 18:

- 1) attività fisica
- 2) mobilità attiva

⁸⁶ Per il Rapporto nazionale 2007-2009 su Diseguaglianze sociali e salute. (agosto 2011) intervistate ca.100.000 persone

⁸⁷ 1) attività fisica - 2) attività fisica OMS -3) mobilità attiva - 4) sovrappeso e obesità - 5) consumi di frutta e verdura, 6) consumo di alcol - 7) abitudine al fumo - 8) fumo passivo - 9) smettere di fumare - 10) consumo di sale - 11) rischio cardiovascolare - 12) diabete - 13) dispositivi per la sicurezza stradale -14) guida sotto l’effetto dell’alcol -15) sicurezza domestica -16) screening cervicale -17) screening mammografico -18) screening coloretale - 19) vaccinazione per l’influenza stagionale - 20) vaccinazione antirosolia - 21) percezione dello stato di salute - 22) depressione - 23) patologie croniche - 24) caratteristiche socio-anagrafiche

- 3) sovrappeso e obesità
- 4) consumi di frutta e verdura
- 5) consumo di alcol
- 6) abitudine al fumo
- 7) rischio cardiovascolare
- 8) diabete
- 9) dispositivi per la sicurezza stradale
- 10) guida sotto l'effetto dell'alcol
- 11) screening cervicale
- 12) screening mammografico
- 13) screening coloretale
- 14) vaccinazione per l'influenza stagionale
- 15) vaccinazione antirosolia
- 16) percezione dello stato di salute
- 17) depressione
- 18) patologie croniche

Per ciascun intervistato sono state rilevate:

- Classe di età: 18-34; 35-49; 50-69
- Livello di istruzione: nessuna/elementare; media inferiore; media superiore; laurea
- Difficoltà economiche: molte; qualcuna; nessuna
- Ripartizione geografica: Nord; Centro; Sud

I risultati sono sintetizzati nella **Tabella 2** e riportati in **ALLEGATO 8**

Tabella 2 – Risultati dell'indagine su temi della salute nell'indagine PASSI 2019

TEMA INDAGATO	FATTORI INDAGATI				
	DIFFERENZE TRA SESSI	ETÀ	DIFFICOLTÀ ECONOMICHE	BASSO LIVELLO ISTRUZIONE	GRADIENTE NORD-SUD
SEDENTARIETÀ (ATTIVITÀ FISICA)	donne	20-69	SI	SI	SUD
MOBILITÀ ATTIVA	donne	18-24	NO	NO	SUD
SOVRAPPESO E OBESITÀ	uomini	“adulti”	SI	SI	SUD
CONSUMI DI FRUTTA E VERDURA (<i>five a day</i>)	donne	“adulti”	NO	NO	SUD
CONSUMO DI ALCOL	uomini	18-24	NO	NO	NORD

ABITUDINE AL FUMO	uomini	18-69	SI	SI	CENTRO-SUD
FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE	uomini	50-69	SI	SI	SUD
DIABETE	uomini	18-69	SI	SI	SUD
DISPOSITIVI PER LA SICUREZZA STRADALE	uomini	18-69	SI	SI	SUD
GUIDA SOTTO L'EFFETTO DELL'ALCOL	uomini	25-34	<i>non segnalata</i>	<i>non segnalato</i>	NORD
SCREENING CERVICALE		80% 25-64	SI	SI	SUD (69%)
SCREENING MAMMOGRAFICO		75% 50-69	SI	SI	SUD (62%)
SCREENING COLORETTALE	NO	48% 50-69	SI	SI	SUD (27%)
VACCINAZIONE PER L'INFLUENZA STAGIONALE		9,1% 18-64 5% 18-50	<i>non segnalata</i>	<i>non segnalato</i>	<i>non segnalato</i>
VACCINAZIONE ANTIROSOLIA		60% 18-24 37% 35-49	SI	SI	SUD (33%)
PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE	uomini	90% 18-34 54% 50-69	SI	SI	poco significativo
DEPRESSIONE	donne	8% 50-69	SI	SI	poco significativo
PATOLOGIE CRONICHE		30% 50-69	SI	SI	poco significativo

BES- Rapporto ISTAT sul Benessere Equo e Sostenibile

Il rapporto dell'ISTAT sul **Benessere Equo e Sostenibile** in Italia (BES 2017)⁸⁸ propone **129 indicatori** raggruppati nelle **12 dimensioni** (domini) del benessere considerate di maggior rilievo: *1. Salute; 2. Istruzione e formazione; 3. Lavoro e conciliazione tempi di vita; 4. Benessere economico; 5. Relazioni sociali; 6. Politica e istituzioni; 7. Sicurezza; 8. Benessere soggettivo; 9. Paesaggio e patrimonio culturale; 10. Ambiente; 11. Innovazione, ricerca e creatività; 12. Qualità dei servizi.*

In merito al **dominio salute** le indicazioni presenti sono le seguenti:

Concetti di base - La salute rappresenta un elemento centrale nella vita e una condizione indispensabile del benessere individuale e della prosperità delle popolazioni, come documentato a livello globale dai lavori della Commissione WHO su Macroeconomics and Health (WHO 2001) e richiamato, a livello europeo, dalla Strategia di Lisbona per lo Sviluppo e il Lavoro lanciata dalla Commissione Europea nel 2000 in risposta alle sfide della globalizzazione e dell'invecchiamento. Essa ha

⁸⁸ <https://www4.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0/misure-del-benessere/le-12-dimensioni-del-benessere/salute>

conseguenze che impattano su tutte le dimensioni della vita dell'individuo in tutte le sue diverse fasi, modificando le condizioni di vita, i comportamenti, le relazioni sociali, le opportunità e le prospettive dei singoli e, spesso, delle loro famiglie. Via via che l'età cresce, il ruolo svolto dalla condizione di salute tende a divenire sempre più importante, fino a essere quasi esclusivo tra i molto anziani, quando il rischio di cattiva salute è maggiore e l'impatto sulla qualità della vita delle persone può essere anche molto severo.

Dimensioni considerate per la rappresentazione del dominio - Il set di indicatori selezionati per questo dominio descrive gli elementi essenziali del profilo di salute della popolazione, ripercorrendone le principali dimensioni: la salute oggettiva, quella funzionale e quella soggettiva. Si propongono, inoltre, alcuni indicatori che descrivono potenziali fattori di rischio per la salute. Gli indicatori sono organizzati in tre liste.

- 1) **Indicatori globali di outcome:** in grado di dare informazioni sul complesso del fenomeno;
- 2) **Indicatori specifici per fasi del ciclo di vita:** che arricchiscono l'informazione globale con degli approfondimenti legati a rischi che caratterizzano fasi specifiche del ciclo della vita;
- 3) **Indicatori relativi a fattori di rischio o di protezione della salute derivanti dagli stili di vita:** utili ai fini della valutazione della sostenibilità degli attuali livelli di salute della popolazione e del loro auspicabile miglioramento.

Indicatori

- 1) **Speranza di vita alla nascita:** La speranza di vita esprime il numero medio di anni che un bambino che nasce in un certo anno di calendario può aspettarsi di vivere.
- 2) **Speranza di vita in buona salute alla nascita:** Esprime il numero medio di anni che un bambino che nasce in un determinato anno di calendario può aspettarsi di vivere in buone condizioni di salute, utilizzando la prevalenza di individui che rispondono positivamente ("bene" o "molto bene") alla domanda sulla salute percepita.
- 3) **Indice di stato fisico (Pcs):** La sintesi dei punteggi totalizzati da ciascun individuo di 14 anni e più rispondendo alle 12 domande del questionario SF12 (Short Form Health Survey), consente di costruire un indice di salute fisica (Physical Component Summary-Pcs).
- 4) **Indice di stato psicologico (Mcs):** La sintesi dei punteggi totalizzati da ciascun individuo di 14 anni e più rispondendo alle 12 domande del questionario SF12 consente anche di costruire un indice di salute psicologica (Mental Component Summary-Mcs).
- 5) **Tasso di mortalità infantile:** Decessi nel primo anno di vita per 10.000 nati vivi.

- 6) **Tasso standardizzato di mortalità per incidenti di trasporto:** Tassi di mortalità per incidenti di trasporto (causa iniziale) standardizzati* all'interno della fascia di età 15-34 anni.
- 7) **Tasso standardizzato di mortalità per tumore:** Tassi di mortalità per tumori (causa iniziale) standardizzati* all'interno della fascia di età 20-64 anni.
- 8) **Tasso standardizzato di mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso:** Tassi di mortalità per malattie del sistema nervoso e disturbi psichici e comportamentali (causa iniziale) standardizzati* all'interno della fascia di età 65 anni e più.
- 9) **Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni:** Esprime il numero medio di anni che una persona di 65 anni può aspettarsi di vivere senza subire limitazioni nelle attività per problemi di salute, utilizzando la quota di persone che hanno risposto di avere delle limitazioni, da almeno 6 mesi, a causa di problemi di salute nel compiere le attività che abitualmente le persone svolgono.
- 10) **Eccesso di peso:** Proporzione standardizzata (con la popolazione italiana al censimento 2001.) di persone di 18 anni e più in sovrappeso o obese sul totale delle persone di 18 anni e più. L'indicatore fa riferimento alla classificazione dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) dell'Indice di Massa corporea (Imc: rapporto tra il peso, in kg, e il quadrato dell'altezza, in metri).
- 11) **Fumo:** Proporzione standardizzata* di persone di 14 anni e più che dichiarano di fumare attualmente sul totale delle persone di 14 anni e più.
- 12) **Alcol:** Proporzione standardizzata* di persone di 14 anni e più che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol sul totale delle persone di 14 anni e più. Tenendo conto delle definizioni adottate dall'OMS, nonché delle raccomandazioni dell'INRAN e in accordo con l'Istituto Superiore di Sanità, si individuano come "consumatori a rischio" tutti quegli individui che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio, eccedendo nel consumo quotidiano di alcol (secondo soglie specifiche per sesso e età) o concentrando in un'unica occasione di consumo l'assunzione di oltre sei unità alcoliche di una qualsiasi bevanda (binge drinking).
- 13) **Sedentarietà:** Proporzione standardizzata* di persone di 14 anni e più che non praticano alcuna attività fisica sul totale delle persone di 14 anni e più. L'indicatore si riferisce alle persone di 14 anni e più che non praticano sport né continuamente né saltuariamente nel tempo libero e che non svolgono alcun tipo di attività fisica nel tempo libero (come passeggiate di almeno 2 km, nuotare, andare in bicicletta, ecc.).
- 14) **Alimentazione:** Proporzione standardizzata* di persone di 3 anni e più che consumano quotidianamente almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura sul totale delle persone di 3 anni e più.

Altri indicatori relativi alla salute sono quelli presenti nel capitolo “Qualità dei servizi”: a) **Posti letto nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari** (Posti letto nelle strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie per 1.000 abitanti); b) **Bambini presi in carico dai servizi comunali per l’infanzia** (Percentuale di bambini tra 0-2 anni che hanno usufruito dei servizi per l’infanzia offerti dai comuni (asilo nido, micronidi, o servizi integrativi e innovativi) sul totale dei bambini di 0-2 anni; c) **Anziani trattati in assistenza domiciliare integrata** (Percentuale di anziani trattati in Assistenza domiciliare integrata (Adi) sul totale della popolazione anziana (65 anni e oltre).

E infine sul tema generale dell’equità è opportuno ricordare il documento dell’**ONU (Organizzazione Nazioni Unite) sui 17 SDGs (Sustainable Development Goals)**⁸⁹ (**ALLEGATO 9**):

- **OBIETTIVO 1: PORRE FINE ALLA POVERTÀ IN TUTTE LE SUE FORME**
- **OBIETTIVO 2: FAME ZERO**
- **OBIETTIVO 3: SALUTE**
- **OBIETTIVO 4: ISTRUZIONE**
- **OBIETTIVO 5: UGUAGLIANZA DI GENERE ED EMANCIPAZIONE FEMMINILE**
- **OBIETTIVO 6: ACQUA E SERVIZI IGIENICO-SANITARI**
- **OBIETTIVO 7: ENERGIA**
- **OBIETTIVO 8: CRESCITA ECONOMICA**
- **OBIETTIVO 9: INFRASTRUTTURA, INDUSTRIALIZZAZIONE**
- **OBIETTIVO 10: DISUGUAGLIANZA**
- **OBIETTIVO 11: CITTÀ**
- **OBIETTIVO 12: CONSUMO E PRODUZIONE SOSTENIBILI**
- **OBIETTIVO 13: CAMBIAMENTI CLIMATICI**
- **OBIETTIVO 14: OCEANI**
- **OBIETTIVO 15: BIODIVERSITÀ, FORESTE, DESERTIFICAZIONE**
- **OBIETTIVO 16: PACE, GIUSTIZIA E ISTITUZIONI FORTI**
- **OBIETTIVO 17: PARTENARIATI**

L’avvio ufficiale degli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile ha coinciso con l’inizio del 2016, guidando il mondo sulla strada da percorrere nell’arco dei prossimi 15 anni: i Paesi aderenti all’ONU, infatti, si sono impegnati a raggiungerli entro il 2030.

I 17 obiettivi di sviluppo sostenibile (SDGs, Sustainable Development Goals) sono i seguenti:

- 1) Sradicare la povertà in tutte le sue forme e ovunque nel mondo
- 2) Porre fine alla fame, raggiungere la sicurezza alimentare, migliorare l’alimentazione e promuovere l’agricoltura sostenibile
- 3) Garantire una vita sana e promuovere il benessere di tutti a tutte le età

⁸⁹ Organizzazione delle Nazioni Unite - Risoluzione adottata dall’Assemblea Generale il 25 settembre 2015. Trasformare il nostro mondo: l’Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile.

<https://unric.org/it/wp-content/uploads/sites/3/2019/11/Agenda-2030-Onu-italia.pdf>

- 4) Garantire un'istruzione di qualità inclusiva ed equa e promuovere opportunità di apprendimento continuo per tutti
- 5) Raggiungere l'uguaglianza di genere e l'autodeterminazione di tutte le donne e ragazze
- 6) Garantire la disponibilità e la gestione sostenibile di acqua e servizi igienici per tutti
- 7) Garantire l'accesso all'energia a prezzo accessibile, affidabile, sostenibile e moderna per tutti
- 8) Promuovere una crescita economica duratura, inclusiva e sostenibile, la piena occupazione e il lavoro dignitoso per tutti
- 9) Costruire un'infrastruttura resiliente, promuovere l'industrializzazione inclusiva e sostenibile e sostenere l'innovazione
- 10) Ridurre le disuguaglianze all'interno dei e fra i Paesi
- 11) Rendere le città e gli insediamenti umani inclusivi, sicuri, resilienti e sostenibili
- 12) Garantire modelli di consumo e produzione sostenibili
- 13) Adottare misure urgenti per combattere i cambiamenti climatici e le loro conseguenze
- 14) Conservare e utilizzare in modo sostenibile gli oceani, i mari e le risorse marine
- 15) Proteggere, ripristinare e promuovere l'uso sostenibile degli ecosistemi terrestri, gestire in modo sostenibile le foreste, contrastare la desertificazione, arrestare e invertire il degrado dei suoli e fermare la perdita di biodiversità
- 16) Promuovere società pacifiche e inclusive orientate allo sviluppo sostenibile, garantire a tutti l'accesso alla giustizia e costruire istituzioni efficaci, responsabili e inclusive a tutti i livelli
- 17) Rafforzare le modalità di attuazione e rilanciare il partenariato globale per lo sviluppo sostenibile

Nella **Tabella 3** vengono riportati gli obiettivi del 3° Obiettivo SDGs: Salute.

Tabella 3 – ONU, Sustainable Development Goals. Obiettivo 3 - Salute: obiettivi e indicatori

OBIETTIVI/	INDICATORI
3.1 Entro il 2030, ridurre il rapporto globale di mortalità materna a meno di 70 per 100.000 nascite vive	3.1.1 Rapporto di mortalità materna 3.1.2 Proporzione di nascite frequentate da personale sanitario qualificato

3.2 Entro il 2030, porre fine alle morti prevenibili di neonati e bambini di età inferiore ai 5 anni, con tutti i paesi che mirano a ridurre la mortalità neonatale a un minimo di 12 per 1.000 nati vivi e la mortalità sotto i 5 anni a un minimo di 25 per 1.000 vivi nascite

3.3 Entro il 2030, porre fine alle epidemie di AIDS, tubercolosi, malaria e malattie tropicali trascurate e combattere l'epatite, le malattie trasmesse dall'acqua e altre malattie trasmissibili

3.4 Entro il 2030, ridurre di un terzo la mortalità prematura per malattie non trasmissibili attraverso la prevenzione e il trattamento e **promuovere la salute e il benessere mentale**

3.5 Rafforzare la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, compreso l'abuso di stupefacenti e l'uso dannoso di alcol

3.6 Entro il 2030, dimezzare il numero di morti e feriti a livello mondiale a causa di incidenti stradali

3.2.1

Tasso di mortalità sotto i cinque anni

3.2.2

Tasso di mortalità neonatale

3.3.1

Numero di nuove infezioni da HIV per 1.000 popolazioni non infette, per sesso, età e popolazioni chiave

3.3.2

Incidenza della tubercolosi per 1.000 abitanti

3.3.3

Incidenza della malaria per 1.000 abitanti

3.3.4

Incidenza dell'epatite B per 100.000 abitanti

3.3.5

Numero di persone che richiedono interventi contro le malattie tropicali trascurate

3.4.1

Tasso di mortalità attribuito a malattie cardiovascolari, cancro, diabete o malattie respiratorie croniche

3.4.2

Tasso di mortalità per suicidio

3.5.1

Copertura degli interventi terapeutici (servizi farmacologici, psicosociali, riabilitativi e di assistenza post-terapia) per i disturbi da uso di sostanze

3.5.2

Uso dannoso di alcol, definito in base al contesto nazionale come consumo di alcol pro capite (di età pari o superiore a 15 anni) entro un anno solare in litri di alcol puro

3.6.1

Tasso di mortalità dovuto a incidenti stradali

3.7 Entro il 2030, garantire l'accesso universale ai servizi di assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva, anche per la pianificazione familiare, l'informazione e l'educazione e l'integrazione della salute riproduttiva nelle strategie e nei programmi nazionali

3.8 Ottenere una copertura sanitaria universale, compresa la **protezione dai rischi finanziari, l'accesso a servizi sanitari essenziali di qualità e l'accesso a medicinali e vaccini essenziali** sicuri, efficaci, di qualità e convenienti per tutti

3.9 Entro il 2030, ridurre sostanzialmente il numero di decessi e malattie da sostanze chimiche pericolose e dall'inquinamento e dalla contaminazione di aria, acqua e suolo

3.A Rafforzare l'attuazione della Convenzione quadro dell'Organizzazione mondiale della sanità sul controllo del tabacco in tutti i paesi, a seconda dei casi

3.7.1
Percentuale di donne in età riproduttiva (di età compresa tra 15 e 49 anni) che hanno necessità di pianificazione familiare soddisfatte con metodi moderni

3.7.2
Tasso di natalità degli adolescenti (10-14 anni di età; 15-19 anni di età) per 1.000 donne in quella fascia di età

3.8.1
Copertura di servizi sanitari essenziali (definita come la copertura media di servizi essenziali basata su interventi traccianti che includono salute riproduttiva, materna, neonatale e infantile, malattie infettive, malattie non trasmissibili e capacità di servizio e accesso, tra la popolazione generale e la più svantaggiata)

3.8.2
Proporzione della popolazione con grandi spese domestiche per la salute in percentuale della spesa totale delle famiglie o del reddito

3.9.1
Tasso di mortalità attribuito all'inquinamento dell'aria domestica e ambientale

3.9.2
Tasso di mortalità attribuito ad acqua non sicura, servizi igienico-sanitari non sicuri e mancanza di igiene (esposizione a servizi non sicuri di acqua, igiene e igiene per tutti (WASH))

3.9.3
Tasso di mortalità attribuito ad avvelenamento involontario

3.A.1
Prevalenza standardizzata per età dell'attuale consumo di tabacco tra le persone di età pari o superiore a 15 anni

3.B Supportare la ricerca e lo sviluppo di vaccini e medicinali per le malattie trasmissibili e non trasmissibili che colpiscono principalmente i paesi in via di sviluppo, fornire accesso a medicinali e vaccini essenziali a prezzi accessibili, in conformità con la Dichiarazione di Doha sull'accordo TRIPS e la sanità pubblica, che afferma il diritto dei paesi in via di sviluppo di utilizzare appieno le disposizioni dell'accordo sugli aspetti dei diritti di proprietà intellettuale attinenti al commercio in materia di flessibilità per proteggere la salute pubblica e, in particolare, fornire accesso ai medicinali per tutti

3.C Aumentare sensibilmente il finanziamento della salute e il reclutamento, lo sviluppo, la formazione e il mantenimento della forza lavoro sanitaria nei paesi in via di sviluppo, in particolare nei paesi meno sviluppati e nelle piccole isole in via di sviluppo

3.D Rafforzare la capacità di tutti i paesi, in particolare i paesi in via di sviluppo, di allerta precoce, riduzione del rischio e gestione dei rischi sanitari nazionali e globali

3.B.1

Proporzione della popolazione con accesso a medicinali e vaccini a prezzi accessibili su base sostenibile

3.B.2

Totale assistenza netta allo sviluppo ufficiale alla ricerca medica e ai settori sanitari di base

3.C.1

Densità e distribuzione degli operatori sanitari

3.D.1

Capacità dei regolamenti sanitari internazionali (IHR) e preparazione alle emergenze sanitarie

b) I Livelli Essenziali di Assistenza

I **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente con le risorse raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse) o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket).

I LEA vennero normati con il **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 29-11-2001 Definizione dei livelli essenziali di assistenza** ed aggiornati con il **DPCM 12 gennaio 2017 - Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza**, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015) (GU Serie Generale n.65 del 18-03-2017 - Suppl. Ordinario n. 15) (**ALLEGATO.10**)

I **Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.)** sono definiti per macroaree assistenziali:

- a. Prevenzione collettiva e sanità pubblica
- b. Assistenza distrettuale
- c. Assistenza ospedaliera

Il L.E.A. - Prevenzione collettiva e Sanità pubblica⁹⁰

Il Servizio sanitario nazionale garantisce, attraverso i propri servizi nonché avvalendosi dei medici ed i pediatri convenzionati, le attività: *a) sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali; b) tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati; c) sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro; d) salute animale e igiene urbana veterinaria; e) sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori; f) sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale; g) attività medico legali per finalità pubbliche.*

Il L.E.A. - Assistenza Distrettuale⁹¹ - Le aree di attività dell'Assistenza Distrettuale assicurate dallo Stato sono: *a) assistenza sanitaria di base; b) emergenza sanitaria territoriale; c) assistenza farmaceutica; d) assistenza integrativa; e) assistenza specialistica ambulatoriale; f) assistenza protesica; g) assistenza termale; h) assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale; i) assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.*

Nell'ambito dell'**assistenza sanitaria di base**, il Servizio sanitario nazionale garantisce, attraverso i propri servizi ed attraverso i **medici ed i pediatri convenzionati**, la **gestione ambulatoriale e domiciliare delle patologie acute e croniche** ... inclusi gli interventi e le azioni di promozione e di tutela globale della salute (*omissis*). **garantisce la continuità assistenziale** per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana.

Nell'ambito dell'**emergenza sanitaria territoriale** il Servizio sanitario nazionale garantisce (*omissis*) **interventi sanitari tempestivi** e finalizzati alla stabilizzazione del paziente (**omissis**) assicurando il trasporto in condizioni di sicurezza. Il coordinamento e la gestione dell'attività di emergenza territoriale sono effettuati dalle **Centrali operative 118, nell'arco delle 24 ore**.

Di seguito evidenziamo i contenuti specifici delle aree *h) assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale; i) assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale⁹².*

⁹⁰ DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza **Capo II - PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA Art. 2. Aree di attività della prevenzione collettiva e sanità pubblica**

⁹¹ DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza - **Capo III ASSISTENZA DISTRETTUALE. Art. 3. Aree di attività dell'assistenza distrettuale.**(n.d.r: gli articoli da 4 a 20 specificano i contenuti delle diverse aree)

⁹² DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza - **Capo IV**

Le aree di attività dell'Assistenza Sociosanitaria assicurate dallo Stato sono: *Percorsi assistenziali integrati – Cure domiciliari - Cure palliative domiciliari - Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie - Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neuro sviluppo, Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali; Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità - Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche; Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario - Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti; Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita; Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neuro sviluppo; Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali; Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità - Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche*

Per **l'Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti** le prestazioni sono quelle riportate nel DPCM LEA del 2017 (articoli 30-37).

Si riporta di seguito una sintesi dell'art. 30 del DPCM evidenziando gli interventi che vengono garantiti in questo livello di assistenza.

Nell'ambito dell'assistenza residenziale, il **Servizio sanitario nazionale garantisce** alle persone non autosufficienti, previa valutazione multidimensionale e presa in carico⁹³:

a) trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con **patologie** che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono **elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore**. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico⁹⁴, e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, educazione terapeutica al paziente e al caregiver. La **durata del trattamento**

ASSISTENZA SOCIOSANITARIA. Art. 21-35. Aree di attività dell'assistenza distrettuale .(n.d.r: gli articoli da 22 a 35 specificano i contenuti delle diverse aree)

⁹³ Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Le regioni e le province autonome organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza. (art 21 – comma 2 del DPCM)

⁹⁴ Ambiente che aiuta a compensare i deficit cognitivi, i disturbi comportamentali, le limitazioni funzionali e stimoli le abilità residue adattando: Spazio (riconoscibilità, orientamento), Arredi (comfort, sicurezza, usabilità); Ausili (accessibilità); Tecnologie (assistive technology, smart home technology). Un ambiente protesico deve altresì soddisfare: Bisogni (relax, attività occupazionali, clima relazionale, ecc.) e Abitudini (ritmi di Vita). Dott. Gabriele Carbone (Responsabile Centro Demenze - Unità Valutativa Alzheimer Italian Hospital Group Guidonia (Roma)

estensivo, di norma **non superiore a sessanta giorni**, è fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale, da effettuarsi secondo le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome;

b) trattamenti di lungo assistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico, e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica e fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, educazione terapeutica al paziente e al caregiver, con garanzia di continuità assistenziale, e da attività di socializzazione e animazione.

2. I **trattamenti estensivi** di cui al comma 1, **lettera a)** sono a carico del **Servizio sanitario nazionale**. I **trattamenti di lungo assistenza** di cui al comma 1, **lettera b)** sono a carico del **Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50%** della tariffa giornaliera.

3. Nell'ambito dell'**assistenza semiresidenziale**, il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti di lungo assistenza, di recupero, di mantenimento funzionale e di riorientamento in ambiente protesico, ivi compresi interventi di sollievo, a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria.

4. I **trattamenti di lungoassistenza** di cui al comma 3 sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al **50 % della tariffa giornaliera**

IL L.E.A. - Assistenza Ospedaliera⁹⁵. Le aree di attività dell'Assistenza Ospedaliera assicurate dallo Stato sono: pronto soccorso; ricovero ordinario per acuti; day surgery; day hospital; riabilitazione e lungodegenza post acuzie; attività trasfusionali; attività di trapianto di cellule, organi e tessuti; centri antiveneni: *Per le 4 aree di ricovero (Ordinario, Day surgery, Day hospital, Riabilitazione) sono definiti i criteri di appropriatezza dei ricoveri*

c) Il monitoraggio dei livelli di assistenza

1) **Il Monitoraggio e verifica dell'erogazione dei LEA e dei Piani di rientro**⁹⁶

Il Monitoraggio e verifica dell'erogazione dei LEA e dei Piani di rientro (**ALLEGATO 11**) viene effettuata sulla base:

- dell'elenco **degli adempimenti** oggetto di verifica,
- della **normativa di riferimento**,
- dei **criteri di valutazione**

⁹⁵ DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza - **Capo V ASSISTENZA OSPEDALIERA**. Art. 36-49. *Aree di attività dell'assistenza ospedaliera* .(n.d.r: gli articoli da 37 a 49 specificano i contenuti delle diverse aree)

⁹⁶ MINISTERO DELLA SALUTE - DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA UFFICIO VI - **Monitoraggio e verifica dell'erogazione dei LEA e dei Piani di rientro** - VERIFICA ADEMPIMENTI LEA ANNO 2014 (Maggio 2016)

- degli **Uffici/Enti responsabili dell'istruttoria**.

2) **Il Monitoraggio dei LEA attraverso la c.d. Griglia LEA**⁹⁷

Di seguito si riportano a titolo d'esempio:

definizione e **significato** di alcuni indicatori dei LEA ospedaliero e distrettuale (Tabella 4)

peso e **classi di valutazione** degli stessi indicatori il set di indicatori della Griglia LEA riferiti ai LEA ospedaliero e distrettuale **Tabella 5**.

Tabella 4 – Esempi di indicatori di monitoraggio dei LEA ospedaliero e distrettuale (2017)

Indicatori - Livello di Assistenza OSPEDALIERO		
Livello di assistenza	Definizione	Significato
17 Ospedaliera	17 Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (all. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	Indicatore di inappropriatazza del setting assistenziale. Si basa sull'elenco dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza se erogati in regime ordinario di cui all'Intesa del 3 dicembre 2009
18 Ospedaliera	19 Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	L'indicatore è inserito fra gli indicatori di qualità dell'assistenza ospedaliera selezionati dall' Ocse per i confronti. Valuta la presa in carico dell'organizzazione sanitaria e il tempo di risposta della stessa al bisogno di assistenza dei pazienti con frattura del femore
Indicatori - Livello di Assistenza DISTRETTUALE		
9 Distrettuale anziani	9.1 Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	L'indicatori valuta la quantità di posti letto equivalenti (sulla base delle giornate di assistenza erogate) ... rispetto alla popolazione anziana residente, e può essere considerato un indicatore della offerta di assistenza territoriale residenziale

⁹⁷ MINISTERO DELLA SALUTE - DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA UFFICIO VI - **Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA**. Metodologia e Risultati dell'anno 2017 (Febbraio 2019)

11	11 Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	Indicatore di offerta per l'assistenza residenziale dei pazienti terminali. È rapportato alla popolazione che prevalentemente necessita di tali cure
----	---	--

Tabella 5 - Esempi di pesi e classi di valutazione per indicatori

N	Livello di assistenza	Definizione	Peso	Classi di punteggio di valutazione				Validità del dato
				Valore normale	Scostamento minimo	Scostamento rilevante ma in miglioramento	Scostamento non accettabile	
				9	6	3	0	-1
17	17 Ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	2,5	<= 0,21	0,22- 0,24	> 0,24 e in diminuzione	> 0,24 e non in diminuzione	vedi note per elaborazione
19	18 Ospedaliera	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	1,5	>= 60,00%	38,00% - 59,99%	38,00% e in aumento	38,00% e non in aumento	vedi note per elaborazione
9	Distrettuale anziani	9.1 Numero di posti equivalenti per assistenza anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1000 anziani residenti	1,17	>= 9,80	>= 4,81 e < 9,80	4,81 e in aumento	4,81 e non in aumento	copertura totale ASL
11	Distrettuale malati terminali	Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	1,47	> 1	>= 0,5 e <=1 e in aumento	>= 0,5 e <=1 e non in aumento	< 0,5	vedi note per elaborazione

Le soglie sono suddivise in cinque classi in funzione della distanza del valore dell'indicatore dallo **standard nazionale** ("*valore normale*") e a ciascuna classe è assegnato un punteggio:

1	VALORE NORMALE	9 punti
2	SCOSTAMENTO MINIMO	6 punti
3	SCOSTAMENTO RILEVANTE MA IN MIGLIORAMENTO	3 punti
4	SCOSTAMENTO NON ACCETTABILE	0 punti
5	DATO MANCANTE O PALESEMENTE ERRATO	- 1 punto

La somma dei prodotti dei pesi per i punti della classe in cui si colloca il valore dell'indicatore fornisce il punteggio finale che costituisce la valutazione globale della regione rispetto all'adempimento sul "mantenimento dei LEA".

I punteggi finali vengono poi suddivisi in 2 classi di valutazione:

Valutazione	Intervallo del punteggio
Adempiente	≥ 160 o compreso tra 140 - 160 e nessun indicatore critico (con punteggio di valutazione <3)
Inadempiente	< 140 o compreso tra 140 - 160 con almeno un indicatore critico (con punteggio di valutazione <3)

INTEGRAZIONE e CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Erogazione dell'assistenza attraverso il potenziamento del coordinamento e della continuità della cura (assistenza/servizi coordinati e interconnessi nel tempo e coerenti con le esigenze e preferenze di salute delle persone^{98,99}) all'interno e tra le diverse istituzioni variegate coinvolte nell'assistenza dei pazienti¹⁰⁰

Il capitolo **INTEGRAZIONE e CONTINUITÀ ASSISTENZIALE** si pone l'obiettivo di condividere con i lettori alcuni approdi (gli "arcipelaghi di certezze") sul tema integrazione maturati nel corso del nostro percorso formativo e nelle nostre esperienze professionali di programmazione e organizzazione sanitaria. Tali approdi sono stati alimentati dall'esperienza sul campo e dalla *fertilizzazione crociata* con altri saperi (la sociologia, l'epistemologia, le scienze organizzative, la pedagogia, ecc.) che hanno rappresentato un faticoso processo di continua destrutturazione del sapere, ma nel contempo un percorso euristico di ricerca, di scoperta, di apprendimento che ha influenzato profondamente sul nostro modo di leggere la realtà organizzativa e di orientare/condizionare scelte e decisioni operative¹⁰¹.

Navigare nell'incertezza

In sanità tutto è in continua trasformazione, instabile, incerto. Di seguito si riporta una sintetica riflessione su tre termini di riferimento del nostro navigare nel paradigma reticolare dei servizi sanitari.

Le conoscenze. L'espansione e l'accelerazione delle conoscenze in campo biomedico, manifestatesi tumultuosamente nel corso degli ultimi decenni, si lasciano come conseguenza necessità e rischi¹⁰²:

- **necessità** è quella di sviluppare discipline sempre più specifiche per delimitare un dominio di competenza, senza il quale la conoscenza diventerebbe

⁹⁸ WHO (2018) - **Continuity and coordination of care** A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. (**N.d.R.: modificato**)

⁹⁹ **NB – Non verrà trattata la CONTINUITÀ ASSISTENZIALE prevista nell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina** A Art. 48 - Criteri generali - 1. *La continuità assistenziale fa parte del programma delle attività distrettuali di cui all'art. 14. 2. Al fine di garantire la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, la stessa si realizza assicurando, per le urgenze notturne, festive e prefestive, interventi domiciliari e territoriali, dalle ore 10 del giorno prefestivo alle ore 8 del giorno successivo al festivo e dalle ore 20 alle ore 8 di tutti i giorni feriali.*

¹⁰⁰ **AsIQuAS**

¹⁰¹ **N.d.R: l'intero capitolo è ripreso (con alcune modifiche) da:** Di Stanislao F., Visca M., Caracci G., Moirano E.: Sistemi integrati e continuità nella cura. Salute e Territorio. Anno XXXI - Marzo-Aprile 2010. Pagg. 80-89

¹⁰² Morin E. Le vie della complessità, in La sfida della complessità, a cura di G.Bocchi e M. Ceruti, Feltrinelli Editore, Milano, 1985

inafferrabile. La segmentazione disciplinare estrae, svela o costruisce un oggetto non banale per lo studio scientifico;

- **rischi** sono quelli della compartimentalizzazione, frazionamento, riduzionismo del sapere cui consegue una inevitabile iper-specializzazione che si trascina di conseguenza:
 - ◊ l'unidimensionalizzazione del multidimensionale,
 - ◊ la disgiunzione dei problemi, separando ciò che è **tessuto insieme (complexus)**
 - ◊ la generazione di una sorta di autosufficienza della disciplina, una "cosificazione" dell'oggetto studiato e processi di inarrestabile e progressiva *autoreferenzialità*, nonché conseguenti *distorsioni interpretative* e *perdita della visione dell'insieme*.

Questa situazione, si scarica drammaticamente sui professionisti della sanità chiamati da una parte ad un continuo rimodellamento delle conoscenze specialistiche/particolari (si stima che nell'arco di un quinquennio metà del patrimonio cognitivo deve essere aggiornato) e delle operatività che ne derivano, dall'altro a dare vita a nuove forme assistenziali ed assetti organizzativi per assicurare ai pazienti interventi "olistici" sempre più globali e completi in termini tecnici, relazionali e sociali. Una tensione su poli opposti (iper-specializzazione/pensiero sistemico) che non è presente in altre organizzazioni di servizi alla persona e che è vissuta quotidianamente dagli operatori e spesso misconosciuta dai manager/politici che governano il sistema.

L'organizzazione. Viviamo tutti l'incessante rimodellizzazione del SSN negli aspetti normativi e negli assetti organizzativi^{103, 104}. Assistiamo ai continui mutamenti del numero e della varietà delle strutture interne alle aziende sanitarie, agli ospedali, ai distretti per rispondere più compiutamente ai bisogni dei cittadini. Dipartimenti, unità operative complesse e semplici, di valenza differenziata, incarichi professionali di alta specializzazione hanno occupato il posto dell'organizzazione precedente, molto più semplice, basata su divisione, servizio e sezione.

Nelle organizzazioni sanitarie, vi è un continuo reciproco processo di adattamento di un'unità alle altre e dell'intera organizzazione all'ambiente esterno. Ogni reparto è libero di agire, capace di azione semiautonoma, è collegato agli altri reparti da legami non rigidi, non sempre e non tutti codificabili. Ognuno di essi è formalmente autonomo e ha risorse, confini, obiettivi specifici ma non può funzionare senza gli altri. Ogni "reparto" è indispensabile agli altri e a sua volta ha bisogno degli altri.

Il funzionamento di un'organizzazione sanitaria non dipende solo dal comportamento delle sue unità organizzative, ma anche da quello dei singoli professionisti

¹⁰³ Forino F. La continuità dell'assistenza: processi e reti. Dedalo 2004; 2: 5 - 12

¹⁰⁴ Goldstein J: -L'Organizzazione come sistema non-lineare. Implicazioni per managers. Le 7 Conferenze del ciclo "Nuove frontiere della scienza" (luglio 1997) Lecco, 3 luglio 1997, Auditorium A.P.I.

che vi operano. Essi sono agenti individuali e rappresentano l'unità elementare della complessità delle organizzazioni sanitarie.

Ai medici, e ai professionisti sanitari, si richiede capacità di prendere decisioni e di agire in modo indipendente e, se la situazione lo richiede, la capacità di coordinare la propria attività con quella di altri. I professionisti della sanità operano con una considerevole autonomia decisionale e sono di conseguenza restii ad assumere una posizione subalterna o a perseguire obiettivi organizzativi che siano non direttamente collegati ai loro scopi professionali. Essi attribuiscono maggiore valore al riconoscimento professionale che a quello ottenuto dall'organizzazione. Accettano il controllo quando è esercitato "tra pari", e non da un'autorità gestionale o sulla base di norme organizzative.

La possibilità terapeutica è affidata al coordinarsi di molti operatori di molti servizi. Di qui nasce la particolare difficoltà del coordinamento e del controllo delle organizzazioni sanitarie.

I pazienti. Sono sempre più complesse, articolate e consapevoli le domande rivolte alla medicina: non più solo cura ma salute, benessere, prevenzione, assistenza, riabilitazione, promozione della salute, educazione alla salute. Quello che un tempo era il "malato", ora viene definito utente, cliente, cittadino-utente. L'approccio centrato sul paziente affianca e integra quello centrato sulla malattia. Sappiamo che spesso per curare un paziente dobbiamo estendere le nostre competenze alla sua dimensione sociale, culturale e psicologica. Viene richiesto di essere distaccati osservatori della malattia e contemporaneamente di essere capaci di empatia ed empowerment. Dobbiamo abituarci a considerare il paziente soggetto degli interventi che lo riguardano e non oggetto dell'agire medico. Dobbiamo imparare a sviluppare la capacità di "*coping*" ("*ability to cope*", capacità di fare fronte), elemento, questo, che, in contrasto con il classico concetto di "prendere in carico" (che sottintende un rapporto di dipendenza e di potere), pone l'accento sull'importanza dell'autonomia e delle "modalità riequilibranti" interne a ogni individuo (risorsa fondamentale nel caso delle malattie croniche), e, in una prospettiva sociale, sull'importanza del *coping* verso l'ambiente visto non solo in termini individuali, ma anche collettivi¹⁰⁵.

La navigazione si effettua tra i seguenti item per dividerne valori e contenuti:

a) Integrazione sanitaria; b) Continuità assistenziale; c) Sistemi clinici micro, meso e macro; d) Reti cliniche; e) Percorsi Assistenziali (PDTA)

a) Integrazione Sanitaria

Morin ci ha insegnato che "il metodo della complessità richiede di pensare senza mai chiudere i concetti, di spezzare le sfere chiuse, **di ristabilire le articolazioni fra**

¹⁰⁵ Di Stanislaw E.,: Le logiche di complessità e di sistema nella Sanità e nella Salute come premesse per i nuovi scenari di Welfare di comunità. QA 11 (2); 65-74: 2000

ciò che è disgiunto, di sforzare di comprendere la multidimensionalità, di pensare con la singolarità, con la località, con la temporalità, di non dimenticare mai le totalità integratrici". Riteniamo che i concetti d'**integrazione** e, come suo epifenomeno, **continuità** abbiano rappresentato gli obiettivi sottostanti a tutte le innovazioni attuate nelle organizzazioni.

In campo sanitario l'obiettivo è quello di ridurre la frammentazione nell'erogazione dell'assistenza attraverso il potenziamento del coordinamento e della continuità della cura all'interno e tra le diverse istituzioni variamente coinvolte nell'assistenza dei pazienti con problemi complessi¹⁰⁶

Per quanto riguarda le **tipologie d'integrazione** rispetto alla tipologia degli operatori e/o delle strutture eroganti possiamo parlare di integrazione tra:

- **diverse professioni** (es. equipe sala operatoria)
- **diverse discipline** (es. coordinamento tra reparto degenza/laboratorio analisi/servizi radiologia)
- **diversi livelli essenziali di assistenziali** (es. dimissioni protette, continuità ospedale-ospedale di comunità)
- **diversi settori assistenziale** (es. tra strutture sanitarie e sociali: integrazione sociosanitaria)

Rispetto al bisogno dell'utente e alla sua complessità si può utilizzare la "classificazione" di Leutz¹⁰⁷ (**Figura 12**) che in merito all'integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali individua tre gradi di integrazione:

Linkage. relazioni funzionali semplici tra servizi diversi, con un approccio all'integrazione che richiede pochi cambiamenti e che opera nel contesto degli attuali sistemi frammentati;

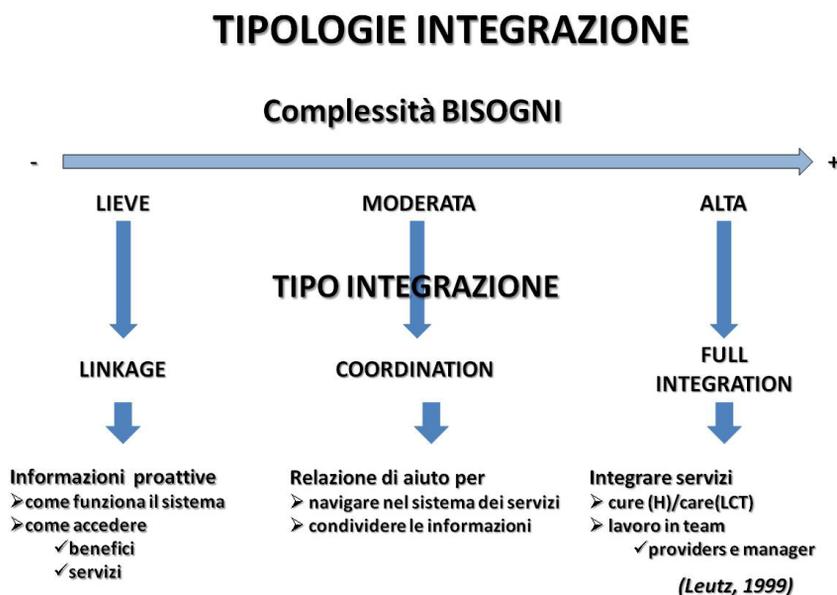
Coordination. attua un ribilanciamento e un'integrazione del sistema attraverso la creazione di una terza infrastruttura e meccanismi appositamente definiti, in cui soggetti/organizzazioni diverse mantengono la propria autonomia, ma si coordinano in modo sistematico per consentire di superare il divario tra la pluralità di servizi e gli utenti, senza stravolgere il sistema esistente.

Full integration. Implica un'organizzazione unitaria e una modalità di governo centralizzata, che riguarda la completa revisione e il consolidamento di tutte o della maggior parte delle responsabilità, delle risorse e dei finanziamenti esistenti. È rivolta prevalentemente a particolari gruppi di soggetti.

¹⁰⁶ Ovretveit, J. (1998) *Evaluating Health Interventions*. Open University Press, Buckingham

¹⁰⁷ Leutz, W. (1999). "Five laws for integrating medical and social care: lessons from the US and UK." *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 77(1): 77-110

Figura 12 – Tipologie di integrazione tra/intra servizi sanitari e sociali



La logica di questa “classificazione” dovrebbe essere innanzitutto traslata all’interno del **sistema sanitario creando** collegamenti, coordinamento e piena **integrazione all’interno e tra i 3 macrolivelli di assistenza (ospedaliero, distrettuale e della prevenzione)** e contemporaneamente/successivamente **tra Servizi sanitari e Servizi sociali**. Nella **Tabella 6** si riportano due esempi di azioni/interventi nei tre livelli di integrazione.

Tabella 6 -Livelli di integrazione: come lavori con l'altra parte?

OPERAZIONE	COLLEGAMENTO	COORDINAMENTO	PIENA INTEGRAZIONE
Informazioni	fornire quando richiesto, chiedere quando necessario	definire e fornire informazioni / resoconti regolarmente in entrambe le direzioni	utilizzare una nota/ documento comune come parte della pratica e della gestione quotidiana

Pratica clinica	Comprendere e rispondere ai bisogni delle persone con disabilità nell'assistenza primaria, nell'assistenza a lungo termine, ecc.	Conoscenza e utilizzazione dei lavoratori chiave (es. pianificatori delle dimissioni) per il collegamento	team multidisciplinari gestiscono tutta l'assistenza
------------------------	--	---	--

La traduzione istituzionale e operativa delle logiche di integrazione dell'assistenza è nella progettazione e implementazione delle reti e dei processi assistenziali, che riteniamo siano, a oggi, strumenti ineludibili per perseguire gli obiettivi fondamentali del nostro sistema sanitario (Equità, Efficacia, Efficienza) attraverso:

- la promozione delle dinamiche di clinical governance e l'integrazione dei percorsi assistenziali tra le diverse istituzioni coinvolte (strutture di medicina di base, ospedaliera, territoriale, ecc.) per far fronte alla complessità dei bisogni e ai trend epidemiologici (invecchiamento popolazione, cronicizzazione, pluripatologia, ecc.) che spingono verso approcci pluridisciplinari e forme di integrazione verticali (tra i diversi livelli assistenziali) e orizzontali (all'interno degli stessi livelli);
- l'attivazione di processi di benchmarking e benchlearning al fine di permettere alle singole componenti della rete di disporre di informazioni e dati utili a promuovere processi di miglioramento gestionali, finanziari e qualitativi;
- la razionalizzazione del sistema di offerta dei servizi sul territorio al fine di evitare duplicazioni in alcuni luoghi e carenza in altri;
- il garantire una politica centralizzata degli investimenti soprattutto per ciò che riguarda tecnologie ed impianti ad elevata specializzazione e alti costi di acquisto e gestione;
- il perseguimento di economie di scala grazie all'accentramento di alcune funzioni in staff (acquisti, amministrazione, manutenzione, ecc.).

Consolidare gli arcipelaghi

Sviluppare le reti e i processi? È una domanda retorica in quanto, come giustamente affermano Lega e Tozzi ¹⁰⁸, **non abbiamo scelta**. E tale scelta è:

- "spinta" dal passato: una risposta ai problemi posti dal disease management che riempiono da un ventennio l'agenda delle politiche sanitarie e,
- "tirata" dal futuro: per le considerazioni di ordine epidemiologico (invecchiamento popolazione, cronicizzazione, pluripatologia, ecc.), per garantire di prevenire e posticipare la severità delle malattie croniche, per

¹⁰⁸ Lega F e Tozzi V.: Il cantiere delle reti cliniche in Italia: analisi e confronto di esperienze in oncologia. Rapporto OASI 2009, pagg. 249-272

anticipare l'evento acuto e per aumentare i gradi di sostenibilità dell'intervento pubblico.

Inoltre, come abbiamo sinteticamente riportato, aumentano nel tempo le evidenze della loro capacità di corrispondere alle tre E di un sistema sanitario di qualità: Equità, Efficacia, Efficienza.

Quali indicazioni per sviluppare e consolidare questi arcipelaghi in modo da dar sempre più senso fattuale alle parole integrazione/continuità?

Innanzitutto, ci sembra di grande "saggezza" tener conto delle "leggi" di Leutz (1999) sull'integrazione:

- 1) È possibile integrare alcuni dei servizi per tutti i cittadini, tutti i servizi per alcune delle persone, ma non è possibile integrare tutti i servizi per tutte le persone;
- 2) L'integrazione ha dei costi prima che dia dei benefici;
- 3) La tua integrazione è la mia frammentazione;
- 4) Non si può integrare un piolo quadrato e un buco rotondo;
- 5) Colui che integra detta il tempo e le regole.

La prima legge ci indica un percorso di sano realismo: l'ottimo è il contrario del possibile. Partiamo nell'implementazione delle logiche dell'integrazione dalle esperienze consolidate, anche se solo in alcuni specifici settori, consolidiamo le esperienze e sfruttiamo nel tempo l'effetto di una sana "contaminazione" in altri settori.

La terza legge ci richiama a quel doloroso processo indicato in premessa di destrutturazione del proprio sapere e di crisi "professionale", crisi che, come sintetizzato nell'ideogramma cinese della parola *crisi*, comporta un *pericolo* ma anche l'*opportunità* di avviare un percorso euristico di ricerca, di scoperta, di apprendimento e quindi di miglioramento continuo. Un cambiamento culturale che è possibile, come testimoniano le numerose esperienze in atto.

Sembra inoltre opportuno richiamare le indicazioni emerse dall'European Social Network Conference tenutesi a Edimburgo nel luglio del 2005. Nella sintesi del documento **Integrated Care. A Guide for Policymakers**¹⁰⁹ vengono riportati i seguenti punti:

L'assistenza integrata cerca di colmare la tradizionale divisione tra salute e assistenza sociale. Impone la prospettiva del paziente come principio organizzativo di erogazione dei servizi e modifica vecchi e ridondanti modelli di assistenza basata sull'offerta. L'assistenza integrata consente un'assistenza sanitaria e sociale flessibile, personalizzata e senza soluzione di continuità.

L'Assistenza integrata è un insieme coerente di metodi e modelli su finanziamento, livelli amministrativi e organizzativi di erogazione del servizio e clinici

¹⁰⁹ Lloyd J. and Wait S.: Integrated Care. A Guide for Policymakers. Alliance for Health and the Future 2006

progettati per creare connettività, allineamento e collaborazione all'interno e tra i settori di cura e assistenza ¹¹⁰.

Perché integrare? I 5 driver/motivi principali dell'agenda dell'assistenza integrata sono:

- 1) L'assistenza integrata affronta il cambiamento di domanda di assistenza (*es. invecchiamento della popolazione*)
- 2) L'assistenza integrata riconosce che i risultati sanitari e sociali sono interdipendenti
- 3) L'assistenza integrata è un veicolo per l'integrazione sociale dei gruppi più vulnerabili della società (*es. migliore accesso ai servizi*)
- 4) L'assistenza integrata può portare a una migliore efficienza del sistema (*migliore coordinamento dell'assistenza*)
- 5) L'assistenza integrata può migliorare la qualità e la continuità dell'assistenza (*es. migliore coordinamento dell'assistenza*).

Mettere in pratica modelli di assistenza integrata, pone sfide importanti a livello politico, organizzativo e di erogazione dei servizi.

L'esperienza di cure integrate finora è limitata, ma promettente. Ulteriori ricerche sono necessarie per garantire che l'applicazione dei modelli proposti è fattibile, sostenibile e si traduce in migliori condizioni di salute. Le politiche devono essere adattate alle realtà locali

Raccomandazioni chiave per i responsabili politici

Sono state identificate otto raccomandazioni chiave per i responsabili politici nel portare avanti l'agenda dell'assistenza integrata.

1. Sviluppare politiche di assistenza coerenti

I responsabili politici devono garantire che lo sviluppo dell'assistenza integrata si adatti e sia coerente con gli altri programmi di politica sanitaria e di assistenza sociale.

2. Stabilire obiettivi realistici per i modelli di assistenza integrata

Le politiche di assistenza integrata sono talvolta sviluppate senza un'attenta valutazione delle sfide pratiche che si trovano ad affrontare in fase di attuazione. È necessaria una maggiore attenzione alle potenziali sfide di attuazione al momento della formulazione delle politiche, al fine di garantire il successo e la fattibilità delle proposte. Dovrebbero essere prioritarie le soluzioni adattate alle situazioni locali dell'assistenza e alla sostenibilità finanziaria

3 Individuare il divario culturale tra operatori sociali e sanitari

Lo sviluppo di assistenza integrata è impossibile senza la collaborazione degli operatori di prima linea. La divisione professionale esistente tra gli operatori di

¹¹⁰ Kodner DL, Spreeuwenberg C (2002) "Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications: A Discussion Paper" in *International Journal of Integrated Care*, Vol. 2

assistenza sanitaria e sociale non deve essere sottovalutata. Gli investimenti nella formazione di tutti i professionisti per facilitare il coordinamento e incoraggiare il rispetto reciproco sono quindi essenziali.

4. Trovare il giusto equilibrio tra utenti e “fornitori” di assistenza integrata

I responsabili politici e i professionisti dovrebbero chiedersi *per chi è integrata* l'assistenza ed essere chiari su modalità e obiettivi in cui l'assistenza è organizzata ed erogata.

5. Sfruttare l'esperienza e l'apprendimento da progetti pilota

Troppo spesso, l'esperienza acquisita a livello locale non è ricondotta al processo di sviluppo delle politiche. Apprendere dall'esperienza dei fornitori di prima linea coinvolti in progetti pilota è di vitale importanza. Il divario tra intento politico e attuazione può essere colmato sfruttando legami più stretti tra responsabili politici, ricercatori e professionisti coinvolti nello sviluppo assistenziale integrato.

6. Condividere la ricerca

I dilemmi posti dall'agenda dell'assistenza integrata sono simili in tutta Europa, nonostante le differenze tra sistemi nazionali di assistenza sanitaria e sociale. L'Unione europea può svolgere un ruolo chiave nel condurre un'agenda di ricerca condivisa.

7. Condurre ricerche sul costo/efficacia

Finora sono state riportate pochissime valutazioni economiche di assistenza integrata. Lo sviluppo di tali strumenti è indispensabile se si vuole sfruttare il potenziale dei modelli integrati di cura.

8. Monitorare lo sviluppo delle tecnologie per facilitare l'assistenza integrata

La tecnologia dell'informazione è cruciale per il futuro dell'assistenza integrata. Protocolli di comunicazione standardizzati, informazioni condivise sul paziente, singole procedure di valutazione e percorsi assistenziali possono essere realizzate tramite risorse informatiche, come “piattaforme paziente” e l'uso di portali WEB. Pertanto, i *responsabili politici* devono garantire che vi siano ricerche sufficienti sul campo di applicazione della tecnologia per facilitare l'assistenza integrata. Gli *esperti di tecnologia dell'informazione* devono essere coinvolti nello sviluppo di modelli di assistenza integrata.

[L'assistenza integrata è diventata una componente fondamentale della salute e delle riforme dell'assistenza sociale in tutta Europa](#)

Per concludere si riprendono alcune suggestioni della European Social Network Conference in Edinburgh:

- ***L'esperienza di cure integrate finora è limitata, ma promettente.*** I veri cambiamenti organizzativi e culturali non avvengono nel corso di una legislazione ma di qualche lustro. A 40 anni dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale sono a tutti evidenti gli enormi passi avanti effettuati. Tutti i sistemi regionali si sono mossi. Alcuni, favoriti da migliori situazioni

economiche e da condizioni culturali e sociali storicamente determinatesi, si sono mossi più rapidamente, sperimentando modelli fortemente innovativi, altre regioni stanno avanzando più lentamente, ma nessuna è restata ferma.

- **Ulteriori ricerche sono necessarie per garantire che l'applicazione dei modelli proposti è fattibile, sostenibile e si traduce in migliori condizioni di salute.** Occorre andare avanti, sperimentare, valutare, scambiare esperienze: non per individuare modelli da esportare/imporre, ma per individuare i driver degli interventi che aumentano la probabilità di successo degli stessi.

i. Qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario

La SIQuAS-VRQ nell'ottobre del 2009 costituì un gruppo di lavoro¹¹¹, su mandato del Consiglio Direttivo, con lo scopo di organizzare e svolgere un percorso di confronto e ricerca sui temi della Qualità nell'integrazione sociosanitaria e socioassistenziale che portasse ad una nuova Raccomandazione SIQuAS sul tema.

Il percorso in una prima fase si è sostanziato in una serie di Convegni tematici (ottobre 2009 - febbraio 2010)¹¹². per raccogliere le evidenze normative, di letteratura e pratiche più significative sulle tematiche topiche dell'integrazione tra sanità e sociale:

¹¹¹ Gardini Andrea (Presidente SIQuAS, Direttore Sanitario AOP Ferrara), Apicella Anna (Univ. Genova, Resp Uff. Qualità ASL 2 Savonese, SIQuAS); Aceti Tonino (Cittadinanzattiva, CNAMAC); Aquilino Ambrogio (SIQuAS); Banchieri Giorgio (www.osservatoriosanita.it, DISS, Univ. "Sapienza", SIQuAS); Barruchello Mario (Medico di Medicina Generale, Esperto, SIQuAS); Bellentani Mariadonata (Dirigente Organizzazione Servizi Sanitari, AGENAS); Boni Silvia (Dirigente Politiche Sociali e Sanità, FORMEZ PA); Borgia Piero (Responsabile Scientifico, ASP Lazio); Bugliari Armenio Leonilda (Organizzazione Servizi Sanitari, AGENAS); Buono Francesco (SIMG, Società Italiana di Medicina Generale); de Belvis Antonio Giulio (Osservasalute - Italian Observatory on Health Care); Di Stanislao Francesco (Università Politecnica Marche, SIQuAS, Consulente AGENAS); Fanni Loredana (AUSL Bologna, SIQuAS); Filograna M. Rosaria (FIMP, Federazione Italiana Medici Pediatri); Foglietta Fosco (FIASO, Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere); Fortino Antonio (ASL Roma D, SIQuAS); Goldoni Lidia (Consulente, SIQuAS); Leone Liliana (Consulente CEVAS); Loiduce Michele (Azienda ARES 118, SIQuAS); Lomazzi Luisa (Consulente); Marta Marta (Osservasalute - Italian Observatory on Health Care); Minelli Monica (Dipartimento Attività socio sanitarie AUSL BO); Nati Giulio (SIMG, Società Italiana di Medicina Generale); Pascale Alfonso (Rete Fattorie Sociali); Pinelli Nicola (FIASO, Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere); Pompili Stefano (Direttore Sanitario ASL RM A, Lab. Didattica ASL Lazio); Ricci Stefano (Responsabile socio sanitario, ARS Marche, SIQuAS); Ronchetti Mario (Responsabile UOC Formazione, ASL Roma C); Sabatini Veronica (Ricercatrice www.osservatoriosanita.it); Sturani Fabio (Federsanità ANCI); Tomasi Carolina (OASI, SIQuAS); Valdré Andrea (Direttore Società della Salute Fiorentina Nordovest); Vernerio Sandra (AUSL Bologna, SIQuAS);

¹¹² Roma (Ottobre 2009) - Aula Magna, Presidio Nuovo "Regina Margherita": *Preso in carico e continuità delle cure: le reti territoriali integrate socio-sanitarie e socio-assistenziali.*; Roma (Dicembre 2009) Aula Magna Ospedale G. Eastman: *Reti per patologie e integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale*; Roma (Febbraio 2010) - Aula Magna Ospedale G. Eastman: *Misurare e validare, condivisione dei dati e monitoraggio nell'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale.*

In occasione del Forum della Non Autosufficienza che si tenne a Bologna il 12 novembre 2009¹¹³ fu presentato pubblicamente il progetto e definito il gruppo di coordinamento ed i sottogruppi di lavoro con esperti provenienti da realtà professionali e scientifiche, da istituzioni pubbliche e private centrali e locali, provenienti da diverse regioni italiane.

Il percorso si è articolato in 6 fasi:

- 1) revisione bibliografica su integrazione sociosanitaria e requisiti di qualità
- 2) documentazione su esperienze effettuate; le esperienze raccolte sono state selezionate e rese disponibili nell'osservatorio sanità (www.osservatoriosanita.it) un sito SIQUAS VRQ - DIES, Università "Sapienza")
- 3) discussione ed il confronto fra gli esperti, attraverso seminari, congressi nazionali, forum, e incontri del gruppo di lavoro nazionale e dei sottogruppi;
- 4) redazione ed approvazione di un primo indice della raccomandazione
- 5) redazione dei capitoli assegnati ai diversi componenti del gruppo
- 6) validazione dei capitoli assegnati e pubblicazione della raccomandazione¹¹⁴.

Di seguito si riportano:

- a. l'indice della raccomandazione **Requisiti di qualità nell'integrazione tra sanità e sociale** rimandando ad un file¹¹⁵ l'intera raccomandazione (**Scheda 1**)
- b. lo **Schema di autovalutazione dei progetti di integrazione sociosanitaria (Scheda 2)** e le parole del **glossario**, presenti nel file¹¹⁶ **Appendici alla Raccomandazione 2012 "La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario**

¹¹³ Bologna (Novembre 2009) Forum sulla Non autosufficienza, Centro Congressi Savoia Hotel: *Qualità delle cure e continuità assistenziale, linee guida e protocolli nelle aree cardine dell'integrazione socio-sanitaria*;

¹¹⁴ "Requisiti di qualità nell'integrazione tra sanità e sociale, Raccomandazione SIQUAS VRQ", Franco Angeli Editore, 2013, a cura di Apicella Anna, Banchieri Giorgio, Di Stanislao Francesco e Goldoni Lidia.

¹¹⁵ <file:///C:/Users/Franco/Downloads/Release%200%20della%20Raccomandazione%2016.03.2012%20def.pdf>

¹¹⁶ <https://www.asiquas.it/wp-content/uploads/2018/07/Appendici-a-Raccomandazione-SIQUAS-Integ.pdf>

Scheda 1 – Indice della Raccomandazione SIQuAS 2012 - Requisiti di qualità nell'integrazione tra sanità e sociale

Prefazione (*Andrea Gardini, Presidente SIQuAS*)

Introduzione

Prefazione

- ◊ Il mandato ricevuto
- ◊ Obiettivi

Capitolo 1 - Il metodo

- 1) La metodologia di lavoro
 - ◊ La composizione del gruppo

Capitolo 2 - L'integrazione tra sanità e sociale e lo stato dell'arte

- 1) L'integrazione tra sanità e sociale in letteratura scientifica
 - ◊ BOX 1 - Chronic Care Model; BOX 2 - Disease Management; BOX 3 – Reti Assistenziali; BOX 4 – Percorsi Assistenziali; BOX 5 - Evidenze
- 2) L'integrazione tra sanità e sociale oggi: analisi del rapporto
- 3) L'allocazione delle risorse nell'integrazione tra sanità e sociale
- 4) L'integrazione e i riferimenti normativi
- 5) Le parole dell'integrazione
- 6) Bibliografia
 - ◊ Paragrafo 1.; Paragrafo 3.; Paragrafo 5 e Glossario (Dizionario e glossari; Articoli e Testi; Sitografia)

Capitolo 3 - La qualità dell'integrazione tra sanità e sociale

- 1) La qualità dell'integrazione tra sanità e sociale: criteri e requisiti
- 2) Obiettivi, aree e destinatari
- 3) Contenuti e dimensioni (Le aree d'intervento; La continuità assistenziale; L'idoneità dei luoghi di cura)

Capitolo 4 - Qualità ed esperienze

- 1) Un sistema di autovalutazione dei progetti di integrazione (Fattori strutturali e di processo; Risultati)
- 2) La rilettura delle buone prassi

Capitolo 5 - Prospettive, strumenti e opportunità

- 1) I percorsi futuri dell'integrazione: dimensioni qualificanti
 - 1) L'assetto istituzionale e territoriale dell'integrazione;
 - 2) Programmazione integrata sociale e sanitaria;
 - 3) Accesso, valutazione, presa in carico e continuità dell'assistenza:
 - 1) *Area dell'Accettazione e accoglienza territoriale integrata tra sanità e sociale-*

-
- 2) *Area della Valutazione multidimensionale integrata tra sanità e sociale*
 - 3) *Area della Presa in carico e continuità dell'assistenza tra sanità e sociale)*
 - 4) L'assetto organizzativo/gestionale dell'integrazione
 - 5) Processi, percorsi, procedure
 - 6) I modi dell'integrazione professionale
 - 7) Integrazione sociale e sanitaria nei settori di intervento
 - 2) Integrazione nel territorio, nella comunità e nella città
 - 3) Gli strumenti per il governo dell'integrazione (formazione, PAC, budget di salute)
 - 1) Analisi dei bisogni di popolazione (o Valutazione dei bisogni)
 - 2) Budget di cura,
 - 3) Bilancio sociale
 - 4) Care giver
 - 5) Case manager
 - 6) Cure domiciliari.
 - 7) Formazione.
 - 8) Équipe (di assistenza).
 - 9) Percorsi assistenziali (socio-sanitari).
 - 10) Punto Unico di Accesso (Porta o Sportello di accesso).
 - 11) Piano di assistenza individuale
 - 12) Piani comunitari di salute
 - 13) Sistema informativo socio-sanitario e cartella socio-sanitaria
 - 14) Cartella socio-sanitaria
 - 15) Valutazione dei servizi socio-sanitari
 - 16) Valutazione multidimensionale.
 - 17) Voucher sociale e Voucher socio-sanitario.
 - 4) L'integrazione nella programmazione
 - 1) Scenario.
 - 2) Gli "strumenti" della programmazione sanitaria
 - 3) Autonomia e sussidiarietà.
 - 4) La programmazione integrata: rapporto bisogno – offerta.
 - 5) Il ruolo dei Distretti Sanitari.

Capitolo 6 - Le raccomandazioni

- 1) Le raccomandazioni

Le raccomandazioni predisposte da VRQ-SIQuAS sono riportate nella **Tabella 7**

Tabella 7 - Integrazione tra Sociale e Sanitario: Raccomandazioni VRQ-SIQuAS- 2012

FUNZIONE POLITICO- ISTITUZIONALE		
Raccomandazione	Livello	Soggetti
1 Garantire una unicità di governo istituzionale delle politiche sanitarie e sociali integrate individuando, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, un Dipartimento che abbia la titolarità delle competenze per l'integrazione sociale e sanitaria, coordinando le azioni del Ministero della Salute e del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali	Governo Nazionale (Macro 1)	Politici e Funzionari Amministrativi Nazionali
2 Adottare il decreto sui profili delle Figure professionali sociali previsto dalla L. 328/00 e ridefinire con il Ministero dell'Istruzione e dell'Università, nonché con il CUN i percorsi formativi per operatori sanitari e sociali adeguati alle competenze e capacità necessarie per la gestione dei livelli di prestazioni e servizi integrati tra sanità e sociale nei territori.	Governo Nazionale (Macro 1)	Politici e Funzionari Amministrativi Nazionali
3. Promuovere il Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico	Governo Nazionale (Macro 1)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
4. Individuare le tipologie di soggetti dell'integrazione sociale e sanitaria a livello nazionale.	Governo Nazionale e Locale Macro 1 e 2	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
5 Definire le tipologie di relazioni tra i soggetti e i portatori di interesse dell'integrazione sociale e sanitaria;	Governo Nazionale e Locale Macro 1 e 3	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
6 Garantire che la definizione delle policy siano basate su metodologie di analisi dei bisogni della popolazione residente fondate sui dati storici e sulle direttrici di cambiamento della domanda di medio e lungo termine (invecchiamento della popolazione, cronicità, disabilità, dipendenze, fragilità, disagio ed emarginazioni sociali).	Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL

<p>7 Per le tipologie di soggetti dell'integrazione sociale e sanitaria individuate dalla normativa nazionale ri/definire:</p> <p>a) i Livelli di Assistenza (LEA + LIVEAS) con la contestuale definizione dei corrispondenti interventi e prestazioni sanitarie e sociali, integrate, coerenti ed in continuità con i processi di promozione, prevenzione, cura, riabilitazione;</p> <p>b) i livelli/requisiti minimi organizzativi e gestionali per garantire l'azione comune dei servizi e degli operatori sanitari e sociali nel percorso assistenziale "logico" dell'integrazione sociale e sanitaria (accettazione/accoglienza, valutazione multidimensionale, presa in carico globale e costruzione del piano assistenziale individualizzato).</p>	<p>Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>8 Declinare i criteri per la rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari;</p>	<p>Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>9 Costruire Linee Guida, condivise e definite a livello della Conferenza Stato-Regioni, per definire requisiti comuni condivisi di accreditamento orientati alla qualità, necessari per i soggetti terzi per essere accreditati con i SSR e con gli enti locali per poter offrire i loro servizi e partecipare alle gare pubbliche di assegnazione</p>	<p>Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>10 Definire i costi standard, condivisi e definiti a livello di Conferenza Stato-Regioni, per i servizi, gli interventi e le prestazioni sociali e sanitarie integrate offerti, verso i quali far convergere l'organizzazione dei servizi da parte delle singole Regioni e da usare come nomenclatore tariffario nazionale di riferimento massimo, non superabile a livello delle singole Regioni;</p>	<p>Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>

<p>11 Allocare risorse adeguate a livello nazionale per sostenere lo sviluppo delle reti di integrazione tra sanità e sociale a livello regionale con particolare riferimento ad attività di ricerca, sviluppo, formazione, aggiornamento professionale, costruzione di flussi informativi nazionali a supporto della <i>governance</i> e del monitoraggio delle reti regionali;</p>	<p>Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>12 Qualificare i sistemi informativi socio-sanitari integrati a livello nazionale attraverso la implementazione di sistemi di indicatori e standard per un monitoraggio sistematico dei servizi offerti da parte degli erogatori accreditati, pubblici e privati, da parte della Conferenza Stato-Regioni, al fine del controllo della qualità e delle performance dei servizi erogati e per il monitoraggio della spesa in un approccio di garanzia dei LIVEAS, della qualità e della sostenibilità delle reti integrate di servizi sanitari e sociali;</p>	<p>Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>13 Favorire la raccolta delle buone pratiche normative, gestionali e assistenziali per favorirne una divulgazione tra le Regioni e tra gli operatori accreditati, pubblici e privati, in un approccio di crescita della cultura della qualità, dell'efficacia, dell'efficienza, dell'appropriatezza e della sostenibilità delle prestazioni erogate;</p>	<p>Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>14 Perseguire il consolidamento del sistema integrato pubblico-privato dei servizi sanitari e dei servizi sociali;</p>	<p>Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>15 Definire gli strumenti normativi per favorire lo sviluppo della gestione associata (tra soggetti istituzionali) nella logica di sussidiarietà verticale, solidaristico-assicurativa superando la logica contributivo - capitaria;</p>	<p>Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>

<p>16 Allocare risorse adeguate a livello regionale e degli Enti Locali subordinati, prevedendo meccanismi di programmazione integrata e di cofinanziamento dei servizi, per sostenere lo sviluppo delle reti territoriali di integrazione tra sanità e servizi con particolare riferimento ad attività di ricerca, sviluppo, formazione, aggiornamento professionale, costruzione di flussi informativi regionali a supporto della <i>governance</i> e del monitoraggio delle reti territoriali.</p>	<p>Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>17 Per garantire l'azione comune dei servizi e degli operatori sanitari e sociali nel percorso assistenziale "logico" dell'integrazione sociale e sanitaria, nei livelli minimi organizzativi/gestionali nazionali: A) vengono definiti i possibili luoghi integrati di accoglienza e accettazione; B) viene previsto l'obbligo di utilizzo di strumenti di valutazione integrata socio-sanitaria multidimensionale e multi professionale ; C) vengono indicati i criteri per la presa in carico e la continuità assistenziale; D) viene previsto l'obbligo di utilizzo di strumenti di pianificazione e monitoraggio integrati degli interventi socio-sanitari sui singoli pazienti</p>	<p>Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>18 Nel Programma Nazionale Linee Guida e/o a livello regionale vengono redatte Linee Guide sulle evidenze scientifiche relative: a) ai "luoghi" di accettazione e accoglienza integrata territoriale; b) agli strumenti di valutazione integrata; c) alle modalità della presa in carico e della continuità assistenziale; d) agli strumenti di pianificazione e monitoraggio integrati degli interventi sociosanitari sui singoli pazienti di integrata e dell'integrazione professionale</p>	<p>Governo Nazionale e Locale (Macro 1 e 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL + Organizzazioni Professionali (Società Scientifiche)</p>

<p>19 Garantire una unicità di gestione istituzionale delle politiche socio-sanitarie, socio-assistenziali e sociali unificando le competenze degli attuali Assessorati Regionali preposti (Assessorato alla Salute e Assessorato alle Politiche Sociali);</p>	<p>Governo Locale (Macro 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>20. Favorire una coincidenza degli ambiti territoriali di programmazione (Distretti sanitari e Zone Sociali) nella Regione onde favorire una integrazione delle politiche per territori dati;</p>	<p>Governo Locale (Macro 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>21. Organizzare e articolare su base regionale e locale la partecipazione delle formazioni sociali e dei cittadini a: consultazione, concertazione, co-progettazione, co-gestione/co-responsabilità, controllo partecipato.</p>	<p>Governo Locale (Macro 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>22. Declinare la rimodulazione dell'offerta disponibilità dei servizi sociali e sanitari, favorendo il riequilibrio territoriale e la contestualizzazione dell'offerta</p>	<p>Governo Locale (Macro 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>23 Individuare i "luoghi" istituzionali, organizzativi e gestionali dell'integrazione sociale e sanitaria a livello regionale e locale.</p>	<p>Governo Locale (Macro 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>24. Ridefinire con i Policlinici Universitari e gli Atenei presenti nelle singole Regioni i percorsi formativi, stage, tirocini destinati a per operatori sanitari e sociali adeguati alle competenze e capacità necessarie per la gestione dei livelli di prestazioni e servizi integrati e in base agli obiettivi definiti in sede regionale; con la Formazione professionale, a titolarità regionale e provinciale, i titoli ed i percorsi formativi delle professionalità sociali e sanitarie di competenza.</p>	<p>Governo Locale (Macro 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>
<p>25 Definire la prospettiva del "Piano Regolatore" dei servizi integrati alla persona a livello regionale e nelle sue declinazioni a livello territoriale (Piani Aziendali, Piani di Zona, Accordi di Programma, etc.);</p>	<p>Governo Locale (Macro 2)</p>	<p>Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL</p>

26 Definire gli atti della programmazione integrata sociale e sanitaria a livello regionale e ai livelli subordinati;	Governo Locale (Macro 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
27 Definire i collegamenti con le "altre" programmazioni (ambiente, agricoltura, lavoro, istruzione, formazione professionale, etc.);	Governo Locale (Macro 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
28 Favorire una coincidenza degli ambiti territoriali di programmazione (Distretti sanitari e Zone Sociali) in tutte le Regioni onde favorire una integrazione delle politiche per territori dati;	Governo Locale (Macro 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
29. Definire l'identificazione del "portafoglio" di servizi ed interventi sociali, sanitari, sociosanitari erogabili, in quanto elemento costitutivo dei LEA, terzo livello, e dei LIVEAS;	Governo Locale (Macro 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
30. Definire gli atti della programmazione integrata sociale e sanitaria a livello territoriale favorendo l'adozione di strumenti unitari con particolare riferimento a: profilo di comunità, obiettivi, programmazione di settore, monitoraggio e valutazione.	Governo Locale (Macro 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
31. Costruire un processo di programmazione integrata e di rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari.	Governo Locale (Macro 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL
32. Le regioni recepiscono nei propri atti amministrativi i livelli minimi organizzativi/gestionali nazionali in merito: A) ai possibili luoghi integrati di accoglienza e accettazione; B) all'obbligo di utilizzo di strumenti di valutazione integrata socio-sanitaria multidimensionale e multi professionale; C) alla definizione delle modalità di presa in carico e di continuità assistenziale; D) all'obbligo di utilizzo di strumenti di pianificazione e monitoraggio integrati degli interventi socio-sanitari sui singoli pazienti	Governo Locale (Macro 2)	Politici e Funzionari Amministrativi Regionali e EELL

FUNZIONE ORGANIZZATIVO - GESTIONALE

Raccomandazione	Livello	Soggetti
------------------------	----------------	-----------------

1 Costruire atti aziendali e contratti unitari, certi e chiaramente determinati, per l'integrazione sociosanitaria.	Gestione Organizzativa (Meso 1)	Direttori Generali - Staff (ASL/AO) - Dirigenti Amministrativi Servizi EELL
2 Gli enti gestori (ASL e EE.LL) individuano ed attivano, definendo le regole di funzionamento organizzativo, i <i>Punti Unici di Accesso</i> (o altra definizione) territoriali e <i>le modalità di presa in carico e di continuità assistenziale</i>	Gestione Organizzativa (Meso 1)	Direttori Generali - Staff (ASL/AO) - Dirigenti Amministrativi Servizi EELL
3. Progettare e implementare la formazione continua sugli oggetti dell'integrazione sociosanitaria sempre con il coinvolgimento degli operatori sanitari e operatori sociali	Gestione Organizzativa e Professionale (Meso 1 e 2)	Direttori Generali - Staff (ASL/AO) - Dirigenti Amm.vi Servizi EELL + Gruppi Professionali
4. Definire le competenze specifiche, i soggetti, l'assetto organizzativo, le funzioni e le attività, i piani programmatici per ognuno dei settori tipici dell'integrazione sociale e sanitaria.	Gestione Organizzativa e Professionale (Meso 1 e 2)	Direttori Generali - Staff (ASL/AO) - Dirigenti Amm.vi Servizi EELL + Gruppi Professionali
5. <i>I responsabili amministrativi e i professionisti sanitari e sociali degli enti gestori condividono: a) gli obiettivi di medio-lungo termine della implementazione dei percorsi assistenziali integrati sociosanitari; b) il sistema di valutazione di qualità dei percorsi; c) le modalità di utilizzo dei dati/risultati della valutazione per la loro "rendicontazione" ai cittadini</i>	Gestione Organizzativa e Professionale	Direttori Generali - Staff (ASL/AO) - Dirigenti Amm.vi Servizi EELL + Gruppi Professionali
6. I professionisti sanitari e sociali degli enti gestori (ASL e EELL), sulla base delle linee Guida nazionali e/o regionali <i>costruiscono gli strumenti organizzativi, operativi, informativi (standard di intervento e di prodotto)</i> necessari per il funzionamento dei PUA, dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI), della presa in carico e della continuità assistenziale; del Piano Assistenziale Individuale (PAI)	Gestione Professionale (Meso 2)	Gruppi Professionali

FUNZIONE ASSISTENZIALE

<i>Raccomandazione</i>	<i>Livello</i>	<i>Soggetti</i>
<p>1. I professionisti sanitari e sociali degli enti gestori (ASL e EELL):</p> <p>a) implementano quanto programmato per il funzionamento dei PUA, dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI), della presa in carico e della continuità assistenziale; del Piano Assistenziale Individuale (PAI);</p> <p>b) curano la raccolta dei dati relativi a tali fenomeni ed eventualmente quelli ulteriori individuati nel sistema di valutazione di qualità;</p> <p>c) effettuano almeno un audit annuale di valutazione e propongono, nel caso, i cambiamenti da apportare per migliorare la qualità del modello di integrazione socio-sanitario sperimentato</p>	Pratica Clinica (micro)	Professionisti Singoli
<p>2. Almeno il 50% della formazione continua dei professionisti sanitari e sociali degli enti gestori che operano in prevalenza nei settori ad alta integrazione sociosanitaria, deve essere effettuata congiuntamente</p>	Pratica Clinica (micro)	Professionisti Singoli
<p>3. I professionisti sanitari e sociali degli enti gestori valutano almeno una volta all'anno i risultati delle indagini di monitoraggio della soddisfazione degli operatori e dei cittadini e utenti sulla qualità della integrazione tra professionisti, coinvolgimento degli utenti/ famiglie, continuità assistenziale, ecc.</p>	Pratica Clinica	Professionisti Singoli

Nella **Scheda 2** si riporta lo **Schema di autovalutazione dei progetti di integrazione sociosanitaria** presente nelle Appendici alla Raccomandazione 2012 "La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario", predisposta dal Presidente della SIQuAS e da altri membri del Direttivo¹¹⁷

¹¹⁷ Andrea Gardini e Sandra Venero, Loredana Fauni – SIQuAS

Scheda 2 - Schema di autovalutazione dei progetti di integrazione sociosanitaria

FATTORI STRUTTURALI e di PROCESSO

1. Guida e Responsabilità	<i>no/ non è descritto</i>	<i>poco</i>	<i>in parte</i>	<i>pienamente</i>	<i>NA*</i>
Le persone alla guida dell'Organizzazione/ Istituzione sono promotrici/ sostenitrici del progetto					
2. Pianificazione	<i>no/ non è descritto</i>	<i>poco</i>	<i>in parte</i>	<i>pienamente</i>	<i>NA*</i>
sono state analizzate esperienze precedenti anche in altre realtà					
è stata effettuata una raccolta preliminare dei dati di contesto					
sono stati definiti obiettivi e risultati attesi					
è previsto il rispetto di valori, aspettative e desideri di pazienti/ persone prossime indicate dai pazienti/ familiari/cittadini					
il progetto è condiviso e comunicato in modo capillare					
è previsto che il progetto venga regolarmente valutato, riesaminato e aggiornato					
3. Persone nell'Organizzazione	<i>no/ non è descritto</i>	<i>poco</i>	<i>in parte</i>	<i>pienamente</i>	<i>NA*</i>

il progetto prevede momenti di formazione per il personale relativamente a conoscenze e competenze professionali e relazionali					
il progetto prevede momenti di incontro tra le persone e di condivisione delle scelte					
4. Alleanze e Risorse	<i>no/ non è descritto</i>	<i>poco</i>	<i>in parte</i>	<i>pienamente</i>	<i>NA*</i>
vengono coinvolti interlocutori interni ed esterni					
viene curato il comfort ambientale e organizzativo di pazienti e cittadini					
gli obiettivi del progetto sono stati collegati a un preventivo di spesa					
il preventivo di spesa è stato finanziato					
vengono promossi lo sviluppo e l'utilizzo delle tecnologie informatiche e dell'informazione					
5. Cure /Prestazioni	<i>no/ non è descritto</i>	<i>poco</i>	<i>in parte</i>	<i>pienamente</i>	<i>NA*</i>
vengono promosse cure/ prestazioni appropriate e adeguate al paziente/ cittadino					
vengono promosse cure/ prestazioni integrate, in rete e interdisciplinari fondate sulla centralità del paziente/ cittadino					

vengono assicurate cure/ prestazioni in continuità assistenziale e organizzativa, in tempi rapidi, anche con l'utilizzo di nuove tecnologie					
vengono concretamente tutelate riservatezza e dignità di pazienti, persone prossime indicate dai pazienti, familiari e cittadini					
viene posta attenzione ad azioni d'inclusione sociale (vita di relazione, lavoro ecc.)					
viene posta attenzione alle disuguaglianze e al disagio sociale					
il progetto è innovativo e promuove la creatività delle persone					
pazienti, persone prossime indicate dai pazienti, familiari, cittadini vengono informati, formati e ascoltati in modo adeguato relativamente al progetto					
pazienti, persone prossime indicate dai pazienti, familiari, cittadini vengono incoraggiati ad assumere un ruolo attivo nel progetto					
RISULTATI					
6. Risultati relativi a Pazienti, Persone Prossime indicate dai Pazienti, Familiari, Cittadini	<i>non viene misurato</i>	<i>viene misurato</i>	<i>risultati parzialmente positivi</i>	<i>risultati pienamente positivi</i>	NA*
esperienza dei pazienti/ delle persone prossime indicate dai pazienti/ familiari/ cittadini relativamente al progetto					

indicatori riguardanti i pazienti/cittadini (reclami, elogi, attrazione, fuga, partecipazione a attività di formazione...) relativamente al progetto					
7. Risultati relativi alle Persone nell'Organizzazione	non viene misurato	viene misurato	risultati parzialmente positivi	risultati pienamente positivi	NA*
esperienza delle persone dell'Organizzazione relativamente al progetto					
indicatori riguardanti le persone dell'Organizzazione (infortuni, assenze, partecipazione a attività di formazione...) relativamente al progetto					
8. Risultati relativi alla Società e all'Ambiente	non viene misurato	viene misurato	risultati parzialmente positivi	risultati pienamente positivi	NA*
impatto del progetto sull'Ambiente e sulla Società esterna					
9. Risultati Chiave	non viene misurato	viene misurato	risultati parzialmente positivi	risultati pienamente positivi	NA*
risultati clinico assistenziali tramite indicatori di processo					
risultati clinico assistenziali tramite indicatori di esito					
risultati di produttività e organizzativi					
risultati economico-finanziari					

Scheda 3 – Le parole del glossario SIQuAS 2012

Il glossario SIQuAS nasce con l'obiettivo di fornire agli autori e ai lettori della **Raccomandazione 2012 “La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”** una descrizione di termini e concetti più comuni sui temi dell'integrazione sociosanitaria e socioassistenziale, al fine di favorire la chiarezza e l'omogeneità di linguaggio della Raccomandazione stessa.

Il glossario nella sua completezza è disponibile nel file

<https://www.asiquas.it/wp-content/uploads/2018/07/Appendici-a-Raccomandazione-SIQUAS-Integ.pdf>

Di seguito si riporta semplicemente l'elenco delle parole presenti nel glossario:

- A. Accesso; Accoglienza; Accredimento; Appropriatezza; *Assessment*; Assistenza domiciliare integrata (ADI); Assistenza primaria (*Primary Care*); Assistenza sociosanitaria; Associazionismo in Medicina Generale; Autosufficienza e Non Autosufficienza;
- B. *Best practice*; Bilancio Sociale; Bisogno e complessità del bisogno;
- C. *Care giver*; Cartella sociosanitaria; Casa della salute; *Case manager*; *Chronic care model*; *Compliance* (Aderenza); Comunità; Continuità assistenziale delle cure; Copertura dei servizi; Costi sociali; Cronico – Cronicità; Cura; Cure domiciliari; Cure primarie;
- D. Dimissione; Dimissione protetta; Disabilità e ICF; *Disability manager*; Disuguaglianze e diseguità in salute;
- E. Efficacia (dei servizi sociosanitari); Efficienza; *Empowerment* (Rafforzamento delle competenze); *Équipe* (di assistenza); Esclusione sociale (vedi anche inclusione sociale);
- F. Fondo per la Non Autosufficienza; Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale (SSN); Fragilità;
- G. Governo clinico;
- I. Inclusione sociale (vedi anche esclusione sociale); Indicatore; Integrazione sociosanitaria; Intensità e complessità degli interventi (socosanitari);
- L. Lavoro di comunità; Livelli Essenziali di Assistenza – LEA; Liveas; *Long term (care)*
- M. Medicina generale (*Primary Care Physicians*); *Mission*; Monitoraggio;
- O. *Option counseling*; *Outcome*;
- P. Percorsi assistenziali (socosanitari); Presa in carico; Prestazioni ed Interventi (socosanitari); Prevenzione; *Primary Health Care*; Programmazione sociosanitaria (regionale e locale); Prossimità; Punto Unico di Accesso (Porta o Sportello di accesso);
- R. Rete dei servizi del Distretto sociosanitario;
- S. Sistema informativo sociosanitario; Società della salute; Sostegno o supporto sociale; *Stakeholder*;
- T. Territorio;

- V. Valutazione (dei servizi sociosanitari); Valutazione multidimensionale; Volontariato e Associazionismo; Voucher sociale e Voucher sociosanitario;
Z. Zona Sociale

Le raccomandazioni (**Tabella 8**) sono state strutturate su: **3 LIVELLI** (MACRO, MESO, MICRO): **3 FUNZIONI** (Politico-istituzionale; Organizzativo-gestionale; Professionale) e **4 DESTINATARI** (**Istituzioni**: stato - regioni - enti locali; **Enti gestori**: aziende sanitarie - servizi sociali EE.LL; **Gruppi professionali** nella fase di pianificazione organizzativa e professionale; **Professionisti** nelle fasi di implementazione e valutazione degli interventi)

Tabella 8 - Destinatari raccomandazioni SIQuAS 2012 su integrazione sociosanitaria

<i>LIVELLI</i>	<i>FUNZIONI oggetto della RACCOMANDAZIONE</i>		<i>SOGGETTI cui è indirizzata la RACCOMANDAZIONE</i>	
MACRO	POLITICO-ISTITUZIONALE	GOVERNO NAZIONALE (Macro 1)	ISTITUZIONI: STATO - REGIONI - ENTI LOCALI	POLITICI E FUNZIONARI A LIVELLO EUROPEO E NAZIONALE
		GOVERNO LOCALE (Macro 2)		POLITICI E FUNZIONARI AMMINISTRATIVI REGIONALI ED EELL
MESO	ORGANIZZATIVO -GESTIONALE	GESTIONE ORGANIZZATIVA (Meso 1)	ENTI GESTORI Aziende sanitarie - Servizi sociali EELL - altri	DIRETTORI GENERALI - STAFF (ASL/AO) - DIRIGENTI AMMINISTRATIVI SERVIZI EELL
		GESTIONE PROFESSIONALE (Meso 2)	GRUPPI PROFESSIONALI nella fase di pianificazione organizzativa e professionale	GRUPPI PROFESSIONALI (Servizi, Società scientifiche)
MICRO	PROFESSIONALE	ASSISTENZIALE (Micro)	PROFESSIONISTI nelle fasi di implementazione e valutazione degli interventi	PROFESSIONISTI (singolarmente e/o gruppi operativi)

Nel 2013 SIQuAS-VRQ ha effettuato una indagine per valutare il “consensus” sulle raccomandazioni pubblicate nel febbraio 2012 tra gli operatori delle strutture sociali e sanitarie sanitari e sociali. Il questionario, contenente 39 raccomandazioni (**Tabella 9**), è stato “valutato” da 3.084 operatori (**Tabella 10**)

Tabella 9 – N° raccomandazioni su integrazione sociosanitaria per enti/soggetti

ENTI/SOGGETTI cui è indirizzata la RACCOMANDAZIONE		
ISTITUZIONI/GOVERNO STATO - REGIONI - ENTI LOCALI	POLITICI E FUNZIONARI AMMINISTRATIVI NAZIONALI	15
	POLITICI E FUNZIONARI AMMINISTRATIVI REGIONALI ED EELL	
ENTI GESTORI Aziende sanitarie - Servizi sociali EELL - altri	DIRETTORI GENERALI - STAFF (ausl/ao)- DIRIGENTI AMMINISTRATIVI SERVIZI EELL	4
GRUPPI PROFESSIONALI nella fase di pianificazione organizzativa e di intervento	GRUPPI PROFESSIONALI (dei servizi, società scientifiche, ecc)	2
PROFESSIONISTI nelle fasi di implementazione degli interventi	PROFESSIONISTI SINGOLI	3

Tabella 10 – Partecipanti al “consensus” su raccomandazioni su integrazione tra sociosanitaria

Questionari di consensus somministrati	al 31.12.2012		al 31.12.2013	
	Numero	%	Numero	%
Medici	124	13,01	524	16,99
Infermieri	183	19,2	863	27,98
Tecnici della Riabilitazione	56	5,88	78	2,53
Psicologi	68	7,14	97	3,15
Sociologi	73	7,66	84	2,72
Assistenti sociali	204	21,41	528	17,12
Docenti/Ricercatori/Studenti Universitari	92	9,65	582	18,87
Volontari di Associazioni	153	16,05	328	10,64
Totale rispondenti	953	100	3.084	100

Per ciascuna delle raccomandazioni è stato richiesto il livello di accordo (Livello 1: per nulla d'accordo; Livello 2: poco d'accordo; Livello 3: d'accordo; Livello 4: molto d'accordo; Livello 5: pienamente d'accordo) e per i livelli 3-4-5 forza/peso della raccomandazione (1: importante; 2: molto importante; 3: fondamentale).

In **(ALLEGATO 12)** viene riportato il risultato complessivo della rilevazione):

Le logiche di integrazione/continuità nel campo dell'assistenza sanitaria hanno trovato la loro *traduzione concettuale* nel **Chronic Care Model/Expanded Chronic Care Model** e nel **Disease Management** e la *traduzione operativa* nella progettazione e implementazione delle **Reti** e dei **Percorsi Assistenziali**¹¹⁸ strumenti, a oggi, ineludibili per perseguire gli obiettivi fondamentali dei sistemi sanitari (Equità, Efficacia, Efficienza) attraverso:

- la promozione delle dinamiche di *clinical governance* e l'integrazione dei percorsi assistenziali tra le diverse istituzioni coinvolte (strutture di medicina di base, ospedaliera, territoriale, ecc.) per far fronte alla complessità dei bisogni e ai trend epidemiologici (invecchiamento popolazione, cronicizzazione, pluripatologia, ecc.) che spingono verso approcci pluridisciplinari e forme di integrazione verticali (tra i diversi livelli assistenziali) e orizzontali (all'interno degli stessi livelli);
- il coinvolgimento dei pazienti nell'autogestione della salute;
- l'attivazione di processi di *benchmarking* e *benchlearning* al fine di permettere alle singole componenti della rete di disporre di informazioni e dati utili a promuovere processi di miglioramento gestionali, finanziari e qualitativi;
- la razionalizzazione del sistema di offerta dei servizi sul territorio al fine di evitare duplicazioni in alcuni luoghi e carenza in altri;

¹¹⁸ Cfr. paragrafi 6d - 6e-6f-6g

- il perseguimento di economie di scala grazie all'accentramento di alcune funzioni in staff (acquisti, amministrazione, manutenzione, ecc.).

ii. Continuità assistenziale

La comunità scientifica appare, nel suo complesso, concorde con le indicazioni emerse dal rapporto del CHSRF¹¹⁹ che individua due elementi core e tre tipologie della continuità assistenziale.

I due **elementi core** che definiscono il concetto di continuità dell'assistenza sono:

- **l'esperienza dell'interazione tra l'individuo e gli operatori** che forniscono assistenza (providers);
- **l'assistenza fornita nel corso del tempo.**

Stante gli elementi *core* della continuità, questa è declinata attraverso tre **tipologie di dimensioni**:

- 1) **Continuità relazionale (*Relational continuity*):** consiste nella relazione continua del paziente con diversi professionisti sanitari e sociosanitari che forniscono assistenza in modo organico, coerente e attento allo sviluppo del percorso di trattamento in senso prospettico.
- 2) **Continuità gestionale (*Management continuity*):** Questo si realizza attraverso un'azione complementare e temporalmente coordinata e integrata dei servizi/professionisti coinvolti nel sistema di offerta assistenziale. È particolarmente importante in patologie cliniche croniche o complesse, che richiedono l'integrazione di più attori professionali/istituzionali nella gestione del percorso paziente.
- 3) **Continuità informativa (*Informational continuity*):** permette la comunicazione tra i soggetti istituzionali/professionali che afferiscono ai differenti *setting* assistenziali nel percorso di cura del paziente. Riguarda informazioni non solo sulla condizione clinica, ma anche sulle preferenze, le caratteristiche personali e di contesto, utili ad assicurare la rispondenza al bisogno di salute.

La mancanza di continuità assistenziale impatta fortemente sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate per trattare patologie croniche, situazioni acute complesse, condizioni terminali, oltre a produrre nel paziente la percezione di "vuoto assistenziale" da parte dell'istituzione e determinare costi più alti per efficacia sub-ottimale dei trattamenti, ricoveri evitabili e ricoveri ripetuti non programmati, ricorso improprio ai servizi.

I **percorsi assistenziali** rappresentano la modalità concreta per tradurre in azioni/interventi il concetto di **continuità assistenziale**.

¹¹⁹ Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF)- Reid R., Haggerty J McKendry MA **Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity Health Care** Final Report March 2002

Poche sono le **Leggi nazionali** specifiche sulla **continuità assistenziale**:

Alcuni richiami sono presenti nel DPCM 2017 sui LEA:

- ◇ Art. 25. *Assistenza sociosanitaria ai **minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo***. *Comma 1 t)* progettazione coordinata e condivisa con i servizi per la tutela della salute mentale del **percorso di continuità assistenziale** dei minori in vista del passaggio all'età adulta.
- ◇ Art. 26. *Assistenza sociosanitaria alle **persone con disturbi mentali*** *Comma 1 q)* progettazione coordinata e condivisa del **percorso di continuità assistenziale dei minori in carico ai servizi competenti**, in vista del passaggio all'età adulta.

A livello Regionale le **norme sulla continuità** sono legate a percorsi di continuità/dimissione protetta con alcuni servizi territoriali. In Piemonte ad esempio viene garantita la CAVS (Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria con Strutture Sanitarie private - Case di cura, Presidi ex artt. 42 e 43, Istituti ex art. 26); RSA private; RSA a gestione diretta¹²⁰

Per i **percorsi assistenziali/PDTA**- Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali sono presenti **indicazioni normative** a livello nazionale:

- 1) in merito ai PDTA relativi a:
 - a. Broncopneumopatie cronico-ostruttive
 - b. Scopenso cardiaco
 - c. Diabete
 - d. Tumore operato della mammella nella donna
 - e. Tumori operati del colon e del retto

contenuti nel Nuovo Sistema di Garanzia dei livelli essenziali di assistenza-Monitoraggio e valutazione dei percorsi diagnostico- terapeutico assistenziale¹²¹

- 2) in merito ai PDTA relativi a:
 - a. Disturbi schizofrenici
 - b. Disturbi dell'umore
 - c. Disturbi gravi di personalità

contenuti nell' accordo della Conferenza Unificata Stato-Regioni del 13 novembre 2014¹²²

¹²⁰ Regione Piemonte D.D. 30 dicembre 2015, n. 924 Modalità operative per l'esercizio dell'attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS).

¹²¹ Aggiornamento del Decreto 12 dicembre 2001 sul Sistema di Garanzie per il monitoraggio dei livelli di assistenza: valutazione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali Versione 4 (10 ottobre 2016)

¹²² Definizione dei percorsi di cura da attivare nei dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità - Accordo Conferenza Unificata 13 novembre 2014

b) Sistemi clinici micro, meso e macro

Nelson e Batalden^{123, 124} hanno descritto i **MICROSISTEMI CLINICI** come un **piccolo GRUPPO INDIPENDENTE DI OPERATORI che lavora insieme** su basi regolari per fornire assistenza a specifici gruppi di pazienti, ad esempio **IN UN REPARTO O IN UN AMBULATORIO**, piuttosto che nell'assistenza domiciliare integrata, ecc.

Il **microsistema** è, quindi, il luogo fisico dove viene effettivamente erogata l'assistenza al paziente da parte di un gruppo multidisciplinare, comprendente spesso anche personale di altri settori (ad esempio del sociale), anche non strettamente assistenziale (ad esempio gli amministrativi di un distretto).

È evidente come, nell'ambito delle diverse organizzazioni dello stesso sistema sanitario, sia la composizione (numero e tipologia di operatori) che la dotazione (strutturale e tecnologica) e anche l'organizzazione (dal modello fino alle procedure adottate) dei microsistemi deputati alla stessa funzione sia sostanzialmente quasi sempre diversa, con evidenti ricadute sui livelli di performance che tenderanno invariabilmente ad essere differenti con sistemi più o meno performanti a fronte dello stesso bisogno del paziente, da cui la variabilità clinica e assistenziale descritta in introduzione.

Le **RETI CLINICHE**, intese come un sistema integrato di setting ospedalieri e territoriali volti a dare una risposta ad una data patologia, sono invece, in quest'ottica, da considerarsi un **MACROSISTEMA CLINICO**, ossia un'impalcatura che dovrebbe permettere di far muovere il paziente attraverso le varie prestazioni sanitarie erogate nei diversi micro-sistemi clinici (che costituiscono, quindi i nodi della rete), garantendo equità, appropriatezza ed efficacia senza lasciare soluzioni di continuità.

Appare evidente, in assenza di interconnessioni tra i due livelli, la distanza tra la rete (intesa come strutturazione organizzata di risorse, tecnologie e regole di comunicazione tra professionisti) e i diversi microsistemi (attività cliniche e assistenziali) che la compongono.

Queste interconnessioni vengono fornite dai **PDTA** che, guidando il contenuto tecnico ed organizzativo delle prestazioni, forniscono ai microsistemi quegli elementi di guida all'appropriatezza del loro contenuto e alla rete lo strumento operativo in grado di coordinare tra di loro i singoli microsistemi. Questa azione dei PDTA viene definita di **MESOSISTEMA CLINICO**, che in una rete costituisce l'impalcatura operativa dei percorsi che consentono di far muovere il connubio team assistenziali-pazienti all'interno di quella struttura che è il macrosistema (**Figura 13**)

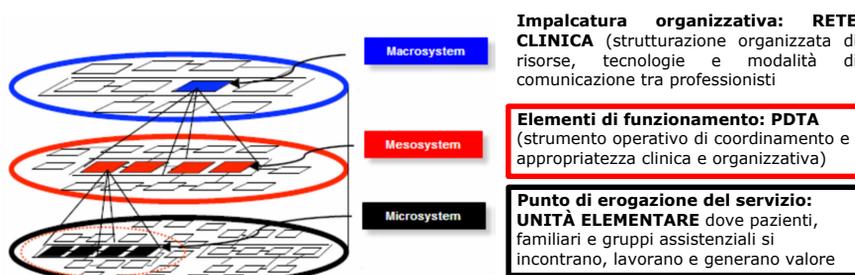
¹²³ Nelson EC, Godfrey MM, Batalden PB, Berry SA, Bothe AE, McKinley KE, Melin CN, Muething SE, Moore LG, Wasson JH, Nolan TW. 2008. *Clinical Microsystems, Part 1. The Building Blocks of Health Systems*. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. Volume 34 Number 7. July 2008.

¹²⁴ Batalden PB, Nelson EC, Mohr JJ, Godfrey MM, Huber TP, Kosnik L, Ashling K. 2003. *Microsystems in Health Care: Part 5. How Leaders Are Leading*. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. Volume 29 Number 6. June 2003.

I PDTA nella rete vengono, quindi, a configurarsi come un vero e proprio sistema connettivo in grado di veicolare l'Evidence Based Medicine (EBM), insieme alla migliore organizzazione, all'interno della pratica clinica.

Basandosi sulla struttura organizzativa esposta, si può dire che il punto di forza attraverso cui le Reti Cliniche apportano miglioramenti nella qualità delle cure risiede nella loro vocazione di portare l'approccio EBM all'interno dell'attività clinica, e nella loro capacità di ridurre la frammentazione dell'erogazione del servizio.

Figura 13 - Macro, meso e microsistemi clinici ^{125, 126}



i. Impatto di sistemi di integrazione tra sociale e sanitario: evidenze

La disamina della letteratura sulle evidenze di impatto (efficacia, efficienza, ecc.) dei modelli e strumenti organizzativi Chronic Care Model, Disease management, Reti cliniche, Percorsi assistenziali (descritti nei capitoli successivi) suggeriscono le seguenti considerazioni.

I modelli e strumenti organizzativi sono “interventi complessi costruiti da una serie di componenti, che possono agire sia autonomamente che in modo interdipendente”. Ciò rende difficile definire i “principi attivi” dell'intervento ed essere quindi sicuri della rilevanza di singoli componenti o combinazioni di elementi. La difficoltà di identificare le componenti attive di un intervento complesso rende

¹²⁵ Nelson EC, Godfrey MM, Batalden PB, Berry SA, Bothe AE, McKinley KE, Melin CN, Muething SE, Moore LG, Wasson JH, Nolan TW. 2008. Clinical Microsystems, Part 1. The Building Blocks of Health Systems. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety; 34(7)

¹²⁶ Batalden PB, Nelson EC, Mohr JJ, Godfrey MM, Huber TP, Kosnik L, Ashling K. 2003. Microsystems in Health Care: Part 5. How Leaders Are Leading. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. Volume 29 Number 6. June 2003

difficile la puntuale replicazione dell'intervento e le possibilità di confronto^{127, 128, 129}. Solo negli ultimi anni sono stati proposti e sperimentati modelli di studio che tentano di controllare al meglio i fattori di confondimento ed evidenziare la forza delle singole componenti degli interventi complessi. Ne consegue che nonostante l'elevato numero di articoli su tali argomenti, permane ancora (fatto salvo interventi su specifiche patologie delimitate nel tempo) una carenza di studi sperimentali di elevata qualità che forniscano evidenze sicure che tali interventi complessi siano in grado di migliorare significativamente la qualità dell'assistenza.

Oltre a questi problemi legati alle difficoltà metodologiche (ed anche economiche) di sperimentazione di interventi organizzativi complessi, non vanno dimenticati altre questioni di rilievo:

- Mancanza di accordo (su alcuni dei temi) di una definizione "universale" dell'oggetto (si pensi solo alle diverse dizioni utilizzate per i percorsi assistenziali);
- Carenza di validazione sugli strumenti di rilevazione e di misurazione (indicatori);
- Difficoltà di integrare strumenti di analisi organizzativa e sociologica (per studiare ad esempio le interazioni che si verificano tra i componenti dell'intervento così come tra l'intervento e il contesto in cui è attuato) all'interno degli strumenti classici di sperimentazione in campo medico.

A fronte di questo scenario di cui la maggior parte degli studiosi è ben consapevole (tanto che viene quasi sempre richiamato all'inizio delle conclusioni dei propri lavori), gli studi non si esimono dal fornire indicazioni di valutazione di massima di impatto degli interventi sperimentati.

Di seguito vengono riportati sinteticamente i riferimenti sui macro-interventi, sottolineando ancora che laddove si manifestano evidenze favorevoli queste non devono (nella maggior parte dei casi) considerarsi esaustive ma indicano un orientamento che andrà nel tempo rinforzato (o negato) tramite l'effettuazione di studi focalizzati sulla valutazione di interventi complessi.

Sintesi evidenze dei vantaggi legati al **Chronic Care Model**

¹²⁷ Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ* 2000;321:694-6.

¹²⁸ Campbell NC, Murray E, Darbyshire J, Emery J, Farmer A, Griffiths F, et al. Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *BMJ* 2007;334:455-9.

¹²⁹ Shiell A., Hawe P., Gold L. Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation *BMJ*, 7 June 2008, Volume 336 1281-3

Studi sulla capacità degli approcci legati al Chronic Care Model di **migliorare gli outcome di salute** ^{130, 131, 132, 133} e di **abbassare i costi dell'assistenza** ^{134, 135, 136, 137}.

Sintesi evidenze dei vantaggi legati al **Disease Management**

La validità degli interventi di disease management è stata dimostrata in termini di efficacia, di riduzione dei costi, di minore ospedalizzazione e di miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza ^{138, 139, 140, 141, 142}.

Sintesi evidenze dei vantaggi legati alle **Reti assistenziali**

Tra i vantaggi segnalati in letteratura ^{143, 144, 145} possono essere ricordati: potenziale di cura del paziente senza discontinuità, utilizzo più efficiente dello staff; condivisione di good e best practice; sviluppo di opportunità di apprendimento organizzativo; prevenzione della duplicazione di sforzi e delle risorse; condivisione dei costi di ricerca e sviluppo; maggiore circolazione delle informazioni e accelerazione dei processi di diffusione dell'innovazione.

¹³⁰ Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA 2002; 288: 1775-1779.

¹³¹ Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, part 2. JAMA 2002; 288: 1909-1914.

¹³² Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. Am J Manag Care 2005; 11 (8): 478-488

¹³³ Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. Int J Qual Health Care 2005; 17(2):141-6

¹³⁴ Wagner EH, Sandhu N, Newton KM, McCulloch DK, Ramsey SD, Grothaus LC. Effect of improved glycemic control on health care costs and utilization. JAMA 2001; 285(2):182-9

¹³⁵ Goetzel RZ, Ozminkowski RJ, Villagra VG, Duffy J. Return on Investment in Disease Management: a Review. Health Care Finance Rev 2005; 26(4):1-19

¹³⁶ Huang E.S. et al., "The Cost-Effectiveness of Improving Diabetes Care in U.S. Federally Qualified Community Health Centers," Health Services Research 42, no. 6 Pt 1 (2007): 2174-2193.

¹³⁷ Huang E.S. et al., "The cost consequences of improving diabetes care: the community health center experience," Joint Commission Journal of Quality and Patient Safety 34, no 3 (2008): 138-146

¹³⁸ Kitchiner D, Davidson C, Bundred P (1996). Integrated care pathways: effective tools for continuous evaluation of clinical practice. J Eval Clin Pract 2 (1): 65-9;

¹³⁹ Ellrodt G, Cook D, Lee J, Cho M, Hunt D, Weingarten S (1997). Evidence-Based Disease Management. JAMA, 278, 20: 1687- 1692

¹⁴⁰ McAlister F.A., Lawson F. M.E., Teo K.K, Armstrong P.W.. A systematic review of randomized trials of diseases management programs in heart failure. Am J Med 2001(110):378-384.

¹⁴¹ Elliott, R.I.A. et al.: Cost Effectiveness of Adherence Enhancing Interventions: A Quality Assessment of the Evidence, The Annals of Pharmacotherapy, Vol. 39, No. 2, March 2005 508515.

¹⁴² - Freeman R., Lybecker K. M. and Taylor D. W.: The Effectiveness of Disease Management Programs in the Medicaid Population, Hamilton ON: The Cameron Institute, 2011."

¹⁴³ Lega 1998: "Scelte strategiche e ridefinizione dei confini dell'ospedale: dalla struttura focalizzata all'organizzazione a rete". Organizzazione sanitaria 1, 43-66

¹⁴⁴ Wall, D. e Boggust, M. (2003). Developing managed clinical networks. Clinical Governance Bulletin, 3(6); 3.

¹⁴⁵ Goodwin N, Peck E, Tim Freeman T, Rachel Posaner R. - Managing across diverse networks of care: lessons from other sectors. Report to the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO) - January 2004

Sintesi evidenze dei vantaggi legati ai **Percorsi assistenziali**.

I percorsi assistenziali (considerati nel loro insieme e non per specifiche patologie) sono associati ad una riduzione delle complicanze intraospedaliere e ad un miglioramento della documentazione, senza impattare negativamente sulla durata della degenza e sui costi ospedalieri^{146, 147, 148}. I percorsi assistenziali su specifiche patologie (es.: stroke, scompenso cardiaco, artroplastica dell'anca, ecc.) hanno evidenziato una diminuzione delle complicanze ospedaliere, della durata della degenza, dei costi ospedalieri, una maggiore adesione all'applicazione di raccomandazioni/protocolli/linee guida diagnostico-terapeutico e assistenziali, e maggior soddisfazione degli utenti,^{149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158}.

¹⁴⁶ Renholm M, Leino-Kilpi H, Suominen T. Critical pathways. A systematic review. *J Nurs Adm* 2002; 32(4):196-202.

¹⁴⁷ Rotter T, Kugler J, Koch R., Gothe H., Twork S., van Oostrum J.M., Steyerberg E.W: A systematic review and meta-analysis of the effects of clinical pathways on length of stay, hospital costs and patient outcomes *BMC Health Services Research* 2008, 8:265

¹⁴⁸ Rotter T, Kinsman L, James E, Machotta A, Gothe H, Willis J, Snow P, Kugler J. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Mar 17;3:CD006632

¹⁴⁹ Every NR, Hochman J, Becker R, Lopecky S, Cannon CP. *Critical Pathways:a Review. Circulation* 2000;101(4):461-65

¹⁵⁰ Cannon, C. P., Hand, M. H., Bahr, R., Boden, W. E., Christenson, R., Gibler, W. B., Eagle, K., Lambrew, C. T., Lee, T. H., MacLeod, B., Ornato, J. P., Selker, H. P., Steele, P., and Zalenski, R. J. *Critical Pathways for Management of Patients With Acute Coronary Syndromes: an Assessment by the National Heart Attack Alert Program. Am.Heart J.* 2002;143(5):777-89

¹⁵¹ Kim S, Losina E, Solomon DH, Wright J, Katz JN. *Effectiveness of clinical pathways for total knee and total hip arthroplasty: literature review. Journal of Arthroplasty* 2003; 18(1):69-74

¹⁵² Panella M, Marchisio S, Di Stanislao F. Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work? *Int J Qual Health Care* 2003; 15(6):509-521

¹⁵³ Kwan J, Sandercock P. In-hospital care pathways for stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4)

¹⁵⁴ Lemmens L , Van Zelm R., Vanhaecht K., Kerckamp H.: Systematic review: indicators to evaluate effectiveness of clinical pathways for gastrointestinal surgery DOI: 10.1111/j.1365-2753.2008.01079.

¹⁵⁵ Neuman MD, Archan S, Karlawish JH, Schwartz JS, Fleisher LA. The relationship between short-term mortality and quality of care for hip fracture: a meta-analysis of clinical pathways for hip fracture. *J Am Geriatr Soc.* 2009 Nov;57(11):2046-54. Epub 2009 Sep 28.

¹⁵⁶ Barbieri A, Vanhaecht K, Van Herck P, Sermeus W, Faggiano F, Marchisio S, Panella M: Effects of clinical pathways in the joint replacement: a meta-analysis *BMC Med.* 2009; 7: 32. Published online 2009 July 1. doi: 10.1186/1741-7015-7-32

¹⁵⁷ Panella M Marchisio S, Demarchi ML, Manzoli L, Di Stanislao F: Reduced in-hospital mortality for heart failure with clinical pathways: the results of a cluster randomized controlled trial. *Qual Saf Health Care* 2009;18:369-373

¹⁵⁸ Van Herck P, Vanhaecht K, Deneckere S, Bellemans J, Panella M, Barbieri A, Sermeus W. Key interventions and outcomes in joint arthroplasty clinical pathways: a systematic review. *J Eval Clin Pract.* 2010 Feb;16(1):39-49

c) Il Chronic Care Model

Il **Chronic Care Model (C.C.M.)**^{159, 160, 161, 162, 163}, modello sviluppato negli USA dalla metà degli anni '90, ridefinisce l'approccio alle malattie croniche spostando i modelli di assistenza da un approccio reattivo, basato sul "paradigma dell'attesa" dell'evento acuto, ad un approccio proattivo, improntato al paradigma preventivo, dell'evitamento o del rinvio nel tempo della progressione della malattia, sull'*empowerment* del paziente (e della comunità) e alla qualificazione del team assistenziale (sanitario e sociale), individua in modo puntuale le variabili fondamentali che rendono possibile un approccio "sistemico" alle malattie croniche, "sistemico" in quanto muove tutte le leve organizzative ed operative per promuovere un approccio appropriato da parte degli operatori

Il **Chronic Care Model** individua in modo puntuale le variabili fondamentali che rendono possibile un approccio "sistemico" alle malattie croniche, "sistemico" in quanto muove tutte le leve organizzative ed operative per promuovere un approccio appropriato da parte degli operatori.

Il **Chronic Care Model** pone in risalto 6 aree di intervento per migliorare l'assistenza ai pazienti affetti da patologia cronica:

- 1) **il sistema organizzativo (health system):** creare una cultura, un'organizzazione e meccanismi che promuovano un'assistenza sicura e di alta qualità.;
- 2) **il disegno del sistema di erogazione (delivery system design).** Assicurare l'erogazione di un'assistenza clinica efficace ed efficiente e di un sostegno auto-gestito;
- 3) **I processi decisionali (decision support).** Promuovere un'assistenza clinica che sia in accordo alle evidenze scientifiche e alle preferenze del paziente;
- 4) **Il sistema informativo (clinical information systems).** Organizzare i dati relativi ai pazienti e alle popolazioni per facilitare un'assistenza efficace ed efficiente;
- 5) **Il sostegno all'autogestione (self-management support).** Potenziare e preparare i pazienti a gestire la loro salute e la loro assistenza;
- 6) **Le connessioni con la comunità (the community).** Mobilizzare le risorse della comunità per incontrare i bisogni dei pazienti

¹⁵⁹ "Requisiti di qualità nell'integrazione tra sanità e sociale, Raccomandazione SIQUAS VRQ", Franco Angeli Editore, 2013, a cura di Apicella Anna, Banchieri Giorgio, Di Stanislao Francesco e Goldoni Lidia.

¹⁶⁰ Katon W., Von Korff M., Lin E., Walker E., Simon G.E., Bush T., Robinson P. and Russo J., Collaborative management to achieve treatment guidelines, *Journal of the American Medical Association* 273 (1995): 1026-1031.

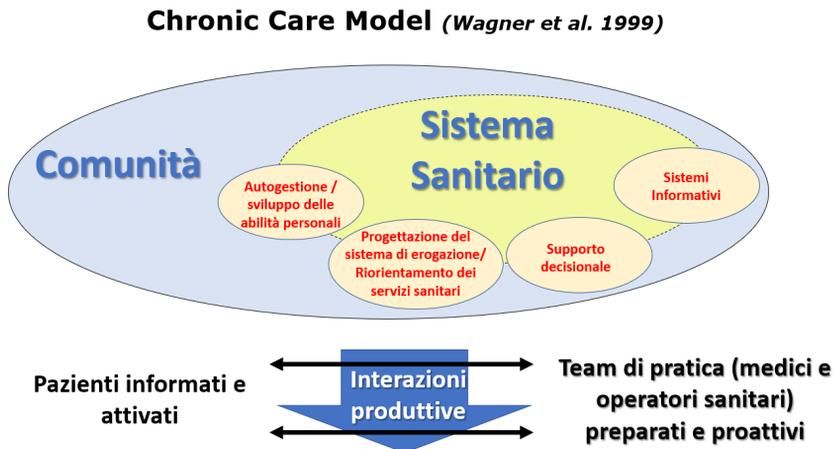
¹⁶¹ Wagner E.H., Austin B.T. and Von Korff M.: Organizing care for patients with chronic illness, *Milbank Quarterly* 74 (1996): 511-544

¹⁶² Wagner E.H., Austin B.T. and Von Korff M. (2): Improving outcomes in chronic illness, *Managed Care Quarterly* (1996): 4; 12-25.

¹⁶³ Von Korff M., Gruman J., Schaefer J.K., Curry S.J. and Wagner E.H., Collaborative management of chronic illness, *Annals of Internal Medicine* 127 (1997): 1097-1102

Il **Chronic Care Model** (Figura 14) ridefinisce l'approccio alle malattie croniche spostando i modelli di assistenza *da un approccio reattivo*, basato sul "paradigma dell'attesa" dell'evento acuto, *ad un approccio proattivo*, improntato al paradigma preventivo, dell'evitamento o del rinvio nel tempo della progressione della malattia, sull'empowerment del paziente (e della comunità) e alla qualificazione del team assistenziale (sanitario e sociale), paradigmi che sono alla base del **Disease Management**.

Figura 14 – Chronic Care Model (Wagner et al. 1999)



Nel 2003 Barr e coll.^{164,165} hanno "espanso" il modello originario di Wagner rimodellando il **C.C.M.** in **Expanded Chronic Care Model E.C.C.M.** (Figura 15) specificando meglio le "connessioni" con la comunità in termini di:

- **Rinforzo dell'azione comunitaria** (Lavorare con gruppi comunitari per individuare priorità e raggiungere obiettivi che migliorano la salute della comunità);
- **Costruzione di politiche di salute pubblica** (Sviluppo di politiche per migliorare la salute della popolazione);
- **Creazione di ambienti di supporto** (Creare condizioni di vita e di lavoro sicure, stimolanti, soddisfacenti e piacevoli).

¹⁶⁴ Barr V.J., Robinson S., Marin-Link B., Underhill L., Dotts A., Ravensdale D., Salivaras S. - The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model Hospital Quarterly Vol. 7, N.1, 2003 |

¹⁶⁵ "Requisiti di qualità nell'integrazione tra sanità e sociale, Raccomandazione SIQUAS VRQ", Franco Angeli Editore, 2013, a cura di Apicella Anna, Banchieri Giorgio, Di Stanislao Francesco e Goldoni Lidia.

Figura 15 – Expanded Chronic Care Model (Barr et al. 2003)



Nella **Tabella 11** si riporta il dettaglio del confronto tra le componenti del **Chronic Care Model** ed **Expanded Chronic Care Model**¹⁶⁶

d) Il Disease Management

Dalla logica del Chronic Care Model è maturato il **Disease Management**^{167, 168},¹⁶⁹ definito come “un sistema di interventi assistenziali coordinati e di comunicazioni per gruppi di popolazione con condizioni in cui la partecipazione attiva del paziente alla gestione del proprio stato di salute può avere un impatto significativo” [CCA, 2011].

Le componenti fondamentali del Disease Management sono:

- Identificazione dei Bisogni/rischi/risorse della popolazione
- Assistenza basata sulle evidenze (EBM, EBN, EBPH, ecc.);
- Modelli di pratiche collaborative tra operatori sanitari e produttori di servizi di supporto;
- Educazione del paziente all'autogestione;
- Misurazione dei processi ed esiti, valutazione, e gestione;

¹⁶⁶ Barr V.J., Robinson S., Marin-Link B., Underhill L., Dotts A., Ravensdale D., Salivaras S. - The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model Hospital Quarterly Vol. 7, N.1, 2003 |

¹⁶⁷ Hunter DJ, Fairfiled G “Education and debate. Managed care:diseases management” BMJ 1997;315:50-53

¹⁶⁸ Wagner EH, “Chronic disease care” BMJ 2004;328:177-178

¹⁶⁹ Department of Health - Government of United Kingdom: *Improving Chronic Disease Management*. (2004),

Tabella 11 – Confronto tra Chronic Care Model ed Expanded Chronic Care Model

Componenti del CHRONIC CARE MODEL	ESEMPI	Componenti dell'EXPANDED CHRONIC CARE MODEL	ESEMPI
<p>Sistema sanitario - Organizzazione sanitaria</p> <p>Supporto all'autogestione</p>	<p>Pianificazione del programma che include obiettivi misurabili per una migliore assistenza delle malattie croniche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supporto visibile dei miglioramenti forniti dalla dirigenza senior • Incentivi per gli operatori sanitari <p>Enfasi sull'importanza del ruolo centrale che i pazienti hanno nella gestione della propria cura</p>	<p>Autogestione / Sviluppo delle abilità personali</p> <p>Migliorare le abilità e le capacità per la salute e il benessere personali</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Programmi di prevenzione e cessazione del fumo • Programmi di deambulazione per anziani
Supporto decisionale	<p>Integrazione di linee guida basate sull'evidenza nella pratica clinica quotidiana</p>	Supporto decisionale	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo di linee guida per la promozione della salute e la prevenzione attraverso le "migliori pratiche" basate sulle evidenze
Delivery System Design	<p>Concentrarsi sul lavoro di squadra e su un ambito più ampio della pratica per supportare l'assistenza cronica</p>	<p>Progettazione del sistema di erogazione/ Riorientamento dei servizi sanitari</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Advocacy per conto di (e con) popolazioni vulnerabili • Enfasi sul miglioramento della qualità sulla salute e sulla qualità della vita, non solo sui risultati clinici

Sistemi di informazione clinica	Sviluppo di sistemi informativi basati sulle popolazioni di pazienti per fornire dati rilevanti sui clienti	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema di sorveglianza che fornisce avvisi, richiami e informazioni di follow-up • Identificazione di sottogruppi di pazienti rilevanti che richiedono cure proattive 	Sistemi informativi	Creazione di sistemi informativi di ampia portata per includere i dati della comunità oltre il sistema sanitario	Utilizzo di un'ampia valutazione dei bisogni della comunità che tenga conto di: <ul style="list-style-type: none"> • tassi di povertà • disponibilità di trasporto pubblico • tasso di criminalità violentai:
Risorse e politiche della comunità	Sviluppare partnership con organizzazioni comunitarie che supportano e soddisfano le esigenze dei pazienti	<ul style="list-style-type: none"> • Identificare programmi efficaci e incoraggiare una partecipazione appropriata • Rinvio ai servizi pertinenti basati sulla comunità 	Creare condizioni ambientali favorevoli	Generare condizioni di vita e di lavoro sicure, stimolanti, soddisfacenti e piacevoli	<ul style="list-style-type: none"> • Sostenere / sviluppare: <ul style="list-style-type: none"> • regolamento sul fumo • sentieri pedonali • riduzioni del prezzo della farina integrale • Mantenere le persone anziane nelle loro case il più a lungo possibile • Lavorare per lo sviluppo di strade e piste ciclabili ben illuminate
			Costruire una politica sanitaria pubblica	Sviluppo e attuazione di politiche volte a migliorare la salute della popolazione	
			Rafforzare l'azione comunitaria	Lavorare con i gruppi della comunità per stabilire le priorità e raggiungere gli obiettivi che migliorano la salute della comunità	<ul style="list-style-type: none"> • Supportare la comunità nell'affrontare la necessità di alloggi sicuri e convenienti

- Sistema di reporting continuo (comunicazione con pazienti, medici, produttori di servizi, ecc.).

Il Disease Management è un approccio sistemico ed evidence-based, alle patologie croniche, fondato su una risposta assistenziale basata su quattro elementi chiave:

- Knowledge management: abilità nell'identificare gruppi a rischio all'interno della popolazione, effettuare valutazioni dei bisogni, capire le risorse e i livelli di attività e identificare gli andamenti;
- Self Care and Self Management (70-80% dell'assistenza ai pazienti cronici): sostenere le persone nell'assumere un ruolo attivo nella cura di sé stessi. Aiutare le persone nel gestire specifiche condizioni e nell'adottare misure che possano prevenire un peggioramento di queste condizioni e riducano il rischio di aggiungerne di nuove;
- Disease/Care Management (15-20% dell'assistenza ai pazienti cronici ad elevato rischio): team multidisciplinari che forniscono cure di elevata qualità, basate sulle evidenze includendo l'uso di percorsi e protocolli;
- Case management (2-3 % dell'assistenza ai pazienti cronici ad elevata complessità): la gestione attiva della popolazione ad elevato rischio con bisogni complessi, con i case managers (solitamente infermieri) che si prendono la responsabilità del carico di lavoro, lavorando in un sistema di assistenza integrato.

e) Reti Cliniche

Prima di approfondire i temi relativi alle Reti cliniche si riportano le fonti legislative di riferimento

Accordo Conferenza permanente per i rapporti Stato, Regioni e P.A.: **Linee guida per la revisione delle reti cliniche – Le reti tempo dipendenti**. Rep. Atti n. 14/CSR 24 gennaio 2018 (*Le Reti tempo dipendenti sono: la cardiologica per l'emergenza, la rete per la neonatologia e i punti nascita, la rete ictus, la rete trauma*)

Accordo Conferenza permanente per i rapporti Stato, Regioni e P.A.: **Documento tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro anni 2014-2016 - Allegato 2 Guida per la costituzione di Reti Oncologiche Regionali**. Rep. Atti n. 144/CSR 30 ottobre 2014

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70. **Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera**. (G.U. 4 giugno 2015, n. 127)

Tavolo per il monitoraggio del recepimento ed implementazione del Piano Nazionale Demenze **Linee di indirizzo Nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze - 5/07/2017**

Nel DM 70/2015 viene indicata l'articolazione delle reti ospedaliere:

- a. le **reti per patologia** che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale: rete infarto; rete ictus; rete traumatologica; rete neonatologica e punti nascita; rete medicine specialistiche; rete oncologica; rete pediatrica; rete trapiantologica; rete terapia del dolore; rete malattie rare;
- b. le **reti ospedaliere** per le patologie complesse **tempo-dipendenti**: Rete per le emergenze cardiologiche; Rete per il Trauma; Rete per l'ictus
- c. Rete dell'emergenza urgenza

Nel DM 70/2015 viene indicata l'articolazione delle reti ospedaliere:

- d. le **reti per patologia** che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale: rete infarto; rete ictus; rete traumatologica; rete neonatologica e punti nascita; rete medicine specialistiche; rete oncologica; rete pediatrica; rete trapiantologica; rete terapia del dolore; rete malattie rare;
- e. le **reti ospedaliere** per le patologie complesse **tempo-dipendenti**: Rete per le emergenze cardiologiche; Rete per il Trauma; Rete per l'ictus
- f. Rete dell'emergenza urgenza

Nell' **(ALLEGATO 13)** vengono riportati gli atti regionali di istituzione delle diverse reti.

Una recente revisione sistematica¹⁷⁰ ha definito le **reti cliniche** come un gruppo di professionisti che forniscono servizi di prevenzione, diagnosi, cura e di assistenza attraverso sottili confini di collaborazione e integrazione nell'ambito del sistema sanitario in cui svolgono il loro operato.

Le reti cliniche, quindi, sono sistemi organizzativi complessi che consentono ai professionisti di più discipline di lavorare in modo coordinato nel contesto di più setting assistenziali, superando le consuete restrizioni dovute ai confini professionali ed organizzativi esistenti¹⁷¹. Le reti cliniche si focalizzano su specifici gruppi di patologie (ad esempio tumori, ictus, disturbi respiratori, ecc.), cui tentano di dare una risposta continuativa e di alta qualità, attraversando trasversalmente i vari setting di cura ed assistenza^{172, 173}.

¹⁷⁰ Brown BB, Patel C, McInnes E, Mays N, Young J, Haines M. 2016. *The effectiveness of clinical networks in improving quality of care and patient outcomes: a systematic review of quantitative and qualitative studies*. BMC Health Services Research (2016) 16:360 DOI 10.1186/s12913-016- 1615-z

¹⁷¹ NHS Management Executive. 1999. *Introduction of managed clinical networks within the NHS in Scotland*. Edinburgh: NHS Management Executive; 1999. (MEL(1999)10).

¹⁷² D'Alleva A., Leigh F., Rinaldi C., Di Stanislao F., Vanhaecht K., De Ridder D., Bruyneel, L., Cangelosi G., Panella M.: Achieving quadruple aim goals through clinical networks. A systematic review. *Journal of Healthcare Quality Research*, ISSN-e 2603-6479, Vol. 34, N° 1, 2019, pag. 29-39

¹⁷³ Cunningham FC, Ranmuthugala G, Westbrook JJ, Braithwaite J. 2012. *Net benefits: assessing the effectiveness of clinical networks in Australia through qualitative methods*. *Implementation Science* 2012, 7:108

Una rete clinica matura dovrebbe essere in grado di approcciare la persona sana promuovendo la fase preventiva, dovrebbe facilitare il percorso di diagnosi e di cura del malato fino alla guarigione, oppure dovrebbe supportare la persona affetta da una malattia cronica nel migliore percorso di gestione della sua condizione, ivi comprese le condizioni terminali. Tale azione dovrebbe caratterizzarsi sempre e comunque per la logica di continuità ed integrazione dei servizi e dei professionisti e di accompagnamento attivo del cittadino nel suo percorso di salute e malattia, rilevandone e documentandone gli esiti clinici e l'esperienza vissuta dalla persona in ogni suo passaggio. Caratteristica, quindi, chiave delle reti è la loro capacità di superare i rischi connessi ad una medicina sempre più "settoriale", ovvero ristretta e quasi "confinata" in una serie di ideali silos specialistici non comunicanti tra di loro, dove l'informazione del paziente e l'unitarietà dell'assistenza si perdono e il bisogno integrato di cura multidisciplinare del cittadino rischia di diventare un miraggio, pur essendo ampiamente nella disponibilità degli attuali sistemi sanitari.

In sintesi, quindi, quando si costituisce una rete clinica, si chiede alle diverse componenti di un sistema sanitario di facilitare la costituzione di una solida struttura organizzativa di integrazione che consenta ai gruppi di professionisti di creare un flusso continuo di conoscenze cliniche e organizzative utili a promuovere la qualità, la sicurezza e a facilitare l'accesso alle cure. Le reti sono, quindi, utilizzate come strumento di sistema per promuovere modelli di cura efficaci, equi, sicuri, integrati ed efficienti, di Evidence Based Practice multidisciplinari ed appropriati. La giusta coordinazione delle reti determina, infatti, un maggiore livello di formazione degli operatori, migliora l'uso delle risorse, incrementa la capacità di pianificare al meglio i processi più complessi, aumenta la competitività e migliora i servizi offerti al paziente.

Nei sistemi sociali, economici, istituzionali e aziendali da tempo sono emersi modelli di organizzazione complessa ma flessibile, caratterizzati dalla presenza di forme di cooperazione tra soggetti individuali e collettivi che perseguono un comune obiettivo. Tali modelli organizzativi complessi, definibili come reti organizzative o imprese di reti, sono composti di soggetti individuali e collettivi ad alta capacità di auto-organizzazione, che instaurano tra di loro modalità differenti di relazione reciproca, costruiscono delle relazioni più stabili e strutturate e agiscono in riferimento ad obiettivi condivisi, cercando linguaggi comuni, condividendo valori, dotandosi di sistemi di coordinamento e controllo e di monitoraggio (Meneguzzo, 2008). Il nucleo delle reti cliniche è la rete dei professionisti di una determinata famiglia professionale che decide dove allocare i saperi della specialità e i servizi a essi collegati¹⁷⁴.

I network (reti) sono soluzioni istituzionali e gestionali nate dall'interdipendenza di più aziende, pubbliche, private, per affrontare problemi complessi e

¹⁷⁴ Lega F e Tozzi V.: Il cantiere delle reti cliniche in Italia: analisi e confronto di esperienze in oncologia. Rapporto OASI 2009, pagg. 249-272

per la necessità di avere infrastrutture adeguate agli sviluppi internazionali o alle riforme dei sistemi di Welfare¹⁷⁵, ¹⁷⁶. Nel settore pubblico le reti si caratterizzano come naturale evoluzione delle logiche di *public governance* e dei processi propri dell'economia della regolazione. Esse si caratterizzano come *knowledge e labor intensive*, con servizi di alta personalizzazione e dominanza dagli assetti intangibili, in linea con la società della conoscenza. La logica reticolare permette di affrontare in modo più sistematico le necessità di gestione unitaria di bisogni sanitari sempre più complessi, in un contesto di sostenibilità economiche.

Le evidenze sul valore delle reti cliniche

Per **valore** si intende un cambiamento che risparmia risorse e mantiene o incrementa la qualità¹⁷⁷. Uno studio sulla valutazione delle Reti Cliniche¹⁷⁸ ha evidenziato che le reti interspedaliere si sono dimostrate efficaci nel migliorare:

- a. **la salute**: la sopravvivenza dei neonati pretermine; la riduzione della mortalità (per tutte le cause e per carcinoma della mammella) e la mortalità a 30 giorni per IMA e nel migliorare il processo di cura (tempestività e appropriatezza diagnostica e terapeutica). La tempestività e l'appropriatezza del trattamento dei pazienti, che corrisponde all'aderenza alle linee guida cliniche, sono indicatori proxy significativi, a causa della loro associazione con il miglioramento degli outcome a breve e lungo termine¹⁷⁹, ¹⁸⁰, ¹⁸¹. La tempestività degli interventi ed il tempo necessario a completare l'intero processo di cura ed ogni sua parte rientrano inoltre tra gli outcome di secondo livello

¹⁷⁵ O'Toole L.J., "Treating Networks Seriously: Practical and Research-Based Agendas in Public Administration", *Public Administration Review*, N. 57, 1997

¹⁷⁶ Rittel H.W. J., Webber M. M. 1973. Dilemmas in a general theory of planning, Vol. 4, Number 2 / June, pp.155-169

¹⁷⁷ Ovretveit John - Il miglioramento del valore nei servizi sanitari – Un metodo basato sulle evidenze. Edizione italiana a cura di Tommaso Bellandi e Tommaso Grillo Ruggieri. Il Mulino, 2014

¹⁷⁸ D'Alleva A., Di Stanislao F.; Panella M.: Evidence-Based Policy-Making per generare valore in sanità: pianificazione di un modello di strutturazione e valutazione di Reti cliniche - Tesi di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva. Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università Politecnica delle Marche - Anno Accademico: 2016 – 2017 -

¹⁷⁹ Lambert L, Brown K, Segal E, Brophy J, Rodes-Cabau J, Bogaty P. 2010. Association Between Timeliness of Reperfusion Therapy and Clinical Outcomes in ST-Elevation Myocardial Infarction. *JAMA* 303(21): 2148-55.

¹⁸⁰ Andreano A, Rebora P, Valsecchi MG, Russo AG. 2017. Adherence to guidelines and breast cancer patients survival: a population-based cohort study analyzed with a causal inference approach. *Breast Cancer Res Treat* 164:119–131 DOI 10.1007/s10549-017-4210-z

¹⁸¹ Ferrari A, Lo Vullo S, Giardiello D, Veneroni L, Magni C, Clerici CA, Chiaravalli S, Casanova M, Luksch R, Terenziani M, Spreafico F, Meazza C, Catania S, Schiavello E, Biassoni V, Podda M, Bergamaschi L, Puma N, Massimino M, Mariani, L. 2016. The Sooner the Better? How Symptom Interval Correlates With Outcome in Children and Adolescents With Solid Tumors: Regression Tree Analysis of the Findings of a Prospective Study. *Pediatr Blood Cancer* 63(3):479-85

segnalati da Porter¹⁸² come necessari per la valutazione del valore prodotto in sanità.

- b. **la riduzione dei costi pro-capite:** i costi di una rete, seppure alti in una prima fase di implementazione, tendono a diminuire una volta che il nuovo modello organizzativo sia entrato a pieno regime¹⁸³

Inoltre, le reti cliniche si sono dimostrate efficaci nel migliorare la prevenzione secondaria nei pazienti con pregresso IMA. Si tratta di un dato importante poiché l'aderenza alle linee guida è spesso alta nella fase acuta dell'IMA (l'84,2% dei pazienti vengono trattati secondo quanto dettato dalle linee guida evidence-based¹⁸⁴), ma si riduce drasticamente nella fase successiva (l'aderenza alle linee guida si riscontra solo nel 3,5% dei casi¹⁸⁵), che è comunque critica per la riduzione della mortalità e delle recidive^{186, 187}. Infine, i parametri ematochimici di pazienti diabetici trattati attraverso un'organizzazione di rete testimoniano un miglior controllo della patologia, indispensabile per l'ottenimento di migliori outcome a lungo termine^{188, 189}.

Gli elementi caratterizzanti la rete

In merito ai contenuti delle reti inter-organizzative Gugiatti¹⁹⁰ ha individuato tre elementi base che caratterizzano qualsiasi configurazione inter-organizzativa.

- **i nodi della rete**, quelle parti (aziende, enti, strutture; comuni, distretti, strutture funzionali, gruppi, di lavoro, gruppi professionali, gruppi sociali,

¹⁸² Porter ME. 2010. What Is Value in Health Care? *N Engl J Med* 363:26

¹⁸³ Bloem BR, Rompen L, de Vries NM, Klink A, Munneke M, Jeurissen P. 2017. ParkinsonNet: A Low-Cost Health Care Innovation With A Systems Approach From The Netherlands. *Health Affairs* 36, No. 11: 1987–1996.

¹⁸⁴ Kumbhani DJ, Fonarow GC, Cannon CP, et al. 2013. Predictors of Adherence to Performance Measures in Patients with Acute Myocardial Infarction. *The American Journal of Medicine* 126(1):74.e1-74.e9

¹⁸⁵ Ergatoudes C, Thunström E, Rosengren A, et al. 2016. Long-term secondary prevention of acute myocardial infarction (SEPAT) – guidelines adherence and outcome. *BMC cardiovascular disorders* 16(1):226

¹⁸⁶ Freemantle N, Cleland J, Young P, Mason J, Harrison J. 1999. β Blockade after myocardial infarction: systematic review and meta regression analysis. *BMJ* 318(7200):1730-7

¹⁸⁷ Zhou Z, Rahme E, Abrahamowicz M, Tu JV, Eisenberg MJ, Humphries K, Austin PC, Pilote L. 2005. Effectiveness of statins for secondary prevention in elderly patients after acute myocardial infarction: an evaluation of class effect. *CMAJ* 172(9):1187-94

¹⁸⁸ Selvin E, Marinopoulos S, Berkenblit G, Rami T, Brancati FL, Powe NR, Hill Golden S. 2004. Meta-Analysis: Glycosylated Hemoglobin and Cardiovascular Disease in Diabetes Mellitus. *Ann Intern Med* 141:421-431.

¹⁸⁹ Kearney PM, Blackwell L, Collins R, Keech A, Simes J, Peto R, Armitage J, Baigent C. 2008. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. Efficacy of cholesterol-lowering therapy in 18,686 people with diabetes in 14 randomised trials of statins: a meta-analysis. *Lancet* 371(9607):117-25.

¹⁹⁰ Gugiatti A. 1996. Sistemi a rete e organizzazione dei servizi sanitari – all'interno di Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie, Milano, EGEA, 307- 337

persone) che costituiscono la rete stessa e che secondo Butera¹⁹¹ presentano la capacità di sopravvivere autonomamente e di comunicare con gli altri sistemi per lo scambio di valori ed informazioni.

- le **connessioni della rete** i legami a due a due tra i nodi che consentono la trasmissione e la diffusione all'interno della rete degli artefatti (fisici, intellettuali, informativi) prodotti da ciascun nodo¹⁹²: cooperazione lavorativa (fare); connessioni burocratiche (eseguire disposizioni); Informazioni (trasmettere e ricevere informazioni); comunicazioni (intendersi); impegni e obblighi; processi decisionali, ecc.¹⁹³.
- le **proprietà operative della rete**, ciò che definisce il funzionamento della rete comprendendo sia la dimensione culturale (ad es. l'insieme di linguaggi, i codici e valori che guidano i comportamenti) sia le scelte di assetto dei sistemi operativi (ad es. la pianificazione e controllo, ricerca e sviluppo, gestione del personale).

La tipologia delle reti

In sanità i modelli operativi di integrazione delle organizzazioni secondo il concetto di rete sono numerosi e potenzialmente infiniti, in quanto si distinguono principalmente per l'intensità e l'eventuale natura gerarchica delle relazioni funzionali fra i punti di produzione dei servizi, e oscillano tra due dimensioni: le reti integrate orizzontali e verticali

Integrazione orizzontale

Le reti integrate orizzontali prevedono la concentrazione della gestione del sistema reticolare di produzione, senza individuare a priori una gerarchia fra i punti di produzione. Esse sono orientate a realizzare la cooperazione fra erogatori che operano in uno stesso setting assistenziale e sono finalizzate a stabilire una collaborazione clinica sistematica che si concretizza nella condivisione di conoscenze, informazioni e modalità operative. Butera (1990) la definirebbe rete paritetica senza un vero centro gravitazionale (es.: i dipartimenti ospedalieri; i dipartimenti transmurari; i dipartimenti interaziendali; i servizi distrettuali). Tale modello prevede, al fine di sfruttare la massima potenzialità dei servizi presenti nel territorio, di mettere in rete tutte le differenti tipologie di prestazioni all'interno di una stessa branca o area di attività che le differenti realtà aziendali attualmente erogano in maniera

¹⁹¹ Butera F. Il castello e la rete. Milano: Franco Angeli, 1990.

¹⁹² Cartoccio A., Fabbro M.. Complessità organizzativa e sviluppo manageriale. Sviluppo e Organizzazione, 131, maggio-giugno, 1992, pagg 19-30

¹⁹³ Pipan, 2009. Gestire la sanità nella reti. Lezione al Master Universitario di II Livello In *Strategia e gestione delle organizzazioni a rete in sanità* Università Politecnica delle Marche Facoltà di Economia "G. Fuà": Settembre 2009

frammentata o disomogenea in modo da offrire a tutti i cittadini lo stesso livello di servizi e con la stessa qualità.

Integrazione verticale

La traduzione organizzativa del modello di rete sanitaria ad integrazione verticale è il cosiddetto sistema **hub & spoke** che prevede la concentrazione dell'assistenza di elevata complessità o rara in centri di eccellenza (hub), supportati da una rete di servizi (spoke) cui competono il primo contatto con i pazienti e il loro invio a centri di riferimento quando una determinata soglia di gravità clinico-assistenziale viene superata e si richiedono competenze intense che non possono essere assicurate in modo diffuso, ma devono essere concentrate in centri regionali di alta specializzazione (o tecnologici) cui sono inviati gli ammalati dagli ospedali del territorio. La rete integrata verticalmente ha due obiettivi prioritari: fornire delle economie di scala che derivano dalla condivisione di servizi ed assicurare la continuità assistenziale, poiché tutti i nodi della rete condividono linee guida cliniche e protocolli diagnostico-terapeutici. Il tentativo è quello di conciliare esigenze diverse e talvolta tra loro contrastanti: ossia una distribuzione generale dei servizi sul territorio tale da garantire facilità di accesso ai cittadini, la soddisfazione delle preferenze e delle aspettative di questi ultimi, la concentrazione degli interventi a elevata complessità in centri di riferimento quale garanzia di qualità e sostenibilità dei costi.

Un modello che potremmo definire misto (integrazione verticale/orizzontale) è quello del **modello poli/antenne** dove le specialità e i livelli di intensità sono sparsi nella rete e ogni nodo è contemporaneamente un hub e uno spoke su attività differenti per l'intera rete.

Nel continuum dell'integrazione orizzontale/verticale possono essere individuate diverse tipologie di network. Tra le tante classificazioni riportiamo quella di Goddwin¹⁹⁴, ripresa in larga misura dal National Health Service¹⁹⁵, che descrive quattro tipologie generali e strutturali. Le tipologie sopra illustrate sono forme di organizzazione sociale e derivano dall'incrocio di due dimensioni basilari di un'organizzazione: il livello di **regolamentazione sociale** (concerne il livello di regole e norme che governano la vita sociale) e il livello di **integrazione sociale** (riguarda il livello per il quale la vita sociale di un individuo è legata agli altri singolarmente e/o attraverso gruppi).

Regolamentazione sociale

- 1) **Hierarchical networks**: sono fortemente regolati e integrati; tali network hanno un *core* organizzativo (es. uno *steering group*) che ha l'autorità per

¹⁹⁴ Goddwin et al. Managing across diverse networks of care: lessons from other sectors, 2004

¹⁹⁵ Kennedy A.: Guide to effective managed care network for critical care, Commissioned by the National Critical care Network manager's group (England). 2007

governare i membri dei network periferici. Tali network hanno molte caratteristiche delle organizzazioni individuali.

- 2) **Enclave networks:** sono usualmente fortemente integrati e debolmente regolati (struttura piatta). I membri condividono informazioni, idee e strategie e nuovi modelli di lavoro. Queste organizzazioni possono essere anche descritte come network di coalizione di interessi
- 3) **Individualistic networks:** sono debolmente regolati e integrati. I soggetti (individui o organizzazioni) in tali network cercano di occupare una posizione centrale tra le differenti organizzazioni gerarchiche o enclave al fine di controllare i collegamenti tra tali gruppi. A volte è chiamato network a legame flessibile o network a farfalla.
- 4) **Isolates:** sono fortemente regolati ma debolmente integrati; gli isolate hanno pochi legami, sono poco responsabili nei confronti degli altri e generalmente non sono coinvolti nei network.

Integrazione sociale

- 1) **Learning and informational network** - Una forma molto comune di network che permette agli stakeholder di condividere idee e informazioni, best practice, policy e strategie, ma non necessariamente lo sviluppo di nuove strutture di offerta. Finanziariamente sono sostenuti dai membri (individui/organizzazioni) stessi del network e coordinati per lo più da un organo rappresentante o da un'agenzia governativa o da un'istituzione neutra di supporto (es. Università).
- 2) **Co-ordinated Health and Social Care Network** - Tali network sono più integrati formalmente: lo scopo è quello di promuovere la riorganizzazione del servizio attraverso partnership istituzionali di professionisti. Una forma di network coordinato è il modello hub & spoke che ripartisce ruoli e funzioni tra ospedali al fine di migliorare l'accesso e/o rendere più efficace l'utilizzo del servizio.
- 3) **Procurement network** - Soprattutto negli Stati Uniti si è sviluppata la tendenza a provvedere a tutti gli elementi che compongono il continuum assistenziale, dall'assicurazione sanitaria ai servizi ospedalieri e non fino al *long term care*. Tale rete si sviluppa attraverso le strategie a livello di corporate, strategie funzionali attraverso lo sviluppo di sistemi informatici e di finanziamento che permettano acquisti comuni e attraverso l'integrazione tra i clinici (case-management).
- 4) **Managed network** - È una forma meno co-ordinata e più organizzata, controllabile e chiusa di network. Un esempio è il Kaiser Permanent negli USA che ha: una popolazione definita (gli iscritti); una responsabilità contrattuale per un pacchetto definito e completo di servizi sociosanitari; un network chiuso ad un gruppo ristretto di provider retribuiti (o a contratto

o dipendenti); un'enfasi sulle cure primarie e servizi non istituzionali extra-murari; un'utilizzo di revisioni sistematiche o del disease management per migliorare la qualità.

Indipendentemente dalla struttura delle relazioni della rete due sono le condizioni base che devono sussistere affinché un network si costituisca e perduri nel tempo^{196, 197, 198, 199, 200, 201.}

- 1) deve esistere una comunanza e condivisione di intenti strategici e/o di obiettivi perseguiti dalle organizzazioni inserite nella rete
- 2) tutte le organizzazioni che partecipano alla rete in qualche modo devono trarre beneficio dalla loro partecipazione ed i meccanismi di redistribuzione dei benefici complessivamente accumulati devono essere corretti, equi, trasparenti.

Ulteriori requisiti suggeriti da Wall e Boggust²⁰² sono:

- Supporto di procedure basate sulle prove di efficacia
- Struttura organizzativa e gestionale chiara
- Ricorso costante a processi educativi e di addestramento
- Rappresentazione dei pazienti nella gestione della rete
- Garanzia dei livelli di responsabilità e di qualità

Una ricerca dell'AGENAS.²⁰³ (2009) sui fattori prioritari d'implementazione delle reti cliniche ha evidenziato che il **coinvolgimento e la responsabilizzazione dei professionisti della rete** (nonché il supporto di un coordinamento tecnico regionale) e la presenza di **risorse dedicate** rappresentano i due principali fattori che offrono la garanzia di alta probabilità di successo di qualsiasi progetto di rete. Sono stati definiti 40 requisiti per la organizzazione e funzionamento delle reti cliniche regionali. Il primo requisito per il livello regionale. Al livello regionale viene demandato lo start del processo. I restanti 39 requisiti sono gli elementi costitutivi della RSR e sono stati definiti secondo il modello di Donabedian/Vaccani in requisiti di

¹⁹⁶ Jarrillo C. J.: On strategic networks, Strategic Management Journal, vol. 9, 31-41, 1988

¹⁹⁷ Grandori A.: Reti inter-organizzative: progettazione e negoziazione, economia e Management 7, marzo 28-40, 1989

¹⁹⁸ Luke R., Begun J., Pointer D. Quasi firm : strategic interorganizational form in the health care industry. Academy of Management Review, Vol. 14,1,9, 14-19, 1989

¹⁹⁹ Powell W.W., "Neither Market Nor Hierarchy: Network Forms of Organization", Research in Organizational Behavior, Vol. 12, 1990

²⁰⁰ Zuckerman H., Kaluzny A., Ricketts T., 1995: Alliances in health care: what we know, what we think we know, and what we should know, Health Care Management Review, vol.20, 1: 54-64

²⁰¹ Thomas H., Ketchen D., Trevino L., McDaniel R. 1992. Developing interorganizational relationships in the health sector: a multicase study, Health Care Management Review, vol.17, 2,7-19.

²⁰² Wall, D. e Boggust, M. (2003). Developing managed clinical networks. Clinical Governance Bulletin, 3(6); 3.

²⁰³ De Giacomi G., Di Virgilio E., Aguilar Matamoros M., Di Domenicantonio R., Angelastro A.: Reti ospedaliere Strumenti e modelli per la programmazione - AGENAS - I quaderni di Monitor (suppl. al n.24 del 2009) -L'Attività Ospedaliera: Dati e Riflessioni) Pag. 193-212

Struttura (8 requisiti), Meccanismi operativi (27 requisiti) e di Risultato (4 requisiti) delle reti (**Tabella 12**)- In termini di **Risultato** la Rete Specialistica Regionale viene valutata in termini di **Efficacia, sicurezza, efficienza** ed in base alla **Esperienza e benessere di cittadini e operatori**.

Tabella 12 - Requisiti reti specialistiche regionali – RSR (Tabella di sintesi)

Codice		REQUISITI RETI SPECIALISTICHE REGIONALI (RSR)
STRUTTURA DI BASE		
1	0	Organizzazione e Direzione/Sistema di Governo
2	0	Allocazione delle risorse: Personale
3	0	Allocazione delle risorse: Strutture
4	0	Allocazione delle risorse: Tecnologie
5	0	Allocazione delle risorse: Risorse economiche
MECCANISMI OPERATIVI		
6	0	Processi assistenziali: Presa in carico del paziente
7	0	Processi assistenziali: PDTA - Clinical Pathway (3)
8	0	Dimissioni protette
9	0	Monitoraggio Qualità
10	0	Processi assistenziali: Ricerca Clinica, Epidemiologica e Organizzativa
11	0	Processi di supporto: Formazione
12	0	Processi strategico gestionali: Pianificazione e monitoraggio
13	0	Processi strategico gestionali: Comunicazione –Trasparenza
PROCESSI SOCIALI		
14	0	Benessere Operatori
RISULTATI		
15	0	Prestazioni: output e outcome
16	0	Esperienza del paziente e Soddisfazione dei pazienti- utenti -cittadini
17	0	Conoscenze e Competenze

A livello di **Struttura** della RSR sono definiti i requisiti di organizzazione e direzione/sistema di governo e i requisiti di allocazione e gestione delle risorse.

Nell'**ALLEGATO 14** vengono riportati gli atti regionali per le reti: Ima, Ictus, Trauma, Oncologia, Cure Palliative, Malattie Rare, Trapianti, Neonatologica, Pediatrica. Le reti Emergenza Urgenza sono presenti in tutte le regioni.

f) Percorsi Assistenziali /PDTA

Nei **Meccanismi Operativi** delle Reti Specialistiche Regionali sono gestiti i principali processi di funzionamento della reti, ovvero il Processo di presa in carico, dimissione e continuità assistenziale, il Processo diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA - Clinical Pathway), il Processo di miglioramento continuo della qualità (MCQ) ed il Processo di comunicazione e trasparenza.

I **Percorsi Assistenziali (Care Pathways/Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali - PDTA)** sono ampiamente riconosciuti in letteratura medica come uno dei principali strumenti per rendere operative le reti cliniche, ovvero per disegnare e strutturare i processi assistenziali centrandoli sui bisogni dei pazienti, facilitando in questo senso la promozione della qualità dell'assistenza cure²⁰⁴.

I PDTA sono oggi definiti come interventi complessi finalizzati alla condivisione dei processi decisionali e dell'organizzazione dell'assistenza per un gruppo specifico di pazienti durante un periodo di tempo ben definito. Il loro obiettivo è quello di migliorare la qualità dell'assistenza attraverso il continuum di cure, migliorando gli outcome dei pazienti, promuovendo la sicurezza, aumentando la soddisfazione dell'utenza ed ottimizzando l'utilizzo delle risorse^{205 206 207}.

I PDTA sono, quindi, interventi centrati sul paziente, che permettono di modellare le cure, migliorare la qualità e l'efficienza del servizio e migliorare l'outcome clinico del paziente che contengono, in ultima analisi, la maggior parte degli elementi strategici descritti da Provonost²⁰⁸.

Nell'ambito di una rete clinica lo sviluppo e l'implementazione dei PDTA per le principali patologie dovrebbe, quindi, facilitare lo sviluppo di processi clinico-organizzativi evidence-based, con procedure tecniche appropriate e best practice locali assistenziali ma, anche, essere la guida per lo sviluppo di soluzioni organizzative per risolvere i problemi osservati nella pratica di ogni giorno²⁰⁹. Rispetto all'implementazione dei PDTA nell'ambito di una rete clinica non bisogna sottovalutare

²⁰⁴ Vanhaecht K, Panella M, van Zelm R, Sermeus W. 2010. *An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions*. International Journal of Care Pathways, 14(3), 117– 123. doi:10.1258/ijcp.2010.010019

²⁰⁵ Panella M, Marchisio S, Demarchi ML, Manzoli L, Di Stanislao F. 2009. *Reduced in-hospital mortality for heart failure with clinical pathways: the results of a cluster randomised controlled trial*. Qual Saf Health Care 2009;18:369–373. doi:10.1136/qshc.2008.026559

²⁰⁶ Vanhaecht K, De Witte K, Sermeus W. 2007. *The Impact of Clinical Pathways on the Organisation of Care Processes*. Leuven: ACCO, 2007

²⁰⁷ **"Requisiti di qualità nell'integrazione tra sanità e sociale, Raccomandazione SIQUAS VRQ"**, Franco Angeli Editore, 2013, a cura di Apicella Anna, Banchieri Giorgio, Di Stanislao Francesco e Goldoni Lidia.

²⁰⁸ Pronovost PJ. 2013. *Enhancing physicians' use of clinical guidelines*. JAMA 2013;310(23):2501-02.

²⁰⁹ Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. 2005. *Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews*. International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua, 17(2), 141–6. doi:10.1093/intqhc/mzi016

l'efficacia dei PDTA come strumenti di supporto al team-working multidisciplinare e al conseguente impatto positivo sugli outcome dei pazienti^{210, 211}..

I percorsi assistenziali²¹², sono stati introdotti negli USA tra il 1985 e il 1987 presso il New England Medical Center di Boston (USA) per adeguare le attività ospedaliere alle tariffe introdotte col nuovo sistema di finanziamento basato sui DRG, avviato sperimentalmente negli USA nel 1983 per il rimborso dei ricoveri ospedalieri degli utenti dei programmi federali Medicare e Medicaid, istituiti nel 1965. I percorsi assistenziali prendono spunto dai Critical Path, creati negli USA alla fine degli anni '50 nel mondo industriale), come strumento di valutazione e (ri)progettazione delle fasi di un processo di produzione finalizzato ad individuare i percorsi critici che impattano negativamente sui tempi di completamento dei progetti.

Nel Regno Unito i percorsi assistenziali integrati (IPC) sono stati introdotti nei primi anni '90 non solo per aumentare l'efficienza del sistema, mantenendo o migliorando la qualità delle cure ma anche per promuovere lo sviluppo dell'EBM (Evidence Base Medicine) e la concreta adozione delle linee guida nella pratica quotidiana.

Dalla fine degli anni 1990 ad oggi, i percorsi assistenziali si sono diffusi in tutto il mondo, ma tale diffusione non è ancora sufficiente soprattutto se si considera il fatto che l'assistenza del 60-80% dei gruppi di pazienti negli ospedali generali, potrebbe essere eleggibile per l'utilizzazione dei percorsi

Cosa sono i percorsi assistenziali?

A ormai 30 anni di sviluppo dei percorsi assistenziali non esiste ancora una definizione condivisa. Tra le tante ne riportiamo due: a) quella sviluppata presso il TriHealth Hospital di Cincinnati²¹³ che a metà degli anni '90 è stata tra le prime istituzioni ospedaliere progettare e implementare nel proprio network ospedaliero (tra i quali il Bethesda North Hospital e Good Samaritan Hospital) i clinical pathway; b) una seconda, più recente, dell'E-P-A (European Pathway Association).

Nell'esperienza del **TriHealth Hospital** i percorsi assistenziali vengono definiti come: ***"Piani interdisciplinari di assistenza creati per rispondere a specifici***

²¹⁰ Gittel JH. *Relational coordination: guidelines for theory, measurement and analysis*. Relational Coordination Research Collaborative, August 25, 2011.

²¹¹ Deneckere S, Euwema M, Van Herck P, Lodewijckx C, Panella M, Sermeus W, Vanhaecht K. 2012. *Care pathways lead to better teamwork: results of a systematic review*. Soc Sci Med. 2012. Jul;75(2):264-8.

²¹² Vanhaecht, K., Panella, M., Van Zelm, R., Sermeus, W. (2010). An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions. *International Journal of Care Pathways*, 14 (3), 117-124.

²¹³ Nel 2011, per la 14a volta negli ultimi 15 anni, il TriHealth è nella lista delle Top 100 Integrated Healthcare Networks degli U.S.A. (al 50° posto) - <http://www.trihealth.com/> (120 febbraio 2012) e <http://www.sdihealth.com>

problemi clinici o di diagnosi. Sono strumenti di gestione clinica usati da chi eroga prestazioni sanitarie per definire la migliore sequenza di azioni, nel tempo ottimale, degli interventi rivolti a pazienti con particolari diagnosi e condizioni o a pazienti che possono richiedere procedure specifiche. I principi guida che devono guidare la stesura dei percorsi vengono individuati nei seguenti punti:

- Miglioramento continuo
- Focalizzazione sui bisogni del cliente
- Riduzione delle variazioni della pratica clinica
- Lavoro in team
- Massimizzazione dell'efficienza.

L' **E-P-A - European Pathway Association** offre una definizione articolata e condivisa in una Consensus conference

Un percorso di cura (PDTA) è un intervento complesso mirato alla condivisione dei processi decisionali e dell'organizzazione dell'assistenza per un gruppo specifico di pazienti durante un periodo di tempo ben definito.

Le caratteristiche fondanti i PDTA includono:

- 1) Una chiara esplicitazione degli obiettivi e degli elementi chiave dell'assistenza basata su evidenze scientifiche, best practice, aspettative dei pazienti e loro caratteristiche;
- 2) La facilitazione delle comunicazioni tra i membri del team e i pazienti e le loro famiglie;
- 3) Il coordinamento del processo di assistenza tramite il coordinamento dei ruoli, e l'attuazione consequenziale delle attività dei team multidisciplinari di assistenza, dei pazienti e delle loro famiglie;
- 4) La documentazione, il monitoraggio e la valutazione delle varianze e degli outcome;
- 5) L'identificazione delle risorse appropriate.

L'obiettivo di un percorso di cura è quello di:

- migliorare la qualità delle cure attraverso un continuum assistenziale, finalizzato al miglioramento degli esiti "aggiustati" sul rischio specifico dei pazienti,
- promuovere la sicurezza dei pazienti;
- aumentare la soddisfazione dei pazienti;
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

Dall'insieme di tali definizioni emerge che il core delle caratteristiche dei percorsi assistenziali può essere sintetizzato nei seguenti punti:

- 1) *La sequenzialità delle azioni e la continuità assistenziale*
- 2) *Gli interventi basati sulle evidenze scientifiche e le buone pratiche*
- 3) *La messa a punto del percorso sulla base delle risorse (umane, tecnologiche, organizzative, ecc.) dell'organizzazione.*
- 4) *La taratura degli interventi sulle aspettative e caratteristiche dei pazienti Il lavoro multidisciplinare Il coinvolgimento dei familiari o care-giver*
- 5) *Gli "audit" sugli scostamenti dal percorso e sugli esiti*

che contraddistinguono i percorsi assistenziali da altri “strumenti”, che talvolta vengono a loro assimilati: linee guida e protocolli diagnostici/terapeutici (**Tabella 14**)

I percorsi assistenziali si “nutrono” di linee guida che formano il sostegno di evidenze per lo sviluppo degli interventi previsti nel profilo.

Tabella 14 - Linee guida e PDTA: sinossi comparativa

	<i>Linee guida</i>	<i>Percorsi assistenziali</i>
<i>Da cosa nascono</i>	EBM	EBM
<i>Chi li produce</i>	Esperti	Team multidisciplinari
<i>A che livello</i>	Internazionale	Locale e/o nazionale
<i>Come agiscono</i>	Raccomandazioni	Azioni pratiche
<i>Attenzione agli aspetti organizzativi</i>	Media	Forte
<i>Attenzione agli aspetti clinici</i>	Molto forte	Molto forte
<i>Attenzione agli aspetti assistenziali</i>	Media	Molto forte
<i>Attenzione agli aspetti economici</i>	Scarsa/nulla	Consistente
<i>Parti dei processi interessati</i>	Le più rilevanti clinicamente	Percorsi ospedalieri o ospedale -territorio

L' E-P-A definisce il percorso di cura come **intervento complesso**. È importante una breve riflessione su tale concetto per le ricadute che ha sullo studio delle evidenze e sul trasferimento delle esperienze dei percorsi assistenziali (cfr. di seguito).

Il Medical Research Council afferma che “gli interventi complessi sono costituiti da un numero di componenti che possono agire sia in forma indipendente che inter-dipendente”. Di tali componenti non è nota la singola specifica efficacia e la risultante della relazione tra di essi (additiva, moltiplicativa, inibitiva, ecc..). I componenti di solito includono: prestazioni professionali, parametri delle prestazioni (es.: frequenza, timing), metodi di organizzazione ed erogazione delle prestazioni (es.: professionista, setting operativo e localizzazione), ecc. Non è facile definire con precisione quali sono le “componenti attive” di un intervento complesso. Per esempio, anche se la ricerca suggerisce che le stroke unit funzionano, quali sono le “componenti attive” che la fanno funzionare? Il mix degli operatori di assistenza? Le competenze degli operatori? L'organizzazione fisica? Le tecnologie disponibili? Le modalità organizzative?

I percorsi assistenziali sono inquadrabili tra gli interventi complessi?

Se utilizziamo il punto di vista della “persona” si possono esemplificare livelli crescenti di complessità a livello di:

- singolo paziente (es.: una nuova forma di terapia cognitivo-comportamentale);
- gruppi di pazienti (es.: interventi basati su linee guida, protocolli di trattamento, ecc.)
- livello di popolazione (es.: campagne di promozione della salute)
- Parimenti, se utilizziamo il punto di vista della “organizzazione”:
- singoli servizi/unità di assistenza sanitaria (es: introduzione di un fisioterapista/infermiere specializzato nella malattia di Parkinson nei servizi di cure primarie)
- specifiche discipline/aree di assistenza sanitaria (es.: reti assistenziali di emergenza-urgenza; rete cardiologica - rete oncologica, ecc.)
- area dell’assistenza integrata sociosanitaria (es.: sviluppo dei servizi nella logica del Chronic Care Model e Disease Management).

Se assumiamo il core dei percorsi assistenziali come “componenti attive” dell’intervento complesso è indubbio che i percorsi rappresentano interventi di complessità medio-alta destinati: a gruppi di pazienti, specifiche discipline/aree di assistenza sanitaria e anche nell’area dell’assistenza sociosanitaria.

Evidenze sulla efficacia dei percorsi assistenziali (Care Patway) Nel corso degli anni sono stati pubblicati numerosi studi sulla capacità degli approcci legati al **Chronic Care Model** di migliorare gli outcome di salute^{214, 215, 216, 217} e di abbassare i costi dell’assistenza^{218, 219, 220}.

Analoghe evidenze sono presenti in letteratura sulla capacità dei **Care Patway** di migliorare la qualità dei processi e degli esiti. I percorsi assistenziali possono migliorare significativamente la qualità dell’assistenza²²¹ e hanno un impatto sull’organizzazione dell’assistenza se il processo di assistenza è strutturato in modo standardizzato²²². I percorsi assistenziali sono risultati efficaci per le cure

²¹⁴ Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002; 288: 1775-1779

²¹⁵ Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, part 2. *JAMA* 2002; 288: 1909-1914

²¹⁶ Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses *Am J Manag Care* 2005; 11 (8): 478-488

²¹⁷ Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care* 2005; 17(2):141-6

²¹⁸ Goetzel RZ, Ozminkowski RJ, Villagra VG, Duffy J. Return on Investment in Disease Management: a Review. *Health Care Finance Rev* 2005; 26(4):1-19

²¹⁹ Huang E.S. et al., “The Cost-Effectiveness of Improving Diabetes Care in U.S. Federally Qualified Community Health Centers,” *Health Services Research* 42, no. 6 Pt 1 (2007): 2174-2193

²²⁰ Huang E.S. et al., “The cost consequences of improving diabetes care: the community health center experience,” *Joint Commission Journal of Quality and Patient Safety* 34, no 3 (2008): 138-146

²²¹ Øvretveit J (2005). What are the advantages and limitations of different quality and safety tools for health care? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report).

²²² Barbieri A, Vanhaecht K, Van Herck P, Sermeus W, Faggiano F, Marchisio S, Panella M: Effects of clinical pathways in the joint replacement: a meta-analysis *BMC Med.* 2009; 7: 32. Published online 2009 July 1

invasive²²³ e per i pazienti con ictus... per una migliore applicazione di ... procedure diagnostiche e terapeutiche²²⁴

Da un punto di vista dei modelli di riferimento si è passati dal modello del **Managed Care**^{225, 226} nato negli USA intorno alla metà del secolo scorso, quando le industrie avvertirono la necessità di contrattare con le organizzazioni sanitarie pacchetti predefiniti di prestazioni per i propri dipendenti, trasferendo le logiche della *quality assurance* industriale (i primi percorsi assistenziali derivavano dalla tecnica dei *critical pathways* - percorsi critici- usata nel mondo industriale per ottimizzare i tempi di lavoro) a quello sanitario del **Chronic Care Model**, sviluppato sempre negli USA dalla metà degli anni '90

In **Tabella 15** è riportato un quadro sinottico degli elementi concettuali sommariamente sin qui esposti (integrazione – reti – processi – continuità assistenziale) disposti lungo un ipotetico asse di livelli di complessità)

Tabella 15 – Bisogni, reti, processi, continuità assistenziale e livelli di complessità²²⁷

LE DIMENSIONI		I LIVELLI DI COMPLESSITA'		
		BASSA	MEDIA	ALTA
BISOGNO DI SALUTE	TIPOLOGIA	SEMPLICE -> moderato	MODERATO -> complesso	COMPLESSO
	PATOLOGIA	ACUTA scarsa probabilità di cronicizzazione	ACUTA -> possibile cronicizzazione	CRONICA
INTEGRAZIONE (Tipologia) (Leutz, 1999)		LINKAGE	COORDINATION	FULL INTEGRATION
RETI	Regolazione sociale (Goddwin, 2004; Kennedy, 2007)	INDIVIDUALISTIC NETWORKS -> ENCLAVE NETWORKS	ENCLAVE NETWORKS -> HIERARCHICAL NETWORKS	HIERARCHICAL NETWORKS
	Integrazione sociale (Goddwin, 2004; Kennedy, 2007; Lega e Tozzi, 2009)	LEARNING AND INFORMATIONAL NETWORK	CO-ORDINATED HEALTH AND SOCIAL CARE NETWORK - MANAGED CLINICAL NETWORK	PROCUREMENT NETWORK - MANAGED CARE NETWORK
PROCESSI ASSISTENZIALI		PTD	CLINICAL PATHWAY (PDTA)	DISEASE MANAGEMENT (Chronic Care Model)
SERVIZI COINVOLTI		SANITARIO +++ ; SOCIALE +/-	SANITARIO +++ ; SOCIALE ++	SANITARIO +++ ; SOCIALE +++(+)
CONTINUITA' ASSISTENZIALE (Reid et al., 2002)	Continuità relazionale	(+)	(++)	(+++)
	Continuità gestionale	(++)	(+++)	(+++)
	Continuità informativa	(+)	(++)	(+++)

²²³ Rotter T, Kugler J., Koch R., Gothe H., Tworck S., van Oostrum J.M., Steyerberg E.W: A systematic review and meta-analysis of the effects of clinical pathways on length of stay, hospital costs and patient outcomes BMC Health Services Research 2008, 8:265

²²⁴ Panella M Marchisio S, Demarchi ML, Manzoli L, Di Stanislao F,; Reduced in-hospital mortality for heart failure with clinical pathways: the results of a cluster randomized controlled trial. Qual Saf Health Care 2009;18:369-373

²²⁵ Fairfield G, Hunter DJ, Mechanic D, Rosleff F. Managed care. Origins, principles, evolution. BMJ 1997;314: 1823-6.

²²⁶ Robinson R, Steiner A. Managed health care. Buckingham: Open University Press, 1998

²²⁷ F. Di Stanislao, M. Visca, G. Caracci, F. Moirano: Sistemi integrati e continuità nella cura.. Salute e Territorio. . Anno XXXI - Marzo-Aprile 2010. Pag 80-89

È stato di recente dimostrato che i PDTA sono in grado di influenzare positivamente gli **outcome clinici** dei pazienti inducendo una maggiore aderenza alle linee guida evidence based^{228, 229}. I PDTA sono inoltre strumenti di supporto al team-working multidisciplinare, caratteristica che può determinare anche impatti positivi sugli outcome dei pazienti^{230, 231}. I PDTA possono essere considerati, quindi, strumenti efficaci per rimodellare i meccanismi operativi sulla base delle evidenze scientifiche e strutturare i processi assistenziali centrandoli sui bisogni dei pazienti, facilitando così la promozione della qualità dell'assistenza e delle cure²³².

La capacità dei PDTA di rendere operativa l'EBM è dovuta alla loro caratteristica di adattare alla realtà organizzativa e professionale locale i contenuti clinico-assistenziali presenti nelle linee guida, con connotazione più generica. La necessità di adattare il PDTA nello specifico contesto di applicazione è anche il motivo per cui non è possibile copiare un PDTA sviluppato in un altro contesto e calarlo acriticamente in una realtà differente, se non con il rischio di generare un processo inefficiente o rischioso. (Rif. Vanhaecht, 2010)

i. Modelli di Care Pathway/PDTA e modalità di costruzione

Il processo di adattamento del percorso generale (aspecifico e valido per ogni contesto) allo specifico contesto e poi ancora al singolo paziente può essere schematizzato considerando la presenza di quattro diversi livelli concettuali di PDTA (Figura 16)²³³:

- **Model Pathway:** il Percorso Modello è il livello più aggregato e generale di PDTA. È basato sulle evidenze scientifiche che vengono selezionate da team di esperti ed organizzate in forma di processo assistenziale non specifico per le strutture sanitarie. È, quindi, una sorta di PDTA "ideale" che deve essere adattato a livello locale.

²²⁸ Seys D, Bruyneel L, Sermeus W, Lodewijckx C, Decramer M, Deneckere S, Panella M, Vanhaecht K. 2018. Teamwork and Adherence to Recommendations Explain the Effect of a Care Pathway on Reduced 30-day Readmission for Patients with a COPD Exacerbation. COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 0(0):1-8

²²⁹ Panella M, Marchisio S, Di Stanislao F. - Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work? Int J Qual Health Care 2003; 6: 509-21. (Honourable Mention del Peter Reizenstain Prize)

²³⁰ Gittel JH, Fairfield KM, Bierbaum B, Head W, Jackson R, Kelly M et al. 2000. Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. Med Care 38(8):807-819.

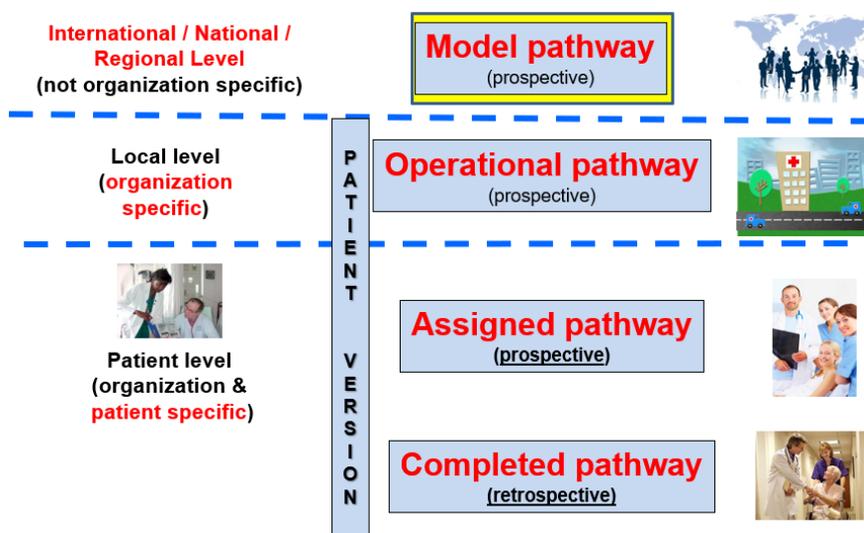
²³¹ Deneckere S, Euwema M, Van Herck P, Lodewijckx C, Panella M, Sermeus W, Vanhaecht K. 2012. Care pathways lead to better teamwork: results of a systematic review. Soc Sci Med. 75(2):264-8.

²³² Vanhaecht K, Panella M, van Zelm R, Sermeus W. 2010. An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions. International Journal of Care Pathways, 14(3), 117- 123. doi:10.1258/jicp.2010.010019

²³³ Vanhaecht K, Panella M, van Zelm R, Sermeus W. 2011. *What about care pathways?* Care of the Dying: A pathway to excellence (Chapter 1). January 2011

- **Operational Pathway:** il Percorso Operativo viene sviluppato da un'organizzazione tenendo presenti sia le evidenze riportate nel Percorso Modello, sia le peculiarità organizzative locali (risorse, competenze disponibili, ecc.). È ancora un PDTA ideale, nel senso che è costruito per un gruppo di pazienti ideali, ma è specifico per l'organizzazione che si occupa della sua implementazione;
- **Assigned Pathway:** il Percorso Assegnato è la contestualizzazione ai bisogni specifici di ogni singolo paziente reale del Percorso Operativo dell'organizzazione in cui al paziente si viene a trovare. È un PDTA specifico e personalizzato ed è, in parte, è ancora un PDTA ideale in quanto di guida prospettica al percorso reale del paziente che deve essere ancora effettuato
- **Completed Pathway:** il Percorso Realizzato è il percorso reale che il paziente ha sviluppato, è l'effettiva esperienza del paziente.

Figura 16 – Sviluppo dei percorsi assistenziali



In Italia i Model Pathway sviluppati a **livello nazionale** sono i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali per i pazienti con:

- demenze²³⁴;

²³⁴ Tavolo per il monitoraggio del recepimento ed implementazione del Piano Nazionale Demenze Linee di indirizzo Nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze. 5/07/2017.

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineArce_4893_listaFile_itemName_0_file.pdf

- disturbi schizofrenici; con disturbo bipolare; con disturbi depressivi; con disturbi gravi della personalità²³⁵
- malattia renale cronica²³⁶
- malattie reumatiche infiammatorie e auto immuni²³⁷
- malattie infiammatorie croniche dell'intestino, malattia di CROHN e colite ulcerosa²³⁸

Tutte le Regioni hanno predisposto Model Pathway da far implementare alle strutture sanitarie dei propri territori (**ALLEGATO 15**). Si rileva una forte variabilità nel numero dei PDTA normati.

Come si costruisce un percorso di cura?

La costruzione di un percorso di cura segue lo schema generale dei progetti MCQ - Miglioramento Continuo di Qualità.

Di seguito vengono riportati i vari step del programma²³⁹ di cui ne verranno descritti, per esigenze di spazio, alcuni rimandando i necessari approfondimenti alla bibliografia.

Le varie tappe si possono così sintetizzare:

- A. scelta del problema;**
- B. costituzione dei gruppi di lavoro per il problema prescelto;**
- C. analisi del processo in corso;
- D. stesura del nuovo percorso di cura;**
- E. applicazione sperimentale del percorso modificato;
- F. valutazione dell'applicazione e degli esiti del percorso;**
- G. miglioramento del percorso di cura;**
- H. revisione sistematica dell'applicazione del percorso

Scelta del problema (Tappa A)

²³⁵ Presidenza del Consiglio dei Ministri. Conferenza unificata: Accordo .. *omissis*.. sul documento "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei Dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità". Accordo n. 137 del 13/11/2014

²³⁶ Ministero della Salute Documento di indirizzo per la Malattia Renale Cronica
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2244_allegato.pdf

²³⁷ Presidenza del Consiglio dei Ministri Conferenza Permanente, per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. Accordo.....sul documento relativo alla promozione del PDTA nelle Malattie Reumatiche Infiammatorie e Autoimmuni

²³⁸ Intesa Stato-Regioni (Repertorio Atti n. 171/CSR del 20.10.2015) per la promozione di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) nelle malattie infiammatorie croniche dell'intestino, malattia di CROHN e colite ulcerosa

²³⁹ "Requisiti di qualità nell'integrazione tra sanità e sociale, Raccomandazione SIQUAS VRQ", Franco Angeli Editore, 2013, a cura di Apicella Anna, Banchieri Giorgio, Di Stanislao Francesco e Goldoni Lidia.

La prima tappa operativa è ovviamente rappresentata dalla selezione del problema su cui costruire il percorso di cura. A parte i criteri di scelta che possono essere numerosi e tra i quali non vanno dimenticati:

- frequenza (incidenza e prevalenza);
- gravità dei casi
- variabilità dei processi in atto (comportamenti sia professionali che organizzativi);
- disponibilità di evidenze scientifiche sull'esistenza di interventi efficaci;
- entità dei possibili benefici per i pazienti derivanti dal miglioramento del processo
- fattibilità degli interventi di miglioramento
- entità dei possibili risparmi (riduzioni dei tempi di lavoro, eliminazione di sprechi).

È importante precisare il livello "istituzionale" in cui tale scelta viene effettuata: nella realtà italiana livelli regionali o aziendali²⁴⁰.

Se la *scelta* viene effettuata a *livello regionale* dovranno essere costituiti:

- 1) **Comitato Scientifico Regionale** (uno per ciascuna delle patologie individuate, generalmente nei piani sanitari regionali, in riferimento alle indicazioni dei Piani sanitari nazionali)
- 2) **Gruppi di Lavoro Operativi Aziendali** per lo sviluppo dei Percorsi assistenziali a livello delle Aziende

Se la *scelta* viene effettuata a *livello aziendale* dovranno essere costituiti parimenti costituiti **GdL Aziendali di progetto** (cfr. punto i) e **GdL Operativi Dipartimentali** (cfr. punto ii)

Costituzione di un gruppo di lavoro (Tappa B)

I **Comitati Scientifici Regionali** e i (**GdL**) **Operativi Aziendali** sono GdL multidisciplinari, multiprofessionali e multisettoriali (in caso di coinvolgimento dei servizi sociali) costituiti da esperti e/o rappresentati società scientifiche delle patologie oggetto del profilo. Le funzioni di questi gruppi sono:

- sistematizzare/sintetizzare le linee guida (*Raccomandazioni di comportamento clinico elaborate mediante un processo di revisione sistematica* ²⁴¹

²⁴⁰ Noto G., Di Stanislao F.: **Dai profili di assistenza alla Clinical Governance: l'esperienza della Regione Marche**. Mecosan XII (47): 135-148; 2003.

²⁴¹ **Revisione sistematica**: "Una valutazione delle conoscenze disponibili su un determinato argomento, nella quale tutti gli studi rilevanti sono identificati e valutati criticamente". Qualora la natura del quesito e la qualità dei dati lo consentano, ad una revisione sistematica si può associare una metanalisi, ovvero una sintesi quantitativa dell'effetto dell'intervento, utilizzando tecniche statistiche appropriate a quantificare il contributo dei singoli studi senza annullare l'unicità delle caratteristiche di ciascuno". **Livello di prova**, si riferisce alla probabilità che un certo numero di conoscenze sia derivato da studi pianificati e condotti in modo tale da produrre informazioni valide e prive di errori sistematici. **Forza della raccomandazione**, si riferisce invece alla probabilità che l'applicazione nella pratica di una raccomandazione determini un miglioramento dello stato di salute della popolazione, obiettivo cui la raccomandazione è rivolta. **Rilevanza delle decisioni**, si riferisce infine a un indica-

della letteratura e delle opinioni degli esperti, con lo scopo di aiutare i medici ed i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche”.

- esplicitare la qualità delle informazioni utilizzate (livello di evidenza), l'importanza/rilevanza/fattibilità/priorità della loro implementazione (forza delle raccomandazioni) attraverso una revisione sistematica della letteratura e l'entità delle conseguenze (rilevanza delle decisioni)
- esplicitare gli indicatori di monitoraggio e di outcome;
- produrre i report per la fase di valutazione dei GdL operativi
- aggiornare con regolarità le Raccomandazioni prodotte

I **GdL Operativi Aziendali o Dipartimentali** per lo sviluppo dei percorsi assistenziali (anch'essi multidisciplinari, multiprofessionali e multisettoriali) sono composti da tutti gli operatori coinvolti sul campo nel trattamento della condizione in questione, nei diversi setting operativi (ospedali, residenzialità, assistenza domiciliare, ecc.). Dovrebbero essere coinvolti anche operatori tecnici non sanitari (es. informatici), operatori amministrativi e non da ultimo rappresentanti degli utenti, per avere le loro opinioni per quanto riguarda gli aspetti di educazione sanitaria e sull'impatto delle decisioni sulla qualità percepita.

La **funzione** di questi gruppi di lavoro è quello di **adattare le Raccomandazioni** per la pratica clinica alle caratteristiche della specifica realtà organizzativa (risorse umane, tecnologiche, organizzative, economiche).

Il **lavoro** da sviluppare è quello relativo alle **tappe (c)-(h)** precedentemente elencate.

Stesura del nuovo percorso di cura (Tappa D):

Il gruppo di lavoro ridefinisce gli interventi delle varie fasi del processo (ad esempio primi giorni di ricovero, giorni intermedi, giorni finali, follow up) in accordo con gli obiettivi di utilizzare la pratica clinica migliore, massimizzare la qualità, ridurre il consumo di risorse, ottimizzare i tempi e quindi il nuovo processo viene schematizzato in una flow-chart. Alla luce di quanto osservato nella letteratura e nella pratica clinica il team identifica l'outcome atteso (fase del “patient focus”) per ogni giornata/periodo di assistenza.

Per i percorsi assistenziali di “breve periodo” all'interno di uno stesso setting assistenziale (es. ospedale) le attività da sviluppare per gestire il paziente possono essere inquadrare all'interno di una delle “categorie dell'assistenza” (Wilson, 1992; Panella et al, 2000) che sono una sorta di “etichetta” per identificare la valenza principale di ciascuna attività:

- 1) **valutazione del paziente:** raccolta dati del paziente (anamnesi; esame obiettivo, ecc.);
- 2) **educazione del paziente e/o della famiglia:** istruzioni di routine date al paziente e/o ai familiari riguardo la cura di sé (es.: posizione di busto e

arti, precauzioni e limitazioni nelle attività, esercizi, l'uso degli strumenti, l'automedicazione, ecc.);

- 3) **pianificazione della continuità assistenziale:** include tutte le azioni e collaborazioni necessarie a garantire la continuità dell'assistenza e a promuovere l'indipendenza del paziente dopo la dimissione (es.: trasferimento in una residenza, supporto alla famiglia, supporto al reinserimento nella comunità, fornitura di apparecchiature mediche, fornitura assistenza domiciliare, ecc.);
- 4) **esami diagnostici:** (esami di laboratorio, esami strumentali invasivi e non; ecc.);
- 5) **farmaci:** questa sezione è quella relativa a tutti i trattamenti farmacologici;
- 6) **interventi/procedure:** tutti i trattamenti e procedure che potenzialmente soddisfano i bisogni del paziente, (ad esclusione dei farmaci);
- 7) **consulenze:** tutti i consulti interdisciplinari di tipo medico specialistico, dietologico, fisioterapico, sociale, ecc.;
- 8) **nutrizione:** (es.: stato nutrizionale del paziente, presenza di nutrizione parenterale, particolari necessità nutrizionali, ecc.);
- 9) **attività del paziente:** pianificazione dell'attività giornaliera del paziente, es: mobilitazione attiva e passiva, progressione del paziente (dal letto alla poltrona, uso del bagno, deambulazione con o senza assistenza) ecc.;
- 10) **sicurezza del paziente:** le misure precauzionali per garantire la sicurezza del paziente (protocolli di prevenzione delle cadute, limitazioni, protocolli antidecubito, ecc.).

Per ogni attività va specificato chi fa, cosa e quando e riportato a quale linea guida o protocollo si fa riferimento e come si effettua la verifica che sia stata attuata. Si arriva così a realizzare il diagramma di flusso e la matrice di responsabilità definitiva, che diventano la mappa per l'esecuzione del percorso.

Nei casi in cui il percorso di cura si sviluppa su un arco temporale prolungato (settimane/mesi), coinvolgendo più setting assistenziali (es.: ospedale, residenzialità, domiciliarità) e allargandosi al coinvolgimento dei servizi sociali e della comunità (es. volontariato) è chiaramente improponibile (e insostenibile) una progettazione puntuale "giorno per giorno".

Andranno quindi individuati i principali "**snodi critici del percorso**" (es.: l'esecuzione – tempi e modi - degli interventi a più forte evidenza di efficacia; il passaggio da un regime assistenziale all'altro; ecc.) e i **risultati di salute attesi** per definiti periodi del processo assistenziale, punti questi che andranno sottoposti a monitoraggio continuo per adattare in itinere il percorso ai bisogni del paziente.

Permane, naturalmente, la libertà dei professionisti di discostarsi dagli interventi previsti nel percorso (che si ricorda essere il prodotto condiviso di un processo multidisciplinare e multiprofessionale di traduzione dell'EBM in azioni pratiche sul paziente che tiene conto della realtà organizzativa in cui si trovano

gli operatori). Si richiede solo che i professionisti motivino tali scostamenti e ne lascino traccia nella documentazione (cartella clinica) del paziente.

Permane, naturalmente, **la libertà dei professionisti di discostarsi dagli interventi previsti** nel percorso (che si ricorda essere il prodotto condiviso di un processo multidisciplinare e multiprofessionale di traduzione dell'EBM in azioni pratiche sul paziente che tiene conto della realtà organizzativa in cui si trovano gli operatori). **Si richiede** solo che **i professionisti motivino tali scostamenti e ne lascino traccia sulla documentazione (cartella clinica) del paziente.**

Valutazione dell'applicazione e degli esiti del percorso (Tappa F) e miglioramento del percorso di cura (Tappa G);

Per questa tappa va predisposto un report con l'analisi degli indicatori (di processo e di esito), l'analisi degli scostamenti descritti dai professionisti, gli eventuali risultati delle indagini di soddisfazione dei pazienti e familiari. Il report va discusso con tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso. A questa fase segue quella di individuazione e implementazione delle attività per il miglioramento del percorso di cura, fase senza la quale, l'Audit clinico non assume un valore innovativo.

A tale fine è utile ricordare alcune pubblicazioni dell'Healthcare Quality Improvement Partnership²⁴² in merito ai criteri di qualità degli audit clinici (HQIP, 2009), allo sviluppo delle conseguenti azioni di cambiamento (HQIP, 2011) e alle modalità e strumenti di esecuzione degli Audit per i Percorsi assistenziali (Pearce, 2011).

Strumenti utili all'approfondimento della "lettura" dei percorsi assistenziali sono:

- **Care Process Self-Evaluation Tool (CPSET)**²⁴³
- **Relational coordination**²⁴⁴
- **Team Climate Inventory**²⁴⁵
- **Burnout Inventory**²⁴⁶
- **Classification of surgical complications**²⁴⁷

riportati in **ALLEGATO 16.**

²⁴² HQIP è un consorzio dell'Academy of Medical Royal Colleges e del Royal College of Nursing and National Voices convenzionato con il Department of Health in U.K. per promuovere la qualità del servizio sanitario e in particolare per incrementare la diffusione e l'impatto dei Clinical Audit

²⁴³ Vanhaecht K, De Witte K, Depreitere R, Van Zelm R, De Bleser L, Proost K, Sermeus W. 2007. Development and validation of a care process self-evaluation tool. *Health Serv Manage Res* 20(3):189-202

²⁴⁴ Gittell JH. *Relational coordination: guidelines for theory, measurement and analysis*. Relational Coordination Research Collaborative, August 25, 2011

²⁴⁵ Anderson N, West M. 1998. Measuring Climate for Work Group Innovation: Development and Validation of the Team Climate Inventory. *Journal of Organizational Behavior* 19(3):235-258

²⁴⁶ Maslach C, Jackson SE. 1981. *Maslach Burnout Inventory: Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press

²⁴⁷ Dindo D, Demartines N, Clavien PA. 2004. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg* 240(2):205-213.

Percorsi assistenziali/PDTA a livello nazionale

A livello nazionale abbiamo un riferimento istituzionale fondamentale per lo sviluppo delle linee guida nel CNEC²⁴⁸, ma non esiste un analogo centro di riferimento per lo sviluppo di *model pathway* nazionali da adattare naturalmente a livello delle singole organizzazioni e dei singoli pazienti. A livello nazionale sono presenti:

- linee di indirizzo sui PDTA per le demenze²⁴⁹
- percorsi assistenziali da attivare nei dipartimenti di salute mentale²⁵⁰ per pazienti con: disturbi schizofrenici, disturbo bipolare, disturbi depressivi, con gravi disturbi della personalità
- malattia renale cronica²⁵¹
- malattie reumatiche infiammatorie e auto immuni²⁵²
- malattie infiammatorie croniche dell'intestino, malattia di CROHN e colite ulcerosa²⁵³

Nel DM 70 (2015) sugli standard ospedalieri si indica (§ 4.1.) di sviluppare PDTA per la Terapia intensiva neonatale e maternità; Infarto del miocardio;

Sono state inoltre predisposte apposite Linee Guida per il monitoraggio dei PDTA²⁵⁴, ²⁵⁵ di: Broncopneumopatie cronico-ostruttive (BPCO), Scompenso cardiaco, Diabete, tumori operati del colon-retto; tumore del polmone; tumore operato della mammella nella donna; cardiopatia ischemica trattata con by-pass aorto-coronarico

²⁴⁸ Centro nazionale per l'eccellenza clinica, la qualità e la sicurezza delle cure (CNEC) dell'Istituto Superiore di sanità

²⁴⁹ Tavolo per il monitoraggio del recepimento ed implementazione del Piano Nazionale Demenze - Linee di indirizzo Nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze - 5/07/2017

²⁵⁰ Ministero della Salute Definizione dei percorsi di cura da attivare nei dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità Accordo Conferenza Unificata 13 novembre 2014

²⁵¹ Ministero della Salute Documento di indirizzo per la Malattia Renale Cronica
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2244_allegato.pdf

²⁵² Presidenza del Consiglio dei Ministri Conferenza Permanente, per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. Accordo.....sul documento relativo alla promozione del PDTA nelle Malattie Reumatiche Infiammatorie e Autoimmuni

²⁵³ Intesa Stato-Regioni (Repertorio Atti n. 171/CSR del 20.10.2015) per la promozione di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) nelle malattie infiammatorie croniche dell'intestino, malattia di CROHN e colite ulcerosa

²⁵⁴ Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa PNGLA 2010-2012 Linee Guida per il monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici complessi Giugno 2011.

²⁵⁵ Direzione Generale della Programmazione sanitaria Aggiornamento del Decreto 12 dicembre 2001 sul Sistema di Garanzie per il monitoraggio dei livelli di assistenza: valutazione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali 1 Versione 4 (10 ottobre 2016) Nuovo sistema di garanzia dei livelli essenziali di assistenza monitoraggio e valutazione dei percorsi diagnosticoterapeutico assistenziali

Considerazioni generali sul tema integrazione, reti, processi

I concetti di integrazione, reti, processi rappresentano obiettivi ormai ineludibili delle innovazioni attuate in tutte le organizzazioni di produzione di beni e servizi. Nel settore sanitario l'obiettivo è quello di ridurre la frammentazione nell'erogazione dell'assistenza attraverso il potenziamento del coordinamento e della continuità della cura all'interno e tra le diverse istituzioni variamente coinvolte nell'assistenza dei pazienti con problemi complessi.

Lo stato attuale delle conoscenze indica la potenziale utilità dell'applicazione dei percorsi assistenziali nei riguardi di molte patologie, anche se sono necessari ancora studi di vasta portata (cRTC multicentrici) prima di poter giungere a conclusioni definitive ed alla individuazione delle "componenti attive" di tali interventi. Occorrerà sempre più condividere i risultati della ricerca e delle migliori pratiche tra le singole realtà aziendali e regionali e tra i diversi paesi.

Occorre comunque porre attenzione alla generalizzazione dei risultati (anche nel caso di risultati su specifiche patologie). Se le strategie di implementazione vengono traslate *sic et simpliciter* da un'organizzazione all'altra, in contesti e quindi con risorse (umane, tecnologiche, organizzative) diverse, l'organizzazione del processo di assistenza sarebbe quasi sicuramente inappropriato.

Le politiche di sviluppo dei percorsi devono essere adattate alle realtà locali e rappresentano sfide importanti a livello politico, organizzativo e di erogazione dei servizi.

Un ultimo, ma a nostro avviso, **fondamentale** aspetto sui percorsi assistenziali

Per contrastare le disuguaglianze di accesso/utilizzo ai servizi e alle prestazioni sanitarie (WHO, 2007), i percorsi assistenziali possono rappresentare una delle più concrete azioni degli operatori della sanità.

I soggetti più vulnerabili della società (poveri, anziani non autosufficienti, disabili, soggetti con problemi di salute mentale, immigrati, ecc.) hanno enormi difficoltà, se non quasi impossibilità, a conoscere e muoversi all'interno della complessità del sistema sanitario e nei confini tra le diverse articolazioni dei servizi (ospedale-territorio).

Lo strumento dei percorsi assistenziali mirato alla gestione integrata e coordinata delle patologie da parte di tutti gli attori del sistema e dei diversi regimi assistenziali (domiciliare, ambulatoriale, residenziale, ospedaliero), mediante la presa in carico dei bisogni del paziente, nelle diverse fasi di evoluzione della storia naturale della malattia, **rappresenta uno strumento concreto e praticabile di tutela e promozione dei soggetti fragili.**

g) Monitoraggio e valutazione degli interventi

Sulla **continuità assistenziale** vengono riportati gli argomenti/condizioni su cui sono stati costruiti indicatori di continuità presenti in diverse monografie sul tema^{256, 257, 258}.

A) PREVENTION QUALITY INDICATORS - PQIs (Agency for Healthcare Research and Quality)

I PQIs, basati su dati di ricovero (SDO), sono indicatori utili a evidenziare problemi di qualità dell'assistenza per le condizioni sensibili al sistema delle cure ambulatoriali, il che li propone al ruolo di possibili indicatori di discontinuità assistenziale in quanto basati su condizioni per le quali una buona rete di assistenza extraospedaliera deve evitare o comunque ridurre il rischio di ricovero per complicanze o aggravamenti.

I PQIs fanno riferimento a 16 condizioni sensibili ai trattamenti extraospedalieri:

- 1) Polmonite batterica
- 2) Disidratazione
- 3) Gastroenterite pediatrica
- 4) Infezione dell'apparato urinario
- 5) Appendice perforata
- 6) Basso peso alla nascita
- 7) Angina senza procedure
- 8) Scopenso cardiaco
- 9) Ipertensione
- 10) Asma in età adulta
- 11) Asma in età pediatrica
- 12) Broncopneumopatia cronico-ostruttiva
- 13) Complicanze immediate del diabete
- 14) Complicanze tardive del diabete
- 15) Diabete non controllato
- 16) Amputazione degli arti inferiori nei pazienti con diabete

²⁵⁶ P. Duca, C. Liva, P. Barbieri, G. Geraci, S.- La continuità assistenziale: sintesi dei risultati della ricerca Agenas - Monitor 2010; 9 (25): 68-88

²⁵⁷ F. Di Stanislao, G. Caracci, F. Moirano - I sistemi di indicatori Salute e territorio - Anno XXXI - Marzo-Aprile 2010 Monografia La continuità assistenziale

²⁵⁸ Manzoli L. et al.: AHRQ prevention quality indicators to assess the quality of primary care of local providers: a pilot study from Italy. *European Journal of Public Health*, Volume 24, Issue 5, October 2014, Pages 745-750

B) INDICATORI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE IN PSICHIATRIA (SCHIZOFRENIA)

- 1) Intervallo di tempo tra presa in carico dal SSN e recidiva di psicosi acuta;
- 2) Continuità del trattamento farmacologico (antipsicotici tipici)
- 3) Continuità del trattamento farmacologico (antipsicotici atipici)
- 4) Indicatori classici di continuità assistenziale (COC, SECON)²⁵⁹
- 5) Modalità di presa in carico

C) INDICATORI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE INTRA-OSPEDALIERA

- 1) L'ingresso o il trasferimento alla unità di terapia intensiva è determinato sulla base di criteri prestabiliti
- 2) Le informazioni sul trattamento sono condivise tra gli operatori medici e infermieristici e all'atto del trasferimento da un'unità all'altra
- 3) Durante tutte le fasi del trattamento un professionista qualificato viene identificato come il responsabile dell'assistenza fornita al paziente
- 4) Esiste un processo per trasferire in modo appropriato il paziente presso un'altra struttura, in modo da soddisfare il suo bisogno di continuità assistenziale
- 5) All'atto della dimissione o dell'invio ad altra struttura assistenziale il paziente riceve istruzioni comprensibili relative al follow-up

D) INDICATORI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE NELLO SCOMPENSO CARDIACO

- 1) Intervallo di tempo tra ricoveri successivi per scompenso cardiaco
- 2) Continuità del trattamento farmacologico con ACE-inibitori
- 3) Continuità del trattamento farmacologico con beta-bloccanti
- 4) Continuità del trattamento farmacologico con diuretici risparmiatori di potassio
- 5) Contenuto informativo delle lettere di dimissione (prevenzione delle recidive di scompenso)

²⁵⁹ 1. COC_R: sensibile alle variazioni del numero totale di visite e alla loro distribuzione tra diversi fornitori. È compreso tra 0 e 1, dove 0 si verifica quando ogni visita è indirizzata a un fornitore diverso e 1 si verifica quando tutte le visite sono indirizzate a un fornitore. 2. SECON_R: misura la natura sequenziale della continuità del provider. È la frazione di coppie di visite sequenziali in cui viene visto lo stesso provider. Come COC_R, varia da 0 a 1, ma al contrario dipende dall'ordine sequenziale delle visite. Un paziente che si alterna tra due operatori avrà un punteggio di 0

E) INDICATORI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE NELLA CARDIOPATIA ISCHEMICA

- 1) Continuità del trattamento farmacologico con statine nella cardiopatia ischemica
- 2) Continuità del trattamento farmacologico con beta-bloccanti nella cardiopatia ischemica
- 3) Continuità del trattamento farmacologico con anti-aggreganti nella cardiopatia ischemica
- 4) Trasferimenti all'interno della rete dell'emergenza nell'infarto miocardico acuto: indicatori di centralità della rete
- 5) Trasferimenti all'interno della rete dell'emergenza nell'infarto miocardico acuto: indicatori di densità della rete
- 6) Trasferimenti all'interno della rete dell'emergenza nell'infarto miocardico acuto: parametri della curva di potenza ("power law") della rete, in relazione alla presenza di "hub"

h) Percorsi assistenziali: raccomandazioni SIQuaS-VRQ²⁶⁰

Allo stato attuale del processo di implementazione dei percorsi assistenziali nel contesto del sistema sanitario italiano è possibile definire questi strumenti come piani di assistenza multiprofessionali e multidisciplinari, costruiti a livello locale sulla base di raccomandazioni riconosciute, per specifiche condizioni cliniche e categorie di pazienti, che identificano la sequenza degli atti diagnostico-terapeutici (microprocessi) da effettuare al fine di raggiungere obiettivi di salute, definiti a priori, con un'efficienza e un'efficacia ottimali.

- 1) Lo scopo principale dei percorsi assistenziali consiste nel migliorare i processi assistenziali, identificandone gli sprechi e gli elementi di variabilità ingiustificata, garantendo allo stesso tempo la continuità assistenziale per meglio rispondere alla complessità dei bisogni di salute.
- 2) La progettazione di percorsi assistenziali costituisce un elemento essenziale per le organizzazioni sanitarie al fine di migliorarne la pratica clinica, le prestazioni, la comunicazione tra i professionisti e il lavoro di gruppo, garantendo un miglior utilizzo delle risorse umane e materiali.
- 3) I responsabili gestionali (manager) e professionali (personale sanitario) debbano essere ciascuno al proprio livello i committenti dei percorsi assistenziali.
- 4) La proposta per la scelta dei percorsi assistenziali deve avvenire attraverso un processo di definizione delle priorità di tipo multidimensionale

²⁶⁰ "Requisiti di qualità nell'integrazione tra sanità e sociale, Raccomandazione SIQUAS VRQ", Franco Angeli Editore, 2013, a cura di Apicella Anna, Banchieri Giorgio, Di Stanislao Francesco e Goldoni Lidia.

che veda coinvolti ai diversi livelli di responsabilità il Governo (nazionale o regionale), le Direzioni aziendali, le Associazioni professionali, le Società scientifiche e le Associazioni civiche e dei pazienti.

- 5) La progettazione e l'implementazione dei percorsi assistenziali deve avvenire nel contesto locale e deve avere come principali attori tutti gli operatori coinvolti nei processi interessati.
- 6) È consigliato un coinvolgimento dei cittadini con un processo graduale che preveda un cambiamento dell'atteggiamento verso l'assistenza da parte di tutti, nel senso della partnership e dell'empowerment.
- 7) L'applicazione dei percorsi assistenziali in linea generale dovrebbe tradursi in una riduzione dei costi sostenuti dalle organizzazioni sanitarie per erogare le prestazioni. In questo senso nel processo di valutazione dei percorsi assistenziali è auspicabile avere anche indicatori di tipo economico in grado di valutare questa dimensione dell'esito.
- 8) I risultati ottenuti dall'applicazione dei percorsi assistenziali devono essere resi disponibili. È auspicabile renderli fruibili da tutti i soggetti potenzialmente interessati: dirigenti aziendali, rappresentanti politici, cittadini-utenti e professionisti. Pertanto, l'implementazione dei percorsi assistenziali dovrà essere accompagnata dall'utilizzo di adeguate strategie di diffusione dei risultati.
- 9) Le organizzazioni sanitarie dovranno essere accreditate anche in base alla diffusione e all'uso dei percorsi assistenziali e dei risultati con questi ottenuti.
- 10) I sistemi di indicatori di performance clinica dovrebbero derivare anche dai percorsi assistenziali.
- 11) È un'azione prioritaria la definizione e la programmazione di un percorso formativo di base sui percorsi assistenziali rivolto ai professionisti che operano nelle aziende sanitarie tramite un'azione concertata anche con il coinvolgimento del mondo accademico.
- 12) Il core curriculum del professionista che gestisce il processo di progettazione ed implementazione dei percorsi assistenziali deve comprendere:
 - a. Competenza professionale;
 - b. Conoscenza dei principali strumenti del Miglioramento Continuo di Qualità;
 - c. Nozioni di epidemiologia e statistica;
 - d. Nozioni di management;
 - e. Capacità di lavorare in gruppo;
 - f. Conoscenza di valore e limite della Evidence Based Medicine
 - g. Elevato valore etico.

ACCETTABILITÀ, CENTRALITÀ, EMPOWERMENT dei PAZIENTI

ACCETTABILITÀ, CENTRALITÀ, EMPOWERMENT del PAZIENTE

Fornire un'assistenza sanitaria che tenga conto delle preferenze e delle aspirazioni dei singoli utenti dei servizi, della cultura/valori della loro comunità²⁶¹ e che aiuti il paziente ad acquisire consapevolezza circa la propria salute, ad assumerne piena responsabilità, mediante la partecipazione al piano di cura, condividendo le decisioni che lo riguardano e, conseguentemente, adottando coerenti comportamenti²⁶²

I temi della **centralità** ed **empowerment dei pazienti** hanno avuto e continuano ad avere un ruolo rilevante nelle discussioni sulla qualità dell'assistenza sanitaria.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) già nel 2006, accogliendo quanto sviluppato nel mondo professionale²⁶³, ha indicato la "centralità del paziente" come una delle **sei dimensioni fondamentali della qualità dell'assistenza**: la WHO afferma, infatti, che per garantire la qualità è necessario che questa - oltre ad essere efficace, efficiente, accessibile, equa e sicura - "prenda in considerazione le preferenze e le aspirazioni dei singoli utenti e le culture delle loro comunità"²⁶⁴. Negli anni successivi la WHO ha continuato a sviluppare la riflessione sulla "centralità", definendola prima come centralità della persona e più recentemente come centralità delle persone. L'utilizzo del termine persone sottolinea la necessità di prendere in considerazione i bisogni e le specificità non solo dei pazienti, ma anche dei loro familiari, dei caregiver e della più ampia comunità. Secondo la WHO, infatti, "l'assistenza **centrata sulle persone** è più ampia dell'assistenza centrata sul paziente e sulla persona, poiché include non solo gli incontri clinici, ma anche l'attenzione alla salute delle persone nelle proprie comunità e il **loro ruolo cruciale nel modellare le politiche sanitarie ed i servizi sanitari**"²⁶⁵.

La radicata convinzione che la centralità delle persone sia una dimensione imprescindibile della qualità dell'assistenza, ha portato la WHO ad adottare nel 2016 una Risoluzione per il rafforzamento dei servizi sanitari integrati e **centrati**

²⁶¹ Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001 Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Chapter 2 - Improving the 21st-century Health Care System

²⁶² Sorensen. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health

²⁶³ Institute of Medicine (2011), *op. cit.*

²⁶⁴ WHO (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*, Geneva (http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf)

²⁶⁵ WHA (2016), *Framework integrated people-centred health services*, Geneva (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1)

sulle persone²⁶⁶. Con tale risoluzione la WHO esorta gli Stati Membri a perseguire un **approccio programmatico ed organizzativo che adotta la prospettiva degli individui, delle famiglie e delle comunità** e guarda a loro sia come beneficiari, sia come partecipanti attivi ai sistemi sanitari²⁶⁷. Il framework indicato dalla WHO stabilisce una visione in cui tutte le persone hanno pari accesso a **servizi sanitari di qualità che sono co-prodotti** con una modalità che soddisfa i loro bisogni nel corso della vita: la co-produzione implica “una relazione a lungo termine tra persone, provider e sistemi sanitari in cui le informazioni, il processo decisionale e l'erogazione dei servizi diventano condivise”²⁶⁸. È interessante notare come tra le cinque strategie chiave, indicate dalla WHO per promuovere servizi sanitari integrati e centrati sulle persone, la prima sia l'engagement e l'**empowerment** delle persone e delle comunità²⁶⁹.

In questo capitolo vengono proposte le indicazioni di letteratura più rilevanti sui due temi (che naturalmente hanno alcuni elementi di sovrapposizione) e viene incluso anche il tema più generale dell'**empowerment dei cittadini** che costituisce la piattaforma comune su cui poggiano centralità ed empowerment dei pazienti

a) Assistenza centrata sul paziente

L'assistenza centrata sul paziente è la pratica di prendersi cura dei pazienti (e delle loro famiglie) in modi significativi e preziosi per il singolo paziente. Include l'ascolto, l'informazione e il coinvolgimento dei pazienti nelle loro cure.

La definizione dello IOM (Institute of Medicine)²⁷⁰ è quella da noi adottata e definisce le cure centrate sul paziente come *“Fornire un'assistenza che siano rispettose e rispondenti alle preferenze, bisogni e valori dei singoli pazienti e assicurando che i valori dei pazienti guidino tutte le decisioni cliniche”*

²⁶⁶ WHA (2016), *Resolution WHA69.24: Strengthening integrated people-centred health services*, Geneva. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R24-en.pdf?ua=1);

WHA (2016), *Document A69/39: Framework integrated people-centred health services*, Geneva (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1)

²⁶⁷ WHO (2015), *WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim Report*. Geneva. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?ua=1)

²⁶⁸ WHA (2016), *Document A69/39: Framework integrated people-centred health services*, Geneva (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1)

²⁶⁹ WHA (2016), *Resolution WHA69.24: Strengthening integrated people-centred health services*, Geneva. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R24-en.pdf?ua=1)

WHA (2016), *Framework integrated people-centred health services*, Geneva (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1)

WHO (2015), *WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim Report*. Geneva. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?ua=1)

²⁷⁰ Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001 Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Chapter 2 - Improving the 21st-century Health Care System

i. I principi dell'assistenza centrata sul paziente del Picker Institute

Il riferimento storico fondamentale sul concetto di assistenza centrata sul paziente è il lavoro di ricerca svolto dal Picker Institute e dalla Harvard Medical School²⁷¹ che nel 1987 utilizzando un'ampia gamma di focus group (pazienti dimessi di recente, familiari, medici e personale ospedaliero non medico), in combinazione con una revisione della letteratura pertinente, definirono 7 principi primari dell'assistenza centrata sul paziente. Questi principi sono stati successivamente ampliati per includere un ottavo (*accesso alle cure*). I lavori sono stati tradotti (nel 1993) negli

8 principi di assistenza centrata sul paziente:

- 1) Rispetto dei valori, delle preferenze e dei bisogni espressi dei pazienti
- 2) Coordinamento e integrazione delle cure
- 3) Informazione e istruzione
- 4) Comfort fisico
- 5) Supporto emotivo e attenuazione della paura e dell'ansia
- 6) Coinvolgimento di familiari e amici
- 7) Continuità e transizione
- 8) Accesso alle cure

1. Rispetto dei valori, delle preferenze e dei bisogni espressi dei pazienti

Coinvolgere i pazienti nel processo decisionale, riconoscendo che sono individui con i loro valori e preferenze unici. Trattare i pazienti con dignità, rispetto e sensibilità nei confronti dei propri valori culturali e autonomia.

2. Coordinamento e integrazione delle cure

Durante i focus group, i pazienti hanno espresso sensazione di essere vulnerabili e impotenti di fronte alla malattia. Il corretto coordinamento delle cure può alleviare questi sentimenti. I pazienti hanno identificato tre aree in cui il coordinamento dell'assistenza può ridurre i sentimenti di vulnerabilità:

- *Coordinamento dell'assistenza clinica*
- *Coordinamento di servizi ausiliari e di supporto*
- *Coordinamento dell'assistenza al paziente in prima linea*

3. Informazione e educazione

Nelle interviste, i pazienti hanno espresso la loro preoccupazione di non essere completamente informati sulla loro condizione o prognosi. Per contrastare questa paura, gli ospedali e tutte le strutture/servizi sanitari e sociosanitari (n.d.r.) possono concentrarsi su tre tipi di **comunicazione**:

- **Informazioni su stato clinico, progressi e prognosi**
- **Informazioni sui processi di cura**

²⁷¹ Picker Institute. (1987). Principles of patient-centered care.

- *Informazioni per facilitare l'autonomia, la cura di sé e la promozione della salute*

4. Comfort fisico

Il livello di conforto fisico riportato dai pazienti ha un impatto significativo sulla loro esperienza. Sono state segnalate tre aree particolarmente importanti per i pazienti:

- *Gestione del dolore*
- *Assistenza con attività e bisogni di vita quotidiana*
- *Ambiente e ambiente dell'ospedale*

5. Supporto emotivo e attenuazione della paura e dell'ansia

La paura e l'ansia associate alla malattia possono essere debilitanti quanto gli effetti fisici. Gli operatori sanitari dovrebbero prestare particolare attenzione a:

- *Ansia per lo stato fisico, il trattamento e la prognosi*
- *Ansia per l'impatto della malattia su sé stessi e sulla famiglia*
- *Ansia per l'impatto finanziario della malattia*

6. Coinvolgimento di familiari e amici

Questo principio affronta il ruolo della famiglia e degli amici nell'esperienza del paziente. Le dimensioni familiari dell'assistenza centrata sul paziente sono state identificate come segue:

- *Fornire alloggi per familiari e amici*
- *Coinvolgere la famiglia e gli amici intimi nel processo decisionale*
- *Sostenere i membri della famiglia come badanti*
- *Riconoscere le esigenze della famiglia e degli amici*

7. Continuità e transizione

I pazienti hanno espresso preoccupazione per la loro capacità di prendersi cura di sé stessi dopo la dimissione. Per soddisfare le esigenze dei pazienti in questo settore è necessario quanto segue:

- *Fornire informazioni comprensibili e dettagliate su farmaci, limitazioni fisiche, esigenze dietetiche, ecc.*
- *Coordinare e pianificare trattamenti e servizi in corso dopo la dimissione*
- *Fornire informazioni sull'accesso al supporto clinico, sociale, fisico e finanziario su base continuativa.*

8. Accesso alle cure

I pazienti devono sapere che possono accedere alle cure quando è necessario. Concentrandosi principalmente sulle cure ambulatoriali sono risultate importanti per il paziente le seguenti aree:

- *Accesso all'ubicazione di ospedali, cliniche e studi medici*

- *Disponibilità di trasporto*
- *Facilità di pianificazione degli appuntamenti*
- *Disponibilità di appuntamenti quando necessario*
- *Accessibilità a specialisti o servizi specializzati in caso di rinvio*
- *Chiare istruzioni fornite su quando e come ottenere un rinvio*

È opportuno inserire un breve inciso sui termini **informazione** e **comunicazione** che ricorrono numerose volte in questo manuale.

ii. La comunicazione organizzativa

La **comunicazione organizzativa**²⁷² è concepita come “l’insieme dei processi strategici e operativi, di creazione, di scambio e di condivisione di messaggi informativi e valoriali all’interno delle diverse reti di relazioni che costituiscono l’essenza dell’organizzazione e della sua collocazione nell’ambiente. La comunicazione organizzativa **coinvolge i membri interni, i collaboratori interni-esterni** e tutti i soggetti esterni in qualche modo interessati o coinvolti nella vita dell’organizzazione compresi **i suoi clienti effettivi o potenziali**”²⁷³.

Occorre evidenziare la distinzione tra informazione vs comunicazione²⁷⁴ :

- a. **Informazione**: come attività operativa, orientata ai contenuti, finalizzata allo scambio di dati, direttamente riferita alla dimensione “politica” della gestione organizzativa, deprivata di ogni contesto emotivo, estranea ad ogni logica di feedback
- b. **Comunicazione**, come attività gestionale, orientata al processo, finalizzata al dialogo e alla relazione, direttamente coinvolta nella dimensione politica, permeabile ai contesti emotivi, centrata sulla logica del feedback

Si potrebbe pertanto convenire sul fatto che l’informazione diviene comunicazione là dove si istituisce una rete di relazioni che a sua volta individua uno spazio comune di confronto possibile, dove si instaurano processi di feedback che garantiscono la verifica costante dei risultati di tale controllo. In questa prospettiva la comunicazione diviene lo strumento organizzativo per trasformare le informazioni in comportamenti, per incidere sulla dimensione sociale e collettiva dei sistemi organizzativi operando attivamente dall’interno.

La comunicazione organizzativa viene così teorizzata, in quanto rispetto alla comunicazione interna, essa identifica, comprende e integra tutti i processi comunicazionali necessari alla vita e allo sviluppo dell’organizzazione. Ingloba, quindi, sia la comunicazione interna che esterna, usata con finalità di informare e coinvolgere i soggetti esterni all’organizzazione, ma anche il *marketing*, quando questo

²⁷² Caldesi R. - (esperta di comunicazione in sanità e membro del Direttivo ASQUAS) I processi comunicativi in ambito sanitario e socio sanitario.

²⁷³ Invernizzi E. - La comunicazione organizzativa: teorie, modelli e metodi. Giuffrè, 2000

²⁷⁴ G.P. Quaglino, La comunicazione come processo organizzativo, *Micro & Macro Marketing*, 1992, 3, pp.326-327

si propone di potenziare prodotti e servizi migliorando le capacità relazionali del *front-line* e di stabilire relazioni sistematiche e durature con i clienti/utenti effettivi e potenziali.

Tenendo conto di questa teorizzazione, la comunicazione organizzativa è stata ulteriormente identificata in quattro sottocategorie, che gli studiosi hanno evidenziato partendo proprio dallo studio dei contenuti comunicativi all'interno delle varie funzioni dell'organizzazione.

La comunicazione organizzativa può essere suddivisa in:

- comunicazione funzionale;
- comunicazione informativa;
- comunicazione formativa;
- comunicazione creativa.

Tale classificazione non ha solo funzione teorica per lo studio, ma, al contrario, risulta molto utile dal punto di vista operativo, perché proprio da questa suddivisione è possibile ricostruire competenze funzionali strettamente collegate alle risorse umane che operano nell'organizzazione.

Si tratta cioè di un ausilio sia per l'analisi e la strutturazione dei processi produttivi, sia per la reingegnerizzazione dei servizi, e quindi, per nuovi modelli organizzativi.

Molte aziende sanitarie, soprattutto in Emilia Romagna ed in Lombardia - dove il modello organizzativo regionale della sanità si è ispirato alla centralità dell'utente e del cittadino, nonché, nella prima, alla qualità e, nella seconda anche al marketing per sostenere un modello di tipo competitivo - hanno infatti istituito e sviluppato, nella loro organizzazione interna, veri e propri *dipartimenti della comunicazione*, concentrando in essi sia competenze di relazioni esterne, comunicazione interna, esterna, educazione alla salute, marketing, informazione, ICT, formazione e sviluppo.

La **comunicazione** è di tipo *funzionale*, quando, come suggerisce il termine, tratta informazioni di tipo operativo. Si tratta di istruzioni che ritroviamo nei processi di qualità e che permettono a tutti di condividere un modo di agire, di discuterne e migliorarne l'efficacia. È costituita da un flusso di tutte le istruzioni e informazioni operative e altri dati che rendono possibile e/o facilitano il processo gestionale. Questo flusso di dati e notizie è definito *top-down* quando parte, gerarchicamente, dall'alto verso il basso; *bottom-up* quando parte dal basso verso l'alto; e *one to one* quando è trasversale o tra pari.

La **comunicazione informativa** riguarda tutte le informazioni necessarie a far conoscere l'azienda per quello che realmente è, con le sue strategie, le sue politiche, sia al suo interno che all'esterno, facendo ricorso a tecniche comunicative di trasparenza e di visibilità definendo anche i contenuti della comunicazione istituzionale.

La **comunicazione formativa** è la formazione ormai sempre più abbinata all'introduzione delle nuove tecnologie, ai nuovi modelli organizzativi, all'introduzione

di modelli di qualità, allo sviluppo e condivisione della conoscenza per una gestione partecipativa e orientata all'*empowerment*.

La **comunicazione creativa**, infine, è quella che si ritrova nei sistemi di qualità, in particolare in quelli di Qualità Totale, nel cui ambito si creano gruppi di progettazione interfunzionali per generare innovazione o miglioramento, partendo dall'analisi dell'esistente.

Più si costituiscono modelli organizzativi a rete (es. gli ospedali in rete, oppure le stesse Società della Salute) e più la comunicazione organizzativa diventa importante per il funzionamento e lo sviluppo degli stessi. Questo perché, da un lato, costituisce il supporto di ciascuna delle componenti della rete e, dall'altro, è lo strumento indispensabile per l'integrazione e lo sviluppo di quelle stesse componenti

iii. L' assistenza centrata sul paziente

Il significato dell'espressione "centralità del paziente" viene messa a fuoco in un articolo²⁷⁵ che si fa utilmente carico di definirne il profilo (**WHAT**), di riassumerne gli effetti sulla salute (**WHY**) e di come tradurne in pratica i principi (**HOW**).

Verrà utilizzata questa chiave di lettura, rivisitata da Gavino Maciocco²⁷⁶ (promotore e coordinatore del progetto SALUTE INTERNAZIONALE²⁷⁷).

COSA È? Definire l'assistenza centrata sul paziente

È bene in primo luogo premettere **cosa non è** l'assistenza centrata sul paziente: non è capitolare di fronte alle richieste del paziente e neppure inondare l'assistito di informazioni lasciandolo solo nel momento di prendere le decisioni.

Alla base dell'assistenza centrata sul paziente c'è **la relazione di cura tra medico e paziente** ed estensivamente tra medico e i membri della famiglia. Una relazione che si nutre di un continuo **scambio bidirezionale** d'informazioni finalizzato a esplorare le preferenze e i valori del paziente, ad aiutare il paziente e la sua famiglia a fare le scelte giuste, a facilitare l'accesso alle cure appropriate, a rendere possibili i cambiamenti negli stili di vita necessari per mantenere o migliorare lo stato di salute. Tutto ciò deve portare a due risultati:

- 1) Il medico deve arrivare a conoscere e rispettare i valori, le speranze, le reazioni del paziente, oltre che i suoi sintomi. In questo contesto il medico sarà in grado di fornire un'assistenza personalizzata e veramente ritagliata sui bisogni del paziente.

²⁷⁵ Project HOPE— The People-to-People Health Foundation, Inc.. Epstein R.M., Fiscella K., Lesser S. Stange K.C. *Why The Nation Needs A Policy Push On Patient-Centered Health Care*. HEALTH AFFAIRS 2010, 29:8, 1489-95

²⁷⁶ Modificato da Gavino Maciocco CENTRALITÀ DEI PAZIENTI.
<http://www.saluteinternazionale.info/2010/10/assistenza-sanitaria-e-centralita-del-paziente-what-why-how/>

²⁷⁷ <https://www.saluteinternazionale.info/chi-siamo/>

- 2) Il paziente sarà messo nelle condizioni di partecipare alle decisioni che riguardano la sua salute e anche di diventare attore consapevole dei processi di prevenzione, di guarigione e di cura.

Raggiungere questi obiettivi spesso richiede **la presenza di una comunità ben coordinata di professionisti sanitari**. Perché, sebbene il contributo di ciascun clinico sia fondamentale, **può risultare troppo impegnativo per un singolo medico soddisfare da solo le aspettative di tutti i suoi pazienti**.

PERCHÉ? L'importanza dell'assistenza centrata sul paziente

Anche in questo caso è necessaria una premessa. La centralità del paziente nei processi di cura è **una cosa intrinsecamente giusta**, indipendentemente dal fatto che questa raggiunga dei risultati in termini di qualità delle cure, di benessere del paziente o di corretta distribuzione delle risorse. **Da una prospettiva strettamente etica l'assistenza centrata sul paziente risponde all'obbligo dei professionisti di porre l'interesse del paziente al di sopra di ogni altro**.

Premesso ciò, l'assistenza centrata sul paziente ha davvero dimostrato di funzionare anche in termini di risultati di salute. Questo approccio migliora la percezione di benessere del paziente, sia direttamente riducendo l'ansietà e la depressione, sia indirettamente promuovendo la fiducia e la coesione sociale. Tutto ciò aumenta la capacità del paziente di affrontare le avversità legate alla malattia, di gestire meglio le emozioni e di navigare più efficacemente nei meandri del sistema sanitario²⁷⁸. I risultati di una più intensa comunicazione tra paziente e team assistenziale – elemento fondamentale dell'assistenza centrata sul paziente – sono stati studiati in una serie di ricerche che hanno dimostrato **il raggiungimento di una serie di outcome, come:**

- **il miglioramento della qualità della vita,**
- **una più lunga sopravvivenza,**
- **il contenimento dei costi assistenziali (es: minori accertamenti diagnostici, minori ricoveri ospedalieri ²⁷⁹)**
- **la riduzione nelle disuguaglianze nella salute ²⁸⁰**

²⁷⁸ Jr Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns* 2009 Mar;74(3):295-301.

²⁷⁹ Kate R et Al. Evidence Suggesting That a ChronicDiseaseSelf-Management Program Can Improve Health Status While Reducing Hospitalization. *Medical Care* 1999; 37 (1):5-14.

²⁸⁰ Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing Physician Communication Skills For Patient-Centered Care. *HEALTH AFFAIRS* 2010; 29:7, 1310-17.

COME? Criteri per la realizzazione dell'assistenza centrata sul paziente

Se alla base dell'assistenza centrata sul paziente c'è la relazione di cura tra medico e paziente, va subito aggiunto che la forza e l'efficacia di tale relazione è influenzata in maniera decisiva dal contesto. Elenchiamo di seguito alcune condizioni che favoriscono la crescita delle relazioni di cura e di conseguenza l'affermazione dell'assistenza centrata sul paziente:

- **L'assetto organizzativo.** Il lavoro in team, la presenza di personale non medico qualificato, il coordinamento degli interventi per favorire l'accessibilità e garantire la continuità delle cure sono gli elementi essenziali di un contesto organizzativo favorevole all'assistenza centrata sul paziente. Ciò è tanto più importante, quanto più complesse sono le situazioni cliniche dei pazienti, come nel caso delle malattie croniche. Qui entra in gioco il senso di responsabilità collettiva tra molteplici professionisti nei confronti della salute del paziente e non solo il rispetto di una procedura e l'adempimento di un compito.
- **Le infrastrutture informatiche.** Una serie di funzioni che favoriscono lo sviluppo dell'assistenza centrata sul paziente richiede la dotazione di infrastrutture informatiche evolute. Pensiamo ai registri di patologia, ai sistemi automatici di allerta e richiamo, ai sistemi per organizzare i dati clinici, le prescrizioni elettroniche, i sistemi di comunicazione e di prenotazione via internet.
- **I sistemi di valutazione.** Nonostante la sua complessità, l'assistenza centrata sul paziente può essere misurata, in modo che i *policy makers* possano monitorare i progressi verso un sistema sanitario più centrato sul paziente. A questo proposito in una monografia del *National Cancer Institute*²⁸¹ si evidenziano sei aspetti misurabili dell'assistenza centrata sul paziente:
 - a. la crescita delle relazioni di cura;
 - b. lo scambio di informazioni;
 - c. la risposta alle emozioni;
 - d. la gestione dell'incertezza;
 - e. prendere le decisioni;
 - f. supportare il self-management.

Questi sei elementi interagiscono tra loro e alla fine influenzano i risultati di salute

- **La formazione.** L'università deve occuparsi più frequentemente e rigorosamente delle abilità interpersonali dei professionisti, così come le organizzazioni a tutela dei cittadini devono incoraggiare i pazienti a intervenire nella gestione della loro assistenza e a condividere le decisioni sulla loro salute.

²⁸¹ Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing Physician Communication Skills For Patient-Centered Care. HEALTH AFFAIRS 2010; 29:7, 1310-17

Le organizzazioni sanitarie, infine, devono promuovere la cultura della centralità del paziente attraverso politiche che favoriscono la relazione di cura.

- **La politica.** Molto dipenderà anche dalla politica, dal ruolo che vorranno svolgere i policy makers a livello nazionale e locale, “dal loro impegno (commitment) nel sostenere trasformazioni strutturali e personali difficili, ma necessarie”.

iv. La Carta europea dei diritti del malato

La centralità del paziente si realizza rispettando i diritti del paziente, diritti che sono stati specificati nella **Carta Europea dei diritti del Malato**. Per l'Italia hanno partecipato alla elaborazione della carta Cittadinanzattiva²⁸²- Tribunale per i diritti del malato.

La **Carta europea dei diritti del malato** è stata scritta nel 2002 su iniziativa di Active Citizenship Network (A.C.N.), in collaborazione con 12 organizzazioni civiche dei Paesi dell'Unione europea. A.C.N. è la rete composta da circa 100 organizzazioni civiche in 30 Paesi europei nata per contribuire allo sviluppo della cittadinanza attiva in Europa.

La **Carta europea dei diritti del malato** proclama **14 diritti dei pazienti** che, nel loro insieme, mirano a garantire un “alto livello di protezione della salute umana” (articolo 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea) assicurando l'elevata qualità dei servizi erogati dai diversi sistemi sanitari nazionali in Europa. I 14 diritti sono una concretizzazione di diritti fondamentali e, come tali, devono essere riconosciuti e rispettati in ogni Paese; essi sono correlati con doveri e responsabilità che sia i cittadini che gli altri attori della sanità devono assumere. La Carta si applica a tutti gli individui, riconoscendo il fatto che le differenze, come l'età, il genere, la religione, lo status socio- - economico ecc., possono influenzare i bisogni individuali di assistenza sanitaria

1 Diritto a misure preventive

Ogni individuo ha diritto a servizi appropriati per prevenire la malattia.

2 Diritto all'accesso

Ogni individuo ha il diritto di accedere ai servizi sanitari che il suo stato di salute richiede. I servizi sanitari devono garantire eguale accesso a ognuno, senza discriminazioni sulla base delle risorse finanziarie, del luogo di residenza, del tipo di malattia o del *momento di accesso al servizio*.

3 Diritto all'informazione

²⁸² Cittadinanzattiva è un'organizzazione, fondata nel 1978, che promuove l'attivismo dei cittadini per la tutela dei diritti, la cura dei beni comuni, il sostegno alle persone in condizioni di debolezza.

Ogni individuo ha il diritto di accedere a tutte le informazioni che riguardano il suo stato di salute, i servizi sanitari e il modo in cui utilizzarli, nonché a tutte quelle informazioni che la ricerca scientifica e l'innovazione tecnologica rendono disponibili.

4 Diritto al consenso

Ogni individuo ha il diritto di accedere a tutte le informazioni che possono metterlo in grado di partecipare attivamente alle decisioni che riguardano la sua salute. Queste informazioni sono un prerequisito per ogni procedura e trattamento, ivi compresa la partecipazione alle sperimentazioni.

5 Diritto alla libera scelta

Ogni individuo ha il diritto di scegliere liberamente tra differenti procedure ed erogatori di trattamenti sanitari sulla base di informazioni adeguate.

6 Diritto alla privacy e alla confidenzialità

Ogni individuo ha il diritto alla confidenzialità delle informazioni di carattere personale, incluse quelle che riguardano il suo stato di salute e le possibili procedure diagnostiche o terapeutiche, così come ha diritto alla protezione della sua privacy durante l'attuazione di esami diagnostici, visite specialistiche e trattamenti medicochirurgici in generale.

7 Diritto al rispetto del tempo dei pazienti

Ogni individuo ha diritto a ricevere i necessari trattamenti sanitari in tempi brevi e predeterminati. Questo diritto si applica a ogni fase del trattamento.

8 Diritto al rispetto di standard di qualità

Ogni individuo ha il diritto di accedere a servizi sanitari di alta qualità, sulla base della definizione e del rispetto di standard ben precisi.

9 Diritto alla sicurezza

Ogni individuo ha il diritto di non subire danni derivanti dal cattivo funzionamento dei servizi sanitari o da errori medici e ha il diritto di accedere a servizi e trattamenti sanitari che garantiscano elevati standard di sicurezza.

10 Diritto all'innovazione

Ogni individuo ha il diritto di accedere a procedure innovative, incluse quelle diagnostiche, in linea con gli standard internazionali e indipendentemente da considerazioni economiche o finanziarie.

11 Diritto a evitare le sofferenze e il dolore non necessari

Ogni individuo ha il diritto di evitare quanta più sofferenza possibile, in ogni fase della sua malattia.

12 Diritto a un trattamento personalizzato

Ogni individuo ha il diritto a programmi diagnostici o terapeutici il più possibile adatti alle sue esigenze personali.

13 Diritto al reclamo

Ogni individuo ha il diritto di reclamare ogni qualvolta abbia subito un danno e di ricevere una risposta.

14 Diritto al risarcimento

Ogni individuo ha il diritto di ricevere un risarcimento adeguato, in tempi ragionevolmente brevi, ogni qualvolta abbia subito un danno fisico, morale o psicologico causato dai servizi sanitari.

In Italia il tema della centralità del cittadino è portata avanti in collaborazione con gli enti pubblici da Cittadinanzattiva **un'organizzazione, fondata nel 1978, che promuove l'attivismo dei cittadini per la tutela dei diritti, la cura dei beni comuni, il sostegno alle persone in condizioni di debolezza. La sua mission discende dall'Articolo 118 comma 4 della Costituzione della Repubblica italiana** che indica che: *Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà*. Dal 1997 Cittadinanzattiva promuove il premio Andrea Alesini per le buone pratiche in sanità²⁸³.

b) Empowerment

L' **Empowerment** è il processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita²⁸⁴

Lo stesso autore ha distinto tre livelli di analisi: individuale, organizzativo, comunitario.

A **livello individuale** si fa riferimento ai processi che portano la persona a maturare una consapevolezza critica del contesto sociopolitico di appartenenza, e a

²⁸³ Maffei C. - Quando i leader della sanità pubblica italiana fanno la differenza: Andrea Alesini <https://www.marchesanita.it/home/blog/quando-i-leader-della-sanita-pubblica-italiana-fanno-la-differenza-andrea-alesini> - Ultima modifica 2018

²⁸⁴ Wallerstein N. (2006), What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf)

percepirsi padrona della situazione, responsabile delle proprie azioni, capace di esercitare un controllo e di incidere attivamente su ciò che accade intorno.

A **livello organizzativo** viene effettuata una distinzione tra organizzazioni *empowering* (quelle che offrono ai propri membri opportunità per sviluppare competenze e per acquisire un senso di controllo, e si configurano quali contesti all'interno dei quali è possibile condividere informazioni ed esperienze, maturando un senso di identità collettiva) e organizzazioni *empowered* (quelle che, prescindendo dalla presenza o assenza di processi di empowerment a vantaggio dei propri membri, prosperano in rapporto alla concorrenza, raggiungono i propri obiettivi, influiscono sulle decisioni politiche, sviluppano la propria efficienza, esercitano un'influenza su vaste aree geografiche).

A **livello comunitario**, l'attenzione è posta sulle opportunità offerte ai cittadini di partecipare al governo della collettività, sull'accessibilità di risorse e di servizi ricreativi, di sicurezza, di salute e di cura, sulla tolleranza per la diversità. Una comunità è *empowered* quando i suoi cittadini possiedono il desiderio, le competenze, le risorse per lavorare assieme al fine di identificare i bisogni della collettività, sviluppare strategie per indirizzare questi bisogni, mettere in atto azioni volte ad un loro soddisfacimento.

Wallerstein non manca di mettere in evidenza come ciascuno di questi livelli sia strettamente interconnesso agli altri due e come processi di *empowerment* individuale, organizzativo, comunitario siano mutualmente interdipendenti e correlati in rapporti di causa-effetto.

i. Empowerment dei pazienti

L' **Empowerment dei pazienti** è il processo con cui il paziente viene aiutato ad acquisire consapevolezza circa la propria salute e ad assumerne piena responsabilità, mediante la partecipazione al piano di cura, condividendo le decisioni che lo riguardano e, conseguentemente, adottando coerenti comportamenti ²⁸⁵ (ALLEGATO 17)

Le direttrici di azioni/interventi per promuovere l'empowerment sono sostanzialmente due:

Formare i cittadini

È necessario formare i cittadini per far sì che possano comunicare con il sistema sanitario, trovare, comprendere e valutare le informazioni disponibili.

Formare gli operatori della sanità, dell'istruzione e della cultura

L'operatore deve essere formato per essere capace di valutare il grado di comprensione del cittadino ed esprimersi di conseguenza con linguaggio compatibile, semplice, dando informazioni corrette, utili.

²⁸⁵ As.I.Qua.S. – Glossario 2019

Una componente chiave di **empowerment** e **centralità** del paziente è l'accesso dei pazienti a informazioni accurate e di qualità elevata sulla loro malattia e le opzioni terapeutiche a loro disposizione. Questo è comunemente definito **health literacy** (alfabetizzazione sanitaria) che implica "conoscenza, motivazione e competenze delle persone per accedere, comprendere, valutare e applicare le informazioni sanitarie al fine di esprimere giudizi e prendere decisioni vita quotidiana riguardante l'assistenza sanitaria"²⁸⁶

Nel complesso, i soggetti con buona alfabetizzazione sanitaria tendono ad esibire comportamenti più sani che portano a uno stato più elevato di benessere, aumento dell'aspettativa di vita e minori possibilità di sviluppare una malattia cronica rispetto alle persone meno istruite per la salute²⁸⁷.

ii. Health Literacy

Il grado di capacità degli individui di avere accesso, comprendere e utilizzare le informazioni con modalità utili a promuovere e a mantenere un buono stato di salute. Da una corretta alfabetizzazione sanitaria consegue inevitabilmente l'empowerment²⁸⁸

Il livello di istruzione è universalmente riconosciuto come uno dei più importanti determinanti di salute, dalla dimensione mondiale a quella europea, nazionale, regionale o locale²⁸⁹

Il *cittadino competente* dovrebbe essere in grado di

- trovare *informazioni* su temi sanitari e servizi;
- saper leggere, ascoltare, *comprendere e valutare la qualità delle informazioni*;
- interpretare i *risultati delle analisi* e *calcolare i dosaggi dei farmaci*;
- esprimere con chiarezza domande ed opinioni;
- comprendere *rischi e benefici*
- essere capace di prendere decisioni
- avere un'idea dei concetti di *rischio e probabilità*,
- conoscere il *corretto stile di vita*
- *contribuire a scelte di salute collettive e alla gestione di servizi*

Come valutare il grado di comprensione del cittadino?

Esistono dei test per la **misura individuale** dell'alfabetizzazione ma raramente gli operatori sanitari li utilizzano, a causa di mancanza di tempo, scarsa

²⁸⁶ EMPATHIE, H. P. (2015). Empowering patients in the management of chronic diseases. Final Report.

²⁸⁷ Sorensen. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*.

²⁸⁸ Il tema Health Literacy viene sviluppato nel paragrafo 17 c.i. del volume

²⁸⁹ Mackenbach J.P.: Health Inequalities: Europe in Profile. Erasmus MC University Medical Center Rotterdam, 2006

disponibilità dei pazienti a sostenere test, carenza di strumenti adatti o di personale. I test disponibili sono:

- Wide Range Achievement Test (WRAT)
- CLOZE e Test Of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)
- Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)
- Newest Vital Sign (NVS)

In Italia esperienze di questi strumenti sono ancora limitate a poche regioni e a contesti sperimentali ospedalieri.

In Emilia-Romagna l'applicazione della Health Literacy è stato uno dei punti fondamentali del Programma regionale 2010-2013 e degli obiettivi assegnati alle Aziende sanitarie del S.S.R.

La Regione Emilia-Romagna ha promosso un percorso formativo (fine 2011, inizio 2012) dedicato a operatori sanitari e della comunicazione, applicato al percorso oncologico.

Completato il percorso, è stata effettuata la "disseminazione" dei principi e delle tecniche acquisiti sulla Health Literacy in tutto il Servizio sanitario regionale utilizzando, ancora il percorso oncologico come ambito di sperimentazione.

Al S. Anna (Ferrara), ad esempio, sono stati sviluppati:

- a. un progetto pilota all'interno dell'Unità operativa di oncologia con i seguenti obiettivi:
 - raccolta e revisione dei **materiali informativi** cartacei rivolti a pazienti e familiari;
 - realizzazione di **schede tematiche** sugli effetti dei trattamenti chemioterapici;
 - redazione di un **glossario** delle parole maggiormente utilizzate in ambito oncologico;
 - sviluppo e somministrazione di un **questionario ai pazienti** per rilevare criticità su cui intervenire derivanti dall'errata interpretazione delle istruzioni terapeutiche;
 - predisposizione di **percorsi di approfondimento** per migliorare la **relazione medico/paziente** in funzione degli strumenti *Health Literacy*;
 - **perfezionamento dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali** integrati con i materiali e i metodi secondo i principi Health Literacy;
- b. il progetto "Biblioteca del paziente", creato per far sì che i pazienti possano disporre di **canali affidabili di informazione** sulla salute. È una **raccolta di siti web, selezionati in base a criteri di qualità** (chiarezza dello scopo del sito, chiara individuazione di eventuali sponsorizzazioni e un corretto trattamento dei dati dell'utente) dedicati ai temi della salute, suddivisi per reparti. Lo scopo è di migliorare la qualità dell'informazione e aiutare le persone che si trovano a dover fare una scelta in tema di assistenza sanitaria

Altri esempi in Italia di informazione offerta con livelli differenziati di linguaggio sono:

- a. Biblioteche mediche per pazienti oncologici

- b. Biblioteche mediche per i pazienti oncologici e per i cosiddetti “consumatori di salute”.
- c. Biblioteca del Paziente dell’Istituto Regina Elena
- d. SNLG – Linee guida in versione semplificata per il cittadino

iii. Empowerment dei cittadini

Il **cittadino empowered** è un soggetto che comprende e sceglie, è un costruttore dei propri stili di vita, un protagonista del proprio benessere ed è in grado di integrare in modo responsabile con il SSN.²⁹⁰

In Italia, come già segnalato, è Cittadinanzattiva il referente fondamentale per lo sviluppo dell’empowerment dei cittadini in sanità. Cittadinanzattiva Onlus si avvale dell’**Agenzia di Valutazione Civica** (struttura interna a Cittadinanzattiva creata nel luglio 2010) per promuovere la cultura della valutazione e sostenere l’empowerment e la partecipazione dei cittadini nei processi di governo e di produzione delle politiche pubbliche. L’Agenzia nasce a partire dall’esperienza di valutazione civica sulla qualità dei servizi e delle strutture sanitarie con l’esperienza dell’**Audit civico**, una metodologia adottata complessivamente, a partire dal 2001, in oltre 170 aziende sanitarie, avvalendosi di équipe di valutazione miste composte da cittadini e operatori sanitari. I risultati del VI Rapporto Audit Civico 2009 sono disponibili in:

<http://www.cittadinanzattiva.it/form/audit-civico/documenti/AC-nazionale-2009.pdf>

La tematica è stata al centro dell’attenzione anche dello Stato e delle Regioni che hanno chiamato Agenas a contribuire alla promozione dell’empowerment individuale, organizzativo e di comunità nell’ambito dei Servizi Sanitari Regionali. A tal proposito, nell’ottica di promuovere la conoscenza e il trasferimento delle migliori esperienze, sono state raccolte 152 buone pratiche di empowerment realizzate nelle Regioni/PA e rese disponibili in un data base pubblico²⁹¹ Il lavoro di condivisione di definizioni, strumenti di rilevazione di esperienze significative e promozione del loro trasferimento, è stato realizzato in collaborazione delle Regioni ed è consultabile nel Quaderno di Monitor dedicato al “Sistema sanitario e l’empowerment”²⁹².

²⁹⁰ Ministero della Salute. Relazione sullo stato di salute del Paese 2009-2010. Cap. 3.3. Coinvolgimento degli stakeholder. Roma 2011 (*modificato*)

²⁹¹ <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/qualita-e-sicurezza/empowerment-del-cittadino/esperienze-di-empowerment>

²⁹² https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/8_IL_SISTEMA_SANITARIO.pdf.

I Comitati Consultivi Misti (CCM)

I Comitati Consultivi Misti (CCM) sono lo strumento organizzativo privilegiato per la rilevazione ed il miglioramento della qualità dei servizi da parte dei cittadini. Sono un interlocutore dell'Ausl e rappresentano la voce dei cittadini all'interno dei servizi sanitari. Sono composti in maggioranza da membri eletti dalle **associazioni di volontariato** presenti sul territorio aziendale e da dirigenti in rappresentanza dell'Azienda.

I CCM collaborano al miglioramento dei percorsi d'accesso ai servizi, promuovono indagini e valutazione sulla qualità dei servizi dal punto di vista degli utenti, esprimono pareri e valutazioni rispetto ai segnali di disservizio e alle azioni di miglioramento, collaborano con l'Azienda USL per l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini.

Sono composti in maggioranza da rappresentanze dei cittadini (associazioni di volontariato e di tutela) e in minoranza da rappresentanti dell'Azienda sanitaria. Sono presieduti da un componente delle rappresentanze dei cittadini. È loro compito la verifica, il supporto, la funzione propositiva all'Azienda sanitaria relativamente al miglioramento della qualità dei servizi.

Il Comitato consultivo misto (Ccm) ha compiti di verifica, supporto, proposta sui servizi sanitari e in particolare sulla loro qualità dal punto di vista dei cittadini. L'Azienda sanitaria è impegnata a confrontarsi con il Ccm sulla programmazione aziendale, a nominare autorevoli referenti aziendali all'interno del Ccm, a promuovere la formazione dei componenti del Ccm e la conoscenza di questo organismo all'esterno e all'interno, a supportarne l'attività operativa

Sul tema dell'empowerment dei pazienti/cittadini riteniamo utile presentare il progetto "**Portale della Trasparenza dei Servizi per la Salute**" di prossima fruizione²⁹³.

Obiettivo generale del progetto è offrire ai cittadini un Portale di facile accesso sul tema della salute che offra informazioni semplici, chiare, univoche e di qualità, assicurando la necessaria integrazione tra le differenti fonti informative già esistenti, a livello nazionale, regionale e locale.

Il progetto (maggiori dettagli in **ALLEGATO 18**) è articolato in **tre Linee di intervento** che riguardano:

- 1) **il Portale della Trasparenza dei Servizi della salute,**
- 2) **il Programma nazionale esiti (PNE),**
- 3) **la Direttiva 2011/24 –Applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera.**

Le suddette linee corrispondono ai tre obiettivi specifici individuati e alle relative attività, come esplicitato di seguito.

3.2. Obiettivi specifici

²⁹³ Presidenza del Consiglio dei Ministri (CSR 0004208 del 22/9/2016): Approvazione del documento recante il progetto "Portale trasparenza dei servizi per la salute"

- 3.2.1 Creazione del Portale della trasparenza dei Servizi per la Salute
- 3.2.2 Rafforzamento del Programma Nazionale Esiti (PNE)
- 3.2.3 Attuazione della Direttiva 2011/24/ UE – Applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera

4) **Linee di Intervento e articolazione delle attività**

4.1 - Linea 1- Creazione del Portale della trasparenza dei servizi per la salute

I contenuti del Portale vanno ad integrare le informazioni detenute dal Ministero della Salute con quelle provenienti dalle Regioni, dalle Province autonome e dagli altri enti ed operatori dei Servizi Sanitari Regionali e vengono aggregati sui seguenti **tre Assi portanti**:

- **la salute;**
- **i servizi per la salute;**
- **il forum su salute e servizi.**

Il primo Asse – La Salute sarà sviluppato selezionando il materiale più rilevante disponibile, per le seguenti sotto aree: NEWS attualità sanitarie; Promozione della salute- Prevenzione (vaccinazioni, screening, ecc.); Stili di vita salutari; Dizionario medico (Malattie, Farmaci, Tecnologie diagnostiche, ecc.); Innovazioni diagnostiche, terapeutiche, assistenziali; Normativa e linee guida (diagnostiche- terapeutiche- assistenziali- accessibilità (indicando il link all'ISS)

Il secondo Asse – I Servizi per la Salute, comprende:

- *I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) come recepiti dalle Regioni e P.A.*
- *Anagrafe Servizi Regionali*
 - ◊ Anagrafe Ospedali
 - ◊ Anagrafe Assistenza Territoriale
 - ◊ Anagrafe Dipartimenti Prevenzione
- *Centri riferimento*
- *Valutazione qualità servizi*
- **Il terzo Asse: Forum su Salute e Servizi**
- *Rafforzamento e diffusione del PNE*
- *Attuazione dell'Assistenza Transfrontaliera*

5) **Risultati Attesi**

6) **Struttura organizzativa del Portale**

c) Cittadini e SSN: raccomandazioni SIQuaS-VRQ²⁹⁴

Partnership con i Cittadini e gli altri Stakeholders

La partnership tra cittadini e servizi sanitari consente di assicurare un uso appropriato dei servizi e livelli più elevati di efficacia, efficienza ed uso parsimonioso delle risorse pubbliche. Alle scelte ed al conseguimento dei risultati concorrono il cittadino (che nel corso della sua vita può diventare utente e paziente dei servizi), i familiari, i collaboratori informali nella erogazione delle cure, le organizzazioni dei cittadini e le associazioni di volontariato, i dirigenti e gli operatori dei servizi, i fornitori, la comunità, i giornalisti

1. Centralità del cittadino

Il cittadino è il protagonista della propria vita (colui che sceglie, esperisce e valuta), colui che tutela la propria salute e quindi deve essere coinvolto nei processi di assistenza (prevenzione, diagnosi precoce, cura e riabilitazione) in relazione alle proprie caratteristiche e decisioni. A tal fine devono essere utilizzati metodi e strumenti che favoriscano il processo di empowerment. In particolare, debbono essere fornite conoscenze sulla salute ed i suoi determinanti ed istruzioni per favorire un ruolo attivo nella prevenzione dei rischi. Durante i processi di cura deve essere promosso l'approccio della "decisione condivisa" tra clinico e cittadino utente ed il coinvolgimento nel piano di cura, nella gestione del rischio clinico e nella dimissione attiva, affinché il paziente acquisisca conoscenze e strumenti per la gestione della propria situazione al rientro nel suo ambiente di vita.

2. Qualità percepita parte integrante del piano aziendale

La qualità percepita va considerata una dimensione produttiva della qualità e pertanto deve essere pianificata, in modo integrato, nel piano aziendale della qualità, implementata e valutata sistematicamente

- risorse
- utilizzo risultati sondaggi
- valutazione e misura risultati
- interventi

3. Orientare l'organizzazione dei servizi sanitari al cittadino utente

I processi di assistenza ed organizzativi vanno ridisegnati in forma partecipata per assicurare la centralità del cittadino utente e rispettare la sua vita ed il suo tempo:

- focalizzazione ed essenzialità
- evidence based health care

²⁹⁴ SIQuaS-VRQ ora As.I.Qu.A.S. Partnership con i Cittadini e gli altri Stakeholders (2006)

- interface management
- percorsi assistenziali

4. Familiari

I familiari e le altre persone importanti per la persona utente debbono essere coinvolti nei piani assistenziali se desiderato dal paziente, secondo le loro caratteristiche e potenzialità. Vanno chiaramente identificati i ruoli e le responsabilità di ciascuno, al fine di non generare aspettative non compatibili. Vanno raccolte sistematicamente le opinioni dei familiari degli assistiti in ospedale ed a domicilio per poter avviare progetti di miglioramento che considerino anche il loro punto di vista.

5. Coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini e delle associazioni di volontariato

Le organizzazioni dei cittadini e le associazioni del volontariato vanno coinvolte, nel rispetto dei reciproci ruoli e responsabilità, nelle attività di progettazione, organizzazione e valutazione delle attività per la qualità percepita nei piani e programmi per il governo clinico, nella costruzione ed implementazione di linee guida, nella diffusione della cultura della qualità, della prevenzione del rischio clinico e dell'uso appropriato dei servizi.

6. Coinvolgimento della comunità

La comunità deve essere coinvolta nella gestione del sistema salute:

- identificazione delle priorità
 - ◊ indagine popolazione
 - ◊ forum, comitati consultivi misti
- utilizzo e gestione delle informazioni
 - ◊ nei servizi ed internet
 - ◊ manifestazioni pubbliche (conferenza dei servizi, mostre)
 - ◊ mass media
- diffusione di risultati comparati su
 - ◊ funzionamento servizi
 - ◊ risultati
- fornire feedback sui servizi
 - ◊ questionari in internet

7. Coinvolgimento operatori e dirigenti

Operatori e dirigenti (system people) vanno coinvolti attraverso

- sondaggi
- politiche e strategie: piani e programmi
- gestione della operatività nelle organizzazioni
 - ◊ empowerment

◇ innovazione

8. Metodi e strumenti

La scelta delle metodologie per “dare voce” agli stakeholder vanno scelte con riferimento

almeno a:

- prove di efficacia/letteratura
- contesto
- costo-beneficio

9. Professionalità per la qualità percepita

La valutazione sistematica della percezione della qualità va effettuata da professionisti con specifica competenza utilizzando approcci e metodologie rigorosi, in forma integrata e sistemica rispetto ai diversi soggetti coinvolti. Va garantito:

- che i risultati vengano finalizzati ad un piano di miglioramento
- che vengano dedicate risorse adeguate
- la formazione del personale
- il coinvolgimento di tutti nella scelta di indicatori e standard

Le rilevazioni della percezione e gli interventi per la qualità percepita richiedono competenze afferenti a più discipline e quindi va previsto il contributo delle diverse professioni nelle attività di rilevazione e miglioramento.

10. Formazione alla qualità percepita

La formazione per la qualità percepita va introdotta nei programmi di formazione di base e permanente per tutti gli operatori della salute

- finalità, fasi, metodi, ruoli e responsabilità
- decisione condivisa
- comunicazione interpersonale ed organizzativa

11. Valutazione della partecipazione

Va introdotta la valutazione della “partecipazione” e del suo impatto in modo sistematico con metodologie rigorose

12. Ricerca

Va promossa la ricerca su:

- Concetti e dimensioni della percezione di qualità: aspettative, priorità, gradimento, partecipazione
- Metodi e strumenti di accertamento delle percezioni e del loro impatto
- Metodi di coinvolgimento e di informazione/educazione ed il loro impatto
- Indicatori, metodi e strumenti di valutazione del coinvolgimento

ADEGUATEZZA RISORSE ECONOMICHE, UMANE, STRUTTURALI, TECNOLOGICHE

*Corrispondenza/aggiornamento quali-quantitativo delle risorse economiche, umane, strutturali e tecnologiche agli effettivi bisogni dei pazienti, alle disposizioni legislative nazionali/regionali ed alle innovazioni tecnologiche validate*²⁹⁵

Le risorse economiche, umane, strutturali e tecnologiche rappresentano le fondamenta di tutti i sistemi organizzativi e, come per tutte le organizzazioni, la base su cui poggia il SSN.

Nella **Tabella 17** si riporta uno schema di estrema sintesi degli “oggetti” che sono all’interno di questa dimensione.

Tabella 17 – I contenuti della dimensione adeguatezza delle risorse

RISORSE		
	QUANTITATIVE	QUALITATIVE
ECONOMICHE	Fondo Sanitario	Criteri Riparto
UMANE	Tipologia e Numero Operatori (per Setting Assistenziale)	Formazione di base Aggiornamento
STRUTTURALI	Numero e dimensioni dei servizi sanitari e sociosanitari per rispondere ai bisogni assistenziali	Copertura del territorio Accessibilità
TECNOLOGICHE	Tecnologie (Apparecchiature, farmaci, dispositivi sanitari, ecc.) in numero e quantità necessarie per lo svolgimento delle attività di assistenza	Manutenzione, Aggiornamento, Sicurezza delle tecnologie

Le **risorse economiche** dal punto di vista quantitativo sono costituite dal finanziamento annuale dello Stato destinato alla spesa corrente (il normale funzionamento dell’SSN), mentre per la spesa in conto capitale occorre destinare altri fondi specifici. Nel 2019 il finanziamento è stato di 114, 5 miliardi di €, il 6.4% del PIL (1.787,7 miliardi di €).

²⁹⁵ As.I.Qu.A.S.

Il finanziamento annuale del SSN viene suddiviso tra le regioni in base a specifici criteri tra i quali quello relativo alla numerosità globale della popolazione e quello “pesato” sulle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali per fasce di popolazione.

Le **risorse umane** da un punto di vista quantitativo dovrebbero essere calcolate (per numero e tipologia) sulla base di specifici parametri (**intensità di cura, complessità assistenziale, livello di autonomia dei pazienti**) dei differenti servizi. Il modello assistenziale basato sull’intensità di cura, superando la logica mono-disciplinare, si propone di coniugare meglio sicurezza, efficienza, efficacia ed economicità del sistema.

Da un punto di vista qualitativo sono naturalmente rilevanti la formazione di base e l’aggiornamento continuo. Fondamentale è la **qualità del percorso formativo** del I° ciclo (Laurea) e II° ciclo (Laurea Magistrale) così come di assoluta rilevanza i percorsi del III° ciclo (Master Universitario 1° livello) e del III° Ciclo (Corsi di Specializzazione. Corso di Dottorato di Ricerca, Master Universitario 2° livello). Per l’esercizio professionale di gran parte delle specialità mediche è richiesta la Specializzazione nella disciplina. Altrettanto rilevante è l’**aggiornamento professionale e culturale** (cfr. § 5.8).

Le **risorse strutturali** (ospedali, ambulatori, laboratori, residenze, ecc..) devono essere sviluppate nei diversi livelli di assistenziali, garantendo la copertura dei bisogni assistenziali dei diversi territori e l’accessibilità ai servizi.

Le **risorse tecnologiche** devono essere in numero (**Apparecchiature**) e in numero/ quantità (**Dispositivi medici**²⁹⁶, **farmaci ecc.**) necessarie per lo svolgimento delle attività di assistenza

Sul tema dell’adeguatezza delle risorse umane, strutturali e tecnologiche una base comune di riferimento sono le **norme nazionali e regionali sull’autorizzazione e accreditamento delle attività sanitarie**, che vengono descritte di seguito

a) AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO

i. Introduzione

I concetti fondanti dell’**accreditamento**, come strumento di garanzia e promozione della qualità dell’assistenza, nascono agli inizi del secolo scorso in Nord-America.

²⁹⁶ Qualsiasi **strumento, apparecchio, impianto, sostanza o altro prodotto**, utilizzato da solo o in combinazione (compreso il software informatico impiegato per il corretto funzionamento) e destinato dal fabbricante ad essere impiegato nell’uomo a scopo di diagnosi, prevenzione, controllo, terapia o attenuazione di una malattia; di diagnosi, controllo, terapia, attenuazione o compensazione di una ferita o di un handicap; di studio, sostituzione o modifica dell’anatomia o di un processo fisiologico; di intervento sul concepimento, il quale *prodotto non eserciti l’azione principale*, nel o sul corpo umano, cui è destinato, *con mezzi farmacologici o immunologici né mediante processo metabolico* ma la cui funzione possa essere coadiuvata da tali mezzi. Ministero della Salute – Glossario http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2&area=dispositivi-medici&menu=caratteristichegenerali

Riferimenti storici sono costituiti dalla figura di Ernest A. Codman e dall' American College of Surgeons (ACS)²⁹⁷.

Nel 1910 Ernest A. Codman, chirurgo di Boston, segnalò ai suoi colleghi lo stato deprecabile delle cartelle cliniche presenti nell'ospedale in cui operava ed i possibili conseguenti problemi di sicurezza e cura dei pazienti²⁹⁸

Nel 1912 in un intervento al Congresso nazionale dell'ACS (American College of Surgeons) sottolineò l'importanza della continua e completa compilazione delle cartelle cliniche per valutare gli esiti ("*end result*") dell'assistenza, in base ai quali si sarebbe potuta misurare l'efficacia ed efficienza di un ospedale.

Nello stesso congresso venne anche dichiarato che occorreva "*.... standardizzare la struttura e il modo di lavorare degli ospedali per far sì che le istituzioni con ideali più elevati abbiano il giusto riconoscimento davanti alla comunità professionale e che le istituzioni con standard inferiori siano stimolate a migliorare la qualità del proprio lavoro. In tal modo i pazienti riceveranno il trattamento migliore e i cittadini avranno qualche strumento per riconoscere quelle istituzioni che si ispirano ai più alti ideali della medicina*".

All'interno di questa dichiarazione possiamo individuare tutte le dimensioni della qualità dell'assistenza che verranno "formalizzate" nei decenni successivi da istituzioni internazionali (W.H.O²⁹⁹, OECD³⁰⁰): *appropriatezza clinica e organizzativa* (standardizzare la struttura e il modo di lavorare degli ospedali); *equità – accountability* (affinché le istituzioni con ideali più elevati); *valorizzazione delle risorse umane, soddisfazione operatori* (abbiano il giusto riconoscimento davanti alla comunità professionale); *Audit e MCQ Miglioramento Continuo Qualità* (e le istituzioni con standard inferiori siano stimolate a migliorare la qualità del proprio lavoro); *efficacia, efficienza, sicurezza, accettabilità* (In tal modo i pazienti riceveranno il trattamento migliore); *centralità del paziente, trasparenza, comunicazione* (e i cittadini avranno qualche strumento per riconoscere quelle istituzioni che si ispirano ai più alti ideali della medicina)

Le idee di Codman non furono inizialmente accolte con favore, anche se le stesse prefiguravano un primo sistema di valutazione delle strutture sanitarie. Gli ospedali avrebbero dovuto seguire i propri pazienti al fine di valutare la reale efficacia delle prestazioni a loro erogate e, qualora fossero emersi problemi, avrebbero dovuto effettuare un'analisi per individuare le cause e utilizzare le informazioni per promuovere interventi correttivi e migliorare le prestazioni.

²⁹⁷ Di Stanislao F. e Caracci G. : L'accreditamento dei servizi sanitari: un po' di storia. In corso di pubblicazione su Monitor (rivista periodica di AGENAS)

²⁹⁸ <https://www.facs.org/about-ac/s/archives/pasthighlights/minimumhighlight>

²⁹⁹ W.H.O (Working Group on the Principles of Quality Assurance.; World Health Organization. Regional Office for Europe). . The Principles of quality assurance : report on a WHO meeting, Barcelona, 17-19 May 1983. Euro Report N. 94, 1985

³⁰⁰ Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. - A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. Int J Qual Health Care . 2006 Sep;18 Suppl 1:5-13

Nel 1913 l'American College of Surgeons nominò Codman presidente del Comitato per la standardizzazione ospedaliera che doveva definire il programma di standardizzazione degli ospedali dell'ACS. Questa iniziativa rappresenta una parte importante della storia dell'ACS in quanto il suo Comitato per la standardizzazione ospedaliera è entrato a far parte della Joint Commission on Accreditation of Hospitals (1951) divenuta poi Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (1987).

Il primo "manuale" per la standardizzazione degli ospedali **Minimum Standard for Hospitals** è stato sviluppato dall'American College of Surgeons nel periodo **dicembre 1917- marzo 1918**.

Gli **standard** individuati furono **5**:

- 1) I medici ed i chirurghi autorizzati a praticare la professione nell'ospedale devono costituire un corpo organizzato o staff, senza che per questo si modifichino preesistenti organizzazioni del personale. La parola Staff intende l'insieme dei medici che opera all'interno dell'ospedale.
- 2) L'appartenenza allo staff è appannaggio dei medici:
 - a. provvisti di diploma di laurea in medicina e legalmente autorizzati a esercitare nei rispettivi stati o province;
 - b. competenti nei rispettivi campi
 - c. degni nei comportamenti e rispettosi delle regole deontologiche;
- 3) Lo staff propone e adotta, con l'approvazione del corpo dirigente, i principi, i regolamenti e le politiche che governano il lavoro professionale nell'ospedale, prevedendo in particolare che:
 - a. le riunioni di staff siano effettuate almeno una volta al mese (nei grandi ospedali i dipartimenti possono scegliere di riunirsi separatamente);
 - b. lo staff revisioni e analizzi, a intervalli regolari, la propria pratica clinica nei vari dipartimenti dell'ospedale - medicina, chirurgia, ostetricia, altre specialità - sulla base della documentazione clinica dei singoli pazienti.
- 4) Si deve provvedere, per ogni paziente, ad una compilazione accurata e completa della documentazione clinica, opportunamente archiviata e facilmente accessibile, che includa: dati identificativi; sintomatologia; storia familiare e personale; storia dello stato patologico in atto; esame obiettivo; esami particolari quali consulenze, esami di laboratorio, esami radiografici, altro; ipotesi diagnostiche in corso; trattamento medico o chirurgico; rilevazioni anatomopatologiche evidenti o microscopiche; note sul decorso; diagnosi finale; condizioni alla dimissione; follow-up e, in caso di decesso, risultati autoptici.
- 5) L'ospedale deve disporre, sotto la responsabilità di personale competente, di servizi di diagnosi e terapia, che includano almeno: un laboratorio clinico che effettui esami chimici, batteriologici, sierologici e anatomopatologici; un servizio di radiologia.

Nel 1918 l'ACS inizia le visite ispettive negli ospedali³⁰¹ e sempre nel 1918 Codman³⁰² pubblica "Uno studio sull'efficienza dell'ospedale", un libro sulla sua metodologia di valutazione degli esiti e sui risultati ottenuti nel proprio ospedale.

Tra il 1950-1951 l'American College of Physicians, l'American Hospital Association, l'American Medical Association e il Canadian Medical Association si uniscono all'ACS per creare a Chicago (Illinois) la **Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH)**, un'organizzazione indipendente senza scopo di lucro, il cui scopo principale fu quello di fornire l'**accreditamento volontario**³⁰³.

Nel 1953 la JCAH pubblica il primo manuale degli **Standards for Hospital Accreditation**, successivamente, nel corso degli anni, ha ampliato il suo campo d'azione in tutti i servizi sanitari del paese e nel 1988 viene rinominata come **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)**

In merito ai paesi europei il Regional Office for Europe del W.H.O., attraverso il proprio Health Evidence Network (HEN)³⁰⁴, evidenziava (situazione al 2002) come l'accreditamento dell'assistenza sanitaria fosse un fenomeno recente in Europa che nel tempo aveva assunto molte forme diverse (autoregolamentazione, revisione professionale, ispezione governativa)³⁰⁵. Ad esempio Finlandia, Portogallo e Svezia hanno assunto come riferimento il modello inglese in misura limitata e senza renderlo obbligatorio. In molte nazioni (Repubblica Ceca, Germania, Ungheria, Polonia, Portogallo, Spagna e Svizzera) i servizi sanitari privati hanno fatto pressioni sul governo per introdurre l'accreditamento. In generale, tuttavia, l'interesse è stato di breve durata ed i governi hanno scelto altri metodi per migliorare l'assistenza sanitaria.

Sebbene i programmi tradizionali siano stati volontari, ambiziosi, strutturalmente orientati e riservati, si sono riscontrate variazioni in tutti i parametri principali.

Queste differenze hanno segnato uno sforzo crescente di creare sistemi di accreditamento sempre più mirati al miglioramento continuo della qualità. Per

³⁰¹ The Joint Commission: Over a century of quality and safety <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/about-us/tjc-history-timeline-through-2019-pdf.pdf>

³⁰² Codman E.A. (1918) A study in hospital efficiency: as demonstrated by the case report of the first five years of a private hospital. Columbia University Libraries. Pag 137. <https://archive.org/details/studyinhospitale00codm>

³⁰³ The Joint Commission: Over a century of quality and safety- © 2018 The Joint Commission https://www.jcrinc.com/-/media/tjc/documents/about-us/tjc_history_timeline_through_2018.pdf

³⁰⁴ **HEN** - Piattaforma che produce una varietà di pubblicazioni per soddisfare le esigenze dei decisori politici: (a) rapporti sulle evidenze che sintetizzano le migliori evidenze disponibili in risposta alle domande dei responsabili politici; (b) rapporti sintetici e sintesi politiche, prodotti con l'Osservatorio europeo dei sistemi e delle politiche sanitarie, che sintetizzano le evidenze su opzioni politiche specifiche per affrontare le questioni chiave del sistema sanitario; (c) Sintesi dei rapporti HEN, comprese le sinossi dei principali risultati e delle opzioni politiche.

³⁰⁵ [Scrivens E. Accreditation and the regulation of quality in health services. In: Saltman RB, Busse R, Mossialos E, eds. Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems. Buckingham, Open University Press, 2002:91—105.](#) European Observatory on Health Care Systems

supportare tali iniziative fu fondata a Udine nel 1985 l'**International Society for Quality in Health Care (ISQua)**, come organizzazione senza scopo di lucro dedicata alla promozione del miglioramento della qualità nell'assistenza sanitaria. Questo obiettivo viene perseguito attraverso la formazione, la condivisione delle conoscenze, la valutazione esterna, il supporto dei sistemi sanitari in tutto il mondo. La rete dei professionisti sanitari si estende in oltre 70 paesi e 6 continenti.

Nel 1999 ISQua ha lanciato ALPHA (Agenda for Leadership in Programs for Healthcare Accreditation); programma sviluppato per fornire supporto agli organismi di accreditamento. Il programma si è ampliato ed evoluto ed è noto come International Accreditation Program (IAP). Ad agosto 2019 erano stati coinvolti 39 paesi con 37 programmi di formazione e training per valutatori

L'ISQua nel 2018 ha istituito a Ginevra la **ISQua External Evaluation Association (IEEA)** che ha iniziato le operazioni il 1° gennaio 2019 e fornisce servizi di valutazione di terza parte alle organizzazioni di accreditamento dell'assistenza sanitaria e sociale e agli organismi di sviluppo di standard in tutto il mondo.

ii. Legislazione nazionale

A livello nazionale il quadro legislativo è quello delineato dai seguenti atti:

D.lgs. 502/1992³⁰⁶

Art. 8, Comma 4 - Ferma restando la competenza delle regioni in materia di autorizzazione e vigilanza sulle istituzioni sanitarie private sono definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi ...L'atto di indirizzo e coordinamento è emanato entro il 31 dicembre 1993

Art. 8, Comma 7 - ...le regioni e le unità' sanitarie locali adottano i provvedimenti necessari per la instaurazione dei nuovi rapporti previsti dal presente decreto

D.lgs. 517/1993³⁰⁷

Art. 9, comma 7

...entro il 30 giugno 1994 le regioni e le unità sanitarie locali per quanto di propria competenza le regioni e le unità' sanitarie locali per quanto di propria competenza adottano i provvedimenti necessari per la instaurazione dei nuovi rapporti previsti dal presente decreto fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulla modalità' di pagamento a prestazione e sull'adozione del

³⁰⁶ DECRETO LEGISLATIVO 30 dicembre 1992, n. 502 Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

³⁰⁷ DECRETO LEGISLATIVO 7 dicembre 1993, n. 517 Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421

sistema di verifica e revisione della qualità' delle attività' svolte e delle prestazioni erogate

DPR 14 gennaio 1997³⁰⁸

Il provvedimento **contiene i requisiti minimi, per l'esercizio delle attività sanitarie** distinti in: strutturali; organizzativi; tecnologici

Riconosce **alle Regioni la competenza** a:

- definire procedure, modalità e tempi di verifica, soggetti verificatori, durata dell'autorizzazione;
- **determinare** gli standard di qualità che costituiscono **requisiti ulteriori per l'accreditamento di strutture pubbliche e private** in possesso dei requisiti minimi per l'autorizzazione.

Legge n. 419/1998³⁰⁹

Art 2 dd) stabilire le modalità e i criteri per il rilascio dell'autorizzazione a realizzare strutture sanitarie; semplificare le procedure....

Art 2 ff) definire un modello di accreditamento rispondente agli indirizzi del Piano sanitario nazionale...

Art 2 hh) definire, ai fini dell'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, standard minimi di strutture, attrezzature e personale, che assicurino tutti i servizi necessari derivanti dalle funzioni richieste in seguito all'accreditamento

D.lgs. 229/99³¹⁰.

Vengono specificati gli step e dettagliati i contenuti dei processi di autorizzazione ed accreditamento:

Art. 8 - (Modificazioni all'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)

Art. 8-bis (Autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali)

Art. 8-ter (Autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie)

Art. 8-quater (Accreditamento istituzionale)

Art. 8-quinquies (Accordi contrattuali)

Art. 8-sexies (Remunerazione)

Art. 8-septies (Prestazioni erogate informa indiretta)

Art. 8-octies (Controlli)

³⁰⁸ DPR 14 gennaio 1997 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

³⁰⁹ Legge 30 novembre, n. 419. "Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"

³¹⁰ Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"

Intesa Stato-Regioni 20 dicembre 2012 - Rep 259/CSR³¹¹

L'intesa contiene l'allegato A) ^{Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento}, articolato nei seguenti punti:

- 1) Premessa
- 2) Metodologia
- 3) Requisiti per l'accreditamento istituzionale/Autorizzazione
- 4) Verifiche: modalità, strumenti, responsabilità
- 5) Modalità di coordinamento

Intesa Stato-Regioni 19 febbraio 2015 - Rep 32/CSR³¹².

Il documento stabilisce un set di 8 criteri, 28 requisiti, 123 evidenze specifiche, item sui quali le Regioni si impegnano a riformulare e aggiornare le proprie disposizioni in materia di accreditamento (o autorizzazione) istituzionale (**ALLEGATO 19**)

In estrema sintesi **le 4 A** dell'Autorizzazione/Accreditamento sono:

- 1) **AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE. È il provvedimento che il Comune rilascia dove ha sede la struttura**, nell'esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazioni e concessioni, **la verifica di compatibilità del progetto da parte della regione**. L'autorizzazione alla realizzazione si applica alla costruzione di nuove strutture, all'adattamento di strutture già esistenti e alla loro diversa utilizzazione, all'ampliamento o alla trasformazione nonché al trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate.

Il comma 3 del D.lgs. 19 giugno 1999, n. 229 che *“Per la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie il Comune acquisisce, nell'esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazioni e concessioni di cui all'art. 4 del decreto-legge ...vive.... la **verifica di compatibilità del progetto da parte della regione**. Tale verifica è effettuata in rapporto al **fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture**”*.

È quindi la Regione che deve predisporre un apposito atto in cui definisce per ciascuna tipologia di struttura sanitaria (Ospedali e ambulatori) o sociosanitaria (es residenzialità e semi residenzialità per anziani non autosufficienti, pazienti con problemi di salute mentale, ecc.), località e

³¹¹ Intesa, ai sensi dell'art.8, c.6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, Le Regioni e le province autonome sul documento recante “Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento” in attuazione dell'art 7, c. 1, del nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012 (Rep Atti n. 243/CSR del 3 dicembre 2009). Intesa siglata il 20/12/2012 - Rep 259/CSR

³¹² Conferenza Stato-Regioni del 19.02.2015: Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie. (SALUTE) Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131.Repertorio Atti n.: 32/CSR del 19/02/2015

dimensioni delle strutture da costruire ex novo, da ampliare o ridurre, da destinare ad altro uso sanitario, ecc.

Nella definizione del **piano del fabbisogno** occorre tener conto della struttura demografica della popolazione, delle caratteristiche geomorfologiche del territorio, della viabilità, dei tempi di percorrenza, della presenza di mezzi di trasporto pubblici, ecc. tutti elementi che possono favorire/sconsigliare l'attivazione di una attività sanitaria o sociosanitaria in una determinata zona. Naturalmente i criteri utilizzati per la definizione del piano del fabbisogno vanno esplicitati, supportati da fonti bibliografiche e da dati derivati da flussi informativi "certificati" nazionali e regionali.

- 2) **AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO.** È il provvedimento che consente l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie da parte di soggetti pubblici e privati. Tale autorizzazione viene rilasciata sulla base del possesso di requisiti minimi, cioè di una "soglia rigorosa di garanzia al di sotto della quale non è assolutamente concessa la facoltà di esercitare alcuna attività sanitaria". I **requisiti strutturali, tecnologici organizzativi minimi** per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private³¹³ sono classificati in 4 macroaree:
 - a. Requisiti generali
 - b. Requisiti specifici per assistenza ambulatoriale
 - c. Requisiti specifici per assistenza ospedaliera
 - d. Requisiti specifici per assistenza residenziale
- 3) **ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE.** È l'atto attraverso cui le **Regioni**, coerentemente con i vincoli della programmazione regionale e nazionale **garantiscono** i cittadini, che mantengono la piena facoltà di libera scelta, **che le istituzioni** cui essi si affidano possiedono un insieme di **ulteriori requisiti di qualificazione** (rispetto a quelli minimi necessari per l'autorizzazione) capace di garantire il migliore livello di qualità possibile delle prestazioni erogate. Sostanzialmente con l'accREDITAMENTO le Regioni predispongono l'albo dei fornitori del SSR.

Con il rilascio da parte della Regione dell'autorizzazione all'esercizio le strutture sanitarie possono immediatamente erogare servizi e prestazioni agli utenti (*n.b.*: per le strutture private senza oneri a carico del SSN)

Con l'accREDITAMENTO istituzionale le strutture pubbliche e private entrano nell'albo dei fornitori del SSN e possono accedere alla contrattualizzazione con le ASL del piano quali-quantitativo delle prestazioni erogabili a carico del SSN.
- 4) **ACCORDO CONTRATTUALE.** È l'atto attraverso cui le Regioni, coerentemente con i vincoli della programmazione regionale e nazionale,

³¹³ DPR 14/1/ 1997 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

contrattualizza le strutture sanitarie private per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

b.2.) Leggi Regionali

Tutte le Regioni hanno sviluppato a partire dal 1997 gli atti relativi all'autorizzazione e accreditamento.

Autorizzazione

Per l'autorizzazione tutte le regioni hanno fatto riferimento alla base comune costituita dai requisiti minimi presenti nel DPR 14/1/1997 ed hanno: a) specificato/dettagliato più a fondo tali requisiti; b) aggiunto altri requisiti che hanno ritenuto importanti possedere per l'esercizio delle attività.

Molte regioni hanno proceduto all'aggiornamento di questi atti per adeguarli alle innovazioni (normative, tecnologiche) intercorse in quest'ultimo ventennio. Ad esempio, l'Emilia-Romagna ha individuato con la LR 34/1998 le ' Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del DPR 14.1.1997. Nel 2004 con deliberazione n. 327 la Giunta regionale ha ridefinito i requisiti necessari per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e il relativo procedimento.

Accreditamento

Per l'accREDITamento la situazione è più "articolata" in quanto non c'è stata (fino al 2012) una base comune di riferimento. Come visto alle Regioni viene affidato il compito di **"determinare gli standard di qualità che costituiscono REQUISITI ULTERIORI per l'ACCREDITAMENTO di strutture pubbliche e private in possesso dei requisiti minimi per l'autorizzazione."** (DPR 14/1/1997)

In questo modo si sono sviluppati in Italia 21 sistemi di accreditamento diversi.

Nel biennio 2008-2009 matura la necessità sia in ambito nazionale che regionale, di una condivisione degli elementi costitutivi dei sistemi di autorizzazione e/o accreditamento, anche in considerazione di indirizzi europei volti a promuovere meccanismi di cooperazione tra gli Stati membri per garantire l'accesso ad un'assistenza sanitaria sicura e di qualità nell'ambito dell'Unione Europea

Nel 2010 viene istituito un Tavolo di lavoro (composto da rappresentanti del Ministero della Salute, AGENAS e Regioni P.A.) sui requisiti di accreditamento, tavolo che produce un documento che diventerà l'allegato **"Disciplina per la revisione della normativa dell'accREDITamento"** dell'**"Intesa del 20 dicembre 2012"**³¹⁴.

³¹⁴ Intesa, ai sensi dell'art.8, c.6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, Le Regioni e le province autonome sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accREDITamento" in attuazione dell'art 7, c. 1, del nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012 (Rep Atti n. 243/CSR del 3 dicembre 2009). Intesa siglata il 20/12/2012 - Rep 259/CSR

Il documento stabilisce un set di 8 criteri, 28 requisiti, 123 evidenze specifiche, item sui quali le Regioni si impegnano a riformulare e aggiornare le proprie disposizioni in materia di accreditamento (o autorizzazione) istituzionale.

Nel 2015 è stata sottoscritta l'*Intesa Stato-Regioni (19 febbraio 2015) "in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie"* contenente:

- **Cronoprogramma adeguamenti della normativa** delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano inerente ai criteri e ai requisiti contenuti nel documento tecnico di cui all'intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Allegato sub A);
- **Criteri per il funzionamento degli Organismi Tecnicamente Accreditanti** ai sensi dell'intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Allegato sub B).

Tutte le Regioni dovevano entro il 2017 **costituire gli Organismi Tecnicamente Accreditanti** e introdurre nei propri manuali di accreditamento i criteri-requisiti-evidenze dell'Intesa del 2012.

Sempre nel 2015 è istituito l'**elenco nazionale degli auditor/valutatori degli Organismi Tecnicamente Accreditanti (OTA)**, di cui all'articolo 2 del Decreto Ministeriale del 6 febbraio 2013, presso il Ministero della salute - Direzione generale della Programmazione sanitaria, che ne cura la tenuta e l'aggiornamento con cadenza triennale.

Per la definizione dell'elenco degli auditor/valutatori (almeno 2 per Regioni e P.A.) è stato predisposto uno **specifico corso di formazione** della durata di 6 mesi con successivi aggiornamenti periodici.

Il corso di formazione, tenutosi nel periodo 2016-2017, ha portato alla stesura del **Manuale di Valutazione degli OTA** e dalla procedura di visita di valutazione. Il 19 luglio 2017 sono stati nominati gli auditor "nazionali". Nel corso del 2018 e 2019 sono state effettuate le prime visite per verificare l'avvenuta costituzione dei OTA e il recepimento da parte delle Regioni dei requisiti di accreditamento dell'intesa 2012. Il programma di formazione degli operatori OTA continua a svilupparsi attraverso seminari nazionali e corsi in sede regionale con partecipazione di operatori di Agenas e operatori di Organismi Tecnicamente Accreditanti di altre Regioni.

Il Ministro della Salute con Decreto del 12 ottobre 2020 ha costituito il **Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale** costituito da 5 componenti del Ministero della Salute, 2 delegati dell'AGENAS, 1 rappresentante dell'ISS e 8 rappresentanti delle regioni e P.A.

iii. Sviluppo sistema accreditamento

Il percorso fin qui effettuato in Italia sull'accREDITAMENTO ha fatto tesoro di quanto indicato dalla letteratura, dalle raccomandazioni delle più rilevanti agenzie e organizzazioni internazionali nonché da quanto sviluppato nei contesti regionali. Tale

percorso, riconosciuto valido anche da organismi internazionali³¹⁵, deve continuare ed essere arricchito di elementi che rendano l'accreditamento sempre più il fondamento dei sistemi qualità delle strutture sanitarie e sociosanitarie³¹⁶.

I primi obiettivi da perseguire sono quelli di sviluppare il sistema qualità/accreditamento nelle strutture/attività per: a) il L.E.A. Territoriale (strutture semi-residenziali e residenziali per: persone non autosufficienti/anziani; persone con disturbi mentali; persone con disabilità; persone con dipendenze patologiche); b) il LEA della Prevenzione; c) l'Assistenza Domiciliare Integrata (integrata).

Di seguito verranno attivati gruppi di lavoro per: a) un aggiornamento dei criteri/requisiti/evidenze del disciplinare tecnico del 2015; b) sviluppare un sistema di **pesatura** dei requisiti, criteri ed evidenze per configurare un sistema di accreditamento a più livelli che riconosca e valorizzi l'eccellenza delle strutture e dei servizi. Sul modello predisposto dalla JCAHO³¹⁷) (es.: Accreditamento condizionato, Accreditamento provvisorio, Accreditamento con raccomandazioni, Accreditamento con lode)

Lo sviluppo di un nuovo sistema di accreditamento dovrà naturalmente prevedere, oltre al coinvolgimento degli esperti OTA di tutte le Regioni, anche quello di:

- rappresentanze dei cittadini: Presidenti dei Comitati Consultivi Misti CCM; Cittadinanzattiva (Agenzia di valutazione civica; Tribunale per i Diritti del Malato, Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici)
- rappresentanti degli operatori sanitari (Federazioni Nazionali Ordini Professionali)

b) RISORSE ECONOMICHE

i. Finanziamento del SSN

L'accordo Stato-Regioni del 22 marzo 2001, nel prevedere il ripiano dei debiti maturati al 2001 da parte dello Stato, stabilì allo stesso tempo che, a partire dal 2002, le Regioni avrebbero dovuto provvedere con risorse proprie o con risparmi alla copertura dei disavanzi di gestione dell'anno precedente. È stato di fatto avviato il **federalismo fiscale**, previsto dal D.lgs. 56/2000, e sono state attribuite nuove responsabilità alle Regioni nella gestione della materia sanitaria, anche in merito alla copertura di eventuali disavanzi di gestione, garantendo l'attuazione del nuovo Titolo V della Costituzione, contenuto nella Legge 3/2001. Per aumentare le entrate finanziarie in alcuni casi sono state variate le aliquote delle addizionali regionali dell'Irpef, le aliquote dell'Irap o di tributi regionali e sono stati varati

³¹⁵ <http://www.oecd.org/health/health-systems/Review-of-Health-Care-Quality-ITALY-Executive-Summary.pdf>

³¹⁶ Di Stanislao F., Labella B., Duranti G. e Bellentani D. - Accreditamento: sviluppo futuro. In corso di pubblicazione su Monitor (rivista periodica di AGENAS)

³¹⁷ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisation. Comprehensive Accreditation Manual for Hospital 1995

provvedimenti volti al contenimento del costo per il personale, per l'assistenza farmaceutica, specialistica, ospedaliera e per le altre prestazioni di assistenza sanitaria.

Il Fondo Sanitario Nazionale (FSN)

La legge statale determina annualmente il fabbisogno sanitario, ossia il livello complessivo delle risorse del Servizio sanitario nazionale (SSN) al cui finanziamento concorre lo Stato, destinato alla spesa corrente (il normale funzionamento dell'SSN), mentre per la spesa in conto capitale occorre destinare altri fondi specifici.

Il fabbisogno sanitario è finanziato da:

- 1) **bilancio dello Stato** che finanzia il fabbisogno sanitario, non coperto dalle altre fonti di finanziamento, attraverso la compartecipazione all'imposta sul valore aggiunto (**IVA**), destinata alle Regioni a statuto ordinario, le **accise sui carburanti** ed il **Fondo Sanitario Nazionale (FSN)** (di questo, una quota è destinata alla Regione Sicilia, mentre il resto finanzia complessivamente anche altre spese sanitarie vincolate a obiettivi determinati)³¹⁸.
- 2) **fiscaltà generale delle Regioni: imposta regionale sulle attività produttive (IRAP)**, nella componente di gettito destinata al finanziamento della Sanità, ed addizionale regionale all'**imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF)** Entrambe le imposte sono quantificate nella misura dei gettiti determinati dall'applicazione delle aliquote base nazionali, quindi non tenendo conto dei maggiori gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali eventualmente attivati dalle singole Regioni.
- 3) **compartecipazione delle Regioni a statuto speciale: Friuli-Venezia Giulia, PP. AA. di Trento e di Bolzano, Sardegna e Valle d'Aosta**, che provvedono al finanziamento del rispettivo fabbisogno; per la **Regione Sicilia**, l'aliquota di compartecipazione è fissata dal 2009 nella misura del 49,11% del suo fabbisogno sanitario;
- 4) **entrate proprie convenzionali delle Aziende sanitarie** (ticket e altre prestazioni rese soprattutto ai privati), quantificate secondo un importo predefinito e cristallizzato in seguito all'intesa Stato/Regioni del 2001;

I **valori economici** (*in milioni di €*) derivati da tali fonti di finanziamento sono stati **nel 2012** (da RELAZIONE GENERALE SULLA SITUAZIONE ECONOMICA DEL PAESE 2012 ultima relazione presente nel sito del Ministero delle Finanze al 17 dicembre 2020):

1) Fabbisogno ex D.Lvo 56/00 /Iva e accise)	€ 52.969
2) IRAP e Addizionale IRPEF	€ 39.902

³¹⁸ Il FSN (cap. 2700 MEF) accoglie gli stanziamenti di ulteriori finalità sanitarie come, oltre agli obiettivi del Piano sanitario nazionale, con risorse consolidate annue di circa € 1,5 mld., il finanziamento degli IZS e la quota parte della sanità penitenziaria, ecc., nonché i trattamenti economici a carico dello Stato destinati ai medici specializzandi

3) Ulteriori trasferimenti da Pubblico e da privato	€ 10.367
4) Ricavi ed entrate proprie varie	€ 3.077
5) FSN e quote vincolate a carico dello stato	€ 4.004
6) Costi Capitalizzati	€ 1.611
7) Rettifiche e utilizzo fondi	€...0.064
8) Altri Enti del SSN	€ 0.647

In totale **€ 111.931** milioni di €

Per ogni esercizio finanziario, in relazione al livello del finanziamento del SSN stabilito per l'anno di riferimento, al livello delle entrate proprie, ai gettiti fiscali attesi e, per la Regione Sicilia, al livello della compartecipazione regionale al finanziamento, è determinato, a saldo, il finanziamento a carico del bilancio statale nelle due componenti della compartecipazione IVA e del Fondo sanitario nazionale.

La composizione del finanziamento del SSN è evidenziata nei cosiddetti "riparti" (assegnazione del fabbisogno alle singole Regioni ed individuazione delle fonti di finanziamento) proposti dal Ministero della Salute su i quali si raggiunge un'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni e che sono poi recepiti con propria delibera dal Comitato interministeriale per la programmazione economica - CIPE.

Le Regioni assegnano, in base a diversi parametri, le risorse finanziarie alle aziende, che le impiegano per garantire ai cittadini l'erogazione delle prestazioni di loro competenza previste dai Livelli essenziali di assistenza.

L'assegnazione delle risorse alle aziende tiene conto della mobilità passiva (cioè i residenti che si curano in strutture di altre aziende sanitarie o regioni) e della mobilità attiva (nel caso siano state curate persone provenienti dall'esterno dell'azienda).

Le aziende sono inoltre finanziate dalla Regione sulla base delle prestazioni erogate in regime di ricovero (attraverso il costo previsto dai DRG) oppure negli ambulatori (attraverso il tariffario delle prestazioni specialistiche e diagnostiche).

Il finanziamento corrente del SSN a carico dello Stato (*al netto delle quote relative a ricavi ed entrate proprie delle Regioni e P.A., Costi capitalizzati e rettifiche e utilizzo fondi*) ha raggiunto nel 2014 il valore di 109.9 miliardi di euro, con un incremento medio annuale negli ultimi 13 anni (2001-2014) del 4.2% (**Figura 17**) ed incrementi medi che a partire dall'inizio della crisi economica del 2008 sono scesi in media all'1,3% annuo (**Figura 18**)

Figura 17 - Finanziamento corrente a carico dello Stato, 2001-2020
319 320

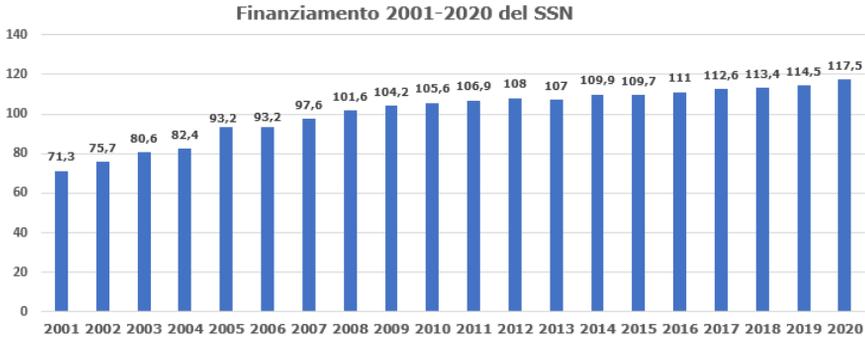
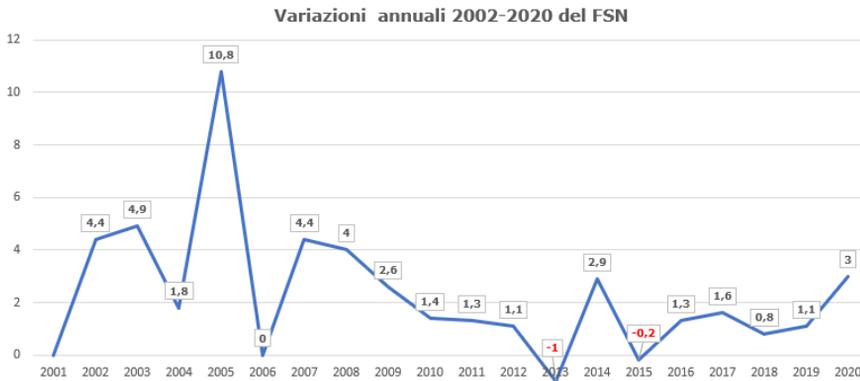


Figura 18 -Variazioni % annuali finanziamento SSN 2002-2020 (in miliardi di €)



Le statistiche Eurostat³²¹ (riferite al 2017) collocano l'Italia in tredicesima posizione per la **spesa sanitaria rispetto al PIL** (8.9%). In vetta si trovano Francia (11.3%), Germania (11,3%) e Svezia (11%).

³¹⁹ Fondo SSN al netto delle quote relative a Ricavi ed Entrate proprie varie, Costi capitalizzati e rettifiche e utilizzo fondi

³²⁰ Ministero Salute (WEB) – *Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale* (aggiornamento al 20 giugno 2019) (http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4752&area=programmazioneSanitariaLea&menu=dati)

³²¹ EUROSTAT - Healthcare expenditure statistics - April 2020.

Considerando **la spesa sanitaria per abitante** in testa si trovano Lussemburgo (€ 5.600 pro capite), Svezia (€ 5.100) e Danimarca (€ 5.000 euro). Segue un gruppo di Paesi (Olanda, Germania, Austria e Irlanda) con valori tra 4.200 e 4.300 euro, un altro gruppo (Francia, Belgio, Finlandia e Regno Unito) nella fascia 3.600/3.800 euro. In Italia la spesa per abitante è stata di 2.483 euro. La spesa sostenuta privatamente (*l'out of pocket*) dai cittadini della Unione Europea corrisponde al 15,7% del totale. Anche in questo caso si registra una forte variabilità: es il 10% in Francia, mentre l'Italia supera la media U.E. con il 22,9%. Appare evidente che il nostro Paese a fronte di paesi a noi più vicini per numerosità di popolazione (nel 2016 in Germania 81.2 milioni, Francia 66.4, Regno Unito 64.8, Italia 60.4) mostra una spesa decisamente inferiore. La spesa per abitante è inferiore del 41 % rispetto alla Germania e del 68% rispetto alla Francia e Regno Unito.

I sistemi di finanziamento nei paesi europei sono di quattro tipologie:

- a. Finanziamento governativo (Tassazione dei redditi)
- b. Assicurazioni sanitarie contributive obbligatorie
- c. Altri sistemi di finanziamento
- d. Spesa diretta (*out of pocket*)

Di seguito vengono riportati i dati relativi a Italia e a due nazioni (Germania e Francia) con numero di abitanti vicino al nostro paese:

In **Italia** la copertura della spesa è:

- a. **73,7% finanziamento governativo**
- b. 0,2% assicurazioni sanitarie obbligatorie
- c. 2,6% altri sistemi di finanziamento
- d. 23,5% di spesa diretta.

In **Germania**

- a. 6,3% finanziamento governativo
- b. **78,1% assicurazioni sanitarie obbligatorie**
- c. 3,1% altri sistemi di finanziamento
- d. 12,5% di spesa diretta.

In **Francia**:

- a. 5,3% finanziamento governativo
- b. **78,1% assicurazioni sanitarie obbligatorie**
- c. 7,2% altri sistemi di finanziamento
- d. 9,4% di spesa diretta.

Nella spesa *out of pocket* l'Italia (23,5%) è al dodicesimo posto tra i 27 paesi EU-27³²²:

I dati Eurostat mostrano che incrementi annui del fondo sanitario di 1 o 2 miliardi non coprono il divario che ci separa da altre nazioni europee.

³²² EU-27 – Stati membri: Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Croazia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia e Ungheria

Serve un ridisegno completo del sistema di finanziamento per i bisogni di riqualificazione del SSN e dei SSR.

ii. Il riparto del FSN tra le Regioni³²³

La composizione del finanziamento del SSN è evidenziata nei cosiddetti “riparti” (assegnazione del fabbisogno alle singole Regioni ed individuazione delle fonti di finanziamento) proposti dal Ministero della Salute, sui quali si raggiunge un’intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, e che sono poi recepiti con propria delibera dal Comitato interministeriale per la programmazione economica - CIPE.

Le Regioni a loro volta assegnano, in base a diversi parametri, le risorse finanziarie alle aziende, che le impiegano per garantire ai cittadini l’erogazione delle prestazioni di loro competenza previste dai Livelli essenziali di assistenza. L’assegnazione delle risorse alle aziende tiene conto della mobilità passiva (cioè i residenti che si curano in strutture di altre aziende sanitarie o regioni) e della mobilità attiva (nel caso siano state curate persone provenienti dall’esterno dell’azienda). Le aziende vengono inoltre finanziate dalla Regione sulla base delle prestazioni erogate in regime di ricovero (attraverso il costo previsto dai DRG) oppure negli ambulatori (attraverso il tariffario delle prestazioni specialistiche e diagnostiche).

Stabilito il valore complessivo del FSN (rideterminato ogni anno dal parlamento per mezzo della legge di stabilità sulla base delle determinazioni raggiunte nei Patti della Salute) si tratta poi di ripartirlo tra le regioni: con quali criteri e con quali risultati?

Come esempio riportiamo il riparto relativo all’anno 2018³²⁴.

Le risorse finanziarie complessivamente disponibili per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) per l’anno 2018, parte corrente, sono state complessivamente di **112,7 mrd. €** articolate in 4 categorie:

1) finanziamento indistinto dei L.E.A. (109,9 mrd €), di cui:

1) Ospedale Bambin Gesù	196 mln
2) Associazione Cavalieri Italiani del Sovrano Ordine di Malta	44 mln
3) Finanziamento finalizzato	596 mln
1) Rinnovo convenzioni SSN	69 mln
2) Emersione extracomunitari	200 mln
3) Gioco d’azzardo	50 mln
4) Vaccini NPNV	127 mln
5) Stabilizzazione Personale	150 mln

2) finanziamento vincolato e programmato per Regioni e P.A. (1,9 mrd €)

³²³ Modificato da : C. Zocchetti Il riparto del fondo sanitario tra le regioni - Statistica & Società, 2012, /Anno 1, N. 3/*Demografia, Istruzione, Welfare*, pagg.27-29.

³²⁴ Università Bocconi - SDA Bocconi School of Management - CER GAS Centro di Ricerche sulla Gestione dell’Assistenza Sanitaria e Sociale –Rapporto OASI 2019 Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

1) Obiettivi PSN	1.500 mln
2) Emergenza veterinaria	40 mln
3) Borse di studio triennali medici medicina generale	39 mln
4) 2.4 Fondo esclusività personale dirigente ruolo sanitario	30 mln
5) 2.5 Assistenza extracomunitari irregolari	31 mln
6) 2.6 Attività di medicina penitenziaria	7 mln
7) 2.7 Accantonamenti medicina penitenziaria	165 mln
8) 2.8 Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)	54 mln
9) 2.9 Revisione tariffe prestazioni termali	2 mln
3) finanziamento vincolato per altri enti (0,65 mrd €)	
1) Borse di studio specializzandi	173 mln
2) Istituti zooprofilattici sperimentali	266 mln
3) Croce Rossa Italiana	146 mln
4) Oneri contrattuali personale Istituti zooprofilattici	13 mln
5) Mutui CC.DD.PP.	3 mln
6) Centro Nazionale Trapianti	2 mln
7) Formazione dei medici specialisti	50 mln
4) accantonamenti (0,28 mrd €)	

Il meccanismo generale di riparto prende il nome di “quota capitaria pesata” ed è costituito da un insieme articolato di regole che si applicano alla popolazione delle regioni: la numerosità della popolazione residente è il principio guida del riparto (cioè: a maggiore popolazione corrispondono maggiori risorse) ma tale valore, per i diversi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), viene modulato (pesato) di volta in volta in funzione degli accordi che intercorrono tra le regioni stesse. Il risultato è una popolazione regionale “pesata” (inferiore, uguale, o superiore, alla popolazione reale in funzione di come giocano i criteri di pesatura adottati) che definisce la quota di partecipazione (più precisamente: di riparto) di ogni regione al FSN. Il metodo prende il nome di “quota capitaria pesata” perché il conteggio di base parte dal numero dei cittadini (teste), ma il peso di ciascuno di loro differisce in funzione di come si combinano i criteri di pesatura adottati.

Dal punto di vista tecnico il percorso di riparto del FSN è composto di due distinti momenti: in una prima fase vengono identificati i singoli livelli (LEA) da finanziare e le quote di FSN assegnate ad ogni livello, in un secondo momento vengono definiti i criteri (ed i relativi pesi) da applicare alla numerosità della popolazione per ogni livello di assistenza. Il tutto avviene attraverso gli strumenti tecnici che governano la sanità regionale (Commissione Salute, Conferenza Stato-Regioni) e dà luogo ad un accordo tra le regioni (e con i Ministeri competenti) che nella sua sostanza prevede anche alcuni elementi di compensazione che sono di natura politica (o, almeno, non strettamente tecnica).

La **Tabella 18** riassume il dettaglio dei LEA che sono stati oggetto di valutazione nel riparto 2018, i criteri di pesatura adottati ed i singoli coefficienti di peso per le varie classi di età.

Tabella 18 –Criteri di riparto fondo sanitario anno 2018

Livello di assistenza	Sottolivello		Dati disponibili da NSIS	Criteri di riparto	
Prevenzione	5%		No	popolazione non pesata	
Distrettuale	51%	Medicina di base	7,00%	No	popolazione non pesata
		Farmaceutica	11,64% del fabbisogno indistinto	Si	Tetto imposto sul fabbisogno complessivo comprensivo delle somme vincolate
		Specialistica	13,30%	Si (Tessera sanitaria)	popolazione non pesata (v. Tabella pesi)
		Territoriale	19,06%	No	popolazione non pesata
Ospedaliera	44%		Si (Anagrafica SDO)	50% popolazione non pesata, 50% popolazione pesata (v. Tab pesi)	

TABELLA PESI

Livello di assistenza	Meno 1 anno	1-4 anni	5-14 anni	15-24 anni	25-44 anni	45-64 anni	65-74 anni	Oltre 75 anni
Specialistica	0,391	0,288	0,341	0,382	0,627	1,123	2,155	2,136
Ospedaliera	3,184	0,364	0,234	0,371	0,544	0,923	2,047	2,844

Nel riparto del FSN alle regioni il livello “prevenzione” rappresenta il 5% del fondo, ed il criterio di riparto è costituito dalla popolazione non pesata. Il livello “distrettuale” corrisponde al 51% del FSN ed è a sua volta composto da quattro sottolivelli: la medicina di base (7%), ripartita a popolazione non pesata; la farmaceutica, la cui quota (11,78 %) è un tetto non superabile; la specialistica (13,3%),

ripartita a popolazione pesata, dove i pesi per età sono calcolati a partire dalla distribuzione dei consumi di prestazioni ambulatoriali riscontrati a livello nazionale per ciascuna fascia d'età considerata; la medicina territoriale (18.92%), ripartita a popolazione non pesata. Il livello di assistenza "ospedaliera" rappresenta il 44% del fondo: metà di questa quota (22%) è ripartita a popolazione non pesata e metà (22%) a popolazione pesata, dove i pesi per età sono calcolati a partire dalla distribuzione dei ricoveri riscontrati a livello nazionale per ciascuna fascia di età considerata.

Per comprendere l'origine di questi criteri (che sono cambiati nel tempo e che ogni anno impegnano gli esperti delle regioni in lunghissime discussioni, scientifiche e non) bisognerebbe ricostruire la storia del finanziamento del SSN, almeno a partire dalla riforma del 1992, ma non c'è lo spazio per farlo. Poiché però qualsiasi criterio di suddivisione è foriero di vantaggi per taluni e svantaggi per altri, è facile intuire che il percorso che esita nel riparto sia oggetto di molta discussione e robusti contrasti: ad oggi non esiste una soluzione scientifica del problema accolta da tutte le regioni e pertanto l'unico approccio possibile rimane la mediazione politica aiutata da argomenti tecnici: ed è ciò che infatti avviene con regolarità³²⁵.

iii. La spesa sanitaria

La **spesa sanitaria** corrente a **carico del SSN** è stata pari a **119,1** miliardi di euro e ha subito nel 2018 un aumento dell'1,2% rispetto al 2017 (**Tabella 19**)³²⁶. L'incremento di spesa sanitaria si associa ad una ripresa del PIL (+1,7% rispetto al 2017), sicché il **peso della spesa sanitaria pubblica** corrente **sul PIL** rimane costante al **6,8%** tra il 2017 ed il 2018. La **spesa sanitaria privata** corrente mostra una tendenziale stabilità rispetto al 2017 (-0,1%) attestandosi a **37,3 miliardi di euro**.

Complessivamente, **la spesa sanitaria totale corrente (pubblica e privata)** è aumentata dello 0,9% nel 2018 (156 miliardi di euro pari al **8,9% del PIL**).

³²⁵ Per approfondimenti - AGENAS (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) - Riflessione sui criteri da utilizzare per il riparto del fabbisogno sanitario (come da incarico ricevuto dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in data 12 gennaio 2010) - Relazione a cura di C. Cislighi con la collaborazione di E. Di Virgilio e G. Tavini. con in allegato interventi di M. Braga, G. Costa, G. Fattore, F. Spandonaro, C. Zocchetti. Roma, 30 aprile 2010

³²⁶ Ndr.: sono riportati entro riquadri rossi i dati commentati nei quattro capoversi successivi

Tabella 19 - Spesa SSN (1990, 1995, 2000, 2001, 2005, 2010-2018)
(milioni di euro)

	1990	1995	2000	2001	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Spesa SSN (corrente)	41.466	48.752	70.173	77.686	96.797	111.331	112.810	113.964	112.900	114.260	114.578	115.913	117.676	119.052
- variazione %	-	-0,6%	11,1%	10,7%	6,1%	1,0%	1,3%	1,0%	-0,9%	1,2%	0,3%	1,2%	1,5%	1,2%
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	82,6%	73,8%	73,2%	75,2%	77,5%	78,2%	77,2%	77,7%	77,5%	77,2%	76,3%	76,3%	75,9%	76,1%
- % sul PIL	5,7%	4,9%	5,7%	6,0%	6,5%	6,9%	6,9%	7,1%	7,0%	7,0%	6,9%	6,9%	6,8%	6,8%
Ricavi netti	34.737	47.773	66.945	73.908	91.062	109.135	111.548	114.547	113.233	114.484	113.909	115.626	117.524	118.903
- variazione %	-	5,7%	12,7%	10,4%	7,4%	2,1%	2,2%	2,7%	-1,1%	1,1%	-0,5%	1,5%	1,6%	1,2%
- % sul PIL	4,8%	4,9%	5,4%	5,7%	6,1%	6,8%	6,8%	7,1%	7,1%	7,1%	6,9%	6,8%	6,8%	6,8%
Avanzo/disavanzo	-6.729	-979	-3.228	-3.778	-5.735	-2.196	-1.262	583	333	224	-669	-288	-152	-149
- variazione %	-	-74,5%	-13,9%	17,0%	-10,7%	-34,7%	-42,5%	-146,2%	-42,8%	-32,8%	-398,4%	-57,0%	-47,1%	-2,2%
- % sui ricavi netti	-19,4%	-2,0%	-4,8%	-5,1%	-6,3%	-2,0%	-1,1%	0,5%	0,3%	0,2%	-0,6%	-0,2%	-0,1%	-0,1%
Spesa sanitaria privata corrente	8.707	17.299	25.704	25.609	28.040	30.954	33.254	32.765	32.703	33.742	35.636	35.805	37.367	37.330
- variazione %	-	13,0%	8,3%	-0,4%	-0,5%	1,1%	7,4%	-1,5%	-0,2%	3,2%	5,6%	0,5%	4,4%	-0,1%
- % sulla spesa sanitaria corrente totale	17,4%	26,2%	26,8%	24,8%	22,5%	21,8%	22,8%	22,3%	22,5%	22,8%	23,7%	23,6%	24,1%	23,9%
Totale spesa sanitaria corrente	50.173	66.051	95.877	103.295	124.837	142.285	146.065	146.730	145.603	148.001	150.213	151.718	155.042	156.381
- variazione %	-	2,7%	10,4%	7,7%	4,6%	1,0%	2,7%	0,5%	-0,8%	1,6%	1,5%	1,0%	2,2%	0,9%
- % sul PIL	6,9%	6,7%	7,7%	8,0%	8,4%	8,9%	8,9%	9,1%	9,1%	9,1%	9,1%	9,0%	9,0%	8,9%
PIL	723.249	984.984	1.239.267	1.298.890	1.489.725	1.604.515	1.637.461	1.613.265	1.604.600	1.621.827	1.652.085	1.889.824	1.724.205	1.753.949
- variazione %	-	8,7%	5,7%	4,8%	2,9%	2,0%	2,1%	-1,5%	-0,5%	1,1%	1,9%	2,3%	2,0%	1,7%

iv. Il confronto internazionale

La spesa sanitaria come percentuale del PIL (**Tabella 20**) indica la quota dell'economia di un Paese che è relativa ai servizi sanitari, ovvero la proporzione della spesa complessiva destinata a tali servizi.

L'indicatore si presta a diverse interpretazioni. In primo luogo, esso fornisce una misura del grado di rilevanza economica del sistema sanitario rispetto al macrosistema produttivo di un Paese, inteso come somma dei redditi di tutte le famiglie e di tutte le imprese. In secondo luogo, è possibile interpretare questo indicatore come punto di equilibrio tra domanda e offerta di servizi.

La spesa più elevata nel 2017 è stata degli Stati Uniti (17.1%). Tuttavia, al rilevante peso della sanità sul PIL non corrisponde la stessa equità nell'accesso ai servizi che si trova in Paesi come Italia o Francia, che proporzionalmente hanno una spesa inferiore.

L'Italia nel 2017 ha registrato il valore dell'8.8% (tredicesimo posto) tra 21 paesi della Comunità Europea, con la Svizzera al primo posto con il 12.3%.

Tabella 20 - Spesa sanitaria totale in percentuale del PIL (2000, 2005, 2010-2017)

Paesi	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Differenza 2000-2010	Differenza 2010-2017
UE (15)												
Austria	9,2	9,6	10,2	10,0	10,2	10,3	10,4	10,4	10,4	10,4	1,0	0,2
Belgio	7,9	9,0	10,0	10,1	10,3	10,4	10,4	10,3	10,3	10,3	2,0	0,4
Danimarca	8,1	9,1	10,3	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,2	10,1	2,2	-0,2
Finlandia	6,8	8,0	8,9	8,9	9,3	9,5	9,5	9,7	9,4	9,2	2,0	0,3
Francia	9,6	10,2	11,2	11,2	11,3	11,4	11,6	11,5	11,5	11,3	1,7	0,1
Germania	9,8	10,2	11,0	10,7	10,8	10,9	11,0	11,1	11,1	11,2	1,2	0,2
Grecia	7,2	9,0	9,6	9,1	8,9	8,4	8,0	8,1	8,3	8,0	2,3	-1,5
Irlanda	5,9	7,6	10,5	10,7	10,7	10,3	9,7	7,3	7,4	7,2	4,6	-3,3
Italia	7,6	8,4	9,0	8,8	9,0	9,0	9,0	9,0	8,9	8,8	1,4	-0,1
Lussemburgo	5,9	7,2	7,0	6,1	6,6	5,6	5,5	5,4	5,4	5,4	1,1	-1,6
Olanda	7,7	9,1	10,2	10,2	10,5	10,6	10,6	10,3	10,3	10,1	2,4	-0,1
Portogallo	8,4	9,4	9,8	9,5	9,3	9,1	9,0	9,0	9,0	9,0	1,4	-0,8
Spagna	6,8	7,7	9,0	9,1	9,1	9,0	9,0	9,1	9,0	8,9	2,2	-0,1
Svezia	7,4	8,3	8,5	10,7	10,9	11,1	11,1	11,0	11,0	11,0	1,1	2,5
Regno Unito	6,0	7,2	8,4	8,4	8,3	9,8	9,8	9,7	9,7	9,6	2,5	1,2
UE (nuovi Paesi)												
Repubblica Ceca	5,7	6,4	6,9	7,0	7,0	7,8	7,7	7,2	7,2	7,2	1,2	0,3
Repubblica Slovacca	5,3	6,6	7,8	7,4	7,6	7,5	6,9	6,8	7,0	6,7	2,5	-1,1
Polonia	5,3	5,8	6,4	6,2	6,2	6,4	6,2	6,3	6,5	6,5	1,1	0,1
Ungheria	6,8	8,0	7,5	7,5	7,5	7,3	7,1	7,0	7,1	6,9	0,8	-0,6
Altri Paesi europei												
Norvegia	7,7	8,3	8,9	8,8	8,8	8,9	9,3	10,1	10,5	10,4	1,2	1,5
Svizzera	9,8	10,8	10,7	10,8	11,1	11,3	11,5	11,9	12,2	12,3	0,9	1,6
Altri Paesi non europei												
Australia	7,6	8,0	8,4	8,5	8,7	8,8	9,0	9,3	9,2	9,2	0,8	0,8
Stati Uniti	12,5	14,6	16,4	16,4	16,3	16,3	16,4	16,7	17,1	17,1	3,8	0,7
Canada	8,2	9,0	10,7	10,4	10,4	10,3	10,1	10,6	10,8	10,7	2,5	-0,1
Giappone	7,2	7,8	9,2	10,6	10,8	10,8	10,8	10,9	10,8	10,9	2,0	1,8
Brasile	8,3	8,0	7,9	7,8	7,7	8,0	8,4	8,9	9,2	n.d.	-0,4	n.d.
Russia	5,0	4,7	4,9	4,8	4,9	5,1	5,3	5,3	5,3	n.d.	-0,1	n.d.
India	4,2	3,9	3,4	3,2	3,3	3,7	3,6	3,6	3,6	n.d.	-0,8	n.d.
Cina	4,5	4,2	4,2	4,3	4,6	4,7	4,8	5,0	5,0	n.d.	-0,3	n.d.

Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2019.

Composizione della spesa

Una dimensione importante della spesa sanitaria è la sua composizione rispetto ai soggetti pagatori. La **Figura 19**³²⁷ mostra la spesa sanitaria complessiva (in MrD) e la spesa pro-capite (in %): a) finanziata dal governo; b) spesa per assicurazioni

³²⁷ Università Bocconi - SDA Bocconi School of Management - CER GAS Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale - Rapporto OASI 2019 Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

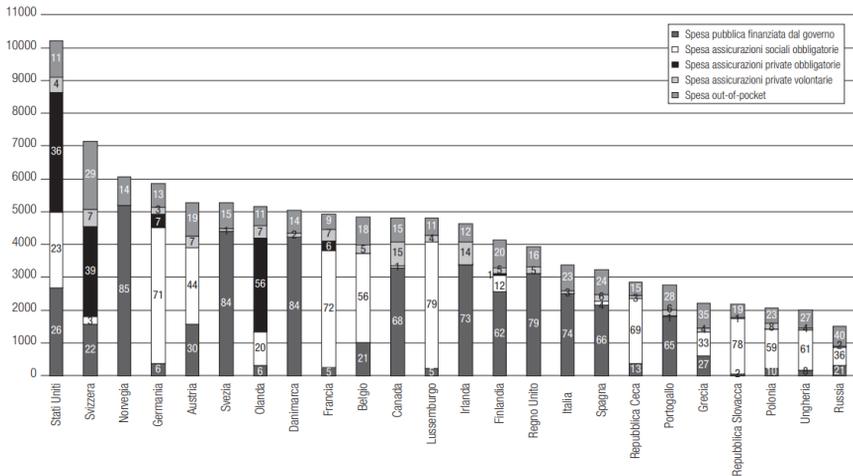
sociali obbligatorie; c) spesa per assicurazioni private obbligatorie; c) spese per assicurazioni private volontarie; d) Spese out-of-pocket (\$PPA³²⁸)

Essendo un settore critico di ogni Paese sia dal punto di vista sociale sia dal punto di vista economico, la sanità si caratterizza sempre per una forte presenza del settore pubblico, sebbene con obiettivi ed estensione variabili.

Nei Paesi analizzati, la componente **out-of-pocket**, costituita soprattutto da compartecipazioni (es. accesso alle cure specialistiche, farmaci) e ricorso privato ai servizi, registra una notevole variabilità nell'ultimo anno di rilevazione disponibile (2017), dal 9,4% della Francia al 40,5% della Russia. Considerando i differenti assetti istituzionali, si registra una percentuale di spesa out-of-pocket simile tra i Paesi con Servizio Sanitario Nazionale (19,3%) e i Paesi con assicurazione sanitaria obbligatoria (19,7%) e più bassa negli Stati Uniti (11,0%), sebbene in quest'ultimo caso la spesa in termini assoluti sia la più elevata.

L'Italia presenta il 74% della spesa finanziata dal governo e un dato un dato relativamente elevato (23,5%) per out-of-pocket a testimonianza del fatto che circa un quarto della spesa sanitaria nel nostro Paese ricade direttamente sull'individuo nel momento del consumo, mentre si mantiene marginale la percentuale di spesa per premi assicurativi obbligatori (0,2%) e quella intermediata dalle assicurazioni private (2,6%).

Figura 19 – Composizione della spesa sanitaria pro-capite: (2017)



Note: I valori riportati all'interno delle colonne rappresentano la percentuale di ogni componente di spesa rispetto al totale del Paese. Non sono riportati i dati relativi ad Australia, Giappone, Brasile, India e Cina in quanto incompleti o mancanti.

Fonte: Elaborazioni su dati OECD Health Data 2019.

³²⁸ \$PPA - Parità dei Poteri di Acquisto, con riferimento al PIL

c) RISORSE UMANE

La definizione del fabbisogno delle risorse umane per garantire adeguati ed appropriati livelli assistenziali nelle diverse aree cliniche rappresenta sicuramente un elemento centrale nel contesto di una programmazione sanitaria, anche in coerenza ed attuazione degli Atti Aziendali.

Occorre infatti l'esigenza di rispondere alla domanda di sicurezza dei pazienti e della qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate, da una parte e del rispetto delle diverse professionalità coinvolte dall'altra.

La legislazione relativa alle risorse umane del servizio sanitario si è sviluppata da oltre 50 anni (**ALLEGATO 20**) con il D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128. Ordinamento interno dei servizi ospedalieri che fornì indicazioni sulla:

- a. **tipologia di operatori:** medici (primario, aiuto, assistente) e personale sanitario ausiliario (capo sala, infermieri e infermieri generici; ostetrica capo, ostetriche, puericultrici)
- b. **quantità di operatori: quantità tarata sulla base:**
 - ◊ della struttura organizzativa di quel tempo (reparto, sezione) per i medici;
 - ◊ dei tempi di assistenza per malato (120 min. al giorno) per personale sanitario ausiliario (infermieri professionali e generici)
 - ◊ del n° di posti letto per le ostetriche e puericultrici.

Nel Decreto del Ministero della Sanità 13 settembre 1988 - Determinazione degli standards del personale ospedaliero aggiornò le disposizioni del decreto del 1969 in merito a:

- a. **tipologia di operatori (personale medico, infermieristico e riabilitativo)**
- b. **quantità di operatori tarata sulla intensività dell'assistenza:**
 - ◊ TERAPIA INTENSIVA E SUB INTENSIVA
 - ◊ SPECIALITA' AD ELEVATA ASSISTENZA
 - ◊ SPECIALITA' A MEDIA ASSISTENZA
 - ◊ SPECIALITA' DI BASE
 - a larga diffusione
 - a media diffusione
 - ◊ RIABILITAZIONE.
 - ◊ LUNGODEGENZA.

Le unità di personale medico, infermieristico, riabilitativo vengono indicate, per ciascuna unità operativa, in rapporto al numero dei posti letto.

A titolo di esempio per le SPECIALITA' DI BASE a larga diffusione si prevede:

"Modulo tipo" di 20 posti letto:

- unità di personale medico: 5 nelle specializzazioni chirurgiche e 4 nelle specializzazioni mediche;
- unità di personale infermieristico: 12

Decreto legislativo 502/1992

Da tale decreto legislativo, le regioni hanno emanato una serie di provvedimenti per definire requisiti aggiuntivi per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie. In particolare, **alcune regioni hanno inserito nei requisiti minimi da garantire per ottenere l'accreditamento i minuti di assistenza per paziente al giorno**

D.P.R. 14 gennaio 1997

Nel D.P.R. **atto di indirizzo alle Regioni in materia di requisiti minimi strutturali tecnologici**³²⁹ viene data una indicazione unitaria per tutte le strutture del sistema sanitario: la Direzione (aziendale) definisce il fabbisogno di personale: in termini numerici (equivalenti a tempo pieno) per ciascuna professione o qualifica professionale; per posizione funzionale; per qualifica; in rapporto ai volumi ed alle tipologie delle attività, secondo criteri specificati dalle normative regionali

In nessuno di questi decreti viene indicata la modalità per classificare l'intensività dell'assistenza.

Nel tempo si è ritenuto sempre più opportuno/necessario ispirarsi ad una formulazione diversificata che più rispondesse a criteri di:

- 1) complessità di assistenza;
- 2) effettivo numero di pazienti assistiti in rapporto ai posti letto attivati (tasso di occupazione).

La **complessità assistenziale** è definita dall'interazione di più variabili e si traduce nella capacità di presa in carico globale e continua del paziente da parte del sistema sanitario.

Una valutazione della **complessità assistenziale** (per certi versi assimilabile ad un risk assessment individuale) richiede l'analisi di **tre fondamentali variabili**:

- 1) valutazione della **stabilità/instabilità clinica**;
- 2) valutazione della capacità del paziente di **comprensione/scelta adeguata o inadeguata**;
- 3) valutazione della possibilità/capacità di agire coerentemente e quindi della **autonomia/dipendenza**.

La valutazione del livello di complessità di ciascuno degli assistiti è atto multidisciplinare svolto collegialmente da tutti i professionisti sanitari in maniera paritaria e ciascuno secondo le proprie competenze.

È possibile, sulla base delle definizioni sopra esposte, riconoscere le competenze necessarie al loro sviluppo:

- a. la valutazione della **stabilità/instabilità clinica** è prevalentemente di **competenza medica**;

³²⁹ D.P.R. 14 GENNAIO 1997 - 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

- b. la valutazione dei livelli di **autonomia/dipendenza** è prevalentemente di **competenza infermieristica**;
- c. la valutazione di **adeguatezza/inadeguatezza della comprensione/scelta** è condivisa da **i diversi professionisti che intervengono** nei processi di cura ed assistenza.

L'adeguata valutazione del livello di complessità assistenziale degli assistiti dei servizi residenziali (ospedalieri e non) è di fondamentale importanza per una corretta impostazione di tutti gli interventi assistenziali che dovranno essere adottati.

La valutazione dei diversi livelli di complessità dei bisogni assistenziali va effettuata con l'adozione di scale validate.

L'organizzazione dei servizi, dei presidi ospedalieri e delle strutture residenziali non ospedaliere va reimpostata progressivamente e contestualmente ai processi di dipartimentalizzazione secondo una organizzazione che, superata l'articolazione per Unità Operativa, faccia riferimento alla complessità del bisogno assistenziale così come definito precedentemente.

Sono individuabili aree di degenza e servizi con **4 livelli di complessità** (Tabella 21)³³⁰:

- **a bassa complessità assistenziale;**
- **a media complessità assistenziale;**
- **ad alta complessità assistenziale;**
- **di assistenza intensiva.**

Tabella 21 - Livelli di complessità assistenziale

Complessità assistenziale	Variabili complessità		
	<i>Stabilità clinica</i>	<i>Comprensione/scelta</i>	<i>Autonomia</i>
BASSA	SI	SI	SI
MEDIA	NO	SI	SI
	SI	NO	SI
	SI	SI	NO
ALTA	SI	NO	NO
	NO	SI	NO
	NO	NO	SI
INTENSIVA	NO	NO	NO

³³⁰ <https://www.area-c54.it/public/definizione%20fabbisogno%20delle%20risorse%20infermieristiche%20e%20del%20personale%20di%20supporto.pdf>

INDICE DI CASE-MIX (ICM)³³¹

L'Indice di Case-Mix, consente di confrontare la diversa complessità della casistica trattata, ed è **calcolato come rapporto fra il peso medio del ricovero di un dato erogatore ed il peso medio del ricovero nella casistica standard (nazionale)**. In questo caso, valori superiori all'unità indicano una casistica di complessità più elevata rispetto allo standard, mentre valori inferiori all'unità rappresentano una complessità minore.

BASSA COMPLESSITÀ per valori di Case-Mix $< 0,80$

MEDIA COMPLESSITÀ per valori di Case-Mix $0,80 \leq 1,50$

ALTA COMPLESSITÀ per valori di Case-Mix $1,50 \leq 3,00$

ASSISTENZA INTENSIVA per valori di Case-Mix $> 3,00$

L'Indice di Case-Mix, consente di confrontare la diversa complessità della casistica trattata, ed è calcolato come rapporto fra il peso medio del ricovero di un dato erogatore ed il peso medio del ricovero nella casistica standard (nazionale). In questo caso, valori superiori all'unità indicano una casistica di complessità più elevata rispetto allo standard, mentre valori inferiori all'unità rappresentano una complessità minore.

Peso medio del ricovero

Il peso medio del DRG fornisce una misura del consumo medio di risorse associato ai ricoveri afferenti a ciascun DRG: maggiore è il peso e più elevato risulterà il carico assistenziale della corrispondente casistica. Conseguentemente, il peso medio relativo può essere impiegato come indicatore proxy della complessità del ricovero, in base all'ipotesi di correlazione positiva fra complessità clinica e consumo di risorse. **Il sistema di pesi per la versione DRG 24 è stato pubblicato nel DM 18/12/2008 (Tabella 22)**

Tabella 22 - Classificazione Diagnosis Related Groups versione 24

Classificazione Diagnosis Related Groups versione 24					
DRG	MDC ^{a)}	TIPO ^{b)}	DESCRIZIONE DRG	PESO	329.528 pt
1	1	C	Craniotomia, età > 17 anni con CC	4,1798	53
2	1	C	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	3,1739	34
3	1	C	Craniotomia, età < 18 anni	2,3194	40
6	1	C	Decompressione del tunnel carpale	0,7369	4

³³¹ Ministero della Salute. Glossario http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=3669&area=ricoveriOspedalieri&menu=vuoto

7	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	2,3427	39
8	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	1,5811	10
9	1	M	Malattie e traumatismi del midollo spinale	1,2757	24
10	1	M	Neoplasie del sistema nervoso con CC	1,3787	33
11	1	M	Neoplasie del sistema nervoso senza CC	1,0329	32
12	1	M	Malattie degenerative del sistema nervoso	0,9103	23

a. **MDC** (Major Diagnostic Category) Categorie Diagnostiche Principali

b. **TIPO - Chirurgico – Medico**

c. **SOGLIA** – Standard Giornate di ricovero

Per la definizione delle dotazioni organiche oltre all'indice di complessità (ICM) occorre stabilire il tempo "reale" di lavoro delle diverse categorie di operatori. Per far ciò si può ricorrere al **Full Time Equivalent (FTE = persone equivalenti)**. Le "regole" sono le seguenti:

- Bisogna ragionare per singola persona.
- Una persona che ha lavorato una parte dell'anno: mesi lavorati / 12.
- Personale che ha capacità lavorativa ridotta:
 - ◊ Una persona che lavora part time: la percentuale di part time.
 - ◊ Una persona che beneficia della L. 104/1992: la percentuale di ore lavorate.
 - ◊ Una persona che non può svolgere tutte le mansioni (prescrizioni): tendenzialmente si considera per intero.
 - ◊ Una persona che è comandata altrove (anche permesso sindacale ecc.): la percentuale di ore lavorate.
 - ◊ Una persona che è in maternità: il numero di mesi lavorati / 12.
 - ◊ Una persona che è stata malata durante un periodo dell'anno: il numero di mesi lavorati / 12.

I dati per la elaborazione dei FTE vengono presi dal Conto Annuale Tabella 12 (Oneri annui per voci retributive a carattere stipendiale corrisposte al personale in servizio), colonna 1 "Numero di mensilità"

Per il personale infermieristico è stato messo a punto l'Indice di Complessità Assistenziale (ICA)³³². L'indice viene calcolato sulla base della rilevazione sui singoli pazienti di:

- a. 11 prestazioni
 - 1) Assicurare la respirazione
 - 2) Assicurare l'alimentazione e l'idratazione
 - 3) Assicurare l'eliminazione urinaria e intestinale
 - 4) Assicurare l'igiene
 - 5) Assicurare il movimento
 - 6) Assicurare il riposo e il sonno
 - 7) Assicurare la funzione cardiocircolatoria
 - 8) Assicurare un ambiente sicuro
 - 9) Assicurare l'interazione nella comunicazione
 - 10) Applicare le procedure terapeutiche
 - 11) Eseguire le procedure diagnostiche
- b. 5 livelli di autonomia/dipendenza del modello delle prestazioni
 - 1) **Indirizzare**
 - 2) **Guidare**
 - 3) **Sostenere**
 - 4) **Compensare**
 - 5) **Sostituire**

Un esempio è riportato nella Tabella 23

Tabella 23 - Indice di Complessità Assistenziale in una U.O di medicina.

Prestazione	LIV. 1	LIV. 2	LIV 3	LIV 4	LIV 5	Num. Malati
Assicurare la respirazione	6	5	7	10	4	32
Assicurare l'alimentazione e idratazione	-	10	-	10	12	32
Assicurare l'eliminazione urinaria e intestinale	-	-	10	10	12	32
Assicurare l'igiene	-	5	10	5	12	32
Assicurare il movimento	-	-	10	10	12	32
Assicurare il riposo e il sonno	17	10	5			32
Assicurare la funzione cardiocircolatoria	5	5	10	12	-	32
Assicurare un ambiente sicuro		10			22	32
Assicurare l'interazione nella comunicazione	5	5	2	10	10	32
Applicare le procedure terapeutiche		-	4		28	32
Eseguire le procedure diagnostiche		17			15	32
<i>Sommatoria (N. Mal * ind. di compl.)</i>	33	134	174	268	635	1244

³³² Cavaliere B. e Snaidero D. : Metodologia per la rilevazione della complessità assistenziale infermieristica: calcolo dell'indice di complessità assistenziale. Management Infermieristico, n. 1/1999, pag 32-36

L' **Indice di Complessità Assistenziale** è quello presente nella casella in basso a destra (1244). Questo indice può quindi essere messo a confronto con altre UU.OO. dell'Azienda) naturalmente omogenee/affini (tutte le medicine, tutte le chirurgie, tutte le aree critiche) per calcolare una media ponderata determinata dai pazienti ricoverati nelle UU.OO. prese a riferimento e quindi analizzare le "ragioni" di scostamenti particolarmente significativi tra UU.OO.

Per il **personale delle strutture residenziali** occorre far riferimento al documento della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza³³³ nel quale per quattro principali tipologie di utenti non autosufficienti:

- 1) *Anziani non autosufficienti*
- 2) *Persone disabili giovani e adulte*
- 3) *Persone con patologie psichiatriche*
- 4) *Persone con patologie terminali (Cure Palliative/Hospice*

vengono individuati:

- a. **i codici attività** (es per gli anziani non auto sufficienti): R1 - Unità di Cure Residenziali Intensive; R2 - Unità di Cure Residenziali Estensive; R2D - Unità di Cure Residenziali Estensive Demenze (Nuclei Alzheimer); R3 - Unità di Cure Residenziali di Mantenimento; SR- Prestazioni Semiresidenziali; SRD - Prestazioni Semiresidenziali Demenze;
- b. **gli standard qualificanti del servizio**. Come esempio si riportano gli standard per R1: Guardia medica, h 24; Assistenza medica, 300 minuti/die per nucleo; Infermiere, h 24; Assistenza globale > 210 min.; Assistenza infermieristica > 90 min.
- c. **gli indicatori di verifica**. Sempre come esempio si riportano gli indicatori per R1: Numero p.l. per 1.000 anziani; Numero di assistiti; Tasso occupazione annuo medio - N. pz in lista di attesa; Durata media attesa

Nell'**ALLEGATO 21** vengono riportati i contenuti di cui ai precedenti punti A) -B) -C).

d) RISORSE STRUTTURALI

i. Fabbisogno LEA ospedaliero

Il **DM 70/2015**³³⁴ costituisce il **riferimento legislativo fondamentale** per la riorganizzazione del LEA Ospedaliero.

³³³ MINISTERO DELLA SALUTE - DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA - COMMISSIONE NAZIONALE PER LA DEFINIZIONE E L'AGGIORNAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_646_allegato.pdf

³³⁴ DECRETO MINISTERIALE 2 APRILE 2015 N. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. (G.U. 4 giugno 2015, n. 127)

In estrema sintesi gli standard strutturali e tecnologici delle strutture dedicate all'assistenza ospedaliera sono i seguenti:

- ◇ **dotazione dei posti letto ospedalieri** accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a **3,7 posti letto (p.l.) per mille abitanti**, *comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post acuzie*;
- ◇ **tasso di ospedalizzazione** pari a **160 per mille abitanti di cui il 25%** riferito a ricoveri diurni.
- ◇ **classificazione delle strutture ospedaliere: presidi ospedalieri di base**, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, **presidi ospedalieri di I livello**, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti; **presidi ospedalieri di II livello**, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti
- ◇ **standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina** (es. Chirurgia generale: min. 100.000 ab- max. 200.000 ab; chirurgia plastica min. 1 milione ab., max. 2 milioni ab).
- ◇ **volumi minimi di attività** (es.: By pass aorto-coronarico 200 interventi/anno di By pass aorto-coronarico isolato per Struttura complessa)
- ◇ **soglie di rischio di esito** (es. Proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min. dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta: minimo 60%)
- ◇ **standard per i presidi ospedalieri di base, I livello e II livello** (es ospedali di base e I livello: presenza di sistemi o attività di: Gestione del rischio clinico - Sistema di segnalazione degli eventi avversi -Sistemi di raccolta dati sulle infezioni correlate all'assistenza, ecc.)
- ◇ **reti ospedaliere** (rete infarto - rete ictus - rete traumatologica - rete neonatologica e punti nascita - rete medicine specialistiche - rete oncologica - rete pediatrica - rete trapiantologica - rete terapia del dolore - rete malattie rare)
- ◇ **rete dell'emergenza urgenza**

Il DM prevedeva che le Regioni, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del decreto, adottassero il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri, garantendo, entro il triennio di attuazione del patto per la salute 2014-2016 il progressivo adeguamento agli standard del decreto stesso.

La rispondenza delle Regioni agli standard previsti nel DM 70 viene effettuata a livello nazionale attraverso il **Monitoraggio dei LEA attraverso la cosiddetta Griglia LEA**³³⁵

³³⁵ Ministero della Salute DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA UFFICIO VI Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA Metodologia e Risultati dell'anno 2017 Febbraio 2019

ii. Fabbisogno LEA distrettuale

Per il LEA distrettuale non è presente un dispositivo legislativo specifico paragonabile al DM 70 sull'assistenza ospedaliera, ma specifiche indicazioni sono presenti nei seguenti documenti:

Relazione Finale del Mattone 12³³⁶ - Prestazioni residenziali e semiresidenziali³³⁷(**ALLEGATO 22**);

◊ **Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali** della Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza³³⁸

Nell'allegato 20 sono riportati per le diverse prestazioni le seguenti informazioni:

a. **Prestazioni di: Assistenza Residenziale e Semiresidenziale (per Anziani); Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali per Disabili; Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali Psichiatriche**

- **Classificazione delle prestazioni e codici di attività**
- **Standard qualificanti del servizio**
- **Indicatori**

b. **Prestazioni nei Centri Residenziali per Cure Palliative / Hospice; Prestazioni di Cure palliative nei Centri residenziali per minori (0-18 anni)**

- **Classificazione delle prestazioni e codici di attività**
- **Standard qualificanti del servizio**
- **Indicatori**

Il riferimento fondamentale sul fabbisogno di strutture residenziali è quello riportato dal sistema di verifica degli adempimenti LEA. La Griglia LEA presenta diverse classi di valutazione del valore dell'indicatore rispetto al **valore normale** dichiarato esplicitamente dalla Commissione **standard nazionale** che di conseguenza diventa il valore di riferimento dei fabbisogni per le diverse tipologie di struttura: Le soglie sono suddivise in 5 classi in funzione della distanza del valore dell'indicatore dallo standard nazionale (*valore normale*) e a ciascuna classe è assegnato un punteggio (**Tabella 24**).

³³⁶ **Il Progetto "MATTONI SSN" fu** approvato in Conferenza Stato Regioni il 10 dicembre 2003 con l'obiettivo di definire e creare un linguaggio comune a livello nazionale per garantire la confrontabilità delle informazioni condivise nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

³³⁷ Ministero della Salute. Progetto Mattone SSN Prestazioni residenziali e semiresidenziali. Relazione Finale (Mattone 12 – Prestazioni residenziali e semiresidenziali)- 2007

³³⁸ MINISTERO DELLA SALUTE. DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA COMMISSIONE NAZIONALE PER LA DEFINIZIONE E L'AGGIORNAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA **Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali - 2007**

Tabella 24 – Standard Posti letto Residenze anziani, disabili e malati terminali

INDICATORE	STANDARD	RANGE: 2 prime e 2 ultime Regioni in Italia 2011
DISTRETTUALE RESIDENZIALE ANZIANI		
9.1. Numero di posti equivalenti* per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	>=9,80 x 1000 anziani residenti	72 (PA Trento) –27,8 (Lombardia) 0 (P.A. Bolzano e Sardegna)
9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	>= 10	43.02 (P.A. Bolzano) - 40.02 (P.A. Trento) 00 (Valle d'Aosta) - 1.38 (Campania) -
DISTRETTUALE RESIDENZIALE e SEMIRESIDENZIALE DISABILI		
10.1.1 Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	>= 0,50	0.74 (Liguria) – 0,50 (Emilia-Romagna) Friuli-Venezia Giulia) 0.01 (Campania) - 0.20 (PA Bolzano)
10.1.2 Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	>= 0,22	0.70 (Veneto) - 0.42 Lombardia – 0.0 (P.A. Trento), 0.01 (PA Bolzano)
10.2.1 Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	>= 0,60	0.94 (Piemonte), 0.93 (Liguria) 0,21 (PA Bolzano), 0.29 (Sicilia)
10.2.2 Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	>= 0,45	1,46 (Veneto), 1,10 (Umbria) 0.01 (PA Bolzano e PA Trento)
DISTRETTUALE MALATI TERMINALI		
11. Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	> 1	5.05 (Sardegna), 2.84 (Lombardia), 0,96 (Sicilia)

* sulla base delle *giornate di assistenza erogate*

La somma dei prodotti dei pesi per i punti della classe in cui si colloca il valore dell'indicatore fornisce il punteggio finale che costituisce la valutazione globale della regione rispetto all'adempimento sul "mantenimento dei LEA".

I punteggi finali vengono poi suddivisi in due classi di valutazione:

Valutazione	Intervallo del punteggio
Adempiente	≥ 160 o compreso tra 140 - 160 e nessun indicatore critico (con punteggio di valutazione <3)
Inadempiente	< 140 o compreso tra 140 - 160 con almeno un indicatore critico (con punteggio di valutazione <3)

Residenze per anziani

L'esperienza dei principali paesi UE individua un parametro di offerta di 5-6 posti letto per 100 anziani (50-60 x 1.000) come standard di riferimento³³⁹ (

In Italia il Fabbisogno **stimato per 1.000 anziani > 65 è stato calcolato (per ciascuna regione e per l'Italia nel suo insieme) sulla base delle seguenti variabili:**

- Quota % Persone Sole 65-74 anni su popolazione 65- 74
- Quota % Persone Sole 75 anni e oltre su popolazione 75 anni e oltre
- Quota % anziani > 75 su popolazione totale
- %Anziani poveri sul totale anziani
- Popolazione >65 anni
- Ospiti > 65 anni corretti

Fabbisogno stimato in **Italia** è di **42,7 posti ogni 1.000 anziani > 65**, Range **36, 8 (Campania) – 53,3 (Liguria)**.

Stima dell'impatto economico:

R1	253.619.163
R2	2.988.748.948
R2D	2.230.409.663
R3	6.475.382.892
SR	404.711.431
SRD	269.807.621

L'impatto di questi servizi sul FSN è strettamente legato alla quota di partecipazione dell'ospite, che può limitare in modo significativo il carico sul FSN del settore.

L'impatto della spesa sul SSN dipende quindi dalle differenti modalità di determinazione delle quote a carico dell'ospite e/o dei Comuni. La stima *nel quinquennio* è una spesa a regime (calcolata a valori 2007) di circa 6.800-7.800 mln di euro a carico del SSN (circa 7,8% del FSN) e 4.800-5.800 mln a carico delle famiglie e/o dei servizi sociali dei Comuni.

ALLEGATO 23 si riporta l'**esempio** riferito all'Assistenza domiciliare e residenziale **delle note per la compilazione della documentazione** sui singoli adempimenti.

³³⁹ Comas-Herrera A. and Wittemberg R. European Study of Long Term Care Expenditure. Report to the European Commission ESA DG dp 1840, 2003).

e) RISORSE TECNOLOGICHE

Il **concetto di tecnologia sanitaria** è ampio e comprende le attrezzature sanitarie, i dispositivi medici, i farmaci, i sistemi diagnostici, le procedure mediche e chirurgiche, i percorsi assistenziali e gli assetti strutturali, organizzativi e manageriali nei quali viene erogata l'assistenza sanitaria.

Le tecnologie sanitarie comprendono quindi tutte le applicazioni pratiche della conoscenza che vengono utilizzate per promuovere la salute e prevenire, diagnosticare e curare le malattie.³⁴⁰

A differenza delle risorse umane e strutturali per le quali abbiamo algoritmi di calcolo per stimarne il fabbisogno, per le tecnologie sanitarie occorre procedere con altri metodi.

Nel DM 70 tra gli standard per i presidi ospedalieri di base e di I livello sono inclusi i seguenti standard in merito alla **Medicina basata sulle evidenze e Valutazione delle tecnologie Sanitarie**:

- Implementazione di **linee guida** e definizione di **protocolli diagnostico-terapeutici specifici**
- **Acquisizione** delle **valutazioni delle tecnologie sanitarie prodotte a livello nazionale ed internazionale**
- **Partecipazione a reti di valutazione delle tecnologie sanitarie**, facenti capo alla rete nazionale di valutazione delle tecnologie sanitarie, coordinata dalla Agenas

Il tema è quindi quello dell'**HTA (Health Technology Assessment)** che, in questo manuale, viene sviluppato nel § 5.9 *Efficacia* (5.9.3.b. HTA - Health Technology Assessment) e in successivi 3 paragrafi (5.9.3.b.i. RIHTA Rete Italiana HTA; HS - Horizon Scanning 5.9.3.b.ii; Dispositivi medici 5.9.3.b.iii)).

Il Gruppo di lavoro Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità e Agenas su Linee di indirizzo per l'implementazione del paragrafo 5 - DM 70 /2015 Standard generali di qualità, ha redatto un documento che ha sviluppato, sul tema delle tecnologie, le seguenti proposte a integrazione di quelle presenti nel DM 70:

- Disporre delle conoscenze relativamente alle **conseguenze** e agli **impatti dell'utilizzo di una tecnologia sanitaria** e in quale misura la loro valutazione deve essere individualizzata ai fini della selezione, acquisizione e utilizzo.
- Partecipare a **reti di valutazione delle tecnologie sanitarie**.
- Applicare la **Telemedicina** come supporto alle terapie nella continuità Ospedale e Territorio.
- Definire i **collegamenti funzionali tra Ospedale e Territorio**.
- Rilevazione del **fabbisogno tecnologico** per l'introduzione di nuove tecnologie

³⁴⁰ SIHTA (Società Italiana di Health Technology Assessment). CARTA di TRENTO sulla valutazione delle tecnologie in Italia – Trento, 28 marzo 2008

- Formalizzazione di procedure di **valutazione per Protocolli, Linee guida per la continuità assistenziale**.

È bene anche ricordare che indicazioni sulle tecnologie sanitarie e su l'HTA sono contenute anche tra i **requisiti nazionali** di Accreditamento e Autorizzazione

ACCREDITAMENTO³⁴¹:

7° Criterio/fattore di qualità - Processi di miglioramento ed innovazione: Il governo delle azioni di miglioramento, *dell'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa* esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili”

Requisito 7.2: Applicazione di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi

Evidenza 7.2.1. *Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la valutazione delle tecnologie ai fini della selezione, acquisizione e allocazione*

Requisito 7.3: Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa

Evidenza 7.3.1. *Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative*

AUTORIZZAZIONE³⁴²

Requisiti minimi organizzativi generali

Il presente documento indica i requisiti minimi relativi ai seguenti aspetti organizzativi: 1. politica, obiettivi ed attività; 2. struttura organizzativa; 3. gestione delle risorse umane; **4. gestione delle risorse tecnologiche**; 5. gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni; 6. sistema informativo;

1) **Gestione delle risorse tecnologiche**

Si devono prevedere specifiche procedure di programmazione degli acquisti delle **apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici** che devono tenere conto dell'**obsolescenza**, dell'**adeguamento alle norme tecniche**, della eventuale

³⁴¹ Intesa, ai sensi dell'art.8, c.6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, Le Regioni e le province autonome sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accREDITAMENTO" in attuazione dell'art 7, c. 1, del nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012 (Rep Atti n. 243/CSR del 3 dicembre 2009). Intesa siglata il 20/12/2012 - Rep 259/CSR

³⁴² D.P.R. 14 gennaio 1997 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

disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria. La Direzione adotta un inventario delle apparecchiature in dotazione. Deve esistere un piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche; tale piano deve essere documentato per ciascuna apparecchiatura e reso noto ai diversi livelli operativi. La Direzione deve provvedere affinché in ogni presidio sia garantito l'uso sicuro, appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche.

2) **Gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni**

Annualmente ogni struttura organizzativa effettua al proprio interno o partecipa ad **almeno un progetto di valutazione** e verifica di qualità favorendo il coinvolgimento di tutto il personale. Tale attività sarà utilizzata anche per lo studio **dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse**, con **particolare riferimento** agli episodi di ricovero e **all'utilizzo di tecnologie complesse (RMN, TAC, Angioplastiche, etc.)**

Requisiti minimi strutturali e tecnologici generali

Tutti i presidi devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di: - protezione antisismica; - protezione antincendio; - protezione acustica; - sicurezza elettrica e continuità elettrica; - sicurezza antinfortunistica; - igiene dei luoghi di lavoro; - protezione delle radiazioni ionizzanti; - eliminazione delle barriere architettoniche; - smaltimento dei rifiuti; - condizioni microclimatiche; - impianti di distribuzione dei gas; - materiali esplosivi.

Requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi specifici per le strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale

Requisiti minimi tecnologici

Il locale ambulatorio deve disporre di attrezzature e presidi medico-chirurgici in relazione alla specificità dell'attività svolta.

Inoltre, deve essere prevista la seguente dotazione minima tecnologica: - carrello per la gestione dell'emergenza.

Attività di diagnostica per immagini

Requisiti minimi tecnologici

La dotazione strumentale minima delle strutture di radiologia diagnostica che utilizzano radiazioni ionizzanti prevede:

- generatore A.T. trifase di potenza non inferiore a 30 KW e tavolo di comando-tavolo ribaltabile, preferibilmente telecomandato, con serigrafo, Potter Bucky, intensificatore di brillantezza;
- tubo radiogeno a doppio fuoco anodo rotante;
- dotazione minima di primo soccorso;
- apparecchio radiologico portatile nelle strutture di ricovero.

Le strutture che erogano prestazioni di diagnostica mono specialistica o di diagnostica plurispecialistica devono possedere requisiti tecnologici adeguati alla complessità delle prestazioni erogate.

Le attività fondamentali per il mantenimento/sviluppo dell'adeguatezza delle risorse tecnologiche (a parte naturalmente l'aspetto economico) sono sostanzialmente due:

- Formazione/aggiornamento per tutti gli operatori della sanità (personale sanitario e amministrativo)
- Partecipazione/sviluppo di attività di ricerca per gli operatori sanitari.

Le attività di **formazione e aggiornamento** sono fondamentali per la incessante evoluzione delle conoscenze scientifiche nel settore sanitario e amministrativo. Tali attività sono

- a. ECM (cfr. § 5.8 Competenza professionale e culturale)
- b. Partecipazione e/o promozione di convegni/congressi
- c. Stage in centri di eccellenza
- d. Attivazione di seminari "dipartimentali" e/o "aziendali" periodici (tri/quadrimestrali) per la condivisione sulle nuove conoscenze acquisite nelle attività di cui ai punti b) e c)

Le attività di **partecipazione ad attività di ricerca** attraverso la promozione/ collaborazione a sperimentazioni cliniche, l'utilizzo della RIHTA Rete Italiana HTA e HS - Horizon Scanning, ecc.

ACCESSIBILITÀ e TEMPESTIVITÀ

ACCESSIBILITÀ - Assistenza sanitaria erogata in setting operativi facilmente raggiungibili geograficamente, con competenze e risorse appropriate ai bisogni di salute³⁴³

TEMPESTIVITÀ - Capacità del sistema di fornire assistenza in tempi congrui rispetto al bisogno manifestato/riconosciuto³⁴⁴

a) Introduzione

In merito al tema dell'**accessibilità** nel 2002 il **Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR)** del WHO³⁴⁵, ha individuato l'**Accessibilità** tra i quattro criteri (**Disponibilità**³⁴⁶, **Accettabilità**³⁴⁷, **Qualità**³⁴⁸) in base ai quali valutare il **diritto alla salute**.

Il CESCR definisce l'accessibilità nei seguenti termini:

Accessibilità. Le strutture sanitarie, i beni e i servizi devono essere accessibili a tutti senza discriminazioni, nell'ambito della giurisdizione dello Stato.

L'accessibilità ha quattro dimensioni sovrapposte:

- 1) **Non discriminazione.** Le strutture sanitarie, i beni e i servizi devono essere accessibili a tutti, nella legge e nei fatti, senza discriminazioni per nessuno dei motivi vietati.

³⁴³ W.H.O.. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. World Health Organization, Geneva, 2006 (*modificato*)

³⁴⁴ **Healthy People 2020.** Access to Health Services. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and HealthPromotion .<http://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/Access-to-Health-Services>. e **AHRQ** <https://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/chartbooks/access/elements3.html>

³⁴⁵ WHO 2002 25 Questions & Answers Health & Human Rights. Health & Human Rights. Publication Series Issue No.1, July 2002

³⁴⁶ Ciò dovrebbe includere i determinanti di base della salute, come acqua potabile sicura e potabile e strutture sanitarie adeguate, ospedali, cliniche e altri edifici correlati alla salute, personale medico e professionale addestrato che riceve stipendi competitivi a livello nazionale e farmaci essenziali, come definito dal Programma d'azione dell'OMS sui farmaci essenziali.

³⁴⁷ Tutte le strutture sanitarie, i beni e i servizi devono essere rispettosi dell'etica medica e culturalmente appropriati, sensibili alle esigenze di genere e del ciclo di vita, nonché essere progettati per rispettare la riservatezza e migliorare lo stato di salute degli interessati

³⁴⁸ Le strutture, i beni e i servizi sanitari devono essere scientificamente e medicalmente appropriati e di buona qualità.

- 2) **Accessibilità fisica**: Le strutture, i beni e i servizi sanitari devono essere a portata di mano per tutte le fasce della popolazione, in particolare i gruppi vulnerabili (donne, bambini, adolescenti, persone anziane, persone con disabilità, persone con HIV / AIDS) o emarginati (immigrati, minoranze etniche)
- 3) **Accessibilità economica**: Le strutture, i beni e i servizi sanitari devono essere alla portata di tutti. Il pagamento per i servizi sanitari, nonché i servizi relativi ai determinanti di base della salute, deve essere basato sul principio di equità, garantendo che tali servizi, forniti privatamente o pubblicamente, siano alla portata di tutti.
- 4) **Accessibilità delle informazioni** L'accessibilità include il diritto di cercare, ricevere e impartire informazioni e idee riguardanti problemi di salute. Però, accessibilità delle informazioni non deve compromettere il diritto di avere i dati personali sulla salute trattati con riservatezza

Tempestività

La **tempestività** è la capacità del sistema sanitario di fornire assistenza sanitaria rapidamente dopo il riconoscimento di un bisogno.

Le misure di tempestività includono:

- Disponibilità di appuntamenti e assistenza per malattia o infortunio quando necessario
- Tempo trascorso in attesa negli studi medici e nei dipartimenti di emergenza (D.E.)

Il ritardo tra l'identificazione della necessità di un test o trattamento specifico e l'effettiva ricezione di tali servizi può avere un impatto negativo sulla salute e sui costi delle cure. I ritardi nell'assistenza possono portare a:

- Maggiore stress emotivo
- Aumento delle complicanze
- Costi di trattamento più elevati
- Aumento dei ricoveri

Difficoltà effettive e/o percepite oppure ritardi nell'assistenza quando i pazienti sono malati o feriti possono essere segnali di barriere significative all'assistenza

Un tempo di attesa prolungato nei D.E.³⁴⁹:

- Riduce la soddisfazione del paziente
- Aumenta il numero di pazienti che se ne vanno prima di essere visti
- È associato a ritardi clinicamente significativi nell'assistenza³⁵⁰

³⁴⁹ National Healthcare Quality and Disparities Report 2014 [Internet]. Key Findings. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; April 2015. <http://www.ahrq.gov/research/findings/nhqdr/nhqdr14/key1.html#Access>

³⁵⁰ Hsai RY, Tabas JA. The increasing weight of increasing waits. Arch Intern Med. 2009 Nov 9;169(20):1826-1932

Le cause di un aumento dei tempi di attesa nei Dipartimenti di Emergenza³⁵¹ includono un aumento del numero di pazienti che si rivolgono D.E. con gran parte dell'aumento dovuto alle visite di pazienti non acuti e che non ne hanno bisogno.

L'accessibilità e la tempestività rappresentano importanti problemi nel nostro Paese.

I dati di sorveglianza dell'indagine "Passi d'argento" 2016-2017³⁵² indicano che nel biennio 2016-2017 il 27% degli ultra 64enni intervistati dichiara di avere difficoltà nell'accesso a 2 o più servizi socio-sanitari; tale quota aumenta con l'età (raggiunge il 62% fra gli ultra 84enni), è maggiore fra le donne (34%), tra le persone socialmente più svantaggiate per basso livello di istruzione (38%) o difficoltà economiche (48%) e fra i residenti nelle regioni meridionali e fra coloro che hanno perso l'autonomia in 1 o più attività della vita quotidiana, di base o strumentale.

Per quanto attiene la tempestività (fatto salvo il settore dell'emergenza-urgenza) sono presenti problemi in tutto il territorio nazionale

b) Legislazione nazionale

Per la dimensione **ACCESSIBILITÀ** la legislazione di riferimento è quella relativa al tema accreditamento/autorizzazione e in particolare alla **autorizzazione alla realizzazione** e agli **atti del fabbisogno** che devono essere predisposti dalle regioni. E per questo si rimanda al capitolo 5.4.

Per la dimensione **TEMPESTIVITÀ** l'atto di riferimento è il Governo delle Liste Attesa-

i. Governo liste di attesa

L'atto normativo di riferimento in tema di tempestività è il **Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021**³⁵³ che nasce con l'obiettivo prioritario di incrementare il grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili.

Nel *giugno 2019*³⁵⁴ è stato istituito (presso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della salute) l'**OSSERVATORIO NAZIONALE SULLE LISTE DI ATTESA** (previsto dal PNGLA) col compito di:

³⁵¹ Avalere Health for the American Hospital Association. Trendwatch Chartbook 2015: Trends Affecting Hospitals and Health Systems. Washington, DC: American Heart Association; 2015.

³⁵² Contoli B. et al.: Il diritto alla salute e all'accesso ai servizi sociosanitari nella popolazione anziana, i dati della sorveglianza Passi d'Argento 2016-17: XLII CONGRESSO DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI EPIDEMIOLOGIA

³⁵³ **Intesa** sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul **Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa** per il triennio 2019- 2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266. (SALUTE)Repertorio Atti n.: 28 /CSR del 21/02/2019

³⁵⁴ **DECRETO MINISTERIALE del Ministero della Salute** Istituzione e funzioni dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa **20/06/2019**

- supportare le Regioni e le Province Autonome nell'implementazione delle disposizioni contenute nel citato PNGLA 2019-2021
- svolgere il **monitoraggio** dell'effettiva applicazione delle disposizioni contenute nel citato Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa PNGLA 2019-2021, effettuando, al contempo, l'**analisi delle criticità** rilevate nell'attuazione delle disposizioni in parola, fornendo indicazioni tese ad omogeneizzare i comportamenti delle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, al fine di assicurare uniformità nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e superare eventuali disuguaglianze erogative delle prestazioni nonché assicurare **una risposta tempestiva, efficace e appropriata** ai bisogni assistenziali dei cittadini

Il Piano è articolato in 4 allegati (**ALLEGATO 24**)

- ◇ Allegato A - Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021
- ◇ Allegato B: Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa.
- ◇ Allegato C: Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) (**Tabella 25**)
- ◇ Allegato D: Glossario in materia di liste di attesa.

Tabella 25 – Applicazione modello RAO (Raggruppamento di Attesa Omogenea)

ASS_RAO 002	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4 Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: eventuale EcocolorDoppler delle ghiandole salivari e della tiroide. Escluso EcocolorDoppler delle paratiroidi Codice 88.73.7	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Scialoadeniti acute e colica salivare 2. Altro (10%)
U (PEDIATRIA)	72 h	1. Tumefazioni ad insorgenza improvvisa 2. Sospetta calcolosi delle ghiandole salivari maggiori 3. Massa collo fissa 4. Scialoadenite acuta con sospetto di ascessualizzazione 5. Altro (10%)
B	10 gg	1. Calcolosi delle ghiandole salivari maggiori 2. Sospetta tiroidite acuta/subacuta 3. Patologia disfunzionale tiroidea: ipertiroidismo 4. Tumefazione improvvisa nella regione del collo (tiroide e ghiandole salivari) e delle regioni sovraclaveari 5. Altro (10%)
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Adenopatia localizzata persistente dopo terapia 2. Patologia disfunzionale tiroidea/paratiroidea: ipotiroidismo, iperparatiroidismo, struma 3. Altro (10%)
D	60 gg	1. Tumefazione laterocervicale o delle ghiandole salivari ad insorgenza non improvvisa 2. Patologia disfunzionale tiroidea/paratiroidea: ipotiroidismo, iperparatiroidismo, struma 3. Altro (10%)
D (PEDIATRIA)	60 gg	1. Tumefazioni della linea mediana del collo senza carattere flogistico 2. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

MINISTERO DELLA SANITÀ Commissione per la formulazione di proposte operative e lo studio delle problematiche relative alla gestione dei tempi di attesa istituita con decreto del Ministro della sanità del 28 dicembre 2000. Relazione finale ANALISI E PROPOSTE IN TEMA DI LISTE DI ATTESA NEL S.S.N. Roma, maggio 2001

ATTI DI LEGISLAZIONE REGIONALI

Si riportano a titolo di esempio i riferimenti WEB più recenti di alcune Regioni in merito agli adempimenti legislativi regionali previsti dalle norme nazionali:

- Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie;
- Livelli essenziali di assistenza (LEA)
- Monitoraggio dei livelli di assistenza
- Standard del LEA ospedaliero
- Standard del LEA distrettuale
- Governo Liste di attesa

A) Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie

Regione Toscana - Autorizzazione all'esercizio e accreditamento delle strutture sanitarie.

Regolamento 17 novembre 2016, n. 79/R - Regolamento di attuazione [della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51](#) (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) in materia di

<http://raccoltanormativa.consiglio.regione.toscana.it/articolo?urndoc=urn:nir:regione.toscana:regolamento.giunta:2016-11-17:79/R>

Regione Piemonte - Autorizzazione alla realizzazione

Deliberazione della Giunta Regionale 22 marzo 2019, n. 31-8596 Strutture sanitarie e sociosanitarie soggette a verifica di compatibilità di cui all'art. 8 ter, comma 3, del d.lgs. 502/92 e s.m.i. Aggiornamento e semplificazione delle deliberazioni vigenti in materia. Approvazione disciplina di carattere "generale" e disciplina di "dettaglio" per le singole tipologie di strutture. Revoca deliberazioni

http://www.comune.torino.it/servizisociali/vigilanza/normativa/dgr31-8696_22-3-2019.pdf

Regione Lazio – Autorizzazione alla realizzazione

Decreto del Presidente n. T00095 del 27-3-2014 - L.R. n. 4/2003 e del R.R. n. 2/2007- Richieste di autorizzazione alla realizzazione di nuove strutture sanitarie e sociosanitarie (ampliamento, trasformazione, trasferimento) inoltrate dalle strutture di cui all'articolo 4, comma 1, della L.R. n. 4/2003, che intendono operare esclusivamente in regime privatistico - **Verifica di compatibilità rispetto al fabbisogno di assistenza** - Disposizioni transitorie.

http://www.regione.lazio.it/binary/rl_sanita/tbl_contenuti/decreto_pres_95_2014.pdf

B-E) Livelli essenziali di assistenza (LEA) - Monitoraggio dei livelli di assistenza - Standard del LEA ospedaliero - Standard del LEA distrettuale

Regione Emilia-Romagna - Adempimento E - GRIGLIA LEA Ministero della Salute

Anno: 2018

<https://applicazioni.regione.emilia-romagna.it/ReportER/public/VisualizzaGrigliaLEA>

Regione Veneto – Azienda Zero

Piano delle Performance anno 2018-2020

https://salute.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?p_l_id=998304&folderId=1514038&name=DLE-34918.pdf

F) Governo Liste di Attesa

Regione Marche: DGR 462/2019 Recepimento Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa (PNGLA) 2019-2021 (Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019). Nuovo Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche per gli anni 2019-2021. http://www.norme.marche.it/Delibere/2019/DGR0462_19.pdf

Regione Liguria Recepimento Piano Regionale per il governo delle liste di attesa delle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale e dei Ricoveri chirurgici programmati (PRGLA). Triennio 2019-2021 http://www.alisa.liguria.it/index.php?option=com_content&view=article&id=783&Itemid=335

Emilia- Romagna

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/leggi/regionali/dgr-2127-2016/dgr-603-2019-piano-regionale-di-governo-delle-liste-dattesa-prgla-per-il-triennio-2019-2021/view>

Toscana

http://www.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5215661&nomeFile=Delibera_n.604_del_06-05-2019-Allegato-A

Sicilia

http://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_AssessoratoSalute/PIR_Infoedocumenti/PIR_DecretiAssessoratoSalute/PIR_DecretiAssessoriali/PIR_DecretiAssessorialianno2019/Allegato%20A%20DA%20n.%20631.pdf

c) Implementazione e monitoraggio

Il monitoraggio (check/audit) delle attività previste dalla legislazione sul tema accessibilità/tempestività è fondamentale, come per tutte le dimensioni della qualità, per evidenziare carenze ed effettuare gli interventi correttivi/migliorativi. Un tema da affrontare nell'immediato è la **revisione degli atti di fabbisogno regionali di strutture sanitarie e sociosanitarie** per aggiornare la programmazione alla luce dei trend demografici, tecnologici e sociali che comportano una visione pianificatoria di lungo periodo (5-10 anni) su cui calare progressivamente programmi attuativi triennali di attuazione nonché l'aggiornamento/revisione dei manuali di autorizzazione.

i. Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa

Per le **prestazioni di specialistica ambulatoriale** le **classi di priorità** previste nel Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021³⁵⁵ sono:

- **Classe U (Urgente)**, prestazioni da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- **Classe B (Breve)**, prestazioni da eseguire entro 10 giorni;
- **Classe D (Differibile)**, prestazioni da eseguire entro 30 giorni per le visite / entro 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- **Classe P (Programmata)**, prestazioni da eseguire entro 120 giorni.

Per le **prestazioni in regime di ricovero** le classi di priorità sono:

- **Classe A:** ricovero **entro 30 giorni** per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi;
- **Classe B:** ricovero **entro 60 giorni** per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- **Classe C:** ricovero **entro 180 giorni** per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- **Classe D:** ricovero **senza attesa massima** definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati **almeno entro 12 mesi**.

Le **prestazioni in regime di ricovero monitorate** sono:

- 1) Interventi chirurgici tumore maligno Mammella
- 2) Interventi chirurgici tumore maligno Prostata
- 3) Interventi chirurgici tumore maligno colon
- 4) Interventi chirurgici tumore maligno retto
- 5) Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero
- 6) Interventi chirurgici per melanoma
- 7) Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide
- 8) By pass aortocoronarico
- 9) Angioplastica Coronarica (PTCA)
- 10) Endoarteriectomia carotidea
- 11) Intervento protesi d'anca
- 12) Interventi chirurgici tumore del Polmone
- 13) Colectomia laparoscopica
- 14) Coronarografia

³⁵⁵ http://www.salute.gov.it/portale/p5_1_2.jsp?lingua=italiano&cid=217

- 15) Biopsia percutanea del fegato
- 16) Emorroidectomia
- 17) Riparazione ernia inguinale

ii. Commissione nazionale sulla gestione dei tempi di attesa

Si farà anche riferimento alle indicazioni presenti nella Relazione ANALISI E PROPOSTE IN TEMA DI LISTE DI ATTESA NEL S.S.N. della Commissione per la formulazione di proposte operative e lo studio delle problematiche relative alla gestione dei tempi di attesa³⁵⁶

- 1) **giorni d'attesa** registrati per le singole prestazioni rilevate, escludendo i casi con tempi superiori ai 365 giorni e dei tempi pari a zero giorni, possono essere descritti in termini di:
 - a. Tempo minimo
 - b. Tempo massimo
 - c. Valore medio
 - d. Valore mediano
- 2) **percentuale di inclusi nel tempo soglia** (in un determinato momento): % di utenti cui si è prospettata l'esecuzione di una certa prestazione entro un valore soglia (variabile a seconda della prestazione) rispetto al totale dei richiedenti; questo indice descrive la capacità di una Azienda sanitaria di garantire l'accesso rispetto ad un tempo considerato di riferimento;
- 3) **indice di pressione esterna**: numero di pazienti in lista d'attesa per una determinata prestazione / numero di prestazioni offerte nel periodo considerato; l'indicatore fornisce informazioni utili alla modulazione dell'offerta, indicando il volume di incremento di attività necessario a ridurre il numero dei pazienti in lista e conseguentemente i tempi di attesa;
- 4) **indice di saturazione**: prestazioni effettuate nel periodo considerato / numero di prestazioni offerte nel periodo considerato* 100; è un indicatore utile alla programmazione aziendale che confronta le prestazioni erogate con l'offerta potenziale.

Per l'interpretazione degli indicatori di cui sopra, le aziende e le regioni possono utilizzare alcuni indicatori di contesto:

- **numero di aziende dotate di CUP / totale delle aziende regionali**
- **popolazione residente in regione / numero soggetti erogatori regionale**
- **peso percentuale della libera professione** (per una data prestazione in un determinato intervallo temporale, ad. es. semestrale): n° di prestazioni

³⁵⁶ MINISTERO DELLA SANITA' Commissione per la formulazione di proposte operative e lo studio delle problematiche relative alla gestione dei tempi di attesa istituita con decreto del Ministro della sanità del 28 dicembre 2000 Relazione finale ANALISI E PROPOSTE IN TEMA DI LISTE DI ATTESA NEL S.S.N. Roma, maggio 2001

erogate in regime di libera professione intramuraria / totale delle prestazioni istituzionali

- **indicatori di efficienza nell'utilizzo delle apparecchiature** (ore di utilizzo nell'unità di tempo considerata).

Attuazione del monitoraggio secondo modalità progressive

Vista la variabilità nello sviluppo dei sistemi informativi e dei processi organizzativi di monitoraggio attualmente in atto, si suggerisce di adottare quanto appena proposto, secondo le seguenti fasi progressive di implementazione:

- fase 1: indicatori di cui ai punti 1.a, 1.b, 2, eventualmente integrati da indicatori di contesto;
- fase 2: indicatori di fase 1 + indicatori 1.c, 1.d, 3 e 4.

La fase 1 può essere implementata in tempi brevi anche in realtà in cui non è attiva la informatizzazione delle prestazioni; mentre la fase 2 richiede un sistema informatizzato in cui i dati di ogni singola richiesta di prenotazione e relativa prestazione siano rilevabili, trasmissibili ed elaborabili a tutti i livelli del Servizio Sanitario nazionale.

iii. Altri osservatori sulle liste di attesa

CREA- Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità con l'Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitari Regionali II annualità – 2018 (in cui vengono presentati/confrontati i dati di 4 regioni (Liguria, Emilia-Romagna, Marche, Sicilia).

CITTADINANZATTIVA³⁵⁷ XXI Rapporto PiT Salute - Tra attese e costi, il futuro della salute in gioco (dati 2017)

Sul tema dell'accessibilità si segnalano gli indicatori **Accessibilità online alle informazioni sui servizi** del MeS di Pisa³⁵⁸.

B31.2 ³⁵⁹	Accessibilità online alle informazioni sui servizi	Valutazione
B31.2.1	Responsive Web Design (RWD)	Valutazione
B31.2.2	Leggibilità del sito web	Valutazione

³⁵⁷ Con contributo non condizionato di *FNOPI - Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche, Federazione Ordini Farmacisti Italiani; FNOMCeO - Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri*

³⁵⁸ Laboratorio Management e Sanità – (MeS) dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

³⁵⁹ Comunicare Sanità. Strumenti online per i servizi ai cittadini, Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna; Firenze, Edizioni Polistampa, 2016, pp. 85 + 73 ISBN 978-88-596-1628-3

B31.2.2.1.1	Indice Gulpease della pagina di spiegazione su come prenotare	Valutazione
B31.2.2.1.2	Percentuale di parole nel Vocabolario Fondamentale della pagina di spiegazione su come prenotare	Valutazione
B31.2.2.1A	Leggibilità GLOBALE della pagina di spiegazione su come prenotare	Valutazione
B31.2.2.3	Leggibilità GLOBALE della pagina sui tempi d'attesa	Valutazione
B31.2.2.3.1	Indice Gulpease della pagina sui tempi d'attesa	Valutazione
B31.2.2.3.2	Percentuale di parole nel Vocabolario Fondamentale della pagina sui tempi d'attesa	Valutazione

Indicazioni sulla “**tempestività**” delle prestazioni possono esser desunte da alcuni **indicatori presenti nel PNE (Programma Nazionale esiti)** (dati 2018), indicatori per i quali in letteratura è dimostrato il rapporto tra la tempestività di esecuzione della procedura nel paziente ed esito favorevole:

- ◊ Proporzione di infarti miocardici acuti (ima) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 2 giorni (analisi con dati EMUR)
- ◊ Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA nel ricovero indice o nei successivi entro 7 giorni
- ◊ STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni (struttura di ricovero)
- ◊ Frattura del collo del femore pazienti ≥ 65 anni: intervento chirurgico entro 2 giorni

iv. Liste di attesa: raccomandazioni della SIQuaS-VRQ³⁶⁰

Raccomandazione 1

Le liste di attesa dovrebbero essere differenziate utilizzando sistemi basati sulle priorità cliniche e non sull'ordine di presentazione dei richiedenti. Inoltre, l'attenzione del sistema non dovrebbe concentrarsi sui tempi massimi, ma sul dare maggior priorità e meno attesa ai pazienti con maggior bisogno.

Raccomandazione 2

I cittadini devono essere coinvolti nella definizione e nell'applicazione di priorità cliniche, favorendo la comprensione dell'importanza dell'equità dell'accesso differenziato in base al bisogno.

Raccomandazione 3

Tentare di ridurre in poco tempo le liste di attesa potrebbe produrre effetti distorcenti, pertanto è preferibile un approccio di coinvolgimento progressivo e partecipativo delle parti interessate.

³⁶⁰ SIQuaS-VRQ ora As.I.Qu.A.S. Raccomandazioni su tempi e liste di attesa (2008)

Raccomandazione 4

In assenza di dati scientifici certi sul risultato clinico finale, la validazione dei criteri di attribuzione di priorità ai pazienti dovrebbe essere condotta con processi di verifica della concordanza dei giudizi dei clinici sulle priorità.

Raccomandazione 5

Oltre alle priorità cliniche sulle singole prestazioni, dovrebbero essere sviluppati e diffusi appropriati percorsi diagnostico terapeutici e profili di assistenza, comprensivi dei rispettivi tempi di attesa.

Raccomandazione 6

Deve essere garantita la tempestività dell'accesso alla refertazione delle prestazioni diagnostiche.

Raccomandazione 7

La gestione dell'accesso alle prestazioni mediante l'utilizzo diffuso delle priorità dovrebbe essere rafforzata con meccanismi vincolanti di premio/sanzione su aziende ed erogatori. Va conseguentemente prevista una maggiore disponibilità di risorse da parte del finanziatore per l'implementazione di modelli basati sulle priorità.

Raccomandazione 8

È preferibile che siano centralizzati ed informatizzati gli strumenti di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e degli interventi chirurgici, per garantire maggiore trasparenza e verificabilità, anche per i cittadini, sul rispetto delle procedure.

Raccomandazione 9

Ogni singola azienda sanitaria dovrebbe garantire il monitoraggio dei dati su tempi e liste d'attesa, con un ritorno informativo costante o periodico, facilmente comprensibile, ai prescrittori ed agli erogatori.

Raccomandazione 10

Deve essere garantita la qualità della documentazione.

APPROPRIATEZZA CLINICA

Utilizzo corretto (basato sulle evidenze e/o esperienza clinica e/o buone pratiche) di un intervento sanitario efficace, in pazienti che ne possono effettivamente beneficiare in ragione delle loro condizioni cliniche³⁶¹.

a) Introduzione

Quando si parla di appropriatezza clinica si fa riferimento alla capacità di un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) di rispondere al bisogno del paziente (o della collettività) con un bilancio favorevole tra benefici e rischi, sulla base di modalità e standard riconosciuti. Nel concetto di appropriatezza clinica è quindi insito il concetto di applicazione delle **buone pratiche (best practice)** e di aderenza a **linee guida basate sulle evidenze (evidence based)**.

È opportuno specificare che sull'espressione **buone pratiche** non esiste una definizione univoca ed esaustiva³⁶², ma in questo testo verrà utilizzato quella fornita da Agenas³⁶³ condivisa con il Ministero della salute e con le Regioni e P.A.: *sono buone pratiche per la sicurezza dei pazienti interventi/esperienze attuati dalle organizzazioni sanitarie che abbiano dimostrato un miglioramento della sicurezza dei pazienti (suddivisi per tipologia in "raccolta dati", "coinvolgimento del paziente", "cambiamenti specifici", "interventi integrati") che rispondono ai seguenti criteri:*

- attuati a livello regionale, aziendale o di unità operativa;
- basati su evidenze di letteratura;
- realizzati secondo i principi del miglioramento continuo della qualità e rappresentati in accordo con linee guida internazionali (SQUIRE), con particolare attenzione alla metodologia di valutazione dell'efficacia e dei costi;
- sostenibili nel tempo;
- potenzialmente riproducibili/trasferibili in altri contesti.

Le **Linee Guida (LG)** di pratica clinica, sono **"dichiarazioni che includono raccomandazioni, intese a ottimizzare l'assistenza ai pazienti, raccomandazioni che sono informate da una revisione sistematica delle evidenze e da una valutazione**

³⁶¹ Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. 2006. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. Int J Qual Health Care 18 Suppl 1:5-13.

³⁶² Labella B, Caracci G., Tozzi Q. e De Blasi R: L'Osservatorio Buone Pratiche di Agenas. In Monitor (Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) Anno XI numero 31 2012 pag 21-34

³⁶³ Tozzi Q., Caracci G., Labella B: Buone pratiche per la sicurezza in sanità. Il Pensiero Scientifico Editore (febbraio 2011) pag. 41.

dei benefici e dei danni delle opzioni di cure alternative³⁶⁴ e rappresentano il punto di riferimento più importante per medici e pazienti, uno standard di qualità dell'assistenza e uno strumento essenziale per prendere molte decisioni di politica sanitaria.

Essendo il frutto di una revisione sistematica della letteratura con una valutazione esplicita della qualità delle prove e la formulazione di raccomandazioni la cui forza e direzione è basata su giudizi trasparenti, le LG si differenziano dalle conferenze di consenso, dai position papers, dai percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, dai protocolli tecnico-operativi, dai pareri di esperti come pure dai criteri di appropriatezza d'uso di tecnologie e dispositivi sanitari.

Di recente la legislazione nazionale ha dato una forte rilevanza alle linee guida (Legge 24/2017; DM 27 febbraio 2018), cui i professionisti devono attingere per direzionare la propria azione, ma senza che ciò sfoci in una applicazione pedissequa delle linee guida, che ha più a che fare con la medicina difensiva che con la qualità delle cure. In realtà ciò che è richiesto ai professionisti non è il "rispetto" delle linee guida, ma una loro attenta considerazione, sulla base delle caratteristiche del caso specifiche, che può portare, in alcuni casi, anche ad una disapplicazione ragionata e motivata delle stesse.

Nella pratica clinica, il giudizio di appropriatezza di un intervento sanitario deve prendere in considerazione da un lato il profilo rischio-beneficio dell'intervento, e quindi il livello di raccomandazione degli stessi in relazione alla qualità delle evidenze disponibili, dall'altro le preferenze/aspettative del paziente. Distaccandosi poi dal concetto di appropriatezza riferito all'intervento destinato al singolo paziente e valutando la situazione da una prospettiva più ampia, ci si rende conto dell'impossibilità di parlare di appropriatezza in un contesto di risorse esauribili senza far riferimento anche alla prospettiva dei costi, e quindi all'appropriatezza organizzativa (prossimo capitolo).

Attualmente, la mancanza di un approccio *Evidence Based* rappresenta una delle maggiori minacce all'erogazione di trattamenti di qualità. Sebbene numerose evidenze riguardo ai trattamenti ottimali delle patologie siano state prodotte e diffuse attraverso la letteratura scientifica e le relative linee guida, l'aderenza ed il rispetto delle evidenze risulta variabile nell'ambito dei Sistemi Sanitari, soprattutto in termini di modalità di erogazione e tempestività dei processi di diagnosi e cura^{365, 366}.

³⁶⁴ Consensus report, Institute of Medicine. Clinical practice guidelines we can trust. March 23, 2011.

³⁶⁵ Jollis JG, Granger CB, Henry TD, Antman EM, Berger PB, Moyer PH, Jacobs AK. 2012. Systems of care for ST-segment-elevation myocardial infarction: a report From the American Heart Association's Mission: Lifeline. *Circulation Cardiovascular quality and outcomes* 5(4), 423–8. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.111.964668

³⁶⁶ Jernberg T, Johanson P, Held C, Svennblad B, Lindbäck J, Wallentin L. 2011. Association between adoption of evidence-based treatment and survival for patients with ST-elevation myocardial infarction. *JAMA* 305(16), 1677–84. doi:10.1001/jama.2011.522

Studi ormai classici, condotti negli Stati Uniti³⁶⁷ ed in Australia³⁶⁸ mostravano come, in media, solo il 55% e il 57% dei pazienti, rispettivamente, ricevevano l'assistenza appropriata per le loro condizioni. L'aderenza alle raccomandazioni delle linee guida nelle principali condizioni di ricovero medico e chirurgico (bronco-pneumopatia cronica ostruttiva, frattura del femore, tumore del colon-retto) è risultata estremamente varia e comunque mai soddisfacente in vari studi internazionali^{369, 370, 371} ed italiani^{372, 373}. Il rispetto delle linee guida, inoltre, è risultato essere influenzato dalla fase della patologia in trattamento: se l'aderenza alle raccomandazioni risulta alta nella fase acuta dell'infarto miocardico (principali interventi evidence-based effettuati in modo appropriato nell'84,2% dei pazienti)³⁷⁴, questa si riduce drasticamente nella fase successiva del percorso (aderenza ai principali interventi evidence-based solo nel 3,5% dei casi)³⁷⁵.

L'importanza dell'EBM e del rispetto delle raccomandazioni riportate nelle linee guida è stata messa in luce da un recente lavoro in cui è stata analizzata la relazione tra aderenza alle linee guida e sopravvivenza a 5 anni delle pazienti con carcinoma della mammella: la sopravvivenza delle pazienti trattate secondo adeguati protocolli è risultata essere del 93,2%, a fronte dell'83,4% delle pazienti trattate in modo non completamente conforme con le raccomandazioni³⁷⁶.

Il contesto di scarsa aderenza alle linee guida rappresenta quindi una situazione di rischio non giustificato per i pazienti, che potrebbe essere all'origine di

³⁶⁷ McGlynn EA, Asch SM, Adams J, et al. 2003. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 2003;348(26):2635-45.

³⁶⁸ Runciman WB, Hunt TD, Hannaford NA, et al. 2012. CareTrack: assessing the appropriateness of health care delivery in Australia. *The Medical journal of Australia* 2012;197(2):100-5.

³⁶⁹ Roberts CM, Lopez-Campos JL, Pozo-Rodriguez F, et al. 2013. European hospital adherence to GOLD recommendations for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) exacerbation admissions. *Thorax* 68(12):1169-71.

³⁷⁰ Sunol R, Wagner C, Arah OA, et al. 2015. Implementation of Departmental Quality Strategies Is Positively Associated with Clinical Practice: Results of a Multicenter Study in 73 Hospitals in 7 European Countries. *PLoS ONE* 10(11):e0141157.

³⁷¹ Van Zelm R, Coeckelberghs E, Sermeus W, et al. 2017. Variation in care for surgical patients with colorectal cancer: protocol adherence in 12 European hospitals. *Int J Colorectal Dis*.

³⁷² Bianco A, Larosa E, Pileggi C, Pavia M, The Collaborative Working Group. 2016. Appropriateness of Intrapartum Antibiotic Prophylaxis to Prevent Neonatal Group B Streptococcus Disease. *PLoS ONE* 11(11): e0166179. doi:10.1371/journal.pone.0166179

³⁷³ Lo Vecchio A, Liguoro I, Bruzzese D, Scotto R, Parola L, Gargantini G, Guarino A. 2014. Adherence to Guidelines for Management of Children Hospitalized for Acute Diarrhea. *Pediatr Infect Dis J* 33:1103-1108

³⁷⁴ Kumbhani DJ, Fonarow GC, Cannon CP, et al. 2013. Predictors of Adherence to Performance Measures in Patients with Acute Myocardial Infarction. *The American Journal of Medicine* 126(1):74. e1-74.e9.

³⁷⁵ Ergatoudes C, Thunström E, Rosengren A, et al. 2016. Long-term secondary prevention of acute myocardial infarction (SEPAT) – guidelines adherence and outcome. *BMC cardiovascular disorders* 16(1):226.

³⁷⁶ Andreano A, Rebora P, Valsecchi MG, Russo AG. 2017. Adherence to guidelines and breast cancer patients survival: a population-based cohort study analyzed with a causal inference approach. *Breast Cancer Res Treat* 164:119-131 DOI 10.1007/s10549-017-4210-z

esiti negativi sulla salute. Pronovost, ricercatore leader in tema di applicazione delle evidenze e di promozione della sicurezza dei pazienti, ha sottolineato come la problematica già indicata potrebbe essere migliorata attraverso cinque azioni strategiche³⁷⁷ che includono:

- 1) la creazione di checklist dettagliate degli interventi chiave clinico-assistenziali, contestualizzati nel tempo e nello spazio;
- 2) l'identificazione locale delle barriere all'utilizzo delle evidenze e la condivisione a livello di sistema delle strategie di miglioramento rivelatesi efficaci;
- 3) l'integrazione di tutte le linee guida riferite a situazioni solitamente coesistenti in un corpus unico;
- 4) la valutazione e documentazione dell'appropriatezza dell'assistenza fornita ai pazienti;
- 5) la creazione di team interdisciplinari ed intersettoriali di esperti per le principali aree di assistenza.

Queste strategie possono essere facilmente interpretate e messe in atto grazie allo strumento dei Percorsi assistenziali/Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA)

Una fase fondamentale del processo di applicazione delle evidenze sottolineato da Pronovost è inoltre quella del monitoraggio e della valutazione dell'appropriatezza dell'assistenza prestata ai pazienti, che si concretizza, all'atto pratico, nella conduzione di audit clinici.

Accanto alle Linee Guida sono da ricordare i **Bundle** (pacchetti). Il concetto di bundle è stato sviluppato dall'Institute for Healthcare Improvement (IHI) come supporto agli operatori sanitari per migliorare l'assistenza dei pazienti sottoposti a specifici trattamenti ad alto rischio.

Un Bundle è un insieme di interventi basati sulle evidenze per un determinato segmento / popolazione di pazienti e setting organizzativi che, se implementate insieme e in modo affidabile, danno risultati significativamente migliori rispetto a quando implementate individualmente. La potenza di un *bundle* deriva dall'implementazione di una piccola serie di interventi basati sull'evidenza con il 100% di affidabilità per ogni paziente, ogni volta^{378, 379}

Un **bundle** ha le seguenti caratteristiche³⁸⁰:

³⁷⁷ Pronovost PJ. 2013. Enhancing physicians' use of clinical guidelines. *JAMA* 2013;310(23):2501-02.

³⁷⁸ Resar R, Pronovost P, Haraden C, Simmonds T, Rainey T, Nolan T. Using a bundle approach to improve ventilator care processes and reduce ventilator-associated pneumonia. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2005;31:243-248

³⁷⁹ *10 IHI Innovations to Improve Health and Health Care.* Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2017. (Available at www.ihl.org)

³⁸⁰ Resar R, Griffin FA, Haraden C, Nolan TW. *Using Care Bundles to Improve Health Care Quality.* IHI Innovation

Da tre a cinque interventi (elementi) basati sulle evidenze. Gli interventi in un *bundle* sono tutti basati su studi controllati randomizzati. Sono stati dimostrati in test scientifici e sono ben consolidati. Un pacchetto si concentra su **come fornire** la migliore assistenza, **non come dovrebbe essere** l'assistenza.

Utilizzato su una specifica popolazione di pazienti, in uno specifico setting assistenziale. Gli elementi del *bundle* si verificano continuum temporale e spaziale: in un momento specifico e in un luogo specifico, non importa quale - ad esempio, i pazienti in ventilazione assistita in ICU. (Intensive Care Unit). Coinvolgere i team di assistenza che lavorano fisicamente insieme nello stesso setting con una popolazione di pazienti ben definita consente di raggiungere la conformità del gruppo *tutto o niente*, conformità che non è sempre raggiungibile quando sono coinvolti più team in più sedi.

Misura: tutto o niente - La conformità ai *bundle* è misurata dalla documentazione di aderenza a tutti gli elementi del *bundle*, usando un semplice "sì" o "no". Se tutti gli elementi sono stati raggiunti o se un elemento è stato documentato come controindicato dal punto di vista medico (con l'obiettivo che tutti i membri del team conoscano la logica delle eccezioni, che possono cambiare nel tempo), il *bundle* viene considerato completo ("sì") per quel paziente. Se uno degli elementi è assente nella documentazione, il *bundle* è incompleto ("no"). In altre parole, non viene dato alcun "credito parziale"

I *bundle* sono indicati dal Ministero della Salute come misure assistenziali efficaci a ridurre il rischio infettivo³⁸¹.

Alcuni esempi di *bundle* predisposti in Italia:

- Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia - Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia. *Bundle* per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (22/09/2016)
- GAVeCeLT (Gruppo Aperto di Studio 'Gli Accessi Venosi Centrali a Lungo Termine) - *Bundle* per prevenzione delle occlusioni degli accessi venosi³⁸²

Nell' **ALLEGATO 25** si riportano esempi di *Bundle* predisposti dalla Regione Friuli- Venezia Giulia.

³⁸¹ Ministero della Salute - Dipartimento della Programmazione e dell'ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale Direzione Generale della Programmazione Sanitaria Ufficio III ex D.G.PROG. - Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori. Gennaio 2012 Pag 24-30

³⁸² *Bundle* GAVeCeLT 2012 (paz.adulto) 1. Lavare in modo 'pulsantè (push/pause) con 10 ml SF prima e dopo ogni infusione 2. Lavare in modo 'pulsantè (push/pause) con 20 ml SF dopo la infusione di emoderivati o dopo infusione di lipidi o dopo la esecuzione di prelievi dal catetere o dopo la infusione di mezzo di contrasto 3. Chiudere del sistema soltanto con SF, a meno che la eparinizzazione non sia espressamente raccomandata dal produttore del presidio 4. Evitare il 'backflow' alla deconnessione del sistema, utilizzando needle free connectors a pressione 'neutrà per i cateteri esterni, sia valvolati che non-valvolati, e lasciando una pressione positiva durante la rimozione dell'Huber dal port.

b) Legislazione nazionale

Ministero della Salute PROGETTO MATTONI SSN “Misura dell’Appropriatezza” Documento del Comitato Scientifico (16 maggio 2007)

Il **DM 10/12/2009**³⁸³ in materia di controlli sulle cartelle cliniche specifica i criteri per l’individuazione delle prestazioni ospedaliere a rischio di inappropriata clinica, fra cui l’elevata variabilità e l’elevato impatto economico del volume di erogazione, e fissa la percentuale minima di cartelle cliniche che devono obbligatoriamente essere controllate a tale scopo.

Per quando concerne più specificamente gli aspetti di appropriatezza clinica occorre menzionare il “Sistema Nazionale Linee Guida”,

(<http://www.salute.gov.it/qualita/paginaInternaQualita.jsp?id=254&menu=guida>)

istituito con DM. 30/06/2004, finalizzato in particolare alla elaborazione e diffusione di linee guida per l’ottimizzazione delle cure e della loro appropriatezza, e la serie di pubblicazioni dei “Quaderni del Ministero della Salute”, (<http://www.quadernidellasalute.it/>) nati con lo specifico scopo di “(...) uniformare e fissare, nel tempo e nella memoria, i criteri di appropriatezza del nostro Sistema salute”, attraverso la trattazione, con taglio monografico, di tematiche, campi e competenze ove sia da ricercare e conseguire la definizione di standard comuni di lavoro.

Già il Piano sanitario nazionale 2006-2008 aveva posto l’accento sulla necessità di perseguire l’Equità e la Qualità dell’Assistenza sanitaria per mezzo della *promozione dell’Appropriatezza*, prediligendo le prestazioni innovative di provata efficienza clinica ed economicità, e definendo le condizioni di erogabilità di quelle prestazioni caratterizzate da eccessiva variabilità e frequente inappropriata prescrittiva.

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL’ORDINAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA Ufficio III ex D.G.PROGS - MANUALE DI FORMAZIONE PER IL GOVERNO CLINICO: APPROPRIATEZZA (luglio 2012)

ACCORDO STATO, REGIONI E P.A.: Piano Nazionale della Cronicità 15 settembre 2016³⁸⁴

Il Piano nazionale della Cronicità nasce dall’esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo, proponendo un documento, condiviso con le Regioni, che, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, individui un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti

³⁸³ MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI DECRETO 10 dicembre 2009 - Controlli sulle cartelle cliniche.(GU Serie Generale n.122 del 27-05-2010)

³⁸⁴ Ministero della Salute - DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA Piano Nazionale della Cronicità Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016

gli attori dell'assistenza. Il fine è quello di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini. L'appropriatezza, in termini di aderenza degli operatori alle evidenze scientifiche nella stesura del Percorso personalizzato del paziente, viene considerata un elemento chiave per la gestione della cronicità. Nel Piano Nazionale della Cronicità fa inoltre riferimento al proposito di migliorare l'appropriatezza prescrittiva sia nell'uso delle terapie che nell'uso di tecnologie diagnostico-terapeutiche.

DPCM 12 gennaio 2017 – Livelli essenziali di assistenza³⁸⁵

Art. 5 Continuità assistenziale: Il Servizio sanitario nazionale garantisce la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana. Le aziende sanitarie organizzano le attività sanitarie per assicurare l'erogazione, nelle ore serali e notturne e nei giorni prefestivi e festivi, delle prestazioni assistenziali non differibili.

Art. 4. Assistenza sanitaria di base *Comma 2 d)* l'attivazione di percorsi di cura ... a favore dell'adulto, anche attraverso la valutazione multidimensionale ...e la **continuità assistenziale**

Art. 7. Emergenza sanitaria territoriale *Comma 3 3.* L'attività di emergenza sanitaria territoriale è svolta in modo integrato ... e con le attività effettuate nell'ambito dell'Assistenza sanitaria di base e **Continuità assistenziale**.

Art. 22. Cure domiciliari

Comma 3 b) cure domiciliari integrate **(ADI) di I livello:** ... costituite... a favore di persone che richiedono ...**continuità assistenziale**

Comma 3 c) cure domiciliari integrate **(ADI) di II livello:** costituite a favore di persone che richiedono ...**continuità assistenziale**

Comma 3 d) cure domiciliari integrate **(ADI) di III livello:** costituite a favore di persone che richiedono ...**continuità assistenziale**

Art. 23. Cure palliative domiciliari *Comma 1b)* livello specialistico: costituito da interventi ... rivolti a malati con bisogni complessi... sono garantiti la **continuità assistenziali**

Art. 25. Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo. *Comma 1t)* progettazione coordinata e condivisa con i servizi per la tutela della salute mentale del **percorso di continuità assistenziale dei minori** in vista del passaggio all'età adulta.

³⁸⁵ DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 12 gennaio 2017. **Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza**, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

Art. 26. Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali. *Comma 1q)* progettazione coordinata e condivisa del **percorso di continuità assistenziale dei minori** in carico ai servizi competenti, in vista del passaggio all'età adulta.

Art. 29. Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario. *Comma 1* Il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti residenziali intensivi di cura alle persone con patologie.... alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità, **richiedono continuità assistenziale**

Art. 30. Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti.

Comma 1a) trattamenti estensivi ...a persone non autosufficienti con patologie che richiedono elevata tutela sanitaria con **continuità assistenziale**

Comma b) *trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale*, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di con garanzia di **continuità assistenziale...**

Art. 32. Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo *Comma 2o)* progettazione con i servizi per la tutela della salute mentale del percorso di **continuità assistenziale dei minori** in vista del passaggio all'età adulta.

LEGGE 8 marzo 2017, n. 24- Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie³⁸⁶

Art. 5 - Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida

Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità, elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco (istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute e da aggiornare con cadenza biennale) ed integrate nel **Sistema nazionale per le linee guida (SNLG)**. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali.

Art. 6 - Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria

Nel codice penale viene inserito l'Art. 590-sexies (Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario): se i fatti di cui agli articoli 589

³⁸⁶ LEGGE 8 marzo 2017, n. 24 - Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. GU Serie Generale n.64 del 17-03-2017

(omicidio colposo) e 590 (lesioni personali colpose) sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto.

Decreto del Ministero della Salute 27 febbraio 2018- Istituzione del Sistema Nazionale Linee Guida ³⁸⁷

Il **Sistema nazionale linee guida (SNLG)** è istituito presso l'Istituto superiore di sanità e costituisce l'unico punto di accesso alle linee guida di cui all'art. 5 della legge n. 24 del 2017, e ai relativi aggiornamenti. Il SNLG consente la valutazione, l'aggiornamento e la pubblicazione delle linee guida, anche ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di cui all'art. 590 -sexies del Codice penale, come introdotto dall'art. 6, comma 1, della legge n. 24 del 2017

c) Implementazione e monitoraggio

Gli interventi di sviluppo e miglioramento sono legati alle seguenti pratiche.

- Evidence Based Medicine
- Linee Guida
- Audit Clinici

i. Evidence Based Medicine

Per **Evidence-Based Medicine (EBM)** si intende *“un approccio alla pratica clinica dove le decisioni cliniche risultano dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili, mediate dalle preferenze del paziente”* ³⁸⁸. Si tratta quindi di un processo di autoapprendimento in cui l'assistenza al paziente funge da stimolo per la ricerca di informazioni valide, rilevanti ed aggiornate presenti in letteratura, al fine di “colmare” i gap di conoscenza del medico, ed in cui un ruolo fondamentale è riconosciuto all'esperienza professionale, quale elemento indispensabile per integrare evidenze, preferenze e contesto clinico-assistenziale.

La vasta diffusione a livello internazionale è stata favorita da alcuni fenomeni che hanno contribuito ad una crisi dei modelli tradizionali della medicina³⁸⁹.

³⁸⁷ MINISTERO DELLA SALUTE- DECRETO 27 febbraio 2018 **Istituzione del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG)**. (18A01899) (GU n.66 del 20-3-2018)

³⁸⁸ Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, et al. Evidence-Based Medicine: What it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2

³⁸⁹ Gimbe. 2012. <https://www.gimbe.org/eb/definizione.html>

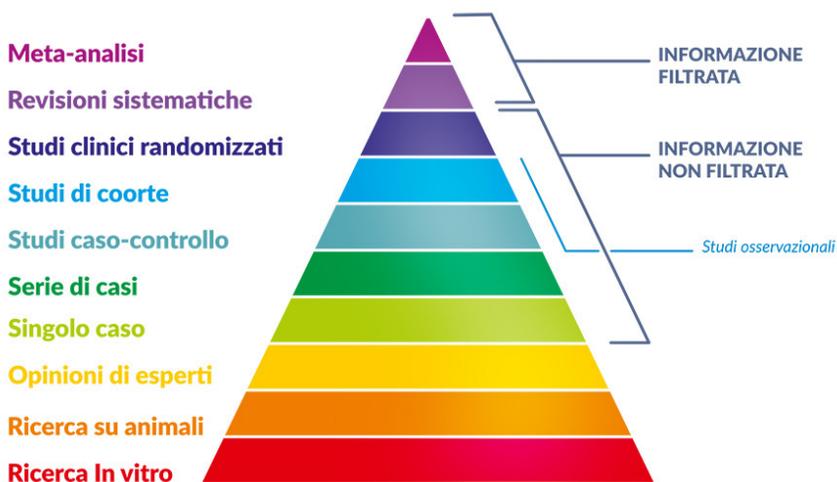
- l'aumento dell'informazione biomedica in termini di volume e complessità, che ha reso sempre più difficile l'aggiornamento professionale;
- il limitato trasferimento dei risultati della ricerca all'assistenza sanitaria;
- il problema della sostenibilità economica dei sistemi sanitari, in relazione alla crescita della domanda e dei costi dell'assistenza;
- il maggior livello di consapevolezza degli utenti sui servizi e prestazioni sanitarie;
- la presenza di informazioni su internet ampiamente diffuse e scarsamente controllabili quanto a veridicità.

La pratica dell'EBM si articola in quattro step:

- Convertire il bisogno di informazione in quesiti clinici ben definiti
- Ricercare le migliori evidenze disponibili
- Valutare criticamente le evidenze
- Integrare le evidenze nelle decisioni cliniche

L'evidence based medicine rientra nel tema dell'appropriatezza clinica perché si pone come strumento per poter individuare il rapporto rischio-beneficio di un intervento individuando le evidenze e valutandone criticamente la qualità. Secondo l'approccio originario di Sackett, gli interventi sanitari sono fortemente raccomandabili quando la superiorità dei benefici rispetto ai rischi e rispetto a terapie alternative è dimostrata da studi con un disegno tale da collocarsi nella parte alta della piramide delle evidenze (metanalisi, revisioni sistematiche, studi randomizzati controllati) (**Figura 20**) .

Figura 20 – La piramide delle evidenze: la forza delle evidenze



La **meta-analisi** è una *tecnica clinico-statistica*, che consente di *assemblare i risultati di più trial* di uno stesso trattamento *in un unico risultato cumulativo*

Le **Revisioni sistematiche** sono il *riassunto di dati provenienti da studi primari*, in particolare da studi clinici, ma anche di studi condotti con altri disegni quali le coorti e i caso controllo. Un *metodo per valutare e riassumere i risultati di singoli studi primari* sugli effetti di un intervento sanitario. Il termine *sistematica* deriva dal fatto che tale studio viene effettuato con una metodologia di qualità e rigorosa, con aperta dichiarazione iniziale di obiettivi e metodi

Una metodologia di valutazione dei livelli di evidenza che fa riferimento a questo tipo di approccio è quello proposto dallo Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)³⁹⁰.

Un approccio più recente in questo senso è quello della metodologia GRADE, che si caratterizza per l'attenzione posta ad elementi spesso trascurati, come l'accettabilità, la praticabilità e la trasferibilità di un intervento, e per la modalità di valutare la forza delle raccomandazioni, non più dipendente esclusivamente dalla tipologia di studio in oggetto. Il primo determinante della valutazione di qualità di uno studio, secondo il metodo GRADE, è il suo disegno: gli RCT partono con una valutazione di qualità alta, gli studi osservazionali con una valutazione bassa. Viene però anche valutato l'impatto di alcuni fattori che possono abbassare (rischio di bias, inconsistenza, risultati indiretti, imprecisione, bias di pubblicazione) o migliorare (misura dell'effetto molto grande; presenza di confondenti che possono aver mitigato l'effetto dell'intervento; presenza di gradiente dose-risposta) la qualità di uno studio³⁹¹.

Un approfondimento sulle revisioni sistematiche è riportato in **ALLEGATO 26**

ii. SNLG - Sistema Nazionale Linee Guida

Le Linee Guida (LG) di pratica clinica, intese come **“raccomandazioni di comportamento clinico che, attraverso una valutazione critica e sistematica delle evidenze, offrono un bilancio di benefici ed effetti sfavorevoli fra opzioni alternative”**³⁹², rappresentano il punto di riferimento più importante per molti medici e pazienti, uno standard di qualità dell'assistenza e uno strumento essenziale per prendere molte decisioni di politica sanitaria. Essendo il frutto di una revisione sistematica della letteratura con una valutazione esplicita della qualità delle prove e la formulazione di raccomandazioni la cui forza e direzione è basata su giudizi trasparenti, le LG si differenziano dalle conferenze di consenso, dai position papers,

³⁹⁰ Harbour R, Miller J for the Scottish Intercollegiate Guidelines Network Grading Review Group. 2001. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. BMJ Vol 323, 11 august 2001

³⁹¹ Schünemann et al. 2013. GRADE Handbook

³⁹² Institute of Medicine. Clinical practice guidelines we can trust. Washington, DC: National Academies Press, 2011

dai percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, dai protocolli tecnico-operativi, dai pareri di esperti come pure dai criteri di appropriatezza d'uso di tecnologie e dispositivi sanitari.

La [Legge 8 marzo 2017, n. 24](#) stabilisce, all'art. 5³⁹³, che **gli esercenti le professioni sanitarie nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie debbano attenersi, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida (LG) elaborate da enti e istituzioni pubbliche e private, da società scientifiche e associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con [DM 2 agosto 2017](#), pubblicate dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nel Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) previa verifica di conformità della metodologia adottata a standard internazionalmente riconosciuti e resi pubblici da parte dell'Istituto stesso, e della rilevanza delle evidenze scientifiche dichiarate a supporto delle raccomandazioni.** Il SNLG³⁹⁴, istituito con [DM 27 febbraio 2018](#), è gestito da un **Comitato strategico** coordinato dal Presidente dell'ISS.

Il SNLG costituisce l'unico punto di accesso per professionisti sanitari, manager, decisori, utenti e caregiver a un corpus di LG per la pratica clinica e la salute pubblica ordinato secondo criteri di rilevanza, non ridondanza e coerenza interna.

L'ISS, attraverso il **Centro Nazionale per l'Eccellenza Clinica, la Qualità e la Sicurezza delle Cure**³⁹⁵ (CNEC) funge da **garante metodologico e indipendente per la valutazione di LG prodotte da terzi e per la produzione di LG di buona qualità**, informate dalle migliori evidenze disponibili e rispondenti ai bisogni di salute del Paese sulla base di criteri di rilevanza e impatto clinico, economico e sociale.

A tale scopo, nel sito SNLG sono pubblicati i **criteri di prioritizzazione** delle tematiche di salute che dovrebbero essere oggetto di LG.

Inoltre, è presente la procedura adottata per la **valutazione della qualità metodologica e dei contenuti delle LG** proposte ed è disponibile il **manual metodologico ISS** di riferimento per la produzione di LG.

Infine, vi è una sezione dedicata alle **buone pratiche clinico-assistenziali** relative ad aree per le quali non sono ancora disponibili LG, per fornire, laddove possibile, agli operatori di sanità e agli utenti dell'SNLG riferimenti affidabili per la pratica professionale, la salute pubblica o, in qualche caso, per scelte di politica sanitaria in senso lato.

³⁹³ [Legge 8 marzo 2017, n. 24](#) "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"

³⁹⁴ Ministero della salute decreto 27 febbraio 2018 . Istituzione del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG).

³⁹⁵ Centro nazionale per l'eccellenza clinica, la qualità e la sicurezza delle cure (CNEC) ha il compito di: Guidare la sanità verso un'offerta di servizi di qualità attraverso una ricerca e un monitoraggio evidence-based; Guidare e supportare il processo di miglioramento continuo dei servizi sanitari, basato su elevati standard di efficacia, efficienza, qualità e appropriatezza attraverso la ricerca e l'analisi delle evidenze disponibili; Garantire un uso razionale delle risorse disponibili nonché l'equità nell'accesso alle cure attraverso l'utilizzo di indicatori e l'utilizzo di strumenti fondamentali quali percorsi clinici, diagnostici, terapeutici e assistenziali.

Il CNEC ha inoltre predisposto:

- a. il **Manuale metodologico per la produzione di linee guida di pratica clinica** (v. 1.3.2 aprile 2019) di cui si riporta l'indice (sintetico) (**ALLEGATO 27**);
- b. una sezione sulle **Buone pratiche**. In questa sezione sono riportate le buone pratiche identificate dal CNEC attraverso un processo di ricognizione della letteratura biomedica e delle *best practices* riconosciute con meccanismi di consenso fra esperti, a livello nazionale e internazionale (**ALLEGATO 28**)
- c. **una sezione su Choosing Wisely**
<https://choosingwiselyitaly.org/raccomandazioni/>

iii. Slow Medicine e Choosing Wisely

In tema di **appropriatezza** è bene conoscere una iniziativa che ha acquisito un ottimo consenso della comunità professionale nazionale: **Slow Medicine e Choosing Wisely Italy**.

SLOW MEDICINE

L'idea che i soci fondatori³⁹⁶ di **Slow Medicine Italy** hanno condiviso è che cure appropriate e di buona qualità e un'adeguata comunicazione fra le persone riducano i costi dell'organizzazione sanitaria, riducano gli sprechi, promuovano l'appropriatezza d'uso delle risorse disponibili, la sostenibilità e l'equità dei sistemi sanitari, migliorino la qualità della vita dei cittadini nei diversi momenti della loro vita.

Una medicina **SOBRIA, RISPETTOSA, GIUSTA**³⁹⁷ è il motto che sintetizza una idea di cura basata sulla sostenibilità, sull'attenzione alla persona e all'ambiente, sull'equità.

La **sobrietà** viene connotata con una frase: "Fare di più non sempre significa fare meglio". Lo spreco di farmaci, trattamenti ed esami sembra sia la norma ormai dappertutto (cfr. § sull'efficienza). Il **rispetto** ci ricorda che tutte le donne e gli uomini della specie umana, e l'ambiente che ci circonda hanno diritto ad una ricerca continua della loro salute, prima di ogni altra cosa, e a politiche di rispetto della vita in tutte le sue forme e della singolarità di ogni persona e di ogni cultura di cui fanno parte. La parola **giusto** significa almeno due cose. La prima è l'uguaglianza di tutti i cittadini, tutte le persone, nei confronti del loro diritto alla prevenzione, cura e assistenza. La seconda è l'appropriatezza delle prescrizioni e dell'utilizzo di trattamenti, esami e farmaci sulla base dell'EMB (Evidence Based Medicine)

³⁹⁶ Stefano Beccastrini; Giorgio Bert; Antonio Bonaldi; Domenico Colimberti; Francesco Di Stanislao; Gianfranco Domenighetti; Jorge Frascara; Andrea Gardini; Sebastiana Giordano; Guillermina Noël; Manuela Olia; Bruna Prontera; Silvana Quadrino; Domenico Tangolo; Sandra Vernero

³⁹⁷ Gardini A. : Sistemi, Salute, Slow Medicine (*Systems, Health, Slow Medicine*): Riflessioni su 10 anni di pensieri in movimento e di azioni dentro un cambio di paradigma. Sistema Salute, 64, 1 2020: pp. 84-97

CHOOSING WISELY ITALY in analogia a **Choosing Wisely USA**, ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriata in Italia, per giungere a scelte informate e condivise.

Il progetto si basa sull'assunzione di responsabilità dei medici e degli altri professionisti sanitari nelle scelte di cura e sulla partecipazione dei pazienti e dei cittadini.

Il progetto più rilevante promosso e sviluppato da Slow Medicine (a partire dal 2012) è quello intitolato "**FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO – Choosing Wisely Italy**" ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriata in Italia, per giungere a scelte informate e condivise.

Ogni società scientifica/associazione di professionisti che aderisce al progetto ***individua una lista di cinque test diagnostici o trattamenti***, ovviamente a partire da quelli già indicati negli USA³⁹⁸, che in Italia: sono effettuati molto comunemente; non apportano benefici significativi, secondo evidenze scientifiche di efficacia, alle principali categorie di pazienti ai quali vengono generalmente prescritti e possono, al contrario, esporre i pazienti a rischi

Il progetto si basa sull'assunzione di responsabilità dei medici e degli altri professionisti sanitari nelle scelte di cura e sulla partecipazione dei pazienti e dei cittadini, e viene attuato attraverso:

- a. le raccomandazioni di Società Scientifiche e Associazioni Professionali italiane su esami diagnostici, trattamenti e procedure che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici significativi alla maggior parte dei pazienti ai quali sono prescritti, ma possono, al contrario, esporli a rischi;
- b. il miglioramento del dialogo e della relazione dei medici e degli altri professionisti con i pazienti e i cittadini, perché possano essere effettuate scelte informate e condivise, nell'ambito di un rapporto di fiducia;
- c. una diffusa informazione e formazione dei medici e degli altri professionisti sanitari;
- d. la messa a punto di materiale informativo per i cittadini e i pazienti;
- e. un'ampia condivisione con i cittadini, i pazienti e le loro rappresentanze;
- f. l'applicazione delle raccomandazioni, attraverso l'alleanza tra professionisti, pazienti e cittadini.

Attualmente (dicembre 2020) sono disponibili sul sito di Choosing Wisely Italy³⁹⁹ le raccomandazioni di 49 società scientifiche e di una associazione studentesca⁴⁰⁰.

Per ciascuna raccomandazione vengono specificate:

³⁹⁸ Brody H. Medicines ethical responsibility for health care reform: the Top Five list. *N Engl J Med.* 2010;362(4):283-285

³⁹⁹ <https://choosingwiselyitaly.org/>

⁴⁰⁰ SISM - Segretariato Italiano Studenti Medicina

- a. La logica che sottende la raccomandazione
 - b. La buona pratica da sviluppare
 - c. La modalità attraverso cui si è giunti alla creazione della lista
 - d. Le fonti bibliografiche scientifiche che sostengono la raccomandazione
- L'elenco delle raccomandazioni ed un esempio di scheda di raccomandazione sono riportati in **ALLEGATO 29**.

BANCHE DATI IN CUI È POSSIBILE REPERIRE LINEE GUIDA

Medline (generico database elettronico in cui sono indicizzati articoli scientifici, Review e Linee Guida), (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>)

National Guideline Clearinghouse (una risorsa pubblica per Linee Guida cliniche, creata per iniziativa della Agenzia statunitense per la Ricerca e la Qualità in Sanità - AHRQ e il Dipartimento per la Salute degli USA). (<https://www.ahrq.gov/gam/index.html>)

Cochrane Library, che, pur non essendo propriamente un database di Linee Guida, rimane comunque una fonte irrinunciabile di raccomandazioni e loro livelli di evidenza. (<https://www.cochranelibrary.com/>)

PRINCIPALI ORGANISMI INTERNAZIONALI E RELATIVI SITI DI LINEE GUIDA:

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality - Stati Uniti d'America. Il sito è collegato con la National Library of Medicine e include linee guida, una selezione di referenze per clinici e pazienti, brochures per il pubblico e documenti sulla EBM, rapporti di technology assessment (www.ahrq.gov).

G-I-N - Guidelines International Network Associazione internazionale no profit di individui e organizzazioni che si occupano di linee guida per la pratica clinica. Obiettivo del G-I-N è migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria promuovendo lo sviluppo sistematico di linee guida per la pratica clinica e la loro applicazione nella pratica, attraverso una collaborazione internazionale. La **Guideline Library del G-I-N** contiene informazioni regolarmente aggiornate sulle linee guida prodotte dai membri del G-I-N (<https://g-i-n.net/>).

HAS - Haute Autorité de Santé (ha incorporato l'ANAES - Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) – Francia. Produce raccomandazioni per la pratica clinica e consensus conference sui maggiori temi clinici, diagnostici e terapeutici (www.has-sante.fr/portail)

NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence – Inghilterra. Special health authority del NHS inglese per la produzione di linee guida cliniche, rapporti di technology assessment e clinical audit (<https://www.nice.org.uk/>). NIHR-HTA - Health Technology Assessment Programme del National Institute for Health Research – Inghilterra. Banca dati contenente i rapporti di technology assessment prodotti dall'HTA

SIGN - Scottish Intercollegiate Guidelines Network – Scozia. Linee guida prodotte da una rete multidisciplinare di operatori sanitari inglesi e scozzesi (www.sign.ac.uk).

iv. Audit clinico

Nel 2002 sulla rivista del NICE (National Institute for Clinical Excellence) l'audit clinico venne definito⁴⁰¹ come *“processo di miglioramento della qualità che cerca di migliorare la cura e gli esiti del paziente attraverso la revisione sistematica dell'assistenza rispetto a criteri espliciti e l'implementazione del cambiamento. In base a criteri espliciti, vengono selezionati e valutati sistematicamente gli aspetti di struttura, processo ed esito dell'assistenza. Dove indicato, le modifiche vengono implementate a livello di individuo, team o servizio ed un ulteriore monitoraggio viene utilizzato per confermare il miglioramento nell'erogazione dell'assistenza sanitaria”*.

Il Ministero della Salute nel 2011, in forma più sintetica, ha definito l'audit clinico come una *“metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico con criteri espliciti dell'assistenza prestata, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practice, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte”*⁴⁰².

Metodologicamente l'Audit Clinico consiste in un ciclo della qualità che possiamo schematicamente articolare in cinque fasi:

- 1) **PREPARAZIONE**
- 2) **ATTUAZIONE**
- 3) **AZIONI DI MIGLIORAMENTO**
- 4) **VALUTAZIONE DEI RISULTATI**
- 5) **SOSTENERE IL MIGLIORAMENTO**

1. PREPARAZIONE

- **scelta del tema dell'audit clinico:** l'audit può valutare aspetti relativi a struttura, processi, esiti. La scelta del tema è vincolata alla presenza di standard di riferimento in proposito, di dati affidabili ed accessibili e alla possibilità di sviluppare interventi di miglioramento. La priorità del tema può essere valutata in funzione di: volumi, rischiosità, costi, complessità, variabilità, contenuto innovativo, importanza per i professionisti, per il dipartimento o per la struttura sanitaria, rilevanza per i cittadini/pazienti, disponibilità di evidenze scientifiche.
- **costituzione del gruppo di lavoro:** la buona conduzione dell'audit e del relativo piano di miglioramento richiede un lavoro di squadra e diversi tipi di

⁴⁰¹ National Institute for Clinical Excellence, CHI, Royal College of Nursing, University of Leicester. Principles for Best Practice in Clinical Audit. Oxon, UK: Radcliffe Medical Press Ltd; 2002. 206 p

⁴⁰² Ministero della Salute. Dipartimento della qualità. Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema. Ufficio III. 2011. L'audit clinico. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1552_allegato.pdf

“giocatori” con esperienza seguire in vari campi. Nel contesto del gruppo di lavoro devono essere definiti i ruoli e distribuiti i compiti seguendo la logica della competenza e della complementarità e devono essere evitate relazioni di tipo gerarchico.

- **definizione dei criteri di comunicazione:** stabilire un piano di comunicazione in cui identificare i destinatari delle informazioni per adottare strategie di comunicazione differenziate, definire gli obiettivi della comunicazione, individuare i messaggi prioritari in correlazione con le finalità, selezionare gli strumenti di comunicazione e pianificare la tempistica, l’ubicazione, i materiali necessari.

2. ATTUAZIONE

- **definizione degli obiettivi:** l’obiettivo generale dell’audit è quello di migliorare la pratica clinica correlata al tema scelto e, sulla base di questo, il gruppo individua gli obiettivi specifici.
- **valutazione dell’esistente:** raccolta delle prassi in uso rispetto al tema dell’audit, analizzando consuetudini e documentazione esistente (procedure, protocolli, moduli per la segnalazione eventi), al fine di verificare se nella struttura sanitaria vengono implementati regolamenti o raccomandazioni.
- **selezione dei criteri, degli standard, degli indicatori:** criteri, standard ed indicatori costituiscono la struttura di riferimento che permette di evidenziare dove e come il fenomeno in esame si discosta dalle best practices. È consigliabile utilizzare, laddove possibile, criteri, standard ed indicatori già disponibili in letteratura o forniti da altre organizzazioni.
- **raccolta dei dati:** tramite osservazione della pratica clinica, colloquio o questionario agli operatori sanitari e ai pazienti, analisi documentale (cartelle cliniche, flussi correnti, documenti relativi a sala operatoria, laboratori, radiologia, farmacia, ecc.)
- **analisi e valutazione:** stabilire se e in quale misura gli standard sono rispettati (% di compliance, individuazione scostamenti), per ciascun criterio stabilito, e, se uno standard non viene soddisfatto, capirne le ragioni (utilizzando strumenti come il brainstorming, l’albero delle cause, il diagramma di causa-effetto) ed individuare possibili soluzioni.
- **condivisione dell’analisi dei risultati con i servizi coinvolti:** presentazione dei risultati ad ogni servizio coinvolto nell’audit, in modo che i professionisti e gli operatori potranno verificare i risultati, completare l’analisi dei problemi e l’identificazione delle cause, proporre misure correttive e aree di miglioramento.
- **comunicazione dei risultati:** i prodotti dell’audit devono essere presentati sia verbalmente che sotto forma di rapporto scritto.

3. AZIONI DI MIGLIORAMENTO

- **definire il piano di azione sulla base degli ambiti di miglioramento e delle raccomandazioni individuate:** definire gli obiettivi in termini di miglioramento anche in considerazione dell'analisi del contesto, individuare le azioni da attuare (natura, responsabili, risorse necessarie, tempi, personale coinvolto) e gli strumenti necessari.
- **individuare le strategie per "accompagnare" e guidare il cambiamento:** dato che i cambiamenti possono essere percepiti come una minaccia (ad esempio una messa in discussione delle attività o delle competenze, un aumento del carico di lavoro, una critica della situazione esistente) è necessario creare un ambiente favorevole e individuare strategie di accompagnamento al cambiamento promuovendo il coinvolgimento dei professionisti e valorizzando i benefici potenziali del cambiamento stesso.

4. VALUTAZIONE DEI RISULTATI

- valutare l'efficacia dei miglioramenti apportati, tramite lo svolgimento successivo di un secondo audit (re-audit) o il monitoraggio periodico di indicatori

5. SOSTENERE IL MIGLIORAMENTO

- Le organizzazioni possono usare **tecniche di valutazione appropriate** per valutare la qualità degli audit condotti dai professionisti
- I **modelli alternativi di valutazione** delle prestazioni sanitarie, come l'analisi revisione degli incidenti critici possono essere utili per l'identificazione e l'investigazione di certe carenze dell'assistenza.
- È necessaria una cultura che faccia **dell'esperienza degli utenti la motivazione primaria per il miglioramento**, che crei uno staff fiducioso che non abbia paura di riferire o mettere a confronto le performance inadeguate e abbia obiettivi chiari e costanti

v. Audit Clinico – raccomandazioni SIQuAS-VRQ

La SIQuAS-VRQ nel 2009 creò un gruppo di lavoro finalizzato a redigere raccomandazioni sul significato dell'Audit Clinico e sulle modalità di costruzione, sviluppo, implementazione e valutazione dello stesso. I risultati dei lavori, sviluppati nel corso di 5 anni, sono sintetizzati in un *e-book*⁴⁰³. Il gruppo di lavoro si è riunito circa

⁴⁰³ Wienand U., Daniela R., Apicella A., Baruchello M., Deales A., Gori F., Gottardi G., Lojudice M., Orlandini D., Perraro F.: Le raccomandazioni della Siquas - Vrq sull'Audit Clinico Che cosa dice la letteratura ? *Prima edizione e-book: Settembre 2014* Numero speciale della rivista "Lo Spallanzani" Rivista della Società Medica Lazzaro Spallanzani, Reggio Emilia ISSN 2281-6399

4 volte all'anno (dal 2007 al 2012) ed ha promosso sette Workshop nazionali⁴⁰⁴. Sono state formalizzate sei raccomandazioni:

- 1) Raccomandazioni sull'Audit Clinico: scegliere il tema⁴⁰⁵
- 2) Raccomandazioni sull'Audit Clinico: scegliere e formulare i criteri in un audit clinico - Audit Clinico e Linee Guida⁴⁰⁶
- 3) Raccomandazioni sull'Audit Clinico: scegliere criteri di processo o di esito?⁴⁰⁷
- 4) Raccomandazioni sull'Audit Clinico: definire gli standard in un audit clinico⁴⁰⁸
- 5) Raccomandazioni sull'Audit Clinico: multi-professionalità e multidisciplinarietà⁴⁰⁹
- 6) Raccomandazioni sull'Audit Clinico: fattori favorenti e barriere all'introduzione dell'audit nella routine lavorativa⁴¹⁰

Raccomandazioni sulla scelta del tema

Quando si seleziona un tema per un audit clinico occorre tener sempre presente l'obiettivo dell'efficacia clinica: raggiungere cioè i migliori risultati per i pazienti.

I professionisti sanitari, i manager e i pazienti devono essere egualmente coinvolti in questa scelta che deve riguardare aree in cui possono essere fatti miglioramenti significativi dell'assistenza clinica. Dovranno perciò esserci possibilità reali per attuare miglioramenti o cambiamenti nell'area assistenziale identificata se si vuole che l'audit ottenga un beneficio (in altre parole evitare audit sulla qualità dei parcheggi per le macchine o sul sistema di condizionamento dell'aria), anche se occorre ricordare che aumentare la consapevolezza di un problema è già il primo passo per un cambiamento.

I fattori da considerare, durante la definizione della priorità degli argomenti per un audit clinico, sono principalmente:

⁴⁰⁴ Workshop nazionali AsIQAS-VRQ su Audit clinico: 2007 a Ferrara - 2008 a Roma - 2009 a Crema - 2010 a Bertinoro - 2011 a Perugia - 2012 a Bologna - 2013 a Ferrara.

⁴⁰⁵ Perraro F, Wienand U, Ravera L, Racco F, Pezzano D, Mastrogiovanni P, Loiudice M, Deriu P, Baruchello M, Ranocchia D.: **Raccomandazioni sull'Audit Clinico: scegliere il tema**

⁴⁰⁶ Ranocchia D, Wienand U, Deales A, Racco F, Baruchello M, Orlandini D: **Raccomandazioni sull'Audit Clinico: scegliere e formulare i criteri in un audit clinico - Audit Clinico e Linee Guida** SIQuAS-VRQ, Milano, 2010.

⁴⁰⁷ Wienand U, Ranocchia D, Loiudice M, Orlandini D, Baruchello M, Gori F, Apicella A, Deales A, Perraro F: **Raccomandazioni sull'Audit Clinico: scegliere criteri di processo o di esito?** Raccomandazioni sull'Audit Clinico: scegliere criteri di processo o di esito? SIQuAS-VRQ, Milano, 2012

⁴⁰⁸ Ranocchia D, Wienand U, Loiudice M, Orlandini D, Baruchello M, Gori F, Apicella A, Deales A, Perraro F - **Raccomandazioni sull'Audit Clinico: definire gli standard in un audit clinico.** SIQuAS-VRQ, Milano, 2012

⁴⁰⁹ Marin I, Zampieri C, Wienand U, Ranocchia D, Racco F, Perraro F, Orlandini D, Loiudice M, Deales A, Deriu P. **Raccomandazioni sull'Audit Clinico: multiprofessionalità e multidisciplinarietà.** SIQuAS-VRQ, Milano, 2012.

⁴¹⁰ Deales A, Racco F, Ranocchia D, Wienand U, Zampieri C, Perraro F, Orlandini D, Marin I, Loiudice M, Deriu P. - **Raccomandazioni sull'Audit Clinico. Fattori favorenti e barriere all'introduzione dell'audit nella routine lavorativa.** SIQuAS-VRQ, Milano, 2009.

- L'argomento è stato identificato come un problema da parte dei soggetti coinvolti? (per esempio, i reclami da parte dei pazienti)
- C'è una grande variabilità nella pratica corrente? (per esempio, variabilità tra professionisti, senza evidenti ragioni di beneficio)
- È un'area ad alto rischio? (per esempio, alti indici di morbilità e/o mortalità)
- È un'area ad alti volumi? (per esempio, qualcosa che viene fatto regolarmente)
- È un'area ad alto costo? (per esempio, sei in grado di ridurre o di giustificare i costi?)
- È richiesto l'uso di risorse interne o esterne? (per esempio tempo, informazioni, personale)

L'uso dell'audit clinico è sconsigliato per alcune tematiche:

- per valutare la qualità dell'attività di altri professionisti, ad esempio per valutare l'appropriatezza di richieste di esami provenienti da colleghi di altri reparti o servizi, senza coinvolgerli nell'attività di audit;
- per valutare eventi rari, in termini di esito, ad esempio gli interventi chirurgici sul lato sbagliato, o qualsiasi altro "evento sentinella", perché l'audit clinico necessita sempre di un certo numero di casi per poter trarre delle conclusioni basate sui dati;
- al posto di un trial clinico o di Health Technology Assessment, senza possedere l'adeguato strumentario metodologico; gli scopi ed i metodi fra audit e ricerca o HTA sono diversi.

Nel caso che il team dell'audit clinico si trovi in difficoltà a scegliere un tema fra diversi proposti, si consiglia l'uso di una griglia tramite la quale i partecipanti possano valutare importanza, frequenza, costi, possibilità di cambiamento ecc., anche in forma anonima. Griglie di questo genere sono proposte in molte pubblicazioni.

Raccomandazioni sui criteri dell'Audit Clinico

Una volta che è stato scelto un tema da sottoporre ad audit, devono essere selezionati criteri validi.

Perché i criteri siano validi e portino a miglioramenti dell'assistenza, debbono essere:

- basati su evidenze;
- relativi ad aspetti importanti delle cure;
- misurabili.

Dato che la fase di elaborazione dei criteri è un'attività lunga e complessa, è ragionevole utilizzare un riferimento già esistente. Il riferimento deve permettere di formulare un giudizio valido sulla pratica da valutare; per questo ci sono varie condizioni da rispettare:

- il criterio di riferimento dovrebbe essere elaborato da documenti recenti, validati e fondarsi prioritariamente sulle regolamentazioni o raccomandazioni professionali;

- i criteri debbono essere rappresentativi della qualità delle cure, dato che costituiscono la base di comparazione fra la pratica reale e la pratica giudicata ottimale;
- i criteri debbono presentare certe caratteristiche;
- debbono essere chiari, espliciti, poco numerosi.

Ci sono molte fonti di linee guida e protocolli che possono essere facilmente trasformate in progetti di audit e dovrebbero essere utilizzate per lo sviluppo di audit clinici.

Se i criteri includono o si basano sulle opinioni di professionisti o di altri gruppi, sono preferibili metodi di consenso formale. Comunque, gruppi diversamente producono criteri diversi. È utile l'uso di una checklist per assicurare che è stato seguito un processo esplicito per identificare, selezionare e combinare le evidenze per i criteri e che la forza dell'evidenza è stata in qualche maniera valutata.

I metodi per sviluppare un consenso fra esperti sono principalmente: il metodo Delphi, la Nominal Group Technique, la Consensus Development Conference.

In alcune situazioni, sono stati utilizzati criteri impliciti. Questo significa che la revisione dell'assistenza viene attuata dai clinici più esperti, che fanno riferimento alla loro esperienza per giudicare l'assistenza stessa. Dovrebbero essere preferiti criteri espliciti piuttosto che criteri impliciti.

Raccomandazioni sulla scelta di criteri di processo vs. esito

I dati di struttura non vanno considerati nello svolgimento di audit clinici a livello locale.

Nella definizione dello standard per un criterio di processo vengono seguiti procedimenti molto diversi rispetto a quello per un criterio di esito.

L'audit di processo dovrebbe essere orientato a quegli aspetti per i quali vi sia una forte evidenza dell'efficacia dell'intervento assistenziale.

Nella progettazione di un audit dovrebbe essere compreso almeno un criterio di esito quando non vi sia difficoltà nel misurarlo e interpretarlo.

Quando si usano criteri di esito, nel confronto dei propri dati con quelli di altre strutture bisogna tenere conto di fattori che potrebbero influenzare l'esito (soprattutto la gravità clinica dei pazienti).

Raccomandazioni sulla definizione degli standard in un Audit Clinico

A ciascun criterio di audit dovrebbe essere assegnato uno standard.

Il termine standard va inteso nell'accezione come "livello soglia" di un criterio (il livello di assistenza da raggiungere per ciascun criterio specifico, di solito espresso in %)", che si considera come riferimento per giudicare di buona qualità l'assistenza fornita.

Con il termine "gold standard", invece, si indica l'esame diagnostico più accurato per confermare un determinato dubbio diagnostico, al quale ogni altro esame deve rapportarsi per avere validità diagnostica.

Nel fissare gli standard bisogna distinguere fra i vari tipi di criteri in un audit, di processo o di esito:

- uno standard del 100% per un criterio di esito non è realistico; per questo tipo di criteri ci si riferisce alla letteratura scientifica o a dati di strutture sanitarie eccellenti,
- il livello del 100% per i criteri di processo significa che il criterio deve essere sempre soddisfatto nella pratica, bisogna, però, trattare correttamente le eccezioni.

Uno standard può essere derivato (in ordine di priorità) da:

- i. ricerca valutativa svolta con metodologia corretta;
- ii. indicazioni di società scientifiche;
- iii. altre organizzazioni (benchmark);
- iv. rilevazioni effettuate in periodi precedenti;
- v. indicazioni di politica sanitaria.

È importante non confondere gli obiettivi assegnati da una struttura sovraordinata con gli standard per l'audit clinico, per i quali rimane in primo piano il riferimento alla letteratura.

Raccomandazioni sulla composizione del team per l'Audit Clinico

La multi-professionalità deve essere assicurata quando il processo oggetto dell'audit, a prescindere dalla sua estensione, coinvolge più figure professionali.

Completando il percorso di audit, vi sarà un benefico effetto secondario sul funzionamento del team.

Raccomandazioni sui fattori favorenti e ostacolanti alla riuscita dell'Audit Clinico

L'Audit Clinico ha buone probabilità di successo se gode del supporto dell'organizzazione, se il personale coinvolto è adeguatamente preparato e se la metodologia della sua condotta è stata ben compresa.

Un fattore di riuscita è ottenere il coinvolgimento esplicito della direzione nell'audit e gli esiti che seguiranno.

L'Audit Clinico deve essere fortemente appoggiato dall'organizzazione sanitaria che deve assicurarsi che i professionisti abbiano il tempo necessario, le agevolazioni, i consigli e le competenze per condurre un audit in modo efficace.

È importante garantire l'accesso alle migliori evidenze (per es. attraverso abbonamenti a riviste, contatti con gruppi professionali, accesso a banche dati etc.).

Comunicare ed informare tutto il personale coinvolto nel percorso dell'audit e mantenere alta la consapevolezza degli obiettivi identificati, faciliterà l'apporto di suggerimenti, incoraggerà ad intraprendere i cambiamenti nella pratica e diminuirà il sentimento di "minaccia" che percepiscono le persone non informate.

La barriera per il successo dell'Audit Clinico più frequentemente citata è il mancato riconoscimento da parte dell'organizzazione del tempo necessario al personale sanitario per condurre gli audit.

Le organizzazioni debbono tener conto che il miglioramento dell'assistenza, che si ottiene mediante gli Audit Clinici, può aumentare i costi.

d) Indicatori del Programma Operativo Appropriatelyzza

411

- 1) Indicatore POA 01 Percentuale di ricoveri attribuiti a DRG LEA con degenza ≥ 2 giorni
- 2) Indicatore POA 02 Percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico con DRG
- 3) Indicatore POA 03 Percentuale di ricoveri brevi con DRG medico (0-1 giorno e 2-3 giorni)
- 4) Indicatore POA 04 Percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico
- 5) Indicatore POA 05 Indice di trasferimento in day surgery dei ricoveri per decompressione del tunnel carpale
- 6) Indicatore POA 06 Indice di trasferimento in day surgery dei ricoveri per cataratta
- 7) Indicatore POA 07 Tasso di ricovero per incidente stradale
- 8) Indicatore POA 08 Tasso di ricovero per infortunio sul lavoro
- 9) Indicatore POA 09 Tasso di ricovero per influenza nell'anziano
- 10) Indicatore POA 10 Tasso di ricovero per polmonite pneumococcica nell'anziano
- 11) Indicatore POA 11 Tasso di ospedalizzazione per asma nell'adulto
- 12) Indicatore POA 12 Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato senza complicanze
- 13) Indicatore POA 13 Amputazioni maggiori degli arti nei diabetici
- 14) Indicatore POA 14 Tasso di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca
- 15) Indicatore POA 15 Tasso di ospedalizzazione per interruzione volontaria di gravidanza (IVG) tra le donne in età fertile e tra le più giovani
- 16) Indicatore POA 16 Tasso di ospedalizzazione per patologie alcool correlate
- 17) POA 17 Percentuale di dimissioni con DRG medico con degenza oltre soglia nei pazienti anziani
- 18) Indicatore POA 18 Percentuale di parti cesarei
- 19) Indicatore POA 19 Tasso di ospedalizzazione per tonsillectomia

Altri indicatori utilizzati per la misurazione dell'**appropriatezza clinica** sono:

⁴¹¹ Ministero della Salute DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA UFFICIO VI PROGRAMMA OPERATIVO APPROPRIATEZZA Studio e sperimentazione di indicatori per determinare il grado di **appropriatezza delle prestazioni di ricovero** dovute a carenze delle altre forme di assistenza (febbraio 2011)

- ◇ % di esecuzione di ecocardiogramma in pazienti ricoverati per scompenso cardiaco⁴¹²
- ◇ Tasso d'impianto di defibrillatori/pacemaker biventricolari (ICD o CRT o CRTD), normalizzato per popolazione (Rif. Ministero della Salute 2016)
- ◇ Proporzioni di donne con carcinoma della mammella in stadio III sottoposte a test di staging al baseline (es. US fegato, RX torace e scansione ossea)⁴¹³
- ◇ Proporzioni di pazienti con carcinoma invasivo HER2+ sottoposti a chemioterapia neoadiuvante che hanno ricevuto chemioterapia neoadiuvante con trastuzumab (rif. Biganzoli 2017)
- ◇ Proporzioni di pazienti con carcinoma invasivo e linfonodo ascellare clinicamente negativo (US +/- FNAC/CNB-) sottoposte a biopsia del linfonodo sentinella⁴¹⁴

⁴¹² Ministero della Salute - DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA Piano Nazionale della Cronicità Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016

⁴¹³ Biganzoli L, Marotti L, Hart CD, Cataliotti L, Cutuli B, Kuhn T, Mansel RE, Ponti A, Poortmans P, Regitnig P, van der Hage JA, Wengstrom Y, Rosselli Del Turco M. 2017. Quality indicators in breast cancer care: An update from the EUSOMA working group. *European Journal of Cancer* 86: 59e81.

⁴¹⁴ Ministero della Salute. Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del SSN. Direzione generale della programmazione. Ex ufficio III DG prog. 2014. Documento del gruppo di lavoro per la definizione di specifiche modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia.

APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA E TRASPARENZA

APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA - *Erogazione di un intervento/prestazione in un contesto organizzativo idoneo e congruente, per quantità di risorse impiegate, con le caratteristiche di complessità dell'intervento erogate e con quelle cliniche del paziente*⁴¹⁵

TRASPARENZA - *Semplicità per utenti/stakeholder di reperire, acquisire e comprendere le informazioni necessarie per poter usufruire al meglio e valutare la qualità del servizio di proprio interesse*⁴¹⁶

a) Introduzione

APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

L'**appropriatezza organizzativa** attiene al **contesto operativo** in cui viene erogata l'assistenza.

Come riportato nella definizione il contesto operativo **deve essere idoneo e congruente**, con le caratteristiche di **complessità clinica del paziente e della tipologia di intervento/assistenza da erogare** in modo che il paziente ottenga una assistenza con identico beneficio e con un minore impiego di risorse.

Nell'ambito del "Progetto Mattoni SSN", il mattone "Misura dell'Appropriatezza" ha ampliato ed approfondito molteplici aspetti teorici e operativi, fra cui le modalità di misurazione ed incentivazione dell'appropriatezza ospedaliera, delle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche (<http://www.mattoni.salute.gov.it/mattoni/paginaInternaMenuMattoni.jsp?id=10&menu=mattoni>).

Nel 2007 nel documento del Comitato Scientifico del Progetto Mattoni SSN "Misura dell'Appropriatezza"⁴¹⁷ si specifica che l'**appropriatezza organizzativa**, concerne:

a. l'ambito nel quale sono erogati gli interventi

⁴¹⁵ Ministero della Salute: Manuale di formazione per il governo clinico: monitoraggio delle performance cliniche. Roma, dicembre 2012

⁴¹⁶ Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche. Linee guida per il miglioramento degli strumenti per la qualità dei servizi pubblici. Delibera n. 3/2012 (*modificato*)

⁴¹⁷ Ministero della Salute Progetto Mattoni SSN "Misura dell'Appropriatezza" Documento del Comitato Scientifico. Approvato dalla Cabina di Regia il 16.05.07

- b. **le azioni tese a individuare e rimuovere incentivi perversi** (es. tariffe di rimborso incongrue) che possono stimolare l'esecuzione di prestazioni anche quando i rischi individuali superano i benefici **o quando sono disponibili modalità differenti di erogazione** (per esempio, nella scelta fra ricovero ordinario, ricovero diurno e prestazione ambulatoriale)
- c. **l'efficienza produttiva**, intesa come minimizzazione dei costi per unità prodotta
- d. **la soddisfazione del paziente**

Vengono inoltre analizzati i sistemi di controllo analitici effettuati "ex-post":

PRUO - Protocollo per la Revisione dell'Uso dell'Ospedale

MAAP - Modello di Analisi della Appropriatezza per elenchi di Procedure

APPRO - Rappresenta un approccio articolato alla valutazione dell'appropriatezza organizzativa dell'ospedale per acuti basata sull'analisi degli archivi informativi delle dimissioni e sul calcolo di soglie di ammissibilità per i ricoveri ordinari

TRASPARENZA

La trasparenza nella pubblica amministrazione e nel sistema sanitario nazionale è intesa⁴¹⁸ come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

La trasparenza, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali, concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione.

La trasparenza è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino.

⁴¹⁸ **DECRETO LEGISLATIVO 25 maggio 2016, n. 97**: Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, **correttivo** della legge 6 novembre 2012, n. 190 e **del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33**, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche.

b) Legislazione nazionale

i. Appropriatelyzza organizzativa

- LEGGE 27 dicembre 1997, n. 449 “Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica”
- D.P.C.M. 29 novembre 2001 **Definizione dei livelli essenziali di assistenza**. Allegato 2C
- Legge 15 giugno 2002, n. 112 - “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, recante disposizioni finanziarie e fiscali urgenti in materia di riscossione, razionalizzazione del sistema di formazione del costo dei prodotti farmaceutici, adempimenti ed adeguamenti comunitari, cartolarizzazioni, valorizzazione del patrimonio e finanziamento delle infrastrutture”
- MINISTERO DELLA SALUTE. Dipartimento della Qualità. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema UFFICIO VI - Indicatori di Appropriatelyzza organizzativa Patto per la Salute 2010-2012 - ottobre 2010
- MINISTERO DELLA SALUTE. Dipartimento della Qualità. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema UFFICIO VI - PROGRAMMA OPERATIVO APPROPRIATEZZA Studio e sperimentazione di indicatori per determinare il grado di appropriatezza delle prestazioni di ricovero dovute a carenze delle altre forme di assistenza - febbraio 2011
- LEGGE N. 125, 6 AGOSTO 2015. (Gazzetta Ufficiale n. 188 del 14.08.15, Supplemento ordinario n. 49) Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, recante disposizioni urgenti in materia di enti territoriali
- DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI - 12 gennaio 2017. **Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza**, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo. 30 dicembre 1992, n. 502.: Art. 39. Criteri di appropriatezza del ricovero ordinario e Allegato 6; Art. 41. Criteri di appropriatezza del day surgery e Allegato 6b; Art. 43. Criteri di appropriatezza del ricovero in day hospital.; Art. 45. Criteri di appropriatezza del ricovero in riabilitazione

ii. Trasparenza

- LEGGE 7 agosto 1990, n. 241 - Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi.
- DIRETTIVA DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 27 gennaio 1994 - “Principi sull'erogazione dei servizi pubblici”

- DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 19 maggio 1995. **Schema generale di riferimento della “Carta dei servizi pubblici sanitari”.** (GU Serie Generale n.125 del 31-05-1995 - Suppl. Ordinario n. 65) (**ALLEGATO 30**)
- LEGGE 11 luglio 1995, n. 273 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 12 maggio 1995, n. 163, recante misure urgenti per la semplificazione dei procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell’efficienza delle pubbliche amministrazioni
- LEGGE 18 giugno 2009, n. 69 - Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile
- DECRETO LEGISLATIVO 30 dicembre 2010, n. 235 - Modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, recante Codice dell’amministrazione digitale, a norma dell’articolo 33 della legge 18 giugno 2009, n. 69.
- DECRETO LEGISLATIVO 14 marzo 2013, n. 33 - (Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni.)
- DECRETO LEGISLATIVO 25 maggio 2016, n. 97 - Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell’articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche.

c) Implementazione e monitoraggio

APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

Sin dal 1997⁴¹⁹ l’appropriatezza venne indicata fra i profili da considerare nell’ambito di specifiche azioni di monitoraggio e valutazione della qualità e dei costi dell’attività ospedaliera.

Le prime indicazioni operative per la valutazione dell’inappropriatezza in ambito ospedaliero, vengono indicate nel 2001 nel primo **DPCM sui Livelli Essenziali di Assistenza**⁴²⁰ dove si definiscono “*inappropriati* i casi trattati in regime di ricovero ordinario o in day hospital che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse” e viene riportato l’elenco di **DRG “ad alto rischio di inappropriatezza”**.

La Legge 15 giugno 2002, n. 112⁴²¹ ha istituito la “Commissione nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei Livelli essenziali di Assistenza”. Fra i criteri

⁴¹⁹ LEGGE 27 dicembre 1997, n. 449 - “Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica”

⁴²⁰ D.P.C.M. 29 novembre 2001 Definizione dei livelli essenziali di assistenza. Allegato 2C

⁴²¹ Legge 15 giugno 2002, n. 112 - “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, recante disposizioni finanziarie e fiscali urgenti in materia di riscossione, razionalizzazione del sistema di formazione del costo dei prodotti farmaceutici, adempimenti ed adeguamenti comunitari, cartolarizzazioni, valorizzazione del patrimonio e finanziamento delle infrastrutture”

adottati *la valutazione delle evidenze di efficacia clinica* riveste un ruolo centrale. I lavori della commissione hanno portato alla stesura della proposta di aggiornamento del DPCM LEA, che riportava serie di indicazioni in materia di appropriatezza organizzativa in ambito ospedaliero e specialistico.

Parallelamente, l'Intesa Stato-Regioni del 23/03/2005 istituisce il "Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e per la verifica della congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione", che si concentra maggiormente sugli aspetti di appropriatezza organizzativa ed efficienza dell'impiego delle risorse del SSN.

1) Criteri di appropriatezza del ricovero ordinario (Articolo 39)

Si definiscono appropriati i ricoveri ordinari per l'esecuzione di interventi o procedure che non possono essere eseguiti in day hospital o in day surgery con identico o maggior beneficio e identico o minor rischio per il paziente e con minore impiego di risorse.

2) Criteri di appropriatezza del day surgery (Articolo 41)

Si definiscono appropriati i ricoveri in day surgery per l'esecuzione di interventi o procedure che non possono essere eseguiti in regime ambulatoriale con identico o maggior beneficio e identico o minor rischio per il paziente e con minore impiego di risorse.

3) Criteri di appropriatezza del day hospital (Articolo 43)

a. *I ricoveri in day hospital per finalità diagnostiche sono da considerarsi appropriati nei seguenti casi:*

- i. esami su pazienti che, per particolari condizioni di rischio, richiedono monitoraggio clinico prolungato;
- ii. accertamenti diagnostici a pazienti non collaboranti che richiedono un'assistenza dedicata e l'accompagnamento da parte di personale della struttura negli spostamenti all'interno della struttura stessa.

b. *I ricoveri in day hospital per finalità terapeutiche sono da considerarsi appropriati nei seguenti casi:*

- i. somministrazione di chemioterapia che richiede particolare monitoraggio clinico;
- ii. somministrazione di terapia per via endovenosa di durata superiore a un'ora ovvero necessità di sorveglianza, monitoraggio clinico e strumentale dopo la somministrazione di durata prolungata;
- iii. necessità di eseguire esami ematochimici o ulteriori accertamenti diagnostici nelle ore immediatamente successive alla somministrazione della terapia;
- iv. procedure terapeutiche invasive che comportano problemi di sicurezza per il paziente.

4) Criteri di appropriatezza del ricovero in Riabilitazione (Articolo 45)

Si definiscono appropriati i ricoveri ordinari in riabilitazione che non possono essere eseguiti in day hospital o in ambito extraospedaliero con identico o maggior beneficio e identico o minor rischio per il paziente e con minore impiego di risorse. Per la determinazione dei ricoveri inappropriati in ambito ospedaliero si applicano le disposizioni ...di cui alla L. 125 del 2015.

Le amministrazioni e gli enti del servizio sanitario nazionale sono tenute all'adempimento di tutti gli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente⁴²² Pubblicano nei loro siti istituzionali:

- i dati relativi a tutte le **spese** e a tutti i **pagamenti effettuati** (in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari);
- le informazioni e i dati concernenti le procedure di **conferimento degli incarichi** dei dirigenti: (direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo, responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse)
- i **criteri di formazione delle liste di attesa**, i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata, in una apposita sezione denominata «Liste di attesa»,

Gli oggetti e i criteri di appropriatezza organizzativa sono stati specificati in due allegati nel DPCM sui LEA⁴²³ (**ALLEGATO 31**):

- a. I DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria (**allegato 6A del DPCM**)
- b. Le prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery - trasferibili in regime ambulatoriale (**allegato 6B del DPCM**)

TRASPARENZA

Un contributo fondamentale alla trasparenza è dato da una corretta strutturazione e aggiornamento della “**Carta dei servizi pubblici sanitari**”⁴²⁴

La Carta è volta alla **tutela dei diritti degli utenti**. Non si tratta di una tutela intesa come mero riconoscimento formale di garanzie al cittadino, ma di attribuzione allo stesso di un **potere di controllo diretto sulla qualità dei servizi erogati**.

In particolare, i servizi sanitari devono:

⁴²² Si riporta il testo dell'articolo 41 del citato decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, come modificato dal decreto 97/2016:

⁴²³ DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI - 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo. 30 dicembre 1992, n. 502.: Art. 39. Criteri di appropriatezza del ricovero ordinario e Allegato 6; Art. 41. Criteri di appropriatezza del day surgery e Allegato 6b; : Art. 43. Criteri di appropriatezza del ricovero in day hospital.; Art. 45. Criteri di appropriatezza del ricovero in riabilitazione

⁴²⁴ DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 19 maggio 1995. Schema generale di riferimento della “Carta dei servizi pubblici sanitari”.(GU Serie Generale n.125 del 31-05-1995 - Suppl. Ordinario n. 65)

- **adottare gli standard di quantità e di qualità** del servizio di cui assicura il rispetto: è questo il principio cardine della “Carta dei servizi”;
- **pubblicizza gli standard adottati** e ne informa il cittadino
- **verifica il rispetto degli standard ed il grado di soddisfazione degli utenti**;
- **garantisce il rispetto dello standard adottato**, assicurando al cittadino la specifica **tutela rappresentata da forme di rimborso** nei casi in cui sia possibile dimostrare che il servizio reso è inferiore, per qualità e tempestività, allo standard pubblicato

La Carta dei servizi assegna, dunque, un ruolo importante sia agli enti erogatori di servizi, sia ai cittadini nell’orientare l’attività dei **servizi pubblici verso la loro “missione”**: **fornire un servizio di buona qualità ai cittadini-utenti**.

La Carta prevede le **modalità, da pubblicizzare** nei modi più opportuni, attraverso le quali gli stessi cittadini possano facilmente accedere alle **procedure di reclamo** circa la violazione dei principi sanciti dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994⁴²⁵.

La suddetta direttiva individua i principi cui deve essere uniformata progressivamente, in generale, l’erogazione dei servizi pubblici. Riportiamo, per la sua attualità, il sommario del documento, evidenziando che se in tutta Italia si fossero applicati gli adempimenti previsti nei tempi indicati, avremmo oggi una fonte inesauribile di esperienze e dati sulla qualità di tutte le dimensioni del nostro SSN

I. I PRINCIPI FONDAMENTALI.

- Eguaglianza
- Imparzialità
- Continuità
- Diritto di scelta.
- Partecipazione

II. Gli strumenti

- Adozione di standard
- Semplificazione delle procedure.
- Informazione degli utenti
- Rapporti con gli utenti.
- Doveri di valutazione della qualità dei servizi
- Rimborso

III. LA TUTELA.

- 1. Procedure di reclamo.
- 2. Comitato permanente per l’attuazione della Carta dei servizi pubblici.
- 3. Sanzioni per la mancata osservanza della direttiva.

⁴²⁵ DIRETTIVA DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 27 gennaio 1994 Principi sull’erogazione dei servizi pubblici. (GU Serie Generale n.43 del 22-02-1994)

COMPETENZA PROFESSIONALE E CULTURALE

Comprovata capacità di utilizzare conoscenze, abilità e capacità personali, sociali e/o metodologiche, in situazioni di lavoro o di studio e nello sviluppo professionale e personale. Le competenze sono in termini di responsabilità e autonomia⁴²⁶

a) Introduzione

Secondo Le Boterf⁴²⁷, uno dei massimi esperti in tema di risorse umane, “la competenza non è uno stato o una conoscenza posseduta. Non è riducibile né a un sapere, né a ciò che si è acquisito (...). *La competenza non risiede nelle risorse (conoscenze, capacità cognitive, relazionali ...) da mobilitare, ma nella mobilitazione stessa dei saperi che si sono saputi selezionare, integrare e combinare in un contesto e per un obiettivo specifico.* La competenza rientra nel concetto di “saper mobilitare”. La competenza è un “saper agire” riconosciuto. Qualunque competenza, per esistere, necessita del giudizio altrui”

In campo di competenze occorre far riferimento al quadro europeo delle qualifiche, l’*European Qualifications Framework*” (EQF), un sistema che permette di confrontare titoli di studio e qualifiche professionali dei cittadini dei paesi europei.

I titoli di studio che coinvolgono i professionisti della sanità, nell’ambito degli otto livelli previsti dall’EQF, sono il 6,7 e 8 (**Tabella 26**):

Tabella 26 - Quadro europeo delle qualificazioni per l’apprendimento permanente⁴²⁸

6	Laurea
	Diploma Accademico di I livello

⁴²⁶ **Comunità europea, 2009** - Raccomandazione del Parlamento Europeo e del Consiglio del 23 aprile 2008, presenta il Quadro Europeo delle Qualifiche e dei Titoli (European Qualification Framework - EQF) ALLEGATO I Definizioni

⁴²⁷ Le Boterf, G. (1995). *De la compétence: essai sur un attracteur étrange* (4th ed.). Paris: Les Éditions d’Organisation.

⁴²⁸ Presidenza del Consiglio dei Ministri, Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano: “Accordo per la referenziazione del sistema italiano delle qualifiche al Quadro Europeo delle Qualifiche (EQF – European Qualification Framework), di cui alla Raccomandazione del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 aprile 2008” siglato il 20 dicembre 2012

7	Laurea Magistrale
	Diploma Accademico di II livello
	Master universitario di I livello
	Diploma Accademico di specializzazione (I)
	Diploma di perfezionamento o master (I)
8	Dottorato di ricerca
	Diploma accademico di formazione alla ricerca
	Diploma di specializzazione
	Master universitario di II livello
	Diploma Accademico di specializzazione (II)
	Diploma di perfezionamento o master (II)

I risultati di apprendimento sono definiti in termini di Conoscenza, Abilità e Competenze:

- a. **Conoscenza**, cioè l'ambito del sapere concettuale (insieme organizzato di DATI e INFORMAZIONI relative a oggetti, eventi, tecniche, regole, principi, teorie, che il soggetto apprende, comprende, archivia e utilizza in situazioni operative quotidiane procedurali e problematiche)
- b. **Abilità** (o Skill), atti concreti singoli che il soggetto compie utilizzando date conoscenze e dati strumenti; di fatto un'abilità è un segmento di competenza
- c. **Competenza**: la capacità dimostrata da un soggetto di utilizzare le conoscenze, le abilità e le attitudini (atteggiamenti) personali (il Sé), sociali (il Sé e gli Altri) e/o metodologiche (il Sé e le Cose) in situazioni di lavoro o di studio e nello sviluppo professionale e/o personale. Nel Quadro Europeo delle Qualifiche le competenze sono descritte in termini di **responsabilità** e **autonomia**

Gli oggetti da porre all'attenzione sono:

- i. La formazione di base del personale sanitario
- ii. La formazione-educazione continua in Medicina
- iii. L'aggiornamento sugli indirizzi/orientamenti delle politiche sanitarie e coinvolgimento alla loro elaborazione
- iv. L'aggiornamento sulle innovazioni/mutamenti culturali e sociali che impattano sulla salute e sanità
- v. La promozione/collaborazione alla ricerca biomedica

b) Legislazione nazionale

La norma fondamentale sulla formazione e aggiornamento del personale del SSN è il:

Decreto Legislativo, n. 229 del 9/06/1999- Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419

Art. 16 bis - (Formazione continua)

1. Ai sensi del presente decreto, la **formazione continua** comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente. L'**aggiornamento professionale** è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta a adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali. La **formazione permanente** comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali ed i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alla assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale.

2. La **formazione continua** consiste in attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali, attraverso la partecipazione a corsi, convegni, seminari, organizzati da istituzioni pubbliche o private accreditate ai sensi del presente decreto, nonché soggiorni di studio e la partecipazione a studi clinici controllati e ad attività di ricerca, di sperimentazione e di sviluppo. La **formazione continua** di cui al comma 1 è sviluppata sia secondo percorsi formativi autogestiti sia, in misura prevalente, in programmi finalizzati agli, obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale e del Piano sanitario regionale nelle forme e secondo le modalità indicate dalla Commissione di cui all'art. 16 ter.

Art. 16 ter (Commissione nazionale per la formazione continua)

1. Con decreto del Ministro della sanità, è nominata una Commissione nazionale per la formazione continua, da rinnovarsi ogni cinque anni. La Commissione definisce i crediti formativi che devono essere complessivamente maturati dagli operatori in un determinato arco di tempo, gli indirizzi per la organizzazione dei programmi di formazione predisposti a livello regionale nonché i criteri e gli strumenti per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative. La Commissione definisce altresì i requisiti per l'accreditamento delle società scientifiche, nonché dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative e procede alla verifica della sussistenza dei requisiti stessi.

Art. 16 quater. (Incentivazione della formazione continua)

1. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività professionale in qualità di dipendente o libero professionista, per conto delle aziende ospedaliere, delle università, delle unità sanitarie locali e delle strutture sanitarie private.

2. I contratti collettivi nazionali di lavoro del personale dipendente e convenzionato individuano specifici elementi di penalizzazione, anche di natura economica,

per il personale che nel triennio non ha conseguito il minimo di crediti formativi stabilito dalla Commissione nazionale.

3. Per le **strutture sanitarie private** l'adempimento, da parte del personale sanitario dipendente o convenzionato che opera nella struttura, dell'obbligo di partecipazione alla formazione continua e il conseguimento dei **crediti nel triennio costituiscono requisito essenziale per ottenere e mantenere l'accreditamento** da parte del Servizio sanitario nazionale.

16/03/2006 - ACCORDO della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano **Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario 2005 - 2007**(pdf, 0.44 Mb)

26/07/2010 DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI della Presidenza del Consiglio dei Ministri D.P.C.M. 26 Luglio 2010 - Recepimento dell'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, stipulato in data 5 Novembre 2009, in materia di **accreditamento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero e liberi professionisti**

23 dicembre 2014 - LEGGE, n. 190 - Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015). - Comma 566. **Ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia** in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, sono **definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione,**

02/02/2017 - Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento **"La formazione continua nel settore salute"**

17/4/2019 - DM - Ricostituzione della **Commissione nazionale per la formazione continua** (art 1)

c) Implementazione e monitoraggio

Come evidenziato dalla legislazione l'aggiornamento e la formazione del personale sanitario è posto da venti anni all'attenzione del mondo politico e professionale. L'**ECM (Educazione Continua in Medicina)** rappresenta a tutt'oggi uno dei principali strumenti per lo sviluppo delle competenze professionali e culturali degli operatori sanitari.

i. L'Educazione Continua in Medicina (ECM)

Nel recente accordo sull'ECM⁴²⁹ troviamo indicati nella Parte III (DIRITTI E OBBLIGHI NELLA FORMAZIONE CONTINUA), Titolo II, art. 28 gli obiettivi formativi per il triennio

1. Le attività formative devono essere programmate e realizzate tenendo conto degli obiettivi formativi previsti come prioritari nel Programma nazionale E.C.M., nel Piano sanitario nazionale e nei Piani sanitari regionali e delle Province autonome di Trento e Bolzano.

2. La **Commissione Nazionale per la formazione continua** individua, in condivisione con il C.T.R. (Comitato Tecnico delle Regioni), gli obiettivi formativi tenendo conto dei Livelli Essenziali di Assistenza, dei Piani sanitari regionali e delle linee guida ... *vive* ... e li inserisce in almeno una delle seguenti macroaree⁴³⁰:

- a) obiettivi formativi tecnico-professionali;
- b) obiettivi formativi di processo;
- c) obiettivi formativi di sistema.

a) Obiettivi formativi tecnico-professionali obiettivi finalizzati allo **sviluppo delle competenze** e delle **conoscenze** tecnico-professionali individuali nel **settore specifico** di attività. Gli **eventi** che programmano il loro conseguimento sono specificatamente **rivolti alla professione di appartenenza o alla disciplina**;

b) Obiettivi formativi di processo ... obiettivi finalizzati allo **sviluppo delle competenze e delle conoscenze** nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il **miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza** degli **specifici processi di produzione** delle attività sanitarie. Questi obiettivi si rivolgono ad operatori ed *équipe* che intervengono in un **determinato segmento di produzione**;

c) Obiettivi formativi di sistema ... obiettivi finalizzati allo **sviluppo delle conoscenze e competenze** nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il **miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza** dei sistemi sanitari. Questi obiettivi si rivolgono, di norma, a **tutti gli operatori** avendo quindi **caratteristiche interprofessionali**

I 38 obiettivi individuati dalla Commissione Nazionale per la formazione continua sono riportati di seguito:

⁴²⁹ Conferenza Permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano (Accordo 2 Febbraio 2017). Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento «LA FORMAZIONE CONTINUA NEL SETTORE SALUTE». (Rep. Atti n. 14/CSR). (17A07862) (GU Serie Generale n.274 del 23-11-2017)

⁴³⁰ Commissione Nazionale per la formazione continua - **MANUALE NAZIONALE DI ACCREDITAMENTO PER L'EROGAZIONE DI EVENTI ECM - 2018**

- a) 18 obiettivi formativi tecnico-professionali;
- b) 12 obiettivi formativi di processo;
- c) 8 obiettivi formativi di sistema.

I 18 obiettivi formativi tecnico-professionali

- 10 - Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;
- 18 - Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultra-specialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere;
- 19 - Medicine non convenzionali: valutazione dell'efficacia in ragione degli esiti e degli ambiti di complementarità;
- 20 - Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;
- 21 - Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione;
- 22 - Fragilità e cronicità (minori, anziani, dipendenze da stupefacenti, alcool e ludopatia, salute mentale), nuove povertà, tutela degli aspetti assistenziali, sociosanitari, e socioassistenziali;
- 23 - Sicurezza e igiene alimentari, nutrizione e/o patologie correlate;
- 24 - Sanità veterinaria. Attività presso gli stabulari. Sanità vegetale;
- 25 - Farmaco epidemiologia, farmacoconomia, farmacovigilanza;
- 26 - Sicurezza e igiene ambientali (aria, acqua e suolo) e/o patologie correlate;
- 27 - Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione;
- 28 - Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione trapianto;
- 29 - Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche, chimiche, fisiche e dei dispositivi medici. Health Technology Assessment;
- 34 - Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;
- 35 - Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;
- 36 - Valutazione, analisi, studio, caratterizzazione identificazione di: agenti, sostanze, preparati, materiali ed articoli e loro interazione con la salute e la sicurezza;
- 37 - Metodologie, tecniche e procedimenti di misura e indagini analitiche, diagnostiche e di screening, anche in ambito ambientale, del territorio e del

patrimonio artistico e culturale. Raccolta, processamento ed elaborazione dei dati e dell'informazione;

- 38 - Verifiche ed accertamenti nei porti e sulle navi anche ai fini della sicurezza; valutazioni ed analisi di esplosivi, combustibili, acceleranti e loro tracce; gestione delle emergenze e degli incidenti rilevanti.

I 12 obiettivi formativi di processo

- 3 - Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura;
- 4 - Appropriately delle prestazioni sanitarie, sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia. Livelli essenziali di assistenza (LEA);
- 7 - La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. La privacy ed il consenso informato;
- 8 - Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale;
- 9 - Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera;
- 11 - Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali;
- 12 - Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure;
- 13 - Metodologia e tecniche di comunicazione, anche in relazione allo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria;
- 14 - Accredimento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni di processo;
- 15 - Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria, medicina relativa alle popolazioni migranti;
- 30 - Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni di processo;
- 32 - Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di processo.

Gli 8 obiettivi formativi di sistema

- 1 - Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP);
- 2 - Linee guida - protocolli - procedure;
- 5 - Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie;
- 6 - Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale;
- 16 - Etica, bioetica e deontologia;
- 17 - Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni di sistema;

31 - Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni di sistema;

33 - Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di sistema

Accanto all'ECM erogata da provider accreditati dalla Commissione nazionale per la formazione continua è riconosciuta la **formazione individuale**⁴³¹

La Commissione nazionale stabilisce le modalità, i destinatari e il numero di crediti annui conseguibili mediante autoformazione.

La certificazione dei crediti è compiuta per le diverse tipologie di professioni da Ordini, Collegi, Associazioni professionali maggiormente rappresentative o (se non ordinate dalle precedenti) dalla Commissione nazionale

Le modalità di formazione/apprendimento utilizzabili sono state identificate nelle seguenti undici tipologie:

- 1) FORMAZIONE RESIDENZIALE CLASSICA (RES)
- 2) CONVEGNI, CONGRESSI, SIMPOSI E CONFERENZE (RES)
- 3) VIDEOCONFERENZA (RES)
- 4) TRAINING INDIVIDUALIZZATO (FSC - Formazione sul Campo)
- 5) GRUPPI DI MIGLIORAMENTO (FSC - Formazione sul Campo)
- 6) ATTIVITA' DI RICERCA (FSC - Formazione sul Campo)
- 7) FAD CON STRUMENTI INFORMATICI / CARTACEI (FAD - Formazione a Distanza)
- 8) E-LEARNING (FAD Formazione a Distanza). *Utilizzazione di materiale didattico durevole e ripetibile attraverso l'utilizzo di tecnologia multimediale fruita grazie ad una connessione ad Internet.*
- 9) FAD SINCRONA (FAD Formazione a Distanza). *Partecipazione a sessioni formative remote attraverso una piattaforma multimediale dedicata (aule virtuali, webinar), fruibile in diretta tramite connessione ad Internet)*
- 10) FORMAZIONE BLENDED *Integrazione tra diverse tipologie di formazione all'interno dello stesso percorso formativo con successione della fruizione tra le tipologie.*
- 11) DOCENZA, TUTORING E ALTRO Docenze/Relazioni a eventi residenziali
 - Docenze/relazioni/tutoring a eventi FAD – (tipologia 9)
 - Preparazione materiale durevole per eventi FAD e registrazioni per l'erogazione di un videocorso FAD (Docenza) – (tipologia 7-8)
 - Coordinatore/Responsabile scientifico qualora svolga l'attività di Docenza in attività di FSC

Di seguito i riportano a titolo di esempio di **criteri** per l'**assegnazione** dei **crediti** al programma **ECM** e quindi al professionista sanitario che avrà seguito un evento

⁴³¹ LA FORMAZIONE CONTINUA NEL SETTORE SALUTE. (Rep. Atti n. 14/CSR). (17A07862) (GU Serie Generale n.274 del 23-11-2017) - TITOLO IV - FORMAZIONE INDIVIDUALE

o un programma formativo accreditato ed avrà soddisfatto i momenti di valutazione riferito a 2 delle 11 tipologie individuate:

1. FORMAZIONE RESIDENZIALE CLASSICA (RES)

- **1 credito ogni ora** (non frazionabile) fino a 100 partecipanti previsti;
- **0,7 crediti ogni ora** (non frazionabile) da 101 a 200 partecipanti previsti.

È prevista la possibilità di **incremento di 0,3 crediti/ora** per ciascuno dei criteri sotto riportati, cumulabili tra di loro:

- numero di partecipanti previsti fino a 25;
- presenza di metodologie interattive per un massimo di 50 partecipanti previsti. Per garantire un'adeguata partecipazione è necessario che il numero dei discenti sia limitato (massimo 25 partecipanti previsti per tutor/docente);

2. CONVEGNI CONGRESSI SIMPOSI E CONFERENZE (oltre 200 partecipanti previsti)

- **0,3 crediti per ora** (non frazionabile) fino a un **massimo di 6 crediti**

Le attività di **"formazione individuale"** comprendono tutte le attività formative non erogate da provider. Tali attività possono consistere in:

A) Attività di ricerca scientifica:

A1. Pubblicazioni scientifiche;

A2. Sperimentazioni cliniche;

B) Tutoraggio individuale;

C) Formazione individuale all'estero;

D) Attività di autoformazione

A1) Pubblicazioni scientifiche I professionisti sanitari autori di pubblicazioni scientifiche censite nelle banche dati internazionali Scopus e Web of Science / Web of Knowledge maturano il diritto al riconoscimento, per singola pubblicazione, di:

- 3 crediti (se primo nome e/o ultimo nome)
- 1 credito (altro nome)

A2) Sperimentazioni cliniche. I professionisti sanitari che svolgono sperimentazioni cliniche secondo i requisiti del Ministero della Salute del 2004⁴³² maturano il diritto al riconoscimento di crediti formativi ECM per ogni iniziativa, in funzione dell'impegno previsto e della rilevanza dell'esito. Sono riconosciuti i seguenti crediti previa dichiarazione da cui si evinca l'approvazione da parte del comitato etico e la presenza del nominativo del professionista sanitario tra gli sperimentatori:

- 2 crediti per sperimentazioni fino a sei mesi;
- 4 crediti per sperimentazioni di durata superiore a sei mesi e fino a dodici mesi;

⁴³² MINISTERO DELLA SALUTE. DECRETO 17 dicembre 2004. Prescrizioni e condizioni di carattere generale, relative all'esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali, con particolare riferimento a quelle ai fini del miglioramento della pratica clinica, quale parte integrante dell'assistenza sanitaria.

- 8 crediti per sperimentazioni oltre i dodici mesi

B) Tutoraggio individuale

I professionisti sanitari che svolgono attività di tutoraggio individuale in ambito universitario⁴³³, nei corsi di formazione specifica in medicina generale compresi per quest'ultimo corso il direttore del coordinamento e il direttore delle attività didattiche integrate, seminari o pratiche, maturano il diritto al riconoscimento di

- 1 credito formativo ogni 15 ore di attività⁴³⁴.

C) Formazione individuale all'estero

Le attività formative svolte all'estero sono finalizzate al miglioramento della pratica sanitaria attraverso un apprendimento «diretto» e «personale» delle esperienze straniere che stimoli un'effettiva e adeguata comparazione interculturale.

Sono riconosciute 2 forme di formazione:

- 1) Formazione individuale svolta all'estero presso enti inseriti nella LEEF - Lista degli Enti Esteri di Formazione (è riconosciuto il 100% dei crediti formativi fino a un massimo di 50 crediti per ogni singola attività formativa)
- 2) Formazione individuale svolta all'estero presso enti non inseriti nella LEEF (è riconosciuto il 100% dei crediti formativi fino a un massimo di 50 crediti per ogni singola attività formativa)

D) Autoformazione

L'attività di autoformazione consiste ***nella lettura di riviste scientifiche, di capitoli di libri e di monografie non accreditati come eventi formativi ECM.*** I crediti da attribuire vengono assegnati sulla base dell'impegno orario autocertificato dal professionista. Rimane ferma la facoltà di Federazioni, Ordini, di prevedere ulteriori tipologie di autoformazione sulla base delle esigenze delle specifiche professioni.

Per il triennio 2017/2019 i crediti maturabili tramite le suddette attività di formazione individuale (voci A, B, C, D) non possono complessivamente superare il **60% dell'obbligo formativo triennale** tenendo conto anche dei crediti acquisibili con le docenze, fermo restando il limite del **20% per l'autoformazione.**

I crediti **ECM obbligatori** per il **triennio 2017-2019** sono **150 crediti complessivi**. Sono stati eliminati i limiti massimi e minimi di crediti ECM accumulabili in un anno che nel triennio precedente era obbligatorio accumulare (almeno 25 crediti entro 12 mesi, ma non più di 75)

Monitoraggio ECM

⁴³³ Laurea triennale, laurea magistrale, dottorato, master, specializzazione e corsi di perfezionamento con CFU previsti e disciplinati dal Decreto del MIUR del 22 ottobre 2004 n. 270 e successive modifiche ed integrazioni.

⁴³⁴ Sono esclusi dal riconoscimento dei crediti per attività di tutoraggio individuale gli assegnatari di uno specifico incarico istituzionale di insegnamento relativo al corso per il quale si chiede il riconoscimento dei crediti, anche a titolo gratuito, ad eccezione degli incarichi conferiti ai professionisti impegnati nei corsi di laurea relativi alle professioni sanitarie.

A definire chi controlla il corretto conseguimento e accumulo dei crediti ECM sono stati diversi provvedimenti a partire dal il Decreto del Presidente della Repubblica del 13 agosto del 2011, all'articolo 3 e successive modifiche e integrazioni.

In queste sedi si è stabilito che gli Ordini dei medici chirurghi e gli Ordini delle altre professioni sanitarie devono monitorare/controllare il conseguimento dei crediti ECM e sono tenuti a fissare e applicare delle sanzioni per chiunque si fosse trovato in difetto rispetto all'obbligo ECM.

Con il D.M. 17 aprile 2019 è stata ricostituita, presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, la Commissione Nazionale per la Formazione Continua. La Commissione, che dura in carica tre anni dalla data del suo insediamento, tra le diverse attività dovrà promuovere un migliore efficientamento degli Ordini dei medici chirurghi e gli Ordini delle altre professioni sul tema del monitoraggio del perseguimento dei crediti ECM e sulle forme/entità delle eventuali sanzioni.

ii La ricertificazione dei medici

In molti paesi viene previsto non solo l'aggiornamento professionale, ma una ricertificazione completa.

Ad esempio negli U.S.A. e U.K. i medici devono essere ricertificati ogni 10 anni (USA) e 5 anni (UK).

Durante il periodo intermedio tra le ricertificazioni, i medici devono completare un certo numero di crediti per dimostrare di essere al passo con le nuove conoscenze acquisite (come il nostro sistema ECM) tramite attività di formazione, ricerca, gestione servizi.

In U.K. gli elementi tenuti in conto per la ricertificazione sono: le prestazioni cliniche, la sicurezza del paziente, gli incidenti avversi, l'analisi degli incidenti. Gli oggetti e standard di riferimento per la ricertificazione vengono determinati (e aggiornati) dalle società scientifiche di riferimento delle singole specializzazioni mediche.

Negli USA la valutazione dei risultati sui pazienti è la componente più importante di un programma di ricertificazione ed è diventata una realtà pratica.

Molte strutture sanitarie forniscono ai medici una "pagella" che dettaglia le loro prestazioni in aree quali lo screening, la prescrizione e la soddisfazione del paziente⁴³⁵.

Tuttavia, la valutazione dei risultati per un programma nazionale di ricertificazione deve affrontare ostacoli tecnici significativi nella raccolta dei dati e nel numero di casi che devono essere campionati per avere fiducia nei risultati.

⁴³⁵ [J Norcini Recertification in the United States](#) *BMJ*. 1999 Oct 30; 319(7218): 1183–1185.,

Inoltre, ci sono difficoltà nella valutazione dei risultati stessi, inclusa l'attribuzione, la complessità e case mix. Il trattamento è spesso fornito da team sanitari, quindi è difficile attribuire un particolare risultato del paziente a un singolo medico.

Inoltre, i pazienti con la stessa condizione spesso variano in complessità per una serie di motivi tra cui la gravità della malattia, le condizioni di comorbidità e la compliance del paziente. Sebbene esistano soluzioni parziali a questi problemi, non è ancora possibile una valutazione rigorosa ed equa basata sui risultati dei pazienti.

In Francia, a partire dal 2021, si prevede la ricertificazione ogni 6 anni⁴³⁶.

⁴³⁶

<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/rapport-sur-la-recertification-des-medecins-garantir-l-amelioration-continue-de>

EFFICACIA

Livello di perseguimento degli obiettivi di salute definiti sulla base dei bisogni di salute del singolo utente (o della comunità) e perseguiti sulla base delle evidenze scientifiche a disposizione⁴³⁷.

a) Introduzione

L'**efficacia**, in termini generali, viene definita come *Capacità di produrre pienamente gli effetti voluti e l'ottenimento stesso degli effetti*^{438,439}.

In **Sanità**:

- gli effetti voluti sono gli **obiettivi di salute** definiti sulla base dei **bisogni di salute** del singolo utente (o della comunità) e
- il perseguimento di tali effetti viene realizzato sulla base delle **evidenze scientifiche a disposizione**

Nei paesi anglosassoni si utilizzano due termini *efficacy* ed *effectiveness*:

EFFICACY - Efficacia sperimentale o teorica : dimostrata in condizioni di ricerca con soggetti selezionati (RCT – Sperimentazione clinica randomizzata)

EFFECTIVENESS Efficacia nella pratica: osservata nelle condizioni di funzionamento routinario dei servizi sanitari.

In questo contesto ci riferiamo fondamentalmente alla efficacia pratica e appare evidente lo stretto legame tra Efficacia e la dimensione Appropriatezza al cui capitolo (5.3) si rimanda in merito alle azioni/interventi (5.3.2.) e indicatori (5.3.3.)

b) Legislazione nazionale

Alle norme riportate nel paragrafo 5.6.2. vanno aggiunte alcune specifiche e nuove indicazioni legislative in merito alla **valutazione degli esiti**.

Nel 2003 fu avviato il **Progetto “MATTONI SSN”⁴⁴⁰** con l'**obiettivo di definire e creare un linguaggio comune** a livello nazionale per garantire la confrontabilità delle **informazioni** condivise nel **Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)**.

⁴³⁷ W.H.O. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. World Health Organization, Geneve, 2006 – Pag 9 (*modificato*)

⁴³⁸ Enciclopedia Treccani, <http://www.treccani.it/vocabolario/efficacia/>

⁴³⁹ Dizionario di Italiano - Sabatini Coletti

⁴⁴⁰ Repertorio Atti n. 1895 del 10 dicembre 2003 CONFERENZA STATO REGIONI SEDUTA DEL 10 DICEMBRE 2003 Oggetto: Proposta del Ministro della salute di individuazione dei progetti per la **realizzazione degli specifici obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale 2003- 2005** nonché del **progetto per la costruzione di classificazioni, codifiche, metodologie comuni per il Servizio Sanitario Nazionale (progetto “Mattoni SSN”)**, Anno 2003.

La costruzione dei “mattoni” ha richiesto la creazione di numerosi gruppi di lavoro sulle diverse tematiche e con la partecipazione di un numero molto ampio di referenti regionali.

I 15 progetti/gruppi di lavoro sono stati

- 1) Classificazione delle strutture
- 2) Classificazione delle prestazioni ambulatoriali
- 3) Evoluzione del sistema DRG nazionale
- 4) Ospedali di riferimento
- 5) Standard minimi di quantità di prestazioni
- 6) Tempi di attesa
- 7) Misura dell’appropriatezza
- 8) Misura dell’outcome
- 9) Realizzazione del Patient File
- 10) Prestazioni farmaceutiche
- 11) Pronto soccorso e Sistema 118
- 12) Prestazioni residenziali e semiresidenziali
- 13) Assistenza primaria e prestazioni domiciliari
- 14) Misura dei costi del SSN
- 15) Assistenza Sanitaria Collettiva

Il Mattone 8 - Misura dell’outcome ha sviluppato

Linee di attività

- *Definizione di un approccio alla misura dell’outcome dopo la dimissione*

Propedeuticità rispetto agli studi di fattibilità del NSIS

- *Sistema di integrazione delle **informazioni sanitarie individuali***
- *Propedeuticità con il **mattoncino sull’evoluzione del DRG**, nell’ambito del quale è prevista anche l’ampliamento della SDO per includere, tra gli altri, elementi utili alla misura*

Legge 7 agosto 2012, n. 135 - Conversione, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95: Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario - **Titolo III - Razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria** - Art.15. Disposizioni urgenti per l’equilibrio del settore sanitario e misure di governo della spesa farmaceutica

Comma 25 bis. Ai fini della attivazione dei programmi nazionali di valutazione sull’applicazione delle norme di cui al presente articolo, il Ministero della salute provvede alla modifica ed integrazione di tutti i sistemi informativi del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato, ed alla interconnessione a livello nazionale di tutti i flussi informativi su base individuale. Il complesso delle informazioni e dei dati individuali così ottenuti è reso disponibile per le attività di valutazione esclusivamente in forma anonima ai sensi

dell'articolo 35 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118. **Il Ministero della salute si avvale dell'AGENAS per lo svolgimento delle funzioni di valutazione degli esiti delle prestazioni assistenziali e delle procedure medico-chirurgiche nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. A tal fine, l'AGENAS accede, in tutte le fasi della loro gestione, ai sistemi informativi interconnessi del Servizio sanitario nazionale di cui al presente comma in modalità anonima.**

c) Interventi di sviluppo e monitoraggio

Gli interventi di sviluppo/monitoraggio

- EBM
- Linee Guida
- SNLG - Sistema Nazionale Linee Guida
- Audit clinico

sono stati presentati nel paragrafo 5.6.2.

In questo paragrafo vengono presentati gli interventi:

- a. PNE (Programma Nazionale Esiti)
- b. HTA (Health Technology Assessment)
- c. HS - Horizon Scanning
- d. RIHTA Rete Italiana HTA
- e. Dispositivi Medici

i. PNE - Programma Nazionale Esiti

Il Programma nazionale esiti è uno strumento di misurazione, analisi, valutazione e monitoraggio delle performance clinico-assistenziali delle strutture sanitarie a disposizione delle Regioni, delle aziende e dei professionisti per il miglioramento continuo del nostro SSN. I risultati di PNE, attività che AGENAS svolge per conto del Ministero della Salute, sono pubblicati annualmente sul sito web dedicato, a cui tutti possono accedere, previa registrazione.

Gli indicatori utilizzati per analizzare gli esiti delle cure, validati scientificamente a livello internazionale, sono finalizzati al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- 1) Miglioramento continuo dell'efficacia e dell'appropriatezza delle cure
- 2) Maggiore equità di accesso a servizi di provata efficacia su tutto il territorio nazionale, a prescindere dall'area di residenza
- 3) Trasparenza ed empowerment del cittadino e delle associazioni, con la diffusione di informazioni chiare e scientificamente validate
- 4) Audit interno ed esterno per individuare possibili criticità nella qualità del dato e nei processi clinici e/o organizzativi.

Negli ultimi anni PNE ha incrementato costantemente il numero di indicatori, valutati e selezionati. In particolare, sono aumentati nell'area angiologica, ortopedica e pediatrica, passando da 146 nel 2015, a 166 nel 2017 (cfr. Allegato 4),

fino a 175 nel 2018 (70 di esito e processo*, 75 volumi di attività e 30 indicatori di ospedalizzazione). In particolare, il PNE si concentra sugli indicatori di:

ESITO E PROCESSO - *PNE si concentra su interventi sanitari di provata efficacia* che dovrebbero essere offerti a tutta la popolazione in condizione di equità. Esempi:

- a. **Frattura del collo del femore entro 2 giorni.** Garantire un intervento chirurgico tempestivo entro due giorni per la frattura del collo del femore ai soggetti sopra i 65 anni costituisce un evidente beneficio di salute e anche un vantaggio in termini di risorse impiegate. Benefici: migliori outcome funzionali; minore durata del dolore; minori complicanze post-operatorie; riduzione mortalità. Standard 60% (a livello internazionale 80%).

Andamento nazionale (su dati 2010 - 2016) Da 31% del 2010 a 58% del 2016 di interventi entro due giorni su pazienti sopra i 65 anni

- b. **Taglio cesareo.** Il parto cesareo rispetto a quello naturale comporta maggiori rischi per la donna e per il bambino e dovrebbe essere effettuato solo in presenza di indicazioni specifiche. L'Italia è uno dei Paesi europei con il numero più alto di tagli cesarei annui. Standard: il Regolamento del Ministero della Salute (DM 70) fissa al **25% la quota massima di cesarei primari per i punti nascita con più di 1.000 parti e al 15% per quelli con meno di 1.000**

Andamento nazionale (su dati 2010 - 2016) Da 29% di tagli cesarei effettuati nel 2010 al 24,5% nel 2016 58.500 donne a cui è stato evitato un cesareo primario

OSPEDALIZZAZIONE - *PNE misura indirettamente la qualità delle cure territoriali*, individuando le ASL nelle quali si osservano eccessi di ospedalizzazioni potenzialmente evitabili grazie alla corretta presa in carico del paziente a livello territoriale. Esempi:

- a. **Ospedalizzazione per intervento di tonsillectomia.** Le linee guida nazionali e internazionali concordano nell'indicare la necessità di limitare tale intervento. Elevati tassi di ospedalizzazione per tonsillectomia suggeriscono la possibile presenza di casi trattati chirurgicamente senza una chiara indicazione al trattamento chirurgico. **Andamento nazionale** (su dati 2010 - 2016) Da 2,8% del 2010 a 2,15 % del 2016 (tasso di ospedalizzazione)
- b. **Ospedalizzazione per broncopneumopatia cronico ostruttiva BPCO.** Ospedalizzazione in regime ordinario per broncopneumopatia cronico ostruttiva BPCO misura le ospedalizzazioni per BPCO e non valuta la qualità dell'assistenza ospedaliera ma la capacità dell'assistenza territoriale di gestire adeguatamente la BPCO evitando l'evoluzione verso livelli di gravità maggiori e la conseguente necessità di ricorrere alle ospedalizzazioni per riacutizzazioni, insufficienza respiratoria e, nei casi più gravi, alla chirurgia polmonare. **Andamento nazionale** (su dati 2010 - 2016). Da 2,5% del 2010 a 1,9 % del 2016 (tasso di ospedalizzazione)

VOLUMI DI ATTIVITÀ - *PNE riporta il numero annuo di prestazioni per un dato intervento, per il quale l'associazione tra volumi di attività e migliori esiti delle cure sia stata dimostrata in letteratura*

- a. **Parti: I volumi di attività rappresentano una delle caratteristiche misurabili che possono avere un rilevante impatto sull'efficacia degli interventi e sull'esito delle cure.** Le evidenze scientifiche sull'associazione tra volumi di parti ed esiti di salute materno-infantile mostrano un'associazione tra bassi volumi ed esiti sfavorevoli. Il Regolamento del Ministero della Salute (DM 70) rimanda all'accordo Stato Regioni che, già nel 2010, prevedeva la chiusura delle maternità con meno di 500 parti. **Andamento nazionale (su dati 2010 - 2016). Da 155 strutture del 2010 a 97 strutture del 2016 parti l'anno (Escluse le strutture con meno di 10 parti annui)**
- b. **Intervento chirurgico per Tumore maligno mammella.** Per questo intervento l'associazione tra volume ed esiti, dimostrata in letteratura e dalle evidenze scientifiche, è confermata anche dalla analisi dei dati nazionali analizzati dal PNE. Il Regolamento del Ministero della Salute (DM 70), come le linee guida internazionali, identifica come soglia minima 150 interventi chirurgici annui. **Andamento nazionale (su dati 2010 - 2016).** Da 110 strutture che effettuano più di 150 interventi annui nel 2010 a 140 strutture che effettuano più di 150 interventi nel 2016

La governance di PNE è costituita da una struttura tecnico-scientifica e organizzativa formata da:

a) la **Direzione scientifica**, costituita all'interno della Direzione generale di AGENAS e composta dal **Coordinatore delle attività** e dal **Responsabile tecnico** coadiuvati dalla Segreteria del PNE

b) il **Comitato Nazionale del Programma Nazionale Esiti** (istituito il 3 agosto 2017) che fornisce supporto tecnico-scientifico all'attività PNE e propone integrazioni o modifiche ai contenuti, agli indicatori e alle metodologie del PNE. Esso è **presieduto** dal **Direttore generale di AGENAS** ed è composto da: il Coordinatore delle attività del PNE di AGENAS, il Responsabile tecnico, un rappresentante designato dalla Regione Veneto (in qualità di Ente capofila del progetto interregionale "Portale per la trasparenza dei servizi per la salute). Fanno, inoltre, parte del Comitato: tre rappresentanti delle Direzioni Generali del Ministero della Salute, un rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), un rappresentante dell'Agenzia italiana del Farmaco (AIFA), un rappresentante dell'Osservatorio Nazionale della Formazione Medico Specialistica presso il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR), esperti designati da AGENAS. Ogni Regione e Provincia Autonoma ha designato un proprio referente. È prevista la partecipazione di un rappresentante di Cittadinanzattiva.

c) il **Gruppo Tecnico Scientifico** che garantisce la funzione tecnico-scientifica di PNE.

d) il **Centro di riferimento operativo** che si occupa di progettazione, gestione, disegno, analisi dati e gestione sito web PNE.

ii. HTA - Health Technology Assessment

Il **concetto di tecnologia sanitaria** è ampio e comprende le attrezzature sanitarie, i dispositivi medici, i farmaci, i sistemi diagnostici, le procedure mediche e chirurgiche, i percorsi assistenziali e gli assetti strutturali, organizzativi e manageriali nei quali viene erogata l'assistenza sanitaria.

Le tecnologie sanitarie comprendono quindi tutte le applicazioni pratiche della conoscenza che vengono utilizzate per promuovere la salute e prevenire, diagnosticare e curare le malattie.⁴⁴¹

La **valutazione delle tecnologie sanitarie** è di conseguenza la complessiva e sistematica valutazione multidisciplinare (descrizione, esame e giudizio) delle conseguenze assistenziali, economiche, sociali ed etiche provocate in modo diretto e indiretto, nel breve e nel lungo periodo, dalle tecnologie sanitarie esistenti e da quelle di nuova introduzione.

Tradizionalmente, essa rappresenta il ponte tra il mondo tecnico-scientifico e quello dei decisori.

A livello internazionale, la valutazione delle tecnologie sanitarie è una pratica diffusa da decenni. La Rete internazionale delle agenzie di valutazione delle tecnologie sanitarie (**International Network of Agencies for Health Technology Assessment - INAHTA**) raccoglie le decine di organizzazioni che nel mondo si occupano in modo specifico e sistematico di questo tema.

La Società internazionale di valutazione delle tecnologie sanitarie (**Health Technology Assessment International - HTAi**) collega sul piano professionale tutti coloro che si occupano di questo tema nelle università, nei sistemi sanitari, nell'industria e nel volontariato.

La Commissione Europea ha più volte riconosciuto l'importanza della valutazione delle tecnologie sanitarie ed è quindi nata la Rete Europea per la valutazione delle tecnologie sanitarie (**European Network for Health Technology Assessment - EUnetHTA**), che coordina gli sforzi di 35 organizzazioni europee.

Le organizzazioni aderenti al **Network Italiano di Health Technology Assessment (NI-HTA)**, hanno concordato sui seguenti principi:

- 1) (CHI) La valutazione delle tecnologie sanitarie deve coinvolgere tutte le parti interessate all'assistenza sanitaria;
- 2) (COSA) La valutazione delle tecnologie sanitarie deve riguardare tutti gli elementi che concorrono all'assistenza sanitaria
- 3) (DOVE). La valutazione delle tecnologie sanitarie deve riguardare tutti i livelli gestionali dei sistemi sanitari e delle strutture che ne fanno parte

⁴⁴¹ SIHTA (Società Italiana di Health Technology Assessment). CARTA di TRENTO sulla valutazione delle tecnologie in Italia – Trento, 28 marzo 2008

- 4) La valutazione delle tecnologie sanitarie deve essere un'attività continua che deve essere condotta prima della loro introduzione e durante l'intero ciclo di vita
- 5) (PERCHÉ) La valutazione delle tecnologie sanitarie è una necessità e una opportunità per la governance integrata dei sistemi sanitari e delle strutture che ne fanno parte;
- 6) (COME) La valutazione delle tecnologie sanitarie è un processo multidisciplinare che deve svolgersi in modo coerente con gli altri processi assistenziali e tecnico-amministrativi dei sistemi sanitari e delle strutture che ne fanno parte.

La **valutazione delle tecnologie sanitarie** viene effettuata attraverso studi e ricerche che mirano, tra l'altro, all'individuazione delle priorità e all'adozione tempestiva delle nuove tecnologie. **(ALLEGATO 32)**

A livello nazionale (a parte naturalmente il Ministero della Salute) le istituzioni coinvolte nella governance del tema HTA sono: l'ISS (Istituto superiore di Sanità), l'AGENAS e l'AIFA per quanto attiene il settore farmaceutico.

ISS (Istituto Superiore di Sanità).

Il 2 marzo 2016 con un Decreto del Ministero della Salute, è stato istituito il **Centro Nazionale per l'Health Technology Assessment (HTA)**, che ha iniziato la sua attività nel gennaio 2017. Il Centro ha l'obiettivo di supportare il processo decisionale producendo informazioni sugli effetti clinici, economici, organizzativi, sociali, legali ed etici delle tecnologie sanitarie inserite in specifici contesti sanitari. La strategia di sviluppo del Centro si concentrerà principalmente su:

- la creazione di prove di evidenza sulle nuove tecnologie e su quelle già in uso nella pratica clinica al fine di contribuire alla valutazione del loro reale valore;
- sintetizzare e valutare prove di evidenza per produrre documenti HTA;
- incoraggiare l'aumento dell'utilizzo dei documenti di HTA nelle attività di pianificazione e programmazione delle attività del Servizio Sanitario Nazionale al livello nazionale, regionale e locale, nonché nella pratica clinica

AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali)

La **Conferenza Unificata** ha definito tra gli obiettivi strategici di Agenas quello di supporto alle Regioni, per la promozione di attività stabili a livello regionale e locale, di programmazione e valutazione dell'introduzione e gestione delle innovazioni tecnologiche (Health Technology Assessment - HTA) e diffusione in ambito regionale dei risultati degli studi e delle valutazioni effettuate a livello centrale, favorendo l'adozione di comportamenti coerenti con tali risultati.

Nel 2006 nella legge sul bilancio Annuale⁴⁴² viene indicata come uno dei soggetti istituzionali per a) individuare le tipologie di dispositivi per il cui acquisto la corrispondente spesa superi il 50 per cento della spesa complessiva; b) promuove la realizzazione, sulla base di una programmazione annuale, di **studi sull'appropriatezza dell'impiego di specifiche tipologie di dispositivi medici**, anche mediante comparazione dei costi rispetto ad ipotesi alternative. I risultati degli studi sono pubblicati sul sito INTERNET del Ministero della salute.

Dal 2008 ha sviluppato il **Centro di Osservazione delle Tecnologie Emergenti (COTE)** quale attività di **Horizon Scanning (HS)** volta all'individuazione di tecnologie a potenziale impatto sul SSN prima della loro diffusione nella pratica clinica;

Dal 2009 lo sviluppo di una rete, **RIHTA**, per condividere attività di valutazione sistematica di tecnologie sanitarie e metodologie di collaborazione con le tecno-strutture regionali.

Nel 2014 nel Patto per la Salute 2014-2016 all'art 26 (Creazione di un modello istituzionale di HTA per i dispositivi medici) al comma 3. ... il Ministero della Salute: istituisce la **Cabina di regia** con il coinvolgimento delle Regioni, Agenas e AIFA; promuove la creazione del **Programma Nazionale di HTA dei dispositivi medici** attraverso il **coordinamento** di Agenas

Agenas ha inoltre approntato il **Manuale delle procedure HTA** che ha la funzione di riassumere questa crescente esperienza e competenza, riassumendo i metodi e le procedure seguite finora in maniera trasparente (Versione, settembre 2018) Si riporta in **ALLEGATO 33** il sommario del Manuale

Dal 2006, inoltre, è in corso la collaborazione internazionale ai network EunetHTA, EuroScan, INATHA.

Accanto alle attività di Health Technology Assessment l'Agenzia svolge attività di studio e **supporto al Ministero della Salute e alle Regioni nel settore dei Dispositivi medici**.

RIHTA Rete Italiana HTA

La RIHTA è una **rete di collaborazione** tra le tecno-strutture delle **Regioni e Agenas**. L'iniziativa è nata nel 2009 con lo scopo di realizzare e sviluppare iniziative, progetti e interventi volti a ottimizzare le valutazioni sistematiche delle tecnologie sanitarie (Health Technology Assessment) nell'ambito dei **Servizi sanitari regionali**. La Rete è stata istituita con un accordo di collaborazione tra l'Agenzia e le Regioni e le P.A. al fine di adottare iniziative comuni di supporto reciproco e di collaborazione tecnico-scientifica. La funzione della RIHTA è infatti quella di effettuare la valutazione di tecnologie e interventi sanitari rilevanti, basandosi sulle capacità e le competenze disponibili tra i partecipanti alla Rete, di produrre report con una metodologia condivisa, di sostenere le Regioni che non hanno implementato e

⁴⁴² Legge 27 dicembre 2006, n. 296 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007) punto 796- v)

sviluppato il processo valutativo, di facilitare l'integrazione dell'HTA nelle politiche decisionali ed evitare duplicazioni

HS - Horizon Scanning

Il Sistema di allerta precoce conosciuto come "**Horizon Scanning**" (giro di orizzonte - HS) **nasce come attività tesa a identificare tecnologie sanitarie "nuove ed emergenti"** e "nuove evidenze" in merito alla sicurezza e all'efficacia di tecnologie esistenti che potrebbero avere un impatto significativo sul sistema sanitario.

Sin dal 2008 Agenas ha intrapreso un'attività di **Horizon Scanning (HS)** in grado di individuare le priorità e valutare il potenziale di tecnologie emergenti in via di sviluppo. È stata quindi avviata una produzione di report HS sulla base di accordi di collaborazione con il Ministero della Salute - DGFDM (Direzione Generale dei Farmaci e dei Dispositivi Medici).

La ricognizione ha permesso, nell'ambito di un progetto di ricerca corrente finanziato dal Ministero della Salute, di realizzare un **Centro per l'Osservazione delle Tecnologie Emergenti (COTE)** con l'obiettivo di stabilire una rete nazionale di osservazione delle tecnologie innovative.

Le **attività del COTE**, che si sviluppano in una prospettiva di sanità pubblica, mirano a:

- a. **supportare le politiche legate alle nuove tecnologie sanitarie (per i decisori istituzionali);**
- b. **supportare la pratica clinica (per i professionisti sanitari);**
- c. **indirizzare la ricerca (per gli enti che svolgono attività di ricerca e di HTA).**

Attualmente, l'HS è un'attività condivisa a livello internazionale e che trova espressione in una rete di diversi Paesi (EUROSCAN) che condividono informazioni, metodologie e risultati di tale attività.

Dispositivi Medici

Il Ministero della Salute⁴⁴³, avvalendosi della **Commissione Unica sui Dispositivi medici (CUD)** e della collaborazione istituzionale dell'**AGENAS**, il compito di individuare, "tipologie di dispositivi per il cui acquisto la corrispondente spesa superi il 50 per cento della spesa complessiva dei dispositivi medici registrata per il SSN".

Per tali dispositivi la norma chiedeva che fossero stabiliti, con decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, i prezzi "da assumere, con decorrenza dal 1° maggio 2007, come base d'asta per le forniture del SSN".

⁴⁴³ Legge 27 dicembre 2006, n. 296 - Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007) - Articolo 1, comma 796, lettera v): Il Ministero della salute, avvalendosi della Commissione unica sui dispositivi medici e della collaborazione istituzionale dell'Istituto superiore di sanità e dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, promuove la realizzazione, sulla base di una programmazione annuale, di studi sull'appropriatezza dell'impiego di specifiche tipologie di dispositivi medici, anche mediante comparazione dei costi rispetto ad ipotesi alternative..

Con DM 23 gennaio 2007 (GU 30 gennaio 2007, n. 24) sono state individuate dalla CUD le tipologie di dispositivi (esclusi i diagnostici in vitro e le grandi apparecchiature) con maggior impatto di spesa, sulla base di alcuni dati regionali.

L'attuazione di queste disposizioni normative ha comportato il coinvolgimento diretto dell'Agenzia che, allo scopo di supportare Ministero e Regioni, ha predisposto una metodologia operativa, condivisa e approvata dalla CUD stessa, che ha portato alla costruzione di un database tale che, per ogni sottoclasse della CND (individuata dalla CUD) fossero elencati tutti i dispositivi afferenti corredati delle possibili variabili quali materiali, misure, configurazioni, nonché le Aziende produttrici e il relativo codice prodotto.

In tal modo è stata potenziata la confrontabilità dei dati provenienti dalle diverse regioni che ha consentito alla CUD di individuare i prezzi di riferimento di dispositivi con caratteristiche tecniche assimilabili e con analoga destinazione d'uso.

L'obiettivo è stato quello di fornire a ciascuna Regione il supporto propedeutico:

- alla **creazione della base informativa** necessaria a **conoscere** sistematicamente la situazione del **patrimonio tecnologico proprio**;
- ad **utilizzare tali informazioni** per la valutazione di ogni SSR basata **sulle evidenze e sul confronto con le altre regioni italiane**;
- alla **diffusione delle "buone pratiche" per le attività di pianificazione e programmazione degli investimenti in tecnologie** e per le procedure di acquisto di beni e servizi coinvolgendo, nella massima misura possibile, direttamente gli operatori delle singole aziende del Servizio Sanitario Regionale (SSR).

EFFICIENZA

Assistenza sanitaria effettuata in modo da ottimizzare l'uso delle risorse per il perseguimento degli obiettivi di salute e per ridurre/annullare gli sprechi (di attrezzature, forniture, idee, energie, ecc.)

444,445

a) Introduzione

Nella definizione di efficienza proposta sono evidenziabili le due principali direttrici di intervento:

- l'ottimizzazione dell'uso delle risorse
 - la riduzione degli sprechi
- e queste due direttrici sono quelle che svilupperemo di seguito.

OTTIMIZZAZIONE DELL'USO DELLE RISORSE

Il vigente ordinamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) prevede due livelli di governo:

- **lo Stato**, che definisce i Livelli essenziali di assistenza (LEA) e garantisce, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, le risorse necessarie al loro finanziamento, in condizioni di efficienza ed appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni;
- **le Regioni**, che organizzano i propri Servizi sanitari regionali (SSR) e garantiscono l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA⁴⁴⁶.

Nell'ambito del suddetto assetto istituzionale, l'aspetto che merita particolare attenzione è la capacità del sistema nel suo complesso di incentivare le regioni - a cui compete la programmazione, l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari sul territorio - ad assumere comportamenti "virtuosi", volti a perseguire recuperi di efficienza ed efficacia nell'erogazione dei LEA.

Tale processo consente, per un verso, un miglioramento strutturale degli equilibri di bilancio, particolarmente importante per le regioni in disavanzo e, per l'altro, di massimizzare il soddisfacimento dei bisogni sanitari dei cittadini compatibilmente con le risorse preordinate per la funzione sanitaria.

⁴⁴⁴ Institute of Medicine (IOM -USA): Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century; Committee on Quality of Health Care in America. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001 (*modificato*).

⁴⁴⁵ Institute of Medicine (IOM). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C: National Academy Press; 2001 (*modificato*).

⁴⁴⁶ Ministero dell'Economia e delle Finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato. **Il monitoraggio della spesa sanitaria** – Roma, novembre 2018

La strumentazione a tal fine implementata ha riguardato:

- a. le **Intese Stato-Regioni** in materia sanitaria;
- b. il **Sistema di monitoraggio dei conti** del SSN;
- c. la **Razionalizzazione degli acquisti** di beni e servizi.

LOTTA AGLI SPRECHI

Il tema della lotta agli sprechi è stato posto all'attenzione di tutti gli attori coinvolti nel settore sanità (politici, manager, operatori, cittadini) in tutto il mondo^{447, 448, 449} solo da pochi anni, cioè da quando la stabilizzazione e in alcuni casi progressivo calo del finanziamento (come in Italia) ed il contemporaneo aumento dei costi delle tecnologie (nuovi farmaci, tecnologie diagnostiche, ecc.) hanno posto al centro dell'attenzione il tema della sostenibilità dei sistemi sanitari e delle policy da seguire.

Nella redazione di questo paragrafo faremo riferimento⁴⁵⁰ ai contenuti del quarto Rapporto GIMBE che ha contestualizzato alla situazione italiana molte delle indicazioni presenti nelle pubblicazioni degli autori citati nel precedente paragrafo.

In Italia abbiamo assistito nel periodo 2010-2019 ad un "definanziamento" del SSN di poco più di € 37 miliardi, di cui circa € 25 miliardi nel 2010-2015 per la sommatoria di varie manovre finanziarie e € 12,11 miliardi nel 2015-2019 per la continua rideterminazione al ribasso dei livelli programmati di finanziamento. L'aumento complessivo del fabbisogno sanitario nazionale (FSN) è di € 8,8 miliardi, in media dello 0,9% per anno, percentuale inferiore all'inflazione media annua (+1,07%):

b) Legislazione nazionale

La legislazione sull'efficientamento del SSN è presente in molteplici atti nazionali:

- i **Patti per la salute** (2002-2004; 2005-2007; 2007-2009; 2010-2012; 2014—2016; 2019-2021)
- il **Sistema di monitoraggio dei conti economici /Rilevazione CE** (Conto Economico)
- i **Piani di rientro** regionali e degli Enti del SSN
- l'**Osservatorio dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture**. (ANAC - Autorità Nazionale Anticorruzione)

⁴⁴⁷ Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. JAMA 2012;307:1513-6.

⁴⁴⁸ Kaplan R.S. e HAAS D.A.– How Not to Cut Health Care Costs. Harvard Business Review. From the November 2014 Issue

⁴⁴⁹ OECD. Tackling Wasteful Spending on Health. OECD Publishing: Paris, January 2017

⁴⁵⁰ 4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2019.

- la **centralizzazione degli acquisti pubblici**
- l'**ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni**⁴⁵¹

Nel D.LGS 150/2009 (**ALLEGATO 34**) viene sviluppato il tema della valutazione della performance.

Che cosa si intende per performance? La performance è:

- **il contributo** (risultato e modalità di raggiungimento del risultato)
- **che un soggetto** (sistema, organizzazione, unità organizzativa, team, singolo individuo)
- **apporta attraverso la propria azione**
- **al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi**
- **e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita.**

Riportiamo di seguito i principi generali del D.LGS 150/2009

(Art. 3 - comma 1) - La misurazione e la valutazione della performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche, nonché' alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati delle amministrazioni pubbliche e delle risorse impiegate per il loro perseguimento.

(Art. 3 - comma 2) - Ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare ed a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti, ...

(Art. 4 - comma 2) - Il **ciclo di gestione della performance** si articola nelle seguenti **fasi**:

- a. definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, tenendo conto anche dei risultati conseguiti nell'anno precedente, come documentati e validati nella relazione annuale sulla performance di cui all'articolo 10⁴⁵²;
- b. collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c. monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d. misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e. utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;

⁴⁵¹ D.LGS. 27 OTTOBRE 2009, N. 150 - Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di **ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni**

⁴⁵² Lettera così modificata dall' art. 2, comma 1, lett. a), D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 74.

- f. rendicontazione dei risultati agli organi di controllo interni e di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi⁴⁵³.

(Art. 8 - comma 1). Il Sistema di **misurazione e valutazione della performance** concerne:

- a. l'attuazione delle politiche attivate sulla soddisfazione finale dei bisogni della collettività;
- b. l'attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- c. la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- d. la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- e. lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione;
- f. l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- g. la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- h. il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità

(Art. 9 - comma 1). La **misurazione e la valutazione della performance individuale dei dirigenti** e del personale responsabile di una unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità è collegata:

- a. agli indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità;
- b. al raggiungimento di specifici obiettivi individuali;
- c. alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate;
- d. alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi

(Art. 9 - comma 2). La misurazione e la **valutazione svolte dai dirigenti sulla performance individuale del personale** sono ...collegate:

- a. al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali;
- b. alla qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi.

⁴⁵³ Lettera così modificata dall' art. 2, comma 1, lett. b), D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 74.

(Art. 28 - comma 1). **Qualità dei servizi pubblici**

Le modalità di **definizione, adozione e pubblicizzazione degli standard di qualità**, i casi e le modalità di adozione delle carte dei servizi, i criteri di misurazione della qualità dei servizi, le condizioni di tutela degli utenti, nonché **i casi e le modalità di indennizzo automatico e forfettario all'utenza per mancato rispetto degli standard di qualità** sono stabilite con direttive, aggiornabili annualmente, del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta della Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità nelle amministrazioni pubbliche.

La Delibera n. 89/2010 della Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle Amministrazioni Pubbliche⁴⁵⁴ fornisce ulteriori specifiche.

Ogni amministrazione dovrà dotarsi di un Sistema di misurazione della performance che rispetti i seguenti requisiti minimi:

- 1) Chiara definizione degli obiettivi;
- 2) Presenza consistente di indicatori di *outcome* tra gli indicatori relativi ad obiettivi che hanno un impatto su stakeholder esterni;
- 3) Specificazione dei legami tra obiettivi, indicatori e target;
- 4) Caratterizzazione degli indicatori secondo le schede e i test proposti dalla commissione (si veda dalla sezione 4.2 in poi);
- 5) Rilevazione effettiva della performance, secondo la frequenza e le modalità definite nello schema di caratterizzazione degli indicatori.

Il Sistema di misurazione renderà le organizzazioni capaci di:

- Acquisire informazioni relative agli obiettivi e monitorare i progressi ottenuti rispetto ai target individuati;
- Legare le fasi di pianificazione, formulazione e implementazione della strategia allo svolgimento dei piani d'azione;
- Comunicare obiettivi e risultati all'interno e all'esterno dell'organizzazione, nonché confrontare la propria performance in un'ottica di benchmarking nel caso in cui alcuni indicatori siano comuni a più organizzazioni;
- Influenzare i comportamenti organizzativi;
- Generare cicli di apprendimento.

Errori da non commettere nella definizione dei Sistemi di misurazione:

- *Genericità nella definizione degli obiettivi*: un obiettivo deve essere chiaramente identificato, presentare una propria specificità e non essere sovrapposto ad altri obiettivi;
- *Scarso orientamento strategico degli obiettivi*: la qualificazione di obiettivo strategico deve essere assegnata ad obiettivi che hanno una rilevanza elevata rispetto ai bisogni della collettività che l'amministrazione è chiamata a soddisfare;

⁴⁵⁴ Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle Amministrazioni Pubbliche, Delibera n. 89/2010 - *Indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento per il sistema di valutazione delle performance*

- *Assenza di indicatori associati agli obiettivi o indicatori poco chiari e attinenti*: ad ogni obiettivo deve essere associato almeno un indicatore la cui scelta sia chiarita da un razionale di riferimento (si veda tabella 4.1);
- *Mancata copertura di tutti gli ambiti rilevanti da parte degli indicatori di performance*: l'insieme degli indicatori deve coprire tutti gli ambiti di misurazione e valutazione di cui all'articolo 8 del decreto e, in particolare, le dimensioni dell'outcome e della soddisfazione dell'utenza;
- *Eccessivo utilizzo di indicatori binari o di stato di avanzamento del piano di azione*: questa tipologia di indicatori non deve essere quella prevalente nel sistema e, in ogni caso, va accompagnata con altre tipologie di indicatori (tenendo conto degli ambiti di cui all'articolo 8 del decreto);
- *Assenza di target associati agli indicatori o target poco sfidanti*: ad ogni indicatore deve sempre associarsi un target (al limite anche riferito ad un intervallo temporale pluriennale). Target che siano sistematicamente fissati al 100% possono essere sintomo di obiettivi poco sfidanti ed autoreferenziali. La fissazione dei target deve essere frutto di un processo di coinvolgimento interno ed esterno (stakeholder);
- *Scarsa trasparenza ed accessibilità dei documenti contenenti gli obiettivi e gli indicatori (ex ante ed ex post)*: l'accessibilità e la conoscenza interna ed esterna di questi elementi non è solo un fattore di trasparenza, ma è una leva per il miglioramento del sistema di misurazione ed in generale della performance;
- *Scarso utilizzo del capitale informativo esistente*: i sistemi di misurazione della performance devono essere progettati in maniera tale da ottimizzare l'acquisizione dei dati dai sistemi informativi interni esistenti. È necessario che la definizione degli obiettivi e degli indicatori sia frutto di un processo di coinvolgimento interno ed esterno finalizzato alla messa in comune delle informazioni disponibili;
- *Assenza o carenza nell'attività di monitoraggio*: i sistemi di misurazione devono prevedere periodi di monitoraggio la cui cadenza consenta l'adozione tempestiva di eventuali azioni correttive;
- *Scarsa integrazione dei processi di misurazione, controllo e valutazione*: il sistema di misurazione deve contenere una descrizione del collegamento con i sistemi di controllo di gestione, mantenendo però chiare le differenze tra controllo strategico e controllo di gestione (articolo 7, comma 3, lettera c), del decreto);
- *Scarsa o non coerente esplicitazione delle finalità del sistema di misurazione della performance*: deve essere chiaramente esplicitato che la finalità del sistema di misurazione è di supporto ai processi decisionali al fine di promuovere un miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche (articolo 3, comma 1, del decreto) ed ha uno scopo di favorire la trasparenza e l'accountability;

- *Scarso legame tra risorse impiegate e risultati ottenuti*: il legame tra risorse e risultati (input – attività - output) deve essere chiaramente evidenziato nel sistema di misurazione della performance. A tal fine è necessario creare un sistema di misurazione coerente con le finalità del decreto e con il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio [33];
- *Scarsa considerazione delle risultanze dei sistemi di misurazione ai fini dell'attivazione di logiche di gestione del cambiamento*: le risultanze dei sistemi di misurazione (ad esempio performance insufficienti) devono essere utilizzate effettivamente per intraprendere dei processi di cambiamento organizzativo, anche attraverso il corretto uso della leva della formazione.

c) Implementazione e monitoraggio

i. Ottimizzazione dell'uso delle risorse

Intese Stato-Regioni in materia sanitaria

A partire dall'anno 2000, la sede di definizione del sistema di governance nel settore sanitario è stata individuata nelle Intese Stato-Regioni (art. 8, co. 6, della L 131/2003 in attuazione dell'art. 120 della Costituzione.).

In tali Intese, ordinariamente triennali, lo Stato e le Regioni convengono sul livello di finanziamento del SSN per il periodo di vigenza dell'Intesa, al fine di garantire alle regioni le risorse finanziarie necessarie alla programmazione di medio periodo. Con le Intese si definiscono anche le regole del governo del settore e le modalità di verifica degli adempimenti a carico delle regioni.

Il **primo Patto per la Salute** (Patto per la salute per il triennio 2002-2004), sancì l'accordo finanziario e programmatico di valenza triennale, con lo scopo di ricondurre la dinamica dei servizi sanitari nell'ambito dei vincoli della finanza pubblica. Un passaggio importante fu rappresentato dal Patto per la Salute 2005-2007 (del 23 marzo 2005), che definì in capo alle regioni obblighi stringenti per garantire l'equilibrio economico finanziario.

Il Governo e le Regioni hanno di seguito sottoscritto 3 altri patti (2007-2009; 2010-2012; 2014—2016).

L'ultimo patto della salute, quello vigente al 2020, è il sesto patto: Patto per la salute 2019-2021 (del 18 dicembre 2019). Di seguito si riporta l'indice.

Scheda 1 - Fabbisogno del Servizio sanitario nazionale e fabbisogni regionali

Scheda 2- Garanzia dei Lea

Scheda 3 - Risorse umane

Scheda 4 - Mobilità sanitaria

Scheda 5 - Enti vigilati

Scheda 6 - Governance farmaceutica e dei dispositivi medici

- Scheda 7 - Investimenti
- Scheda 8 - Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute. Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale
- Scheda 9 - Funzione complementare e riordino dei fondi sanitari integrativi
- Scheda 10 - Modelli previsionali a supporto della programmazione
- Scheda 11 - Ricerca
- Scheda 12 - Prevenzione
- Scheda 13 - Revisione della disciplina del ticket e delle esenzioni
- Scheda 14 - Strumenti di accesso partecipato e personalizzato del cittadino ai servizi sanitari
- Scheda 15 - Revisione del DM 70/2015
- Scheda 16 - Regioni a Statuto Speciale e Province Autonome
- Scheda 17 - Impegni reciproci

In (**ALLEGATO 35**) sono riportati i contenuti delle schede

- Scheda 2- Garanzia dei Lea
- Scheda 3 - Risorse umane
- Scheda 8 - Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute. Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale
- Scheda 14 - Strumenti di accesso partecipato e personalizzato del cittadino ai servizi sanitari

Sistema di monitoraggio dei conti del SSN:

Il nucleo principale dell'attività di monitoraggio della spesa sanitaria è la rilevazione dei dati di conto economico effettuata attraverso lo specifico modello di rilevazione **CE (Conto Economico)**: rilevazione trimestrale e annuale, di preventivo e consuntivo) che, a partire dal 2001, ciascun ente del Servizio sanitario regionale (SSR) e ciascuna regione (dopo il relativo consolidamento delle transazioni infra-regionali) trasmette al Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS).

Uno strumento rilevante per il monitoraggio dei conti è il **Sistema Tessera Sanitaria** di cui è titolare il Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato e viene realizzato tramite dell'Agenzia delle entrate⁴⁵⁵ e SOGEI⁴⁵⁶. Il Sistema TS consente la tracciatura puntuale, tempestiva e standardizzata di tutte le fasi dell'iter prescrittivo delle **ricette mediche farmaceutiche e di specialistica ambulatoriale**, dalla fase di prescrizione da parte del medico (primo ordinatore della spesa

⁴⁵⁵ Una delle 4 agenzie fiscali dello Stato (agenzia delle entrate, agenzia delle dogane, agenzia del territorio e agenzia del demanio) Decreto Legislativo del 30/07/1999 n. 300: Riforma dell'organizzazione del Governo. Art. 62

⁴⁵⁶ **SOGEI** - Società Generale d'Informatica S.p.A. (Società di Information Technology al 100% del Ministero dell'Economia e delle Finanze)

sanitaria) alla fase finale di erogazione della prestazione da parte delle strutture pubbliche e private convenzionate con il SSN.

Piani di rientro regionali e degli Enti del SSN⁴⁵⁷

Nel 2005 si registrò che alle regioni con alti disavanzi non era stato riconosciuto l'accesso alla quota premiale⁴⁵⁸ e, quindi, non era stata erogata ai relativi Servizi sanitari regionali (SSR), che, di conseguenza avevano perso in ciascun anno il 5% del loro finanziamento ordinario per l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

Con i Patti per la Salute 2007-2009 e 2010-2012 per le regioni con elevati disavanzi sono stati previsti specifici percorsi di risanamento condivisi (i cosiddetti "Piani di rientro"), confermati e rinforzati anche dai successivi interventi normativi.

I Piani di rientro costituiscono uno strumento fondamentale del sistema di governance del SSN diretto alla risoluzione delle problematiche inerenti all'efficienza e l'efficacia nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione in relazione alla manifestazione, in talune regioni, di elevati ed insostenibili disavanzi strutturali e la presenza di gravi carenze nell'erogazione appropriata dei LEA.

I Piani sono parte integrante del singolo Accordo fra lo Stato e la Regione e si configurano come un vero e proprio **programma di ristrutturazione industriale** che incide sui fattori di spesa sfuggiti al controllo delle Regioni. Un Piano di Rientro della spesa sanitaria, siglato da una Regione in disavanzo, è finalizzato a **ristabilire l'equilibrio economico-finanziario** della Regione interessata.

La Legge Finanziaria 2005 e l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 hanno previsto il ricorso a **forme di affiancamento, da parte del Governo centrale**, alle Regioni che hanno sottoscritto gli accordi contenenti i Piani di Rientro (PdR).

Tale attività di affiancamento è stata resa operativa dalla Legge Finanziaria 2007, che ha previsto che l'accordo siglato dalle Regioni fosse assicurato dal Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, nell'ambito del SiVeAS.

Il **piano di rientro** deve contenere sia le **misure di riequilibrio del profilo erogativo** dei livelli essenziali di assistenza, sia le **misure necessarie all'azzeramento del disavanzo** entro il 2010, sia **gli obblighi e le procedure** previsti dalla normativa. L'accesso al maggior finanziamento presuppone che sia scattata formalmente in modo automatico o che sia stato attivato l'innalzamento ai livelli massimi

⁴⁵⁷ *Per approfondimenti sui piani di rientro cfr: Capitolo 5 - Piani di rientro* in Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato. **Il monitoraggio della spesa sanitaria** - Roma, luglio 2019

⁴⁵⁸ L'Accordo dell'8 agosto 2001 ha introdotto il cosiddetto "sistema premiale" in sanità, che consiste nel subordinare l'erogazione a ciascuna regione di una parte del finanziamento del SSN, detta "quota premiale", il cui ammontare è fissato per legge, al rispetto di alcuni adempimenti verificati annualmente, primo fra tutti l'**adempimento concernente l'equilibrio di bilancio del proprio Servizio sanitario (SSR)**, anche mediante il conferimento di risorse aggiuntive a copertura del disavanzo regionale eventualmente presente.

dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive.

L'accordo stabilisce le modalità per l'erogazione del saldo del maggior finanziamento secondo stati di avanzamento concordati, nonché le modalità per la sospensione dell'erogazione del maggior finanziamento, in caso di verifica negativa dello stato di avanzamento nei tempi e nei modi concordati

Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi

Dal 2014 le competenze in materia di vigilanza dei contratti pubblici sono state affidate all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC). Nell'ambito dell'Autorità opera l'**Osservatorio dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture**, composto da una sezione centrale e da sezioni regionali aventi sede presso le regioni e le province autonome. **Nel 2014 l'Osservatorio ha individuato i dati per la determinazione dei prezzi di riferimento** considerando tutti i soggetti operanti in ambito sanitario risultanti dalla BDNCP (Banca Dati Nazionale Contratti Pubblici), ovvero tutte le Aziende sanitarie e le centrali di committenza regionali.

Determinanti crescita della spesa sanitaria e interventi correttivi

Per quanto attiene i determinati della crescita della spesa sanitaria e gli interventi correttivi si riporta la **Tabella 27** che per singolo **fattore di costo**:

- a. **Personale**
- b. **Beni e servizi**
- c. **Prestazioni da privato**
- d. **Farmaceutica convenzionata**
- e. **Investimenti**
- f. **Livelli di Assistenza**

descrivono l'elenco dei **determinanti di crescita** più significativi affiancato dall'elenco dei principali **interventi correttivi** intrapresi

Tabella 27 - Determinanti della crescita della spesa sanitaria e interventi correttivi ⁴⁵⁹.

Personale

⁴⁵⁹ Ministero dell'Economia e delle Finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato. **Il monitoraggio della spesa sanitaria** – Roma, luglio 2019

Determinanti della crescita	Interventi correttivi
<ul style="list-style-type: none"> - Crescita delle unità di personale. - Dinamica dei rinnovi contrattuali superiore all'inflazione programmata. - Mancanza di controllo sui fondi contrattuali che hanno determinato una amplificazione dell'impatto dei rinnovi contrattuali. 	<ul style="list-style-type: none"> - Blocco del <i>turn over</i> totale o parziale e autorizzazione alle assunzioni controllato a livello regionale. - Obbligo di effettuare gli accantonamenti relativi ai rinnovi contrattuali nei bilanci sanitari al fine di tener conto di tutti i fattori produttivi ancorché non aventi ancora un'esigenza di copertura finanziaria (verifica dell'ammontare degli accantonamenti). - Blocco dei rinnovi contrattuali . Riconoscimento incrementi contrattuali parametrati secondo la normativa vigente. - Rideterminazione (in diminuzione) dei fondi contrattuali della dirigenza e del comparto in relazione alle cessazioni.

Beni e servizi

Determinanti della crescita	Interventi correttivi
<ul style="list-style-type: none"> - Mancanza di controllo sugli ordinatori di spesa. - Mancanza di acquisti centralizzati e/o attraverso commercio elettronico. - Mancanza di collegamento tra fabbisogno effettivi e quantità acquistate (scorte non controllate, quantità di medicinali/presidi scaduti). - Inappropriatezza nell'utilizzo delle risorse. 	<ul style="list-style-type: none"> - Analisi dei fabbisogni. - Prezzi di riferimento AVCP - Ricorse a forme di unioni di acquisto o gare centralizzate. - Acquisti tramite Consip. - Rinegoziazione contratti. - Riduzione del 10% a regime degli importi e delle correlate prestazioni dei contratti in vigore (DL 95/2012).

Prestazioni da privato

Determinanti della crescita	Interventi correttivi
<ul style="list-style-type: none"> - Mancanza di programmazione in molte regioni italiane con conseguente pagamento a piè di lista delle prestazioni effettivamente erogate. - Mancanza di controlli relativi all'appropriatezza delle prestazioni erogate. - Incrementi tariffari non governati. In alcuni casi, tariffe collegate direttamente ai contratti di lavoro del personale dipendente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Programmazione e definizione dei budget entro la prima metà dell'anno di riferimento. - Definizione del fabbisogno. - Definizione del sistema tariffario. - Implementazione di adeguati sistemi di controllo

Farmaceutica convenzionata

Determinanti della crescita	Interventi correttivi
<ul style="list-style-type: none"> - Mancanza di controllo sui consumi. - Inappropriatezza nell'utilizzo del farmaco; - Capacità di persuasione dei portatori di interesse sulla farmaceutica che ha determinato effetti sui consumi. 	<ul style="list-style-type: none"> - Introduzione di forme di compartecipazione alla spesa - Monitoraggio dei consumi attraverso il sistema tessera sanitaria - Monitoraggio attivo delle prescrizioni (attraverso TS). - Controllo della sussistenza del diritto all'esenzione dalla compartecipazione alla spesa ed eventuale applicazione di sanzioni.

Investimenti

Determinanti della crescita	Interventi correttivi
-Politica degli investimenti (nelle regioni del centro nord) sostenuta senza effettive risorse a disposizione creando difficoltà di cassa e determinando oneri futuri.	- Introduzione del decreto legislativo n. 118 del 2011 - Utilizzo di principi contabili omogenei in materia di investimenti. - Responsabilizzazione regionale degli investimenti senza risorse preordinate attraverso l'introduzione dell'ammortamento integrale nell'anno dei beni acquistati senza contributi in conto capitale da spersarsi integralmente a carico del Fondo sanitario corrente. - Monitoraggio degli oneri scaturenti da investimento.

Livelli di assistenza

Determinanti della crescita	Interventi correttivi
-Mancata definizione fino al 2001 delle prestazioni da erogarsi da parte del SSN a titolo gratuito o con compartecipazione alla spesa.	- Monitoraggio dell'effettiva erogazione di prestazioni appropriate (in particolare verifica sui DRG a rischio di inappropriata, definiti nel 2001 e incrementati con l'Intesa Stato-Regioni del 23 dicembre 2009). - Richiesta implementazione servizi territoriali alternativi ai ricoveri.

CENTRALIZZAZIONE DEGLI ACQUISTI PUBBLICI

La **centralizzazione degli acquisti pubblici**, in particolar modo in sanità, è ormai un dato di fatto. La definizione delle categorie merceologiche da acquistare obbligatoriamente attraverso iniziative dei soggetti aggregatori (vedi DPCM 24 dicembre 2015 e DPCM 11 luglio 2018) ha impresso un notevole impulso all'aggregazione della committenza. Le Regioni d'altro canto hanno visto negli acquisti un driver importante di efficientamento. L'assunto base della centralizzazione è che a una maggiore dimensione della gara, corrisponda necessariamente un maggior potere di acquisto e quindi la possibilità di ottenere condizioni più vantaggiose.

La centralizzazione degli acquisti pubblici⁴⁶⁰, in particolar modo in sanità, ha impresso un notevole impulso all'aggregazione della committenza ed è ormai un dato di fatto.

La definizione delle categorie merceologiche da acquistare obbligatoriamente attraverso iniziative dei soggetti aggregatori (DPCM 24 dicembre 2015 e DPCM 11 luglio 2018)

- 1) Farmaci
- 2) Vaccini
- 3) Stent
- 4) Ausili per incontinenza (ospedalieri e territoriali)
- 5) Protesi d'anca

⁴⁶⁰ Cusumano N. et al.: La centralizzazione degli acquisti: riflessioni sulle performance del sistema - EDITORIALE – Policy and Procurement. 15 Marzo 2019

- 6) Medicazioni generali
- 7) Defibrillatori
- 8) Pace-maker
- 9) Aghi e siringhe
- 10) Servizi integrati per la gestione delle apparecchiature elettromedicali
- 11) Servizi di pulizia per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale
- 12) Servizi di ristorazione per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale
- 13) Servizi di lavanderia per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale
- 14) Servizi di smaltimento rifiuti sanitari
- 15) Vigilanza armata
- 16) Facility management immobili
- 17) Pulizia immobili
- 18) Guardiania
- 19) Manutenzione immobili e impianti
- 20) Guanti (chirurgici e non)
- 21) Suture
- 22) Ossigenoterapia
- 23) Servizio di trasporto scolastico
- 24) Manutenzione strade-servizi e forniture

Le Regioni d'altro canto hanno visto negli acquisti un driver importante di efficientamento.

L'assunto base della centralizzazione è che a una maggiore dimensione della gara, corrisponda necessariamente un maggior potere di acquisto e quindi la possibilità di ottenere condizioni più vantaggiose

A livello internazionale l'appartenenza a un gruppo di acquisto comporta un impatto sui prezzi di acquisto dei medicinali, con una diminuzione media del 2% del prezzo di acquisto rispetto agli acquisti individuali. Occorre distinguere tra tipologie di medicinali: non vi è alcun impatto significativo dell'acquisto di gruppo per i farmaci in esclusiva, per quanto riguarda i farmaci in cui vi è presenza sul mercato di biosimilari/generici i prezzi medi sono inferiori del 9% quando gli ospedali fanno parte di un gruppo di acquisto rispetto a quando acquistano singolarmente

Il monitoraggio e valutazione degli interventi possiamo ricondurlo, come per altre dimensioni della qualità, alle indicazioni legislative in materia di **ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni**⁴⁶¹

⁴⁶¹ DECRETO LEGISLATIVO 27 ottobre 2009, n. 150 - Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di **ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni**. (Legge Brunetta)

ii. La valutazione della performance organizzativa

a) Project e Operational Management

Il lavoro di una qualsiasi organizzazione sanitaria (un Ospedale, un'Azienda sanitaria territoriale, un Distretto, un Dipartimento.) è composto da **progetti** (Project Management) e da **processi/ operazioni** (Operation Management) (Figura 19). Entrambi sono eseguiti da persone e con vincoli di risorse ma, le operazioni (i processi) sono caratterizzate da lavoro ripetitivo, continuativo, seriali, ricorrente e si misurano con indicatori di efficacia/efficienza, produttività, sicurezza e altro. I progetti, invece, sono caratterizzati da lavoro non ripetitivo, temporaneo, unico e non ricorrente e servono a portare principalmente l'innovazione nelle Aziende.

Figura 19 – Organizzazione: Operational Management e Project Management



Il **Project Management** (Figura 20) è il processo di pianificazione, organizzazione, direzione e controllo di un gruppo di persone operanti come gruppo temporaneo. Tratta della pianificazione e della realizzazione di iniziative, definiti progetti. I concetti ed i sistemi utilizzati per gestire i progetti, e le loro difficoltà, derivano dalla natura dei progetti stessi. È una specifica modalità di gestione di azioni complesse, caratterizzate da un alto livello di integrazione di processi e competenze diverse che, attraverso una serie di strumenti a supporto delle fasi di pianificazione, gestione e controllo di costi/ricavi, tempi e risorse, si pone a garanzia della performance complessiva del progetto stesso. Un progetto è un insieme di sforzi coordinati nel tempo, ovvero, un insieme di persone, risorse e fattori organizzativi riuniti temporaneamente per raggiungere uno specifico obiettivo.

Figura 20 – Project Management

1° step → Ideazione e Pianificazione	coordinare più professionisti, sapendo che ognuno di loro ha un proprio linguaggio e un proprio punto di vista; gestire queste fasi con una facilitazione costante alla integrazione delle specializzazioni per conseguire i risultati attesi rispettando i limiti di tempo, costi e risorse definiti per assicurare la Qualità complessiva del progetto;
2° step → Esecuzione, Controllo e Chiusura	garantire la presenza “forte” e costante della committenza aziendale nel monitorare lo stato di avanzamento dei lavori fino alla chiusura e all’avvio delle attività di gestione ordinaria;
3° step → Attivazione e Gestione	Formazione - programmando un diverso modo di lavorare (organizzazione) dei professionisti sanitari già dall’ideazione della nuova attività. HTA → [EBM → Clinical Governance → Qualità → Project Management]

innovazione **tecnologica / professionale** 
 innovazione **clinica / organizzativa**

Il P.M. è uno strumento di gestione aziendale:

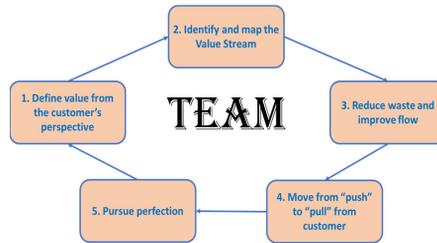
- orientato ai risultati,
- basato su tecniche organizzative articolate e flessibili,
- adottato in situazioni contraddistinte da:
 - ◊ particolare complessità dei problemi da affrontare,
 - ◊ straordinarietà delle dimensioni o degli scopi dell’intervento,
 - ◊ carattere innovativo o sperimentale dell’approccio o delle tecnologie,
 - ◊ elevata o crescente instabilità dell’ambiente.

Un progetto è, quindi, un’attività non ripetitiva, finalizzata al raggiungimento di un obiettivo in un predeterminato periodo di tempo, realizzato utilizzando risorse di natura diversa. Nelle Aziende sanitarie esiste un’area comune fra operation e project management, quella della ricerca del miglioramento continuo della performance aziendale e del lavoro in team multidisciplinari, ma le operation sono metodologie/strumenti di gestione dei processi produttivi, mentre il project management è una metodologia/strumento di gestione dei progetti di miglioramento (routine) oppure di innovazione ovvero di trasformazione strategica di una organizzazione intesa come l’insieme delle risorse orientate al perseguimento di una finalità comune in costante rapporto di evoluzione con l’ambiente di riferimento. L’effettiva implementazione del PM si ottiene secondo quanto evidenziato dallo schema seguente e richiede l’integrazione con specifiche discipline, quali, ad es. l’Evidence Based Medicine, la Clinical governance, gli strumenti della Qualità in sanità, opportunamente integrati all’interno dell’HTA ovvero Health Technology Assessment.

L'Operation Management⁴⁶² è, invece, l'area degli strumenti necessari per gestire in modo ottimale i processi di produzione e si basa essenzialmente su alcune specifiche metodologie, vedi figura seguente.

Figura 21 – Operational Management

Focus	Metodologie/Strumenti	Obiettivo
Logistica del paziente (patient flow logistics)	<ul style="list-style-type: none"> o Business Process Reengineering (BPR) o Flow chart o Carte statistiche di controllo o Modello Lean o Root Cause Analysis o Analisi della variabilità o Benchmarking 	<p>Ottimizzare la gestione dei flussi dei pazienti all'interno delle strutture ospedaliere dal momento di primo accesso sino alla fase finale di dimissione e gestione del post-acute</p> <p>Dal concetto di "massima capacità produttiva" delle singole unità produttive alla ottimizzazione dei flussi lungo tutta la catena produttiva.</p>
Logistica dei beni	<ul style="list-style-type: none"> o Business Process Reengineering (BPR) o Modello Kanban o Modello di simulazione 	Assicurare un efficiente, appropriato e tempestivo flusso di materiali verso i processi di trasformazione/erogazione



L'O.M è definito come l'insieme delle procedure, degli strumenti e dei ruoli che presidiano il funzionamento dei processi caratteristici di un'Azienda (che trasformano cioè gli input, attraverso i diversi processi, in output/outcome) anche in campo sanitario e mediante l'adeguata gestione dei servizi e delle attività ausiliarie di supporto. L'O.M. applicato alla sanità fa riferimento alla materia che si occupa delle scelte relative alla gestione dei flussi logistici ed alla programmazione dei processi produttivi a supporto dei percorsi di cura. La traduzione italiana del termine è Gestione Operativa.

b) Cruscotto Direzionale Multidimensionale

La progettazione di un sistema integrato di valutazione di performance, il **Cruscotto Direzionale Multidimensionale (CDM)**, nasce come risposta alla necessità di evitare uno sbilanciamento nell'attribuire esclusiva attenzione ai risultati di natura economico-finanziaria, o performance dettate dalle norme nazionali e regionali trascurando il restante complesso sistema di indicatori chiave relativi all'assistenza, alla didattica e alla ricerca che contribuiscono, cumulativamente, a determinare la qualità dei servizi erogati dall'Azienda.

⁴⁶² CERGAS – Bocconi - Rapporto OASI 2018 Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano 10 L'Operations Management nelle aziende pubbliche del SSN: da work in progress a work on process di Lorenzo Fenech, Federico Lega, Anna Prenestini

La varietà delle performance aziendali e quindi della possibilità di “*misurare*” in modo omogeneo, simile e dunque replicabile, rende complessa la progettazione del sistema di misurazione il quale dovrà possedere requisiti atti a guidare l’Azienda verso il conseguimento degli obiettivi di breve, medio e lungo termine.

Le finalità prioritarie di detto cruscotto sono⁴⁶³:

- supportare la Direzione Strategica nell’elaborazione dei processi decisionali strategici raccogliendo dati e informazioni per monitorare le dinamiche ambientali del contesto entro il quale l’Azienda opera;
- favorire la validazione delle scelte strategiche intraprese e il monitoraggio dell’attuazione delle strategie aziendali attraverso il controllo di alcuni indicatori, quali espressione dello stato avanzamento dei progetti strategici chiave;
- valutare le performance aziendali e le dinamiche organizzative attraverso una logica drill down, ovvero indicatori che supportano, con approfondimenti successivi, la possibilità di esplorare tutta la gerarchia di fenomeni sottostanti;
- consentire di monitorare in modo congiunto le performance aziendali sotto il profilo assistenziale, di didattica e ricerca;
- offrire una visione dei dati e delle informazioni in ottica longitudinale per un confronto nel tempo delle performance dell’Azienda

Uno degli elementi necessari per sviluppare una cultura diffusa di *change management* nelle organizzazioni sanitarie consiste nel monitorare, in maniera integrata, i c.d. KPI (Key Performance Indicators).

Un sistema integrato di monitoraggio di indicatori deve costituire una “bussola” non solo del top management ma anche del middle management aziendale. Tale strumento deve avere lo scopo di rendere maggiormente visibili i meccanismi di determinazione dei risultati aziendali, e quindi fornire lo stimolo per migliorare non solo le performance valutate singolarmente, ma l’intero sistema di risultati economici, finanziari, di didattica, ricerca ed assistenziali che inevitabilmente si integrano tra loro e determinano il livello di qualità di servizi

La costruzione di un cruscotto direzionale deve possedere i requisiti fondamentali che caratterizzano un efficiente sistema di monitoraggio delle performance quali:

- *Completezza*: il sistema misura tutte le parti nelle quali si può suddividere il concetto di valore creato dall’azienda;
- *Rilevanza*: il sistema deve essere legato ai processi decisionali dell’azienda, gli indicatori devono essere idonei a rappresentare grandezze significative per la misurazione del valore e del grado di raggiungimento degli obiettivi strategici;

⁴⁶³ Lo Castro N., Viggiani V.: Corso di formazione manageriale per Direttori Generali di Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale –(Regione Campania) PROJECT WORK Il Cruscotto direzionale multidimensionale nelle Aziende Ospedaliere Universitarie.

- *Flessibilità*: il sistema si deve poter adattare alle esigenze della misurazione, variabili con notevole rapidità in quanto legate alla dinamicità dei fenomeni aziendali da monitorare e ai cambiamenti dell'ambiente esterno;
- *Comprensibilità*: il sistema deve poter essere trasferito all'interno dell'organizzazione con un linguaggio ed un livello di rifinitura adatti alle esigenze degli utenti (informazioni leggibili e di facile interpretazione). In tal modo tutta l'azienda ha la cognizione degli obiettivi di performance, delle variabili critiche che la determinano e dei risultati prodotti dalle attività;
- *Organizzazione gerarchica*: il sistema deve consentire di analizzare i dati a più livelli di dettaglio mediante operazioni di *drill-down* (disaggregazione del dato: una volta visualizzato il dato complessivo lo si espone ad un maggior livello di dettaglio) e *roll-up* (aggregazione del dato: è l'operazione inversa alla precedente e consente di ridurre il livello di dettaglio del dato).
- *La tempestività*, cioè la capacità di produrre e trasmettere informazioni nei tempi più opportuni rispetto ai processi decisionali: un dato preciso ma tardivo è sicuramente più dannoso di uno impreciso (conoscendo il valore dell'approssimazione e accettandolo in funzione del livello aziendale in cui si necessita dell'informazione) ma immediato, poiché permette comunque un intervento tempestivo;
- *L'affidabilità*, cioè la garanzia che i dati contenuti nel sistema siano raccolti, elaborati ed integrati conformemente alle norme stabilite dalle regole procedurali aziendali;
- *La comparabilità*, cioè la possibilità di disporre di dati che permettano un raffronto omogeneo sia interno che esterno.

Un cruscotto direzionale aziendale deve essere strumento di condivisione delle performance aziendali accessibile anche al middle management e può indicativamente contemplare tre livelli di analisi:

- *Analisi a livello aziendale*: monitoraggio indici di performance dell'azienda nel suo complesso;
- *Analisi a livello Dipartimentale*: monitoraggio indici di performance Dipartimenti Aziendali (DAI);
- *Analisi a livello di UOC/UOSD (Unità Operative Complesse)*: monitoraggio degli indici di performance di ciascuna Unità Operativa.

Conseguentemente al cruscotto avranno accesso quattro categorie di utenti con un set di informazioni differenziato per ognuna delle categorie:

- *Direzione Strategica*: ha accesso a tutte le informazioni contenute nel cruscotto direzionale, sia a livello dipartimentale sia a livello di UOC;
- *Staff della Direzione Strategica*: al pari della Direzione Strategica, può essere inteso come "super utente" con possibilità di consultazione integrale del cruscotto direzionale;
- *Direttore DAI*: ha accesso agli esiti della misurazione della performance solo con riferimento al proprio DAI nonché alle UOC afferenti al DAI di riferimento;

- *Responsabile UOC/UOSD/Programma*: ha accesso agli esiti della misurazione della performance della propria UOC/UOSD

L'AsiQuAS ha messo a punto alcuni "strumenti" di lavoro (**Tabella 28**) per la valutazione, strumenti basati prevalentemente sull'autovalutazione dei professionisti sanitari⁴⁶⁴:

Tabella 28 – Strumenti per la valutazione della performance

STRUMENTO	COMPETENZA AGITA
Scheda di Autovalutazione	Aumentare efficienza processi decisionali e gestionali
Matrice di Analisi Organizzativa (MAO)	Leggere e descrivere il "modello organizzativo" della propria struttura
Matrice delle interfacce	Individuare relazioni organizzative
Format per le Procedure	Descrivere attività manageriali e clinico assistenziali
Tavole degli indicatori	Misurare la performance
Schede di Azioni di Miglioramento	Sviluppare il miglioramento continuo della qualità

La **scheda di autovalutazione** è una fotografia: l'immagine in primo piano è paragonabile allo stato dell'azienda "in quel momento"; la parte non a fuoco raffigura le criticità; sullo sfondo immaginiamo rappresentate le potenzialità di quell'organizzazione. Dagli elementi di debolezza si può avviare il complesso processo di miglioramento, modificando il comportamento individuale per poi coinvolgere tutti gli attori del sistema.

La scheda di autovalutazione, costruita per le articolazioni organizzative dell'Ospedale "G. Brotzu", fa riferimento ai criteri di qualità organizzativa/gestionale richiesti obbligatoriamente per l'accreditamento delle strutture sanitarie⁴⁶⁵.

Sono stati selezionati 30 criteri divisi nelle seguenti 8 macroare (**ALLEGATO 36**):

- 1) diritti e informazione del paziente e dei familiari;
- 2) politica e governo dell'organizzazione;
- 3) presa in carico del paziente;
- 4) gestione risorse umane;
- 5) gestione risorse tecnologiche e strumentali;
- 6) comunicazione e gestione delle informazioni;

⁴⁶⁴ Caterina Amoddeo, Giorgio Banchieri, Mara Cazzetta, Duilio Carusi, Roberto Dandi, Paolo Fornelli, Mario Ronchetti, Silvia Scelsi, "Assessment organizzativo, analisi di posizionamento e Percorsi Clinico Assistenziali: Il caso dell'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" di Cagliari", COM Editore Perugia 2018;

⁴⁶⁵ "Disciplinare per l'accreditamento delle aziende sanitarie" Conferenza Stato-Regioni e PPAA, 2013;

- 7) gestione e miglioramento della qualità;
- 8) attività e risultati.

La Matrice di Analisi Organizzativa è costruita con l'obiettivo di poter disporre di una mappa dell'organizzazione "reale" indagando prima e descrivendo poi le caratteristiche specifiche di un'azienda: dalla storia alla mission; dalla vision al catalogo delle attività di eccellenza

La MAO contiene 14 strumenti operativi, di seguito definiti come schede, per la gestione dei principali criteri di qualità organizzativa⁴⁶⁶:

- 1) La nostra storia;
- 2) Mission;
- 3) Organigramma di afferenza;
- 4) Organigramma;
- 5) Funzionigramma;
- 6) Risorse umane;
- 7) Sviluppo continuo professionale;
- 8) Catalogo delle attività erogate;
- 9) Attività di particolare rilevanza, Centro di Riferimento Regionale, HUB, SPOKE;
- 10) Indicatori in uso;
- 11) Matrice delle interfacce;
- 12) Dispositivi di protezione individuale in uso;
- 13) Procedure codificate per la sicurezza e la gestione del rischio;
- 14) Miglioramento continuo della qualità – scheda gestione delle azioni di miglioramento.

La **Matrice delle interfacce** descrive come avvengono le relazioni con le strutture interne ed esterne, specificando il motivo della relazione e attraverso quale strumento formale la relazione è stata attivata (delibera, convenzione, procedura, etc.) (Schema 11 della MAO).

Tale strumento (**Tabella 29**) ha reso esplicito anche il modello di comunicazione organizzativa⁴⁶⁷ attualmente in essere nell'azienda⁴⁶⁸.

⁴⁶⁶ Caterina Amoddeo, Giorgio Banchieri, Mara Cazzetta, Duilio Carusi, Roberto Dandi, Paolo Fornelli, Mario Ronchetti, Silvia Scelsi, "Assessment organizzativo, analisi di posizionamento e Percorsi Clinico Assistenziali: Il caso dell'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" di Cagliari", COM Editore Perugia 2018;

⁴⁶⁷ Emanuele Invernizzi, *La comunicazione organizzativa: teorie, modelli e metodi*, Giuffrè, 2000

⁴⁶⁸ Caterina Amoddeo, Giorgio Banchieri, Mara Cazzetta, Duilio Carusi, Roberto Dandi, Paolo Fornelli, Mario Ronchetti, Silvia Scelsi, "Assessment organizzativo, analisi di posizionamento e Percorsi Clinico Assistenziali: Il caso dell'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" di Cagliari", COM Editore Perugia 2018;

Tabella 29 – Matrice delle interfacce

INTERFACCE OPERATIVE CON ALTRE STRUTTURE ORGANIZZATIVE AZIENDALI	MOTIVO DELLA RELAZIONE ORGANIZZATIVA (es. svolgimento prestazioni di diagnostica strumentale)	STRUMENTO (es. convenzione)
INTERFACCE OPERATIVE CON SOGGETTI PUBBLICI O PRIVATI ESTERNI	MOTIVO DELLA RELAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUMENTO

La Scheda gestione delle Azioni di Miglioramento (AdM)

La scheda contiene i seguenti elementi:

- 1) Definizione del problema;
- 2) Descrizione delle cause possibili;
- 3) Descrizione dell'azione di miglioramento con indicato il Responsabile dell'attuazione e la data entro la quale l'azione deve essere risolta;
- 4) Il valore atteso;
- 5) I risultati raggiunti.

L'obiettivo di tale strumento è di:

- a. Orientare verso la metodologia del problem solving;
- b. Tendere ad una cultura del miglioramento continuo della qualità;
- c. Introdurre una metodologia di misura dei risultati.

I contenuti delle schede di autovalutazione e i report delle Matrici di Analisi Organizzativa hanno permesso di sviluppare uno strumento innovativo il **Tableau Multidimensionale per la Governance Aziendale (TAGO)**; un desk direzionale per analizzare le diverse strutture indagate. Ai fini della valutazione delle schede è stato utilizzato il **Metodo Delphi**⁴⁶⁹, essendo necessaria una trasformazione dei dati da qualitativa a quantitativa.

A tal fine sono state create le regole per esprimere, mediante un valore numerico, quanto emerso nelle schede di autovalutazione (da 0 a 3) e nelle matrici (da 0 a 4).

Attraverso un modello grafico a tre distinti colori, verde, giallo e rosso si è resa possibile la lettura sinottica e, pertanto, immediata.

Con il colore rosso vengono individuate le aree "critiche", con il verde le aree con adeguato livello di performance organizzativa e, infine, con il giallo le aree verso le quali interventi non eccessivamente complessi possono alzare il livello organizzativo.

I tre colori mettono immediatamente in evidenza le strutture sulle quali intervenire.

⁴⁶⁹ <http://qualitapa.gov.it/sitoarcheologico/relazioni-con-i-cittadini/utilizzare-gli-strumenti/tecnica-delphi/>

Gli strumenti di assessment organizzativo e il Cruscotto Direzionale Multidimensionale è stato applicato a tutte le 34 UU.OO.CC. o UU.OO.SS.DD. dell'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" di Cagliari, da un team di progetto LUISS Business School e SIQuAS-VRQ (2012-2018)⁴⁷⁰, nella **Tabella 30** una esemplificazione su 3 Dipartimenti Ospedalieri.

Tabella 30 -Risultati della Matrice di Analisi Organizzativa delle UU.OO. indagate.

	Dipartimento 1						Dipartimento 2				Dipartimento 3		
	U.O. 1	U.O. 2	U.O. 3	U.O. 4	U.O. 5	U.O. 6	U.O. 7	U.O. 8	U.O. 9	U.O. 10	U.O. 11	U.O. 13	U.O. 14
1. LA NOSTRA STORIA	4,00	3,33	3,50	2,00	3,33	4,00	3,00	3,00	3,00	2,83	4,00	3,00	3,67
2. MISSION	4,00	2,80	4,00	3,10	2,80	3,80	2,00	2,50	2,00	3,40	2,00	3,00	3,10
3. ORGANIGRAMMA DI AFFERENZA	2,00	0,33	0,00	3,33	0,00	4,00	1,33	3,00	4,00	3,00	4,00	4,00	4,00
4. ORGANIGRAMMA	4,00	3,88	3,00	3,00	1,00	4,00	4,00	2,75	2,75	4,00	4,00	4,00	1,25
5. FUNZIONIGRAMMA	0,00	2,00	4,00	3,63	1,75	3,25	3,00	2,63	3,00	2,25	4,00	4,00	2,25
6. RISORSE UMANE	4,00	2,00	4,00	4,00	2,50	4,00	4,00	2,00	4,00	4,00	4,00	3,00	4,00
7. SVILUPPO CONTINUO PROF.	3,67	2,33	4,00	3,00	3,17	3,00	3,67	2,33	3,67	1,67	3,00	0,00	3,00
8. CATALOGO ATTIVITA' INDEGATE	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,00	3,50	3,00	3,50	2,00	5,00	3,00	4,00
9. ATTIVITA' RILEV.-CGRI-F+H&S	4,00	3,00	4,00	0,00	4,00	4,00	3,50	4,00	3,00	3,00	4,00	3,00	4,00
10. INDICATORI IN USO	0,50	0,00	0,00	0,00	4,00	0,00	3,00	2,50	3,00	2,00	3,50	0,00	4,00
11. MATRICE DELLE INTERFACCIE	4,00	2,50	0,00	3,00	4,00	3,00	3,50	3,50	3,00	4,00	4,00	0,00	4,00
12. DISPOSITIVI PROTEZ. IN USO	2,50	3,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,50	4,00	3,00	4,00
13. PROCEDURE RISCHIO CLINICO	2,00	3,00	3,50	0,00	2,50	1,00	3,00	4,00	1,50	0,00	4,00	3,00	4,00
14. MIGLIOR. CONTINUO QUALITA'	3,00	2,00	0,00	1,50	3,50	2,00	0,00	3,50	0,00	0,00	4,00	0,00	4,00
Score medio per CDR	2,98	2,08	2,50	2,47	2,90	3,13	2,82	3,13	2,88	2,52	3,75	2,36	3,52
Score medio per Dip.	2,68						2,84				3,21		

Il Tableau Multidimensionale per la Governance Aziendale consente una lettura dei dati secondo più dimensioni (o *prospettive*):

- *La dimensione (o prospettiva) organizzativa*: verticale, che permette di valutare i risultati conseguiti dalle varie articolazioni organizzative, sia a livello singolo (Strutture Complesse SC, e Strutture Semplici Dipartimentali – SSD) che a livello di Dipartimento di afferenza, fino a livello complessivo di azienda;
- *La dimensione (o prospettiva) parametrica*: orizzontale, ovvero il punto di vista che considera il risultato relativamente alla sezione (parametro) oggetto di valutazione ("1. La nostra storia", "7. Sviluppo continuo professionale", "10. Indicatori in uso", ecc.);
- *La dimensione (o prospettiva) gestionale*: che offre la possibilità di valutare i risultati in modo aggregato secondo tre classi omogenee di *governance*:
 - ◊ Propensione all'analisi di Struttura;
 - ◊ Propensione all'analisi dei Processi;
 - ◊ Propensione all'analisi degli Esiti.

Rispetto a quest'ultima "*prospettiva*" è evidente il riferimento all'impianto del "*Disciplinare per l'accreditamento delle aziende sanitarie*" approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nel 2013.

⁴⁷⁰ Caterina Amoddeo, Giorgio Banchieri, Mara Cazzetta, Duilio Carusi, Roberto Dandi, Paolo Fornelli, Mario Ronchetti, Silvia Scelsi, "Assessment organizzativo, analisi di posizionamento e Percorsi Clinico Assistenziali: Il caso dell'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" di Cagliari", COM Editore Perugia 2018;

Inoltre, gli stessi dati, a seconda della “prospettiva” secondo la quale vengono letti, danno subito una risposta (*feedback*) visuale sia degli aspetti quantitativi (quante risposte sono state fornite) (**Tabella 31**) sia degli aspetti qualitativi (*grado di appropriatezza delle risposte fornite* → colorazione “a semaforo”).

Tabella 31 - Lettura multidimensionale dei dati con il modello TAGO

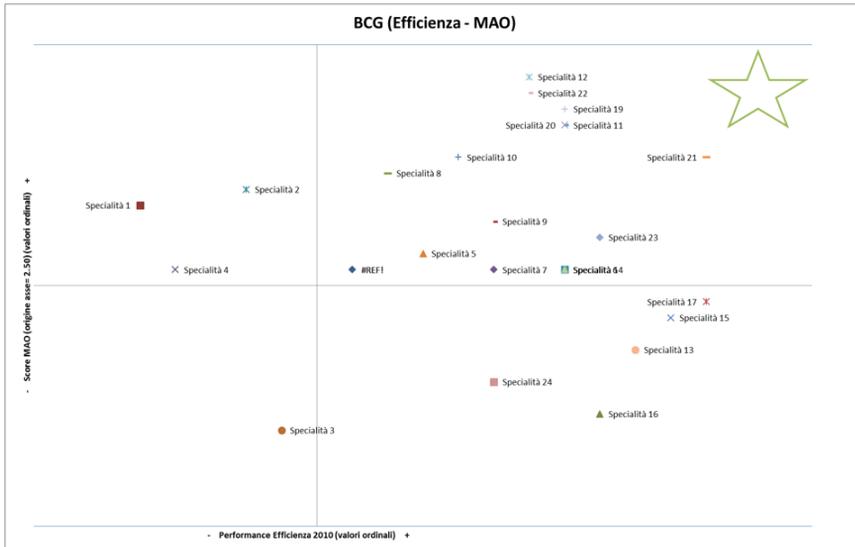
	2,85	DIPARTIMENTO 4										DIPARTIMENTO 5			
		Struttura Semplice 8	Struttura Complessa 12	Struttura Semplice 9	Struttura Complessa 13	Struttura Complessa 14	Struttura Complessa 15	Struttura Complessa 16	Struttura Complessa 17	Struttura Complessa 18	Struttura Complessa 19	Struttura Complessa 20	Struttura Complessa 21	Struttura Complessa 22	
5,28 1. LA NOSTRA STORIA		2,67	2,33	3,00	3,00	3,00	4,00	3,33	4,00	3,33	3,50	2,00	3,33	4,00	
2,90 2. MISSION		3,00	2,50	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	4,00	2,80	4,00	3,11	2,80	3,80	
2,54 3. ORGANIGRAMMA DI APPERENZA		3,00	3,67	2,66	1,33	0,00	0,00	1,67	2,66	0,33	0,00	3,33	0,00	4,00	
2,81 4. ORGANIGRAMMA		2,75	3,00	2,50	1,25	0,00	0,00	2,50	4,00	1,80	3,00	3,00	1,00	4,00	
2,68 5. FUNZIONIGRAMMA		2,75	1,00	2,25	0,00	0,00	1,51	1,51	1,50	0,00	2,00	4,00	3,60	2,21	
1,62 6. SUCCESSIONE		3,00	3,00	3,00	4,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	
1,97 7. SVILUPPO CONTINUO PROF.		1,83	0,00	0,00	2,33	3,00	3,50	1,33	3,61	2,33	4,00	3,00	3,17	3,00	
1,64 8. CATALOGO ATTIVITA' EROGATE		4,00	0,00	4,00	0,00	4,00	0,00	4,00	4,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	
1,08 9. ATTIVITA' INFERMISTICHE		3,00	3,00	3,00	4,00	3,00	4,00	0,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	
1,99 10. INDICATORI IN USO		0,00	0,00	2,25	0,00	0,00	4,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,00	
1,36 11. MATRICE DELLE INTERFACCIE		4,00	0,00	2,50	4,00	3,00	4,00	0,00	4,00	2,50	0,00	3,00	4,00	3,00	
1,32 12. DISPOSITIVI PROTEZ. IN USO		2,00	0,00	3,50	3,00	3,00	4,00	0,00	2,50	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	
1,97 13. PROCEDURE RISCHIO CLINICO		2,00	0,00	3,00	2,00	4,00	3,00	0,00	2,00	1,00	1,50	0,00	2,50	2,00	
1,50 14. MIGLIOR. CONTINUO QUALITA'		3,00	0,00	3,00	3,00	0,00	1,75	0,00	3,00	2,00	0,00	1,50	3,50	2,00	
Score medio per CDR		2,64	1,84	2,31	2,37	3,33	3,04	1,30	2,90	2,08	2,71	2,47	2,90	3,13	
Score medio per Dip.		2,29										2,68			
2,80	Struttura	3,00	2,50	2,50	1,75	3,45	1,35	2,82	2,80	2,00	2,80	3,00	1,75	3,81	
		2,61										2,73			
2,71	Processi	2,00	0,00	2,38	2,50	3,75	3,61	0,33	3,40	2,21	2,38	2,50	3,41	2,75	
		2,23										2,78			
1,44	Esiti	0,00	0,00	1,33	1,50	0,00	2,83	0,00	1,75	1,00	0,00	0,75	0,75	1,00	
		0,79										1,38			

Letture multidimensionale dei dati

I risultati della analisi del posizionamento dell'azienda considerata, in questo caso era il “G. Brotzu” di Cagliari, che aveva messo a confronto su base dati PNE e SIVEAS l'azienda ospedaliera con le altre aziende sanitarie della Sardegna e con un cluster di aziende ospedaliere nazionali non policlinici sedi di DEA di II° Livello (“Ca’ Grande Niguarda” di Milano, “San Camillo Forlanini” di Roma, e “Cardarelli” di Napoli).

Si è proceduto inoltre al confronto tra i dati di analisi organizzativa con quelli di efficienza/performance incrociandoli per dar luogo ad una matrice sul modello BCG (*Boston Consulting Group*) a quattro quadranti (**Figura 24**).

Figura 24 – Strutture analizzate disposte nella Matrice BCG- Boston Consulting Group⁴⁷¹



MATRICE BCG		PERFORMANCE EFFICIENZA	
		BASSA	ALTA
SCORE MAO	ALTO	3	14
	BASSO	1	5

Strumenti e cruscotto direzionale TAGO inizialmente realizzati presso l’Azienda Ospedaliera “G. Brotzu” di Cagliari, durante un intervento di assessment organizzativo e realizzazione di PDTA e Procedure Aziendali, dal 2012 al 2018⁴⁷², sono stati testati successivamente in altre Aziende Ospedaliere, quali AO “San Camillo Forlanini” di Roma, AOP “Santa Maria” di Terni, AO “Carreggi” di Firenze, AO “Cardarelli” di Napoli, e nelle ASL di Teramo, Pescara, Roma 1, Roma 2, Roma 6, AUSL Umbria 1, ASUR delle Marche, ASREM del Molise.

⁴⁷¹ Performace efficienza (Bassa Alta) e Score MAO (Basso-Alto)

⁴⁷² Caterina Amoddeo, Giorgio Banchieri, Mara Cazzetta, Duilio Carusi, Roberto Dandi, Paolo Fornelli, Mario Ronchetti, Silvia Scelsi, “Assessment organizzativo, analisi di posizionamento e Percorsi Clinico Assistenziali: Il caso dell’Azienda Ospedaliera “G. Brotzu” di Cagliari”, COM Editore Perugia 2018;

In tutte queste diverse realtà aziendali gli strumenti adottati e il cruscotto direzionale TAGO hanno confermato la loro sensibilità e raggiunto gli obiettivi di conoscenza previsti per il top management e per il middle management.

Le Aziende, attraverso un desk direzionale, possono gestire ed indirizzare le azioni di miglioramento a partire dall'individuazione delle cause che hanno "condizionato" la performance. Tutto ciò che determina la performance, il risultato finale, deve poter essere misurato.

Ad oggi, la maggior parte delle aziende sanitarie misura la performance attraverso indicatori di tipo economico-finanziario e ciò non consente di coglierne la capacità di creare "valore".

d) Lotta agli sprechi

Il tema della lotta agli sprechi è stato posto all'attenzione di tutti gli attori coinvolti nel settore sanità (politici, manager, operatori, cittadini) in tutto il mondo^{473, 474, 475} solo da pochi anni, cioè da quando la stabilizzazione e in alcuni casi progressivo calo del finanziamento (come in Italia) ed il contemporaneo aumento dei costi delle tecnologie (nuovi farmaci, tecnologie diagnostiche, ecc.) hanno posto al centro dell'attenzione il tema della sostenibilità dei sistemi sanitari e delle policy da seguire.

Nella redazione di questo paragrafo faremo riferimento⁴⁷⁶ ai contenuti del quarto Rapporto GIMBE che ha contestualizzato alla situazione italiana molte delle indicazioni presenti nelle pubblicazioni degli autori citati nel precedente paragrafo.

In Italia abbiamo assistito nel periodo 2010-2019 ad un "definanziamento" del SSN di poco più di € 37 miliardi, di cui circa € 25 miliardi nel 2010-2015 per la sommatoria di varie manovre finanziarie e € 12,11 miliardi nel 2015-2019 per la continua rideterminazione al ribasso dei livelli programmati di finanziamento. L'aumento complessivo del fabbisogno sanitario nazionale (FSN) è di € 8,8 miliardi, in media dello 0,9% per anno, percentuale inferiore all'inflazione media annua (+1,07%).

Tipologie di sprechi in sanità

Berwick nel 2012 è stato il primo a "classificare" le tipologie di sprechi e a stimarne il peso economico negli U.S.A individuando le seguenti 6 tipologie (**Tabella 32**).

- 1) Sottoutilizzo di interventi sanitari efficaci
- 2) Frammentazione e inadeguato coordinamento assistenza
- 3) Sovra utilizzo di interventi diagnostici e terapeutici

⁴⁷³ Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. JAMA 2012;307:1513-6.

⁴⁷⁴ Kaplan R.S. e HAAS D.A. – How Not to Cut Health Care Costs. Harvard Business Review. From the November 2014 Issue

⁴⁷⁵ OECD. Tackling Wasteful Spending on Health. OECD Publishing: Paris, January 2017

⁴⁷⁶ 4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2019.

- 4) Asimmetria costi acquisto tecnologie
- 5) Complessità amministrative
- 6) Frodi e abusi

Tabella 32 - Peso (in % della spesa totale in U.S.A.) di ciascuna categoria di spreco

TIPOLOGIA SPRECHI	Ipotesi BASSA	Ipotesi MEDIA	Ipotesi ALTA
Sottoutilizzo di interventi sanitari efficaci	3.8 %	4.8 %	5.8 %
Frammentazione e inadeguato coordinamento assistenza	0.9 %	1.3 %	1.7 %
Sovra utilizzo di interventi diagnostici e terapeutici	5.9 %	7.2 %	8.5 %
Asimmetria costi acquisto tecnologie	4.0 %	9.3 %	14.6 %
Complessità amministrative	3.2 %	4.9 %	6.7 %
Frodi e abusi	3.1 %	6.7 %	10.2 %
TOTALE	21.0 %	34.3 %	47.6 %

Giube ha effettuato un'analoga valutazione riportata in **Tabella 33** nonché sintetiche descrizioni delle diverse categorie di sprechi in **Tabella 34**.

Tabella 33 - Stima di sprechi e inefficienze della spesa sanitaria pubblica 2017 (M.rdi €)

Categoria	%	Stima	Range ($\pm 20\%$)
1. Sovra-utilizzo	30	€ 6,45	€ 5,16 – € 7,74
2. Frodi e abusi	22	€ 4,73	€ 3,78 – € 5,67
3. Acquisti a costi eccessivi	10	€ 2,15	€ 1,72 – € 2,58
4. Sottoutilizzo*	15	€ 3,22	€ 2,58 – € 3,87
5. Inefficienze amministrative	11	€ 2,36	€ 1,89 – € 2,84
6. Inadeguato coordinamento dell'assistenza	12	€ 2,58	€ 2,06 – € 3,10
TOTALE	100	€ 21,49	€ 17,20 – € 25,79

* Stima indiretta dei costi generati dal peggioramento degli outcome di salute conseguente al sottoutilizzo di interventi sanitari efficaci e appropriati (§3.3.4)

L'OECD (OCSE) nella sua relazione biennale *Health at a Glance: Europe*⁴⁷⁷ ha riservato un intero capitolo su come affrontare gli sprechi in campo sanitario con

⁴⁷⁷ OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

la focalizzazione sui servizi ospedalieri e sui prodotti farmaceutici. Suggerisce un approccio “pragmatico” per identificare e categorizzare gli sprechi in campo sanitario **Figura 25**

Figura 25 - Gli sprechi in Sanità: lo schema OCSE 2018



Informazioni importanti derivano da una ricerca sul sistema sanitario degli U.S.A.⁴⁷⁸. I risultati della ricerca intitolata “**Cosa non tagliare nei costi dell’assistenza sanitaria**” si è sviluppata con oltre 50 organizzazioni di fornitori di assistenza sanitaria, la maggior parte con sede negli Stati Uniti, fornisce 5 indicazioni per ridurre i costi senza compromettere l’assistenza e spesso migliorando allo stesso tempo i risultati.

1) NON TAGLIARE IL PERSONALE DI SUPPORTO

Spesso la ragione dichiarata per colpire personale non clinico è il desiderio di non influire sulla cura del paziente. Ma il taglio sproporzionato del personale di supporto può essere miope quando riduce la produttività dei medici e aumenta il costo del trattamento delle condizioni dei pazienti

Dopo i tagli, i medici hanno dovuto dedicare molto più tempo alle scartoffie, il che ha penalizzato il loro lavoro generatore di entrate e talvolta ha messo a repentaglio l’assistenza ai pazienti, ad esempio quando i messaggi sui bisogni dei pazienti non venivano comunicati ai medici in modo tempestivo. **La ricerca**

⁴⁷⁸ [Kaplan RS, Haas DA: How not to cut health care costs Harv Bus Rev. 2014 Nov;92\(11\):116-22, 142.](#)

Tabella 34 - Categorie degli sprechi: Definizione, Determinanti, Esempi, Iniziative

SOVRA-UTILIZZO	Definizione Prescrizione/ erogazione di interventi sanitari (preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali, organizzativi, riabilitativi, palliativi, educazionali) i cui potenziali rischi sono maggiori dei benefici (<i>value</i> negativo). I benefici sono minimi rispetto ai costi sostenuti (<i>value</i> basso) oppure i benefici non sono noti (<i>value</i> sconosciuto).	Determinanti Offerta di servizi, comportamenti professionali, aspettative di cittadini e pazienti.	Esempi: Farmaci: antibiotici nelle infezioni virali delle vie respiratorie, inibitori della pompa protonica in soggetti con dispepsia non ulcerosa, chemioterapia in pazienti terminali; Screening: carcinoma tiroide	Iniziative. Choosing Wisely Italy ¹ , inserite anche nella sezione "Buone pratiche" del SNLG ² , Choosing Wisely ³
FRODI E ABUSI	Definizione - Risorse erose diretta- mente o indirettamente da fenomeni corruttivi e/o da comportamenti opportunistici influenzati da conflitti di interesse, che non necessariamente configurano reato o illecito amministrativo.	Determinanti Conflitti di interesse, attitudine a comportamenti illeciti, assenza di etica professionale, minimizzazione del fatto illecito.	Esempi: influenze illecite sulle politiche sanitarie, selezione inadeguata di prodotti, utilizzo improprio dei fondi assegnati per la ricerca, modifiche improprie delle soglie di malattia, acquisti non necessari, immissione sul mercato di prodotti contraffatti o con standard inadeguati, evasione dei ticket sanitari per reddito, selezione -rimozione arbitraria di personale, utilizzo a fini privati di strutture, attrezzature, prodotti e ore lavorative pubblici.	Iniziative Transparency International ⁴ Illuminiamo la Salute ⁵ Curiamo la Corruzione ⁶ ISPE Sanità ⁷

¹ Choosing Wisely Italy. Le raccomandazioni di Società Scientifiche e Associazioni professionali italiane. Disponibile a:

www.choosingwiselyitaly.org/index.php/it/le-raccomandazioni.

² Sistema Nazionale Linee Guida. Buone Pratiche. Choosing Wisely edizione italiana. Disponibile a: <https://snlg.iss.it/?p=123>.

³ Choosing Wisely. Disponibile a: www.choosingwisely.org

⁴ Transparency International. Disponibile a: www.transparency.org/topic/detail/health..

⁵ Illuminiamo la Salute. Disponibile a: www.illuminiamolasalute.it

⁶ Curiamo la Corruzione. Disponibile a: www.curiamolacorruzione.it..

⁷ ISPE - Istituto per la promozione dell'etica in sanità. Disponibile a: www.ispe-sanita.it.

ACQUISTI A COSTI ECESSIVI	Definizione Acquisti a costi non standardizzati, oltre il valore di mercato e con differenze regionali e locali.	Determinanti Ritardi nei pagamenti dei fornitori, processi di gara non trasparenti, scarso monitoraggio, centrali uniche di acquisto che utilizzano procedure differenti.	Esempi A. Farmaci, vaccini, stenti, ausili per incontinenza, protesi d'anca, medicazioni generali, defibrillatori, pacemaker, aghi e siringhe, valvole cardiache, etc. B. Gestione apparecchiature elettromedicali, pulizia, ristorazione, lavanderia, smaltimento rifiuti sanitari, guardia e vigilanza armata, riscaldamento, utenze telefoniche, servizi informatici, etc.	Iniziativa ND
SOTTO-UTILIZZO	Definizione Sottoutilizzo di interventi sanitari (preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali, organizzativi, riabilitativi, palliativi, educazionali) dal <i>value</i> elevato: efficaci, appropriati e dal costo adeguato rispetto alle alternative.	Determinanti Offerta di servizi, comportamenti professionali, aspettative di cittadini e pazienti.	Esempi . Immigrati clandestini, residenza in aree disagiate, persone senza fissa dimora B. Hospice, assistenza domiciliare, farmaci ad alto costo, vaccinazione anti- HPV, terapia cogniti-vo-comportamentale, riabilitazione polmonare C. Anticoagulanti nella fibrillazione atriale, oppiacei nel dolore oncologico D. Non aderenza a stili di vita raccomandati, scarsa compliance farmacologica nelle malattie croniche.	Iniziativa ND
INEFFICIENZE AMMINISTRATIVE	Definizione Processi non clinici (burocratici, gestionali, amministrativi) che consumano risorse senza generare <i>value</i> .	Determinanti Eccesso di burocrazia, limitata standardizzazione e informatizzazione di processi non clinici e relative procedure, limitata dematerializzazione dei documenti, ipertrofia del comparto amministrativo e basso livello di digital skills, dotazione informatica obsoleta e inadeguata al mobile working, sistemi informativi poco interconnessi.	Esempi: Gestione non informatizzata delle sale operatorie, ritardo nella consegna di referti e cartelle cliniche, difficoltà a tracciare e reperire documentazione cartacea.	Iniziativa - Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità ⁸
INADEGUATO COORDINAMENTO DELL'ASSISTENZA	Definizione Inefficienze intraaziendali e interaziendali e/o scarsa integrazione tra diversi setting assistenziali o tra vari servizi dello stesso setting.	Determinanti Mancata standardizzazione di percorsi, processi e procedure, assenza di reti integrate.	Esempi: Duplicazione di test diagnostici, aumento tempi di attesa, aumento degenza media, inadeguata presa in carico post-dimissione, prenotazione prestazioni e ritiro referti, etc.	Iniziativa . Programma Nazionale Esiti ⁹

⁸ Politecnico di Milano – School of Management. Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità. Disponibile a: www.osservatori.net/it_it/osservatori/innovazione-digitale-in-sanita.

⁹ Ministero della Salute – Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Programma Nazionale Esiti 2017. Disponibile a: <http://pne2017.agenas.it>.

mostra che il tempo degli specialisti è spesso un ordine di grandezza (10 volte) più costoso del tempo dei loro assistenti.

Non ha senso che medici e infermieri senior svolgano compiti che potrebbero essere eseguiti altrettanto bene da personale molto meno costoso. In effetti, abbiamo scoperto che *l'integrazione efficace di più infermieri e assistenti medici nella cura dei pazienti libera i clinici senior a lavorare "al vertice della loro licenza"*.

2) INVESTIMENTI INSUFFICIENTI NELLO SPAZIO E NELLE ATTREZZATURE

La differenza di produttività deriva dal numero di sale operatorie disponibili: i chirurghi ad alto volume generalmente ne hanno due, mentre i chirurghi a basso volume ne hanno solo uno e devono attendere tra un intervento chirurgico per la pulizia della stanza e la preparazione del paziente successivo ... i fornitori non conducono l'analisi dei benefici che mostrerebbe che un aumento della spesa per attrezzature relativamente economiche potrebbe essere pagato dai risparmi derivanti dalla riduzione dei tempi di inattività dei costosi membri del personale

3) CONCENTRARI STRETTAMENTE SUI PREZZI DI APPROVVIGIONAMENTO

... I dirigenti mirano a ridurre materiali e servizi da fornitori esterni, attirando obiettivi perché questi articoli spesso rappresentano dal 25% al 30% dei costi totali.... Molti fornitori si uniscono alle **organizzazioni di acquisto di gruppo (GPO)** .. per ottenere i vantaggi di un volume maggiore nelle loro trattative

..... **molti ospedali si concentrano troppo strettamente sulla negoziazione dei prezzi e non riescono ad esaminare il modo in cui i singoli medici effettivamente consumano forniture.**

4) MASSIMIZZARE LA PRODUTTIVITÀ

... se si misura, come si deve, **la produttività di un medico non in base agli input (numero di pazienti visti) (ndr OUTPUT) ma in base alla qualità dei risultati raggiunti (OUTCOME)**, si scoprirà che i medici possono spesso ottenere una **maggiore produttività complessiva** trascorrendo **più tempo con meno pazienti.**

... clinici ... in particolare, quelli che **trattano pazienti con patologie croniche, come diabete e insufficienza cardiaca congestizia**, riferiscono che se potranno spendere più tempo e denaro per educare e monitorare i loro pazienti, **la spesa totale per le condizioni dei pazienti diminuirà drasticamente**

5) NON EFFETTUARE BENCHMARK E STANDARDIZZARE

L'unico modo sostenibile per ridurre i costi è iniziare con un'analisi approfondita degli attuali processi utilizzati per trattare ogni condizione medica.

Occorre coinvolgere attivamente i clinici nel processo di misurazione e gestione dei costi per consentire loro di apprendere i veri driver di costo di un ciclo completo di cure, dalla diagnosi al trattamento e al recupero.

SICUREZZA

Assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti⁴⁷⁹

a) Introduzione

Il sistema sanitario è un sistema complesso in cui interagiscono molteplici fattori, eterogenei e dinamici, tra cui si citano la pluralità delle prestazioni sanitarie, delle competenze specialistiche e dei ruoli professionali, tecnico-sanitari ed economico-amministrativi e l'eterogeneità dei processi e dei risultati da conseguire. Tutti gli elementi del sistema devono integrarsi e coordinarsi, per rispondere ai bisogni assistenziali del paziente ed assicurargli la miglior cura possibile.

Come in altri sistemi complessi, quali l'aviazione, le centrali nucleari o i sistemi di difesa militare, anche in ambito sanitario possono verificarsi incidenti ed errori.

Per molti anni si è tentato di trasferire in sanità le procedure di sicurezza progettate per gli altri settori, ma al contrario di essi, caratterizzati da una impronta prevalentemente "meccanicistica", in quello sanitario prevale il "fattore umano", allo stesso tempo risorsa e criticità. Infatti, se da una parte l'adattabilità dei comportamenti, la dinamicità e la complessità delle relazioni interpersonali sono prerogative fondamentali delle risorse umane all'interno del sistema, esse costituiscono, nello stesso tempo, un fattore critico, perché le dinamiche di lavoro sono complesse, la "performance" individuale variabile e, soprattutto, i risultati dei processi non sempre sono prevedibili e riproducibili.

Vanno pertanto progettati specifici modelli di controllo del rischio clinico, con l'obiettivo di prevenire il verificarsi di un errore e, qualora questo accada, contenerne le conseguenze. Spesso la possibilità che si verifichi un evento avverso dipende dalla presenza, nel sistema, di "insufficienze latenti", ovvero *insufficienze o errori di progettazione, organizzazione e controllo, che restano silenti nel sistema*, finché un fattore scatenante non li rende manifesti in tutta la loro potenzialità, causando danni più o meno gravi. Infatti, è per lo più individuabile, come causa diretta e immediata di un evento avverso, una *"insufficienza attiva"*, un *errore umano, una procedura non rispettata, una distrazione o un incidente di percorso che ha direttamente consentito il verificarsi dell'evento stesso*. Tuttavia, l'individuazione dell'errore "attivo" non esonera dalla ricerca degli errori "latenti", perché sono le insufficienze del sistema che devono essere rimosse se si vuole

raggiungere un efficace controllo del rischio, ovvero *ridurre la probabilità che si verifichi un errore (attività di prevenzione) e contenere le conseguenze dannose degli errori comunque verificatisi (attività di protezione)*.

Le politiche di gestione del rischio, volte sia alla prevenzione degli errori evitabili che al contenimento dei loro possibili effetti dannosi, e, quindi, in ultima analisi, alla garanzia della sicurezza dei pazienti, **costituiscono il sistema di gestione del rischio clinico**

b) Legislazione nazionale

A livello Comunitario sono da ricordare:

Raccomandazione del Consiglio 2009/C 151/01 del 9 giugno 2009 La sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria

Risoluzione del Parlamento europeo del 19 maggio 2015 Un'assistenza sanitaria più sicura in Europa: migliorare la sicurezza del paziente e combattere la resistenza antimicrobica

A livello Nazionale sono da ricordare:

Il documento del Ministero della Salute. Dipartimento della Qualità. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema- **Risk management in Sanità. Il problema degli errori**. Commissione Tecnica sul rischio clinico (DM 5 marzo 2003) – **Roma, marzo 2004**. Il documento: raccomanda l'istituzione in ogni struttura sanitaria della **UGR (Unità di Gestione del Rischio)**; individua le modalità di gestione e gli obiettivi per la gestione del rischio.

Delibera della Conferenza Unificata del 20 settembre 2007 - Nuovi indirizzi di Attività dell'AGENAS. L' Intesa prevede che Agenas supporti il Ministero della Salute e le Regioni e le P.A. nella gestione del rischio clinico e della sicurezza del paziente:

- facendosi promotrice dell'implementazione di "reti" collaborative e informative;
- favorendo la condivisione e la conoscenza dei problemi, delle esperienze e delle soluzioni;
- implementando e monitorando le buone pratiche per la sicurezza dei pazienti.

Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 20 marzo 2008. Gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure ha definito l'assetto nazionale di governance del rischio clinico, che vede collegati in rete tutti i soggetti istituzionalmente chiamati a contribuire alla sicurezza dei pazienti e delle cure, che prevede:

- a livello delle aziende sanitarie pubbliche e le strutture private accreditate l'attivazione di una **funzione aziendale dedicata alla Gestione del Rischio clinico ed alla Sicurezza dei pazienti e delle cure**, incluso il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi e l'implementazione di buone pratiche per la sicurezza
- a livello nazionale l'istituzione del **Comitato Strategico Nazionale per la Gestione del Rischio Clinico** costituito da rappresentanti: del Ministero della Salute, del Comitato Tecnico delle Regioni per la Sicurezza del paziente, dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (Agenas); dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS); dall'Agenzia italiana del Farmaco (AIFA); dall'Istituto Superiore per la prevenzione e la sicurezza sul lavoro (ISPESL). Il comitato individua le priorità per la produzione di linee guida, raccomandazioni e altri documenti di carattere tecnico-scientifico al fine di fornire informazioni ed indirizzi pratici agli operatori
- Il Ministero della Salute: a) istituisce la **Consulta Nazionale per la Sicurezza del paziente** (formata da rappresentanti di tutte le istituzioni che a livello locale e regionale operano per la sicurezza del paziente; b) promuove l'attivazione dell'Osservatorio **Nazionale sugli eventi sentinella**;
- L'**Agenas**: a) è sede del Comitato Tecnico delle Regioni per la Sicurezza del paziente; b) svolgerà le funzioni di **Osservatorio Nazionale sui Sinistri e Polizze Assicurative**; c) svolgerà le funzioni di **Monitoraggio delle Buone pratiche per la sicurezza delle cure**

Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali. Decreto 11 dicembre 2009: Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES).

Legge 8 novembre 2012, n. 189 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.

Art. 3 bis - Gestione e monitoraggio dei rischi sanitari

1. Al fine di ridurre i costi connessi al complesso dei rischi relativi alla propria attività, le aziende sanitarie, nell'ambito della loro organizzazione e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, ne curano l'analisi, studiano e adottano le necessarie soluzioni per la gestione dei rischi medesimi, per la prevenzione del contenzioso e la riduzione degli oneri assicurativi. **Il Ministero della salute e le regioni monitorano, a livello nazionale e a livello regionale, i dati relativi al rischio clinico.**

L.n. 208 del 28-12-2015 - Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016).

art.1 co. 538 - La realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario rappresenta un interesse primario del Sistema sanitario nazionale

perché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente.

art.1 co. 539 - Per la realizzazione dell'obiettivo di cui al comma 538, ai fini di cui all'articolo 3-bis del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano dispongono che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), per l'esercizio dei seguenti compiti:

- a) attivazione dei percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi-errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari. I verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari; (235)
- b) rilevazione del rischio di inappropriata nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;
- c) predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario;
- d) assistenza tecnica verso gli uffici legali della struttura sanitaria nel caso di contenzioso e nelle attività di stipulazione di coperture assicurative o di gestione di coperture auto-assicurative;
- d-bis) predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria (236).

art.1 co. 540 - L'attività di gestione del rischio sanitario è coordinata da personale medico dotato delle specializzazioni in igiene, epidemiologia e sanità pubblica o equipollenti, in medicina legale ovvero da personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore.

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 - Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

Il DM 70 nel § 5.3 Standard per i **presidi ospedalieri di base e di I Livello** prevede la "**documentata e formalizzata presenza di sistemi o attività di**":

Gestione del rischio clinico

- 1) **Sistema di segnalazione degli eventi avversi**
- 2) **Identificazione del paziente**
 - a. Lista di controllo operatoria (c.d. Checklist operatoria)
 - b. Scheda unica di terapia

- 3) **Infezioni ospedaliere**
 - a. Sistemi di raccolta dati sulle infezioni correlate all'assistenza
 - b. Sorveglianza microbiologica,
 - c. Adozione delle procedure che garantiscono l'adeguatezza e l'efficienza dell'attività di sanificazione, disinfezione e sterilizzazione,
 - d. Protocolli per la profilassi antibiotica
 - e. Procedura per il lavaggio delle mani
- 4) **Programmi di formazione specifica.**

Nel 2017 un **Gruppo di lavoro del Ministero della Salute insieme all'Istituto Superiore di Sanità e Agenas su Linee di indirizzo per l'implementazione del paragrafo 5 - DM 70 /2015 Standard generali di qualità**, ha redatto un documento che indicava le seguenti azioni per la

Gestione del rischio clinico

- 1) Predisposizione di un Piano aziendale per la gestione del rischio clinico orientato alla sicurezza di operatori e pazienti, che comprenda anche la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e contempli ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche
- 2) Presenza della Funzione di gestione del rischio clinico.
- 3) Presenza di *Incident reporting* (aziendale)
- 4) Partecipazione al flusso di segnalazione nazionale degli Eventi sentinella previsto dalla normativa nazionale
- 5) Utilizzo di tecniche di analisi degli eventi avversi (RCA, AUDIT).
- 6) Adozione di metodologie sistematiche proattive per la valutazione delle criticità dei processi (FMECA).
- 7) Predisposizione di un Piano della formazione specifica per il rischio clinico.
- 8) Centralizzazione della preparazione dei farmaci antineoplastici
- 9) Corretta identificazione del paziente
- 10) Utilizzo della check list in sala operatoria
- 11) Utilizzo della Scheda unica di terapia
- 12) Implementazione Raccomandazioni ministeriali
- 13) Adozione di procedure per la comunicazione ai pz/familiari di un evento avverso.
- 14) Formalizzazione di procedure per il coinvolgimento dei pz nei processi di gestione del Rischio clinico.

LEGGE 8 marzo 2017, n. 24- Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie⁴⁸⁰ La legge

- Indica che ogni Regione istituisca il Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente (Art. 2)
- Apporta una modifica alla precedente legislazione in merito alle aziende sanitarie e prevede che le **regioni e le province autonome** di Trento e di Bolzano dispongono che **tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management)**, per l'esercizio dei seguenti compiti:
 - a. attivazione dei percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi-errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari. I verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari;
 - b. rilevazione del rischio di inappropriately nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;
 - c. predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario;
 - d. assistenza tecnica verso gli uffici legali della struttura sanitaria nel caso di contenzioso e nelle attività di stipulazione di coperture assicurative o di gestione di coperture auto-assicurative.
 - d-bis. Predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata sul sito internet della sanitaria.»
- Istituisce l'Osservatorio **nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità** (Art. 3)
- Indica che per la trasparenza **dei dati** le strutture sanitarie pubbliche e private devono rendere disponibili, mediante **pubblicazione nel proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio**, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management) (Art. 4)

MINISTERO DELLA SALUTE Decreto 29 settembre 2017 - Istituzione dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità.

Viene **istituito presso** l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (**AGENAS**) l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità.

L'Osservatorio:

- 1) acquisisce dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente:

- a. i dati regionali relativi ai rischi, agli eventi avversi ed eventi sentinella, nonché' agli eventi senza danno
 - b. i dati regionali relativi alle tipologie dei sinistri, alle cause, all'entità, alla frequenza e all'onere finanziario del contenzioso;
 - c. analizza i dati acquisiti ai sensi delle lettere a) e b)
- 2) individua idonee misure per la prevenzione e la gestione:
 - a. del rischio sanitario e per il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure da parte delle strutture sanitarie
 - b. della formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie anche attraverso la predisposizione di linee di indirizzo;
 - 3) effettua, sulla base dei dati acquisiti dai Centri per la gestione del rischio sanitario, il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure a livello nazionale;
 - 4) trasmette al Ministro della salute, entro e non oltre il 31 dicembre di ciascun anno, una relazione sull'attività svolta

c) Implementazione e monitoraggio

Le Regioni hanno tutte legiferato in merito alla sicurezza. Agenas ha censito 282 provvedimenti amministrativi che sono disponibili sulle pagine WEB delle regioni cui si rimanda.

i. Eventi Avversi

Per Evento Avverso si intende un **“Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile”**

In tema di sicurezza si parla anche di **near miss** o **quasi infortunio** definito come qualsiasi evento, correlato al lavoro, che avrebbe potuto causare un infortunio o danno alla salute (malattia) o morte ma, solo per puro caso, non lo ha prodotto. Un evento quindi che ha in sé la potenzialità di produrre un infortunio. Near miss, mancato infortunio, mancato incidente o quasi infortunio fanno parte di tale categoria anche quegli infortuni che restano fuori dall'obbligo legislativo di registrazione, ma che è importante analizzare per individuare e rimuovere i fattori che lo hanno provocato

Di seguito si riportano in forma sintetica le indicazioni presenti nelle Linee Guide sugli eventi avversi del Ministero della Salute⁴⁸¹ (**ALLEGATO 37**).

Le Linee guida individuano due fasi principali rispetto alle quali predisporre le procedure per la gestione dell'evento avverso:

FASE 1 - ANALISI DELL'EVENTO PER IDENTIFICARE I FATTORI CAUSALI E/O CONTRIBUTENTI ED INDIVIDUARE LE AZIONI UTILI A TUTELA DELLA SALUTE PUBBLICA E A GARANZIA DELLA SICUREZZA DEL SISTEMA SANITARIO

- 1) **RACCOMANDAZIONE PER L'ANALISI DELL'EVENTO AVVERSO**
È necessario disporre di una procedura aziendale per l'analisi dell'evento avverso, l'individuazione dei fattori causali e/o contribuenti e la messa a punto di un piano di miglioramento
- 2) **FASE 2 - AZIONI DI COMUNICAZIONE E DI CONTENIMENTO DEL DANNO E/O DI RISTORO**
- 3) **RACCOMANDAZIONE PER LA COMUNICAZIONE AI PAZIENTI DEGLI EVENTI AVVERSI**
a. È essenziale una comunicazione trasparente e onesta degli eventi avversi
- 4) **RACCOMANDAZIONE PER ATTIVARE AZIONI DI SOSTEGNO PER GLI OPERATORI SANITARI COINVOLTI IN UN EVENTO AVVERSO**
a. È necessario sostenere gli operatori coinvolti nell'evento avverso
- 5) **RACCOMANDAZIONE PER LA COMUNICAZIONE ESTERNA IN CASO DI EVENTI AVVERSI NELLE STRUTTURE SANITARIE**
- 6) *È importante attivare una comunicazione istituzionale completa e veritiera ai cittadini, ai mass media e agli altri soggetti esterni*
- 7) **RACCOMANDAZIONE PER LA RISOLUZIONE STRAGIUDIZIALE DEL CONTENZIOSO NELLE AZIENDE SANITARIE**
- 8) *La risoluzione stragiudiziale dei contenziosi derivanti da eventi avversi consente di migliorare la relazione tra i cittadini e le strutture sanitarie*

ii. Raccomandazioni del Ministero della Salute

Il Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, ha elaborato, in collaborazione con esperti di Regioni e Province Autonome e altri stakeholder, le raccomandazioni elencate di seguito (**Tabella 35**), ossia documenti specifici con l'obiettivo di offrire strumenti in grado di prevenire gli eventi avversi, promuovere l'assunzione di responsabilità e favorire il cambiamento di sistema.

Le raccomandazioni sono oggetto di revisione ed aggiornamento da parte dell'Ufficio 3 - Direzione generale della programmazione sanitaria, in collaborazione con Regioni e Province Autonome, Agenas, AIFA, ISS, Coordinamento delle Regioni e Province Autonome per la Sicurezza delle Cure – Sub Area Rischio Clinico, Società scientifiche e altri stakeholder.

Tabella 35 – Raccomandazioni per la prevenzione di eventi avversi

N°	Raccomandazioni	Data
1	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	mar-08
2	Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	mar-08
3	Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	mar-08
4	Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	mar-08
5	Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	mar-08
6	Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	mar-08
7	Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	mar-08
8	Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	nov-07
9	Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	apr-09
10	Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	set-09
11	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	gen-10
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	ago-10
13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	nov-11
14	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	nov-12
15	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso	feb-13
16	Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita	apr-14
17	Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	dic-14
18	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	set-18
19	Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	nov-19

iii. Gestione del rischio: raccomandazioni SIQuaS-VRQ⁴⁸²

Gestione del rischio clinico per la sicurezza dei pazienti

Raccomandazione 1

Ogni organizzazione sanitaria, a qualsiasi livello di articolazione, deve dotarsi di un sistema strutturato per la sicurezza dei pazienti e degli operatori tramite la gestione del rischio clinico.

Raccomandazione 2

Ogni organizzazione sanitaria deve avere una politica ed una strategia per la sicurezza mediante a prevenzione e la gestione del rischio clinico e, almeno annualmente, individuare le priorità di intervento nell'area della sicurezza del paziente per le quali avviare azioni preventive e protettive.

Raccomandazione 3

Il sistema per la sicurezza tramite la gestione del rischio clinico deve essere dotato di risorse umane e strumentali cui attribuire responsabilità specifiche. Tali risorse umane e strumentali devono essere allocate in staff alla direzione generale delle organizzazioni sanitarie, essere estese a rete nell'intera organizzazione ed avere un rapporto diretto e complementare, quando non effettivamente sovrapposto, agli staff ed alle reti per la qualità. Il team deve essere coordinato da un dirigente medico o sanitario con preparazione specifica e documentata sulla progettazione, organizzazione e valutazione di sistemi sanitari orientati alla qualità ed alla sicurezza e avvalersi di tutte le professionalità e competenze presenti nella organizzazione. Devono essere utilizzati gli strumenti, i metodi e le tecniche di dimostrata efficacia e coerenti con le migliori conoscenze disponibili.

Raccomandazione 4

Le organizzazioni sanitarie curano la diffusione ai pazienti ed ai famigliari delle informazioni relative ai rischi evitabili associati agli atti sanitari, stimolando con convinzione un loro ruolo attivo nella partecipazione alle scelte per la loro salute.

Raccomandazione 5

Deve essere introdotta la formazione di base sulla qualità e sulla gestione del rischio clinico per la sicurezza dei pazienti e degli operatori nei corsi universitari e la formazione continua di tutti i professionisti sugli stessi temi.

Raccomandazione 6

Deve essere favorita la crescita ed il mantenimento di reti anche informali, ma soprattutto formali, di professionisti e di organizzazioni, a livello locale e nazionale, che si propongono di indagare sugli eventi avversi nei propri ambiti e di diffondere le azioni e gli interventi correttivi più appropriati.

Raccomandazione 7

Deve essere promossa la ricerca, anche con fondi dedicati, su strategie, strumenti e metodi per la sicurezza tramite la prevenzione e la gestione del rischio clinico.

Raccomandazione 8

La gestione del rischio clinico deve riconoscere nell'errore un'opportunità di apprendimento e di miglioramento, contrastando l'attuale prevalente atteggiamento punitivo, che è uno dei principali motivi del fallimento delle politiche e delle strategie per la sicurezza nei sistemi sanitari.

L'atteggiamento punitivo ostacola la segnalazione degli eventi avversi e dei near misses impedendone di fatto la segnalazione "libera da rimprovero", in assenza di una politica coerente all'interno dell'organizzazione per la gestione confidenziale dei dati. Per questo motivo la legislazione vigente italiana va urgentemente aggiornata, sul modello di quanto fatto dai Governi australiano e danese che vietano di utilizzare i dati delle segnalazioni sugli eventi avversi ed i near misses a scopi giudiziari, a salvaguardia del principio generale del segreto professionale.

Raccomandazione 9

La gestione del rischio clinico fa parte della politica e della strategia per la qualità di un'organizzazione sanitaria. I leaders clinici e gestionali dell'organizzazione sanitaria sono responsabili della buona qualità delle cure e della sicurezza dei pazienti ed hanno la responsabilità di promuovere e sostenere lo sviluppo delle azioni interdisciplinari e multiprofessionali preventive di conoscenza e di ricerca garantendo e guidando l'applicazione degli strumenti e dei metodi di dimostrata efficacia che la cultura sanitaria internazionale mette loro a disposizione: linee guida, audit clinico e percorsi di cura.

Raccomandazione 10

La gestione del rischio clinico, come lo sviluppo della qualità, deve essere supportata da un adeguato sistema informativo. L'uso degli indicatori e finalizzato non solo ad una verifica dei risultati raggiunti, ma anche alla definizione delle priorità di intervento di quell'organizzazione.

L'organizzazione si dota di strumenti di verifica dell'applicazione delle azioni preventive concordate in seguito alla valutazione dei rischi per i pazienti ed agisce di conseguenza per garantirne l'applicazione.

Raccomandazione 11

La politica di gestione del rischio clinico deve essere coerente e coordinata dalla strategia aziendale per la qualità, e dev'essere coordinata con le strategie per la comunicazione, la gestione delle risorse economiche, il mantenimento e la gestione delle risorse umane e delle loro conoscenze, la garanzia dei diritti dei cittadini e della loro partecipazione all'interno delle organizzazioni sanitarie.

Raccomandazione 12

Deve essere curata la comunicazione pubblica attraverso un corretto ed etico rapporto coi media.

Viene raccomandata dalla letteratura internazionale una politica proattiva nei confronti dei media, che prevenga l'informazione non controllata sugli eventi avversi con una strategia di informazione trasparente che informi prima i pazienti coinvolti ed i leaders organizzativi e clinici dell'istituzione sanitaria e poi i media con trasparenza e garanzia allo stesso tempo della privacy e del segreto professionale.

Raccomandazione 13

I modelli, gli strumenti, le tecniche ed i metodi per garantire la sicurezza dei pazienti nei sistemi sanitari, quando sono mutuati da altri comparti produttivi e da altri contesti sanitari, devono passare attraverso un formale processo sperimentale che ne valuti l'efficacia nel contesto sanitario in cui si desidera diffonderli, prima della loro generalizzazione su vasta scala.

Devono far parte di questa sperimentazione oltre che le valutazioni sull'efficacia nel ridurre i rischi ed i danni per i pazienti anche le valutazioni sui costi che tali azioni comportano e gli eventuali risparmi nel loro rapporto con i benefici conseguibili per la sicurezza dei pazienti.

Raccomandazione 14

Esistono alcune azioni di efficacia dimostrata che sono raccomandate dalla letteratura internazionale (AHRQ, 2001; NQF, 2003; Associazione canadese degli ospedali, 2004; WHO, 2005; Consiglio d'Europa, 2005). SiQuas-VRQ ne raccomanda a tutte le organizzazioni sanitarie ed ai professionisti l'applicazione immediata per la relativa semplicità di attivazione e la garanzia di miglioramento immediato della sicurezza dei pazienti anche prima di aver istituito nelle organizzazioni un formale sistema per la qualità e per il risk management.

iv. Eventi Sentinella

Il Ministero⁴⁸³ definisce *evento sentinella* **“un evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione”**.

Per la sua gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché si renda opportuna un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e determini l'implementazione di adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione

Sono individuati come eventi sentinella e quindi da segnalare al Ministero:

- un accadimento che può essere causa di un danno successivo (ad esempio embolia polmonare, caduta)

- il danno stesso (ad esempio morte materna)
- un indicatore di attività o processo (ad esempio triage sottostimato)
- qualsiasi atto di violenza subito da operatore o paziente

Di seguito vengono riportate la lista degli eventi sentinella (**Tabella 36**) e il numero di eventi sentinella registrati nel periodo 2005-2012 (**Tabella 37**)

Tabella 36 – Lista degli eventi sentinella individuati dal Ministero della Salute (2009)

<i>LISTA EVENTI SENTINELLA</i>	
1	Procedura in paziente sbagliato
2	Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3	Errata procedura su paziente corretto
4	Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5	Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
6	Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7	Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8	Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita
9	Morte o grave danno per caduta di paziente
10	Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11	Violenza su paziente
12	Atti di violenza a danno di operatore
13	Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15	Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico
16	Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

**Tabella 37 – N° di eventi sentinella settembre 2005 -dicembre 2012⁴⁸⁴
(5° RAPPORTO)**

TIPO EVENTO	N°	%
MORTE O GRAVE DANNO PER CADUTA DI PAZIENTE	471	24,6
SUICIDIO O TENTATO SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE	295	15,4
OGNI ALTRO EVENTO AVVERSO CHE CAUSA MORTE O GRAVE DANNO AL PAZIENTE	275	14,3
ATTI DI VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE	165	8,6
STRUMENTO O ALTRO MATERIALE LASCIATO ALL'INTERNO DEL SITO CHIRURGICO CHE RICHIEDA UN SUCCESSIVO INTERVENTO O ULTERIORI PROCEDURE	159	8,29
MORTE O GRAVE DANNO IMPREVISTO CONSEGUENTE AD INTERVENTO CHIRURGICO	135	7,04
MORTE O DISABILITÀ PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI NON CORRELATA A MALATTIA CONGENITA	82	4,28
MORTE, COMA O GRAVI ALTERAZIONI FUNZIONALI DERIVATI DA ERRORI IN TERAPIA FARMACOLOGICA	79	4,12
REAZIONE TRASFUSIONALE CONSEGUENTE AD INCOMPATIBILITÀ ABO	72	3,75
MORTE MATERNA O MALATTIA GRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO	55	2,87
ERRATA PROCEDURA SU PAZIENTE CORRETTO	32	1,67
MORTE O GRAVE DANNO CONSEGUENTE AD INADEGUATA ATTRIBUZIONE DEL CODICE TRIAGE NELLA CENTRALE OPERATIVA 118 E/O ALL'INTERNO DEL PRONTO SOCCORSO	27	1,41
PROCEDURA CHIRURGICA IN PARTE DEL CORPO SBAGLIATA (LATO, ORGANO O PARTE)	26	1,36
PROCEDURA IN PAZIENTE SBAGLIATO	16	0,83
MORTE O GRAVE DANNO CONSEGUENTE AD UN MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO (INTRAOSPEDALIERO, EXTRAOSPEDALIERO)	15	0,78
VIOLENZA SU PAZIENTE IN OSPEDALE	14	0,73
Totale	1918	100

In **ALLEGATO 38** sono riportati i dati del 5° rapporto degli eventi sentinella riferiti a: Specialità (Tab 2), Luogo evento (Tab 3); Esito (Tab 4); Tipologia esito per tipo di evento sentinella (Tab 5); Fattori contribuenti (Tab 6), Fattori contribuenti (Tab 7),

Di seguito vengono indicate alcune metodologie di analisi dell'evento avverso:

v. Root Cause Analysis – RCA (Analisi Cause Profonde)

La RCA è una metodologia di indagini sistematica per la ricerca ed identificazione dei fattori primari che causano variazioni della performance o che contribuiscono al verificarsi di un evento avverso. Serve ad indagare le radici di un problema, al fine di identificare le soluzioni più appropriate.

Essa comprende:

- la determinazione di fattori umani, tecnologici ed infrastrutturali
- la determinazione dei processi e sistemi correlati

- l'analisi, attraverso una serie di *perché*, dei sottostanti sistemi di causa effetto
- l'identificazione dei rischi e dei loro determinanti
- la determinazione dei potenziali miglioramenti nei processi e nei sistemi

Per essere affidabile l'analisi deve:

- prevedere la partecipazione dei dirigenti e di tutti gli operatori coinvolti direttamente nei processi
- essere coerente in tutte le fasi
- fare riferimento alla letteratura

Nella effettuazione della analisi vanno tenute in considerazione le 5 regole seguenti:

- 1) devono essere chiare le relazioni di causa ed effetto
- 2) non devono essere usati, nelle descrizioni, attributi negativi che non spieghino adeguatamente i fenomeni (es. inadeguato, povero)
- 3) ogni errore umano deve essere associato alla relativa causa
- 4) ogni deviazione dalle procedure deve essere associata alla relativa causa
- 5) devono essere considerate nell'analisi solo le azioni formalmente previste

il Ministero della salute ha elaborato un manuale per la RCA disponibile sul sito web del Ministero⁴⁸⁵. In considerazione della complessità di applicazione di tale metodologia che richiede una solida competenza specifica, si suggerisce che Regioni e P.A. prevedano la costituzione di un Gruppo mobile regionale per la RCA, formato da esperti che supportino le aziende nell'applicazione della metodologia

vi. Significant Event Audit (SEA)

Il SEA è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, per imparare e migliorare. Più formalmente può essere definito come un processo in cui singoli eventi, significativi sia in senso positivo che negativo, sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri⁴⁸⁶.

IL SEA non è un metodo quantitativo, ma piuttosto un'attività di riflessione condivisa tra pari. Si diversifica dal tradizionale processo di audit clinico che si caratterizza per la raccolta su vasta scala di dati quantitativi da confrontare con criteri e standard misurabili e predefiniti.

Oltre a focalizzarsi su aspetti negativi (insuccessi, disastri near miss, eventi avversi) è indirizzato alla individuazione di comportamenti virtuosi ed attività assistenziali efficaci e ad evidenziare, anche in momenti di grandi difficoltà, esempi di buone pratiche.

Fase 1 – Scelta dell'evento significativo

Fase 2 - Raccolta delle informazioni

⁴⁸⁵

⁴⁸⁶

Fase 3 -Costituzione del gruppo e organizzazione degli incontri

Fase 4 - Analisi dell'evento significativo L'analisi di un evento significativo deve essere guidata rispondendo a quattro quesiti:

- 1) Cosa è successo?
- 2) Perché è successo?
- 3) Cosa abbiamo imparato?
- 4) Quali sono le azioni da intraprendere?

Fase 5 - Attuare e monitorare i cambiamenti

Fase 6 - Documentare il SEA

Fase 7 - Condividere le conoscenze (il rapporto che conclude il SEA deve essere diffuso a tutti i livelli dell'organizzazione affinché tutti possano apprendere da questa esperienza)

Il SEA, al pari della RCA, è un metodo reattivo, di minore complessità ed il suo utilizzo può avvenire sia a livello ospedaliero che territoriale.

vii. Prevenzione errori in sanità: Fmea e Fmeca

- Dal momento che in ogni organizzazione sanitaria l'errore e la possibilità di un incidente non sono eliminabili, devono essere utilizzati tutti gli interventi possibili perché siano, per lo meno, prevenibili. Ma come è possibile, concretamente, identificare i pericoli e stimare i rischi in senso preventivo?
- Le metodologie di analisi dei rischi di cui è possibile disporre si dividono in reattive e proattive. L'analisi reattiva prevede uno studio a posteriori degli incidenti ed è mirata ad individuare le cause che hanno permesso il loro verificarsi. L'analisi proattiva, invece, ha il fine di individuare le criticità di sistema ed i possibili ambiti d'errore umano in una logica preventiva, quindi prima che essi accadano.

Tra quest'ultimi uno dei sistemi più utilizzati è il metodo FMECA, acronimo per Failure Mode Effects and Criticality Analysis (in italiano Analisi Critica delle Modalità di Guasto e dei Relativi Effetti)⁴⁸⁷.

La **FMECA** (dall'[inglese](#) *Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis*- Analisi dei modi, degli effetti e della criticità dei guasti) è una estensione della **FMEA** (*Failure Mode and Effects Analysis*), in aggiunta alla quale include **un'analisi di criticità** usata per valutare, mediante opportuni diagrammi, la gravità delle conseguenze di un **guasto** correlata con la **probabilità** del suo verificarsi

Il metodo identifica i potenziali modi di guasto ("failure mode"), gli effetti conseguenti ("failure effect") e le cause, connessi a un determinato processo. Il "modo di guasto" rappresenta quello che potrebbe succedere se si verificasse un'omissione o un errore in un'attività, ecc.

In sostanza, l'applicazione della FMECA consiste nella scomposizione di un processo nei singoli compiti, per ogni compito si cercano di individuare i possibili errori che potrebbero accadere e le azioni per prevenirli. La metodologia FMECA, a dispetto del nome altisonante, è una tecnica abbastanza semplice da applicare. Vediamo di seguito come si utilizza.

Procedimento

Identificato il processo che si vuole analizzare, si descrive il corretto svolgimento delle attività necessarie alla sua realizzazione elencando tutte le possibili modalità di errore, i loro effetti e le cause potenziali. In pratica ci si rappresenta idealmente quello che potrebbe succedere seguendo quattro fasi:

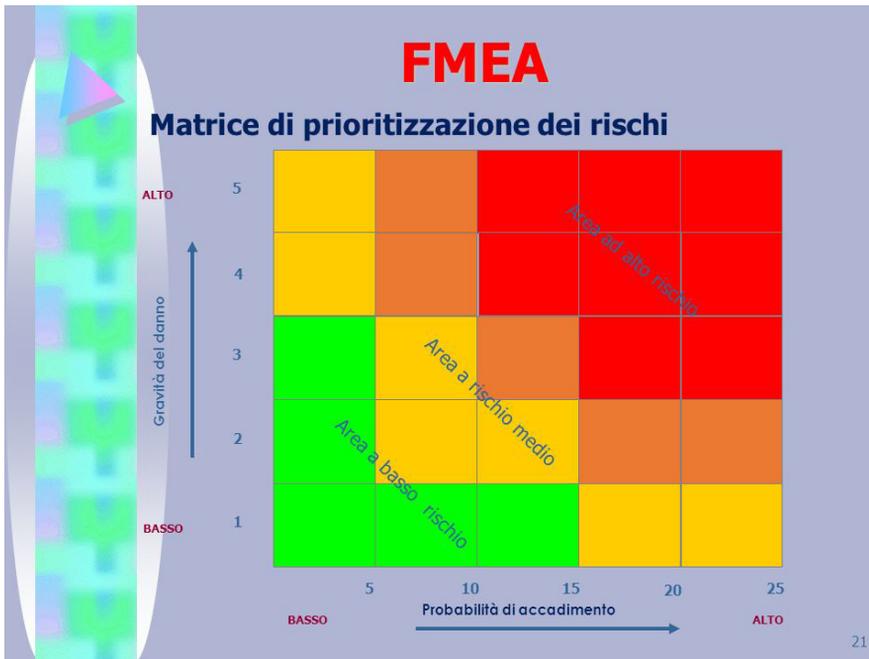
- 1) scomposizione del processo nelle sue varie fasi
- 2) definizione del *“che cosa potrebbe non funzionare”* (failure mode)
- 3) definizione del *“perché potrebbe accadere l'insufficienza”* (failure causes)
- 4) definizione dei possibili effetti (failure effects).

Identificate tutte le possibili modalità di errore a ciascuna viene assegnato un valore numerico ottenuto sulla base dei seguenti parametri:

- la **probabilità (P)** che si verifichi la causa del modo di errore/guasto e che è riferita alla frequenza (remota, bassa, moderata, alta, molto alta) con la quale si potrebbero verificare disfunzioni (punteggio da 1 a 5)
- la **gravità (G)** degli effetti dell'errore/guasto che va riferita all'effetto (nessun danno, danno lieve, danno medio, danno grave, danno gravissimo) che si avrebbe, se avvenisse la disfunzione, sul livello di qualità, sulla sicurezza, oppure sul paziente, sul prodotto ecc. in base all'attività che si sta analizzando (punteggio da 1 a 5)
- la **rilevabilità (R)** dell'errore/guasto che corrisponde alla possibilità (remota, bassa, media, alta, altissima) di rilevare la disfunzione prima che generi l'effetto indesiderato (punteggio da 5 a 1). Qui il valore è decrescente perché più un evento è rilevabile minore deve essere il punteggio.

Il prodotto delle tre variabili sopra considerate ($G \times P \times R$) prende il nome di Indice della Priorità di Rischio (IPR). I vari rischi potenziali così definiti saranno collocati su una tabella, detta Matrice dei rischi (**Figura 26**), in modo decrescente a partire da quelli con un maggior rischiosità, ovvero con IPR più alto. A valore maggiore corrisponde un errore più grave, che può verificarsi più frequentemente e che più difficilmente può essere rilevato.

Figura 26 – FMEA – Matrice di prioritizzazione dei rischi



Al termine della FMEA/FMECA si definiranno le azioni di miglioramento da intraprendere per prevenire le eventuali criticità emerse in fase di analisi oltre che le azioni per il monitoraggio e valutazione dell'efficacia delle stesse.

viii. Osservatorio Buone Pratiche

L'Osservatorio Buone Pratiche per la Sicurezza dei Pazienti, istituito per l'esercizio della funzione di monitoraggio delle buone pratiche, attribuita all'Agenas da una Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, ha avviato le sue attività nel febbraio 2008 con il lancio della prima **call for good practice** rivolta agli assessorati alla sanità affinché coordinassero la raccolta degli interventi realizzati dalle strutture sanitarie di ogni regione per accrescere la sicurezza dei pazienti e delle cure.

L'osservatorio delle Buone Pratiche⁴⁸⁸ è “una iniziativa volta a rilevare gli interventi/esperienze attuati dalle organizzazioni sanitarie che abbiano dimostrato un miglioramento della sicurezza dei pazienti (suddivisi per tipologia in “raccolta dati”, “coinvolgimento del paziente”, “cambiamenti specifici”, “interventi integrati”) e che rispondono ai seguenti criteri:

- attuati a livello regionale, aziendale o di unità operativa;
- basati su evidenze da letteratura;
- realizzati secondo i principi del miglioramento continuo della qualità e rappresentati in accordo con linee-guida internazionali (SQUIRE) con particolare attenzione alla metodologia di valutazione dell'efficacia e dei costi;
- sostenibili nel tempo;
- potenzialmente riproducibili/trasferibili in altri contesti

quella fornita da Agenas in merito alle *buone pratiche per la sicurezza* che la rappresenta come

Dal 2008 al 2019 (**Tabella 38**) sono state prodotte **3.206 Buone pratiche/esperienze** tutte pubblicate sul sito di AGENAS (<http://buonepratiche.agenas.it/practices.aspx>)

Tabella 38 - Buone pratiche/esperienze per il miglioramento della sicurezza

Anno	Buone Pratiche
2008	258
2009	257
2010	280
2011	306
2012	308
2013	218
2014	297
2015	234
2016	257
2017	334
2018	227
2019	230
Totale	3.206

I criteri per la ricerca delle buone pratiche sono i seguenti:

- 1) Anno di riferimento
- 2) Regione
- 3) Azienda
- 4) Titolo esperienza
- 5) Implementazione Focus
- 6) Classificazione OBP (Osservatorio Buone Pratiche)
- 7) Classificazione PaSQ (**P**atient **S**afety and **Q**uality of Care)

- 8) Classificazione 2018
- 9) Tipologia
- 10) Tematica
- 11) Raccomandazione
- 12) Evento avverso
- 13) Contesto di implementazione
- 14) Personale sanitario coinvolto

Per ciascuna pratica pubblicata (**Tabella 39**) vengono riportati Anno, Regione, Azienda Sanitaria, Pratica messa a punto e inoltre:

-  Il Referente (persona) Regionale/aziendale e l'azienda di riferimento
-  la Classificazione della pratica (**Tabella 40**)
-  il Questionario <http://buonepratiche.agenas.it/questionnaire.aspx?id=7455>
-  per Visualizzare l'esperienza precedente che è stata aggiornata

Tabella 39 – Esempio della visualizzazione delle pratiche presenti nel WEB

Elenco delle esperienze				
Indicare una o più chiavi di ricerca ed una volta visualizzato l'elenco delle buone pratiche, premere il pulsante  per visualizzarne i dettagli, oppure premere il pulsante  per visualizzare l'esperienza precedente che è stata aggiornata.				
Anno	Regione	Azienda	Esperienza	Strumenti
2019	MARCHE	ASUR	Le vaccinazioni negli operatori sanitari e la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	  
2019	BASILICATA	AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE S.CARLO	La sepsi può essere battuta sul tempo	  
2019	LOMBARDIA	ASST SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	PROGETTO SCIMMIA Saper Come Impostare al Meglio il Miglior Antimicrobico	  
2019	VENETO	Assessorato alla Sanità - Veneto	Strategia Regione Veneto per l'uso corretto degli antibiotici in ambito umano	  
2019	SICILIA	C.O.T. S.P.A. (CURE ORTOPED. TRAUM.)	Sicurezza nella terapia farmacologica: processo di ricognizione e di riconciliazione farmacologica per una prescrizione corretta e sicura	  
2019	MARCHE	ASUR	Gestione maxiemergenze: linee di indirizzo ASUR per la gestione delle grandi emergenze sanitarie	   
2019	PIEMONTE	CN1	La trasfusione sicura	  

A partire dal 2018, il modello di classificazione/valutazione delle pratiche sviluppato nell'ambito del progetto PaSQ (Patient Safety and Quality of Care), è stato integrato in modo da consentire l'individuazione delle "buone pratiche", di cui promuovere l'implementazione e la diffusione.

Tabella 40 - Classificazione delle buone pratiche – 2018

Classificazione delle buone pratiche - 2018	
	Buona Pratica Sicura: pratica sostenibile applicata in più di un contesto, la cui efficacia in termini di miglioramento della sicurezza sia dimostrata attraverso il confronto pre-post implementazione, basato su metodi appropriati di valutazione e dimostrato da risultati in termini di processo e di esito (costi, metodi e risultati devono essere accuratamente descritti)
	Pratica Sicura: pratica implementata in almeno un contesto, valutata in maniera completa, di efficacia dimostrata, descritta accuratamente ma non risultata sostenibile e/o provata in più di un contesto
	Pratica di Efficacia Non Provata (<i>pratica implementata e valutata in maniera completa ma di efficacia non dimostrata e/o descritta in maniera sintetica</i>): pratica implementata in almeno un contesto, valutata in maniera completa, ma di efficacia non dimostrata e/o descritta in maniera sintetica
	Pratica in Progress (<i>pratica implementata, non valutata ma potenzialmente valutabile</i>): pratica implementata in almeno un contesto, con misurazione baseline ma senza misurazione post-intervento (prevista, ma non ancora effettuata)
	Pratica Non Misurata (<i>pratica implementata, non più valutabile</i>): pratica implementata in almeno un contesto, senza misurazione baseline
	Pratica Non Implementata: pratica rispondente alla definizione ma non ancora implementata (iniziative, progetti, idee in fase di sviluppo)

La **prima classificazione dell'OBP** era fondata su 3 categorie: **Buone Pratiche, Buone Pratiche Potenziali, Iniziative.**

La **classificazione PaSQ** prevede le categorie: **Pratica Sicuraⁱ, Pratica Sicura, Pratica Potenzialmente Sicura, Pratica di Efficacia Non Provata, Pratica Non Implementata, Pratica Non Valutata**

Le attività sviluppate in Italia sul tema della Sicurezza è stata riconosciuta a livello internazionale.

L'OECD nel periodo 2012-2016 ha effettuato revisioni sulla qualità dell'assistenza sanitaria in 12 paesi del mondo (Gran Bretagna 2016; Australia 2015; Giappone 2015; Portogallo 2015; **Italia 2014**; Turchia, 2014; Repubblica Ceca, Slovacca, Norvegia; Svezia 2013; Danimarca 2013; Israele 2012; Corea 2012)

Queste revisioni hanno esaminato la qualità dell'assistenza sanitaria, evidenziato le migliori pratiche e fornito una serie di valutazioni e raccomandazioni mirate per ulteriori miglioramenti della qualità dell'assistenza nei paesi in questione.

Sul tema della sicurezza nel sistema sanitario la valutazione dell'OCSE ha riconosciuto il valore delle iniziative intraprese (**Figura 27**) individuando tra i problemi generali a tutti i temi della qualità dei servizi (e quindi anche alla dimensione della sicurezza): l'applicazione disomogenea a livello regionale delle iniziative nazionali, la frammentazione e la mancanza di coordinamento dell'assistenza erogata dai diversi professionisti; la scarsa attenzione prestata ai meccanismi per la promozione della qualità del personale sanitario; ecc.).

Un monito rilevante dell'OCSE (non solo riguardo alla sanità) è contenuto in questa affermazione ***"In generale in Italia le buone intenzioni di policy non sono accompagnate da meccanismi adeguati che ne assicurino l'implementazione"***

Figura 27 – L'Italia e la Sicurezza dell'Assistenza sanitaria secondo l'OCSE



L'Italia è uno dei paesi europei più attivi in materia di adozione di politiche sulla sicurezza dei pazienti, poiché vi è un numero di iniziative destinate al monitoraggio, alla verifica e al sostegno di iniziative per il miglioramento della sicurezza dei pazienti

SODDISFAZIONE/BENESSERE OPERATORI

L'insieme dei nuclei culturali, dei processi e delle pratiche organizzative che animano la dinamica della convivenza nei contesti di lavoro, promuovendo, mantenendo e migliorando la qualità della vita e il grado di benessere fisico, psicologico e sociale delle comunità lavorative⁴⁸⁹.

a) Introduzione

La soddisfazione del personale (job satisfaction) è un tema cruciale nel sistema sanitario nel quale il capitale umano rappresenta la risorsa principale. Il sistema sanitario si differenzia dai servizi di produzione di beni in quanto fornisce un servizio in cui sono compresenti contenuti tecnici e relazionali, per cui la qualità dei servizi dipende sicuramente dalle componenti strutturali e tecnologiche e dalla sua organizzazione, ma è fortemente legata alla capacità, motivazione e alla relazione che si stabilisce tra operatori della sanità e utenti dei servizi.

Lo stato di benessere degli operatori finisce per riflettersi sulla soddisfazione degli utenti e sulla qualità dei servizi: entrambi sono profondamente influenzati dalle politiche di gestione del personale, per l'impatto del lavoro di ognuno nel percorso del miglioramento continuo della qualità.

Si è osservato come il buon funzionamento anche di una sola parte dell'Ospedale, sia a livello di Dipartimento che di Unità Operativa, possa innescare nelle sezioni contigue un meccanismo positivo di incitamento al meglio; per contro, l'osservazione di incongruenza implica un automatico calo dell'autostima generale e lo scatenamento di meccanismi di sfiducia, diffidenza, pessimismo. Alla base di un'organizzazione che ha come obiettivo il ripristino ed il mantenimento della salute, il senso di appartenenza e la condivisione di obiettivi di gruppo costituiscono aspetti cruciali.

Negli ultimi anni si è riconosciuta notevole importanza alla soddisfazione per la propria attività lavorativa, oggetto di indagine in vari studi. L'essere insoddisfatto può esporre ad una condizione di disagio, così come una serie di altri fattori: turni troppo lunghi, difficoltà organizzative, scarsa partecipazione alle decisioni, insufficiente chiarezza dei ruoli, gestione inefficace. Un confronto effettuato tra ospedali pubblici inglesi ha evidenziato la presenza di uno stato di malessere, a livello psicologico, tra il 17 ed il 33% del personale. Le frequenze più basse sono state registrate negli ospedali di piccole dimensioni ed in quelli che presentano, al loro interno, maggior cooperazione e comunicazione, un più attento monitoraggio di attività e bisogni, una migliore capacità decisionale.

Le caratteristiche organizzative possono pertanto contribuire ad accrescere i livelli di stress, cui tutto il personale di strutture sanitarie, coinvolto nell'assistenza o meno, è esposto in misura maggiore rispetto a quella di altre categorie professionali. Lo stress sperimentato sul lavoro (ed anche quello al di fuori dall'ambiente di lavoro) costituiscono un fattore di rischio per l'insorgenza di disturbi di tipo ansioso-depressivo.

In **ALLEGATO 39** si riporta una sintesi della tipologia di personale che opera in sanità e della loro numerosità quantità di personale

b) Legislazione nazionale

Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica sulle misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle pubbliche amministrazioni (2004)⁴⁹⁰.

La c.d. **“direttiva benessere”** sollecita le amministrazioni a:

- impegnarsi non solo sul piano del raggiungimento degli obiettivi di produttività ed efficacia, ma anche a realizzare, per i propri dipendenti, un insieme di ambienti e relazioni atti a contribuire al miglioramento della qualità della vita lavorativa;
- valutare e migliorare il benessere all'interno della propria organizzazione rilevando le opinioni dei dipendenti sulle dimensioni che determinano la qualità della vita e delle relazioni nei luoghi di lavoro;
- realizzare misure di miglioramento per valorizzare le risorse umane, aumentare la motivazione dei collaboratori, migliorare i rapporti tra dirigenti e operatori, accrescere il senso di appartenenza e di soddisfazione dei lavoratori per la propria Amministrazione;
- rendere attrattive le Amministrazioni Pubbliche per i talenti migliori, migliorare l'immagine interna ed esterna e la qualità complessiva dei servizi forniti dall'Amministrazione;

D.lgs. 9 aprile 2008, n. 81 Testo coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106 - **Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro**

D.Lgs. 150/2009⁴⁹¹ “Art. 21 .. ambienti di lavoro improntati al Benessere Organizzativo e istituzione CUG (Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni)

Decreto del Presidente della Repubblica n. 62/2013⁴⁹²: Art. 20 co. 3: I risultati delle indagini devono essere inseriti in un'apposita banca dati gestita dall'A.N.AC.

⁴⁹⁰

⁴⁹¹ Delege al Governo in materia di lavori usuranti, di riorganizzazione di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l'impiego, di incentivi all'occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie di lavoro

⁴⁹² Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 - Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni.

(Autorità Nazionale Anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza e delle amministrazioni pubbliche), oltre ad essere pubblicati nella sezione “Performance” relativa alla pagina “Amministrazione trasparente”. L’obbligo alla pubblicazione sul web è stato abolito nel 2016⁴⁹³ obbligo per gli OIV (Organismi Indipendenti di Valutazione) **di curare** annualmente la realizzazione **di indagini sul personale** dipendente volte a rilevare **il livello di benessere organizzativo** e il grado di condivisione del sistema di valutazione nonché la rilevazione della valutazione del proprio superiore gerarchico da parte del personale;

Legge n. 183 del 4 novembre 2010⁴⁹⁴ “si indica che il dirigente *“cura, compatibilmente con le risorse disponibili, il benessere organizzativo nella struttura a cui è preposto, favorendo l’instaurarsi di rapporti cordiali e rispettosi tra i collaboratori, assume iniziative finalizzate alla circolazione delle informazioni, alla formazione e all’aggiornamento del personale, all’inclusione e alla valorizzazione delle differenze di genere, di età e di condizioni personali”*.”

D.Lgs. 33/2013⁴⁹⁵.

Decreto del Presidente della Repubblica n. 105/2016: viene **abrogato l’obbligo** di procedere alla valutazione da parte dell’OIV

Legge n. 113 del 14 agosto 2020: Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie nell’esercizio delle loro funzioni. Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 224 del 9 settembre 2020. Entrata in vigore 24/09/2020.

c) Implementazione e monitoraggio

i. Monitoraggio del benessere organizzativo

Come visto nei dispositivi legislativi, negli ultimi anni le Pubbliche Amministrazioni hanno preso in crescente considerazione la dimensione del Benessere Organizzativo, nella consapevolezza che il miglioramento della performance di un’organizzazione è strettamente collegato ad una più attenta gestione e motivazione delle risorse umane.

Le indagini sul Benessere Organizzativo consentono di individuare quegli elementi utili a pianificare ed a implementare azioni di miglioramento organizzativo in una prospettiva di crescita e sviluppo, valorizzando le risorse umane con effetti positivi sulla performance dell’organizzazione.

Le **professioni sanitarie** sono **professioni di aiuto** al pari delle **professioni psicologiche e psicoterapeutiche** (psicologi; psicoterapeuti; counselor); **professioni educative** (docenti scolastici; educatori dei nidi; educatori penitenziari, ecc.) e

⁴⁹³

⁴⁹⁴ Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”;

⁴⁹⁵ Comma abrogato dall’art. 19, comma 1, lett. b), D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97.

professioni sociali (assistenti sociali; mediatori interculturali; mediatori familiari; animatori socioculturali; caregiver familiari; operatori sociosanitari). Per tutte queste professioni il soddisfacimento da parte dell'organizzazione dei bisogni di stima e autorealizzazione che sono al vertice della piramide dei bisogni di Maslow (Figura 28) è fondamentale.

Figura 28 – La piramide dei bisogni di Maslow

Piramide di Maslow



Il **monitoraggio del benessere organizzativo** è collocato nell'alveo delle azioni propositive e di verifica proprie dei Comitati Unici di Garanzia che inoltre coinvolgono il singolo Dirigente, chiamato a *“curare, compatibilmente con le risorse disponibili, il benessere organizzativo nella struttura a cui è preposto, favorendo l’instaurarsi di rapporti cordiali e rispettosi tra i collaboratori...”*

Per il monitoraggio ci si può avvalere del **questionario sul benessere organizzativo** predisposto dall'**Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC)**⁴⁹⁶ e di eventuali altri strumenti come quelli riportati in **ALLEGATO 40 Team Climate Survey** (Questionario di valutazione del **clima lavorativo** dei team operativi) e **ALLEGATO 41 Burnout Inventory** (Questionario di valutazione dello **stress lavorativo**).

La misurazione del benessere organizzativo è un obbligo delle pubbliche amministrazioni e viene realizzata attraverso un'indagine annuale. Le amministrazioni pubbliche di norma utilizzano il questionario ANAC nella forma proposta o con

eventuali aggiunte di approfondimento su temi che interessano l'amministrazione specifica.

Il questionario ANAC è articolato in tre macroaree:

- 1) Macroarea sul benessere organizzativo
- 2) Macroarea sul grado di condivisione del sistema di valutazione
- 3) Macroarea sulla valutazione del superiore gerarchico

Le macroaree sono suddivise in 14 dimensioni. Per ciascuna dimensione vengono proposte alcune "affermazioni" su cui il personale esprime il proprio accordo (su una scala nominale da *1 per nulla* a *6 del tutto*):

- 1) Macroarea BENESSERE ORGANIZZATIVO (51 affermazioni)
 - A) Sicurezza e salute sul luogo di lavoro e stress lavoro correlato (9)
 - B) Le discriminazioni (9)
 - C) L'equità nella mia amministrazione (5)
 - D) Carriera e sviluppo professionale (5)
 - E) Il mio lavoro (5)
 - F) I miei colleghi (5)
 - G) Il contesto del mio lavoro (5)
 - H) Il senso di appartenenza (5)
 - I) L'immagine della mia amministrazione (3)

Segue la richiesta di esprimersi sull'importanza degli ambiti di indagine da A-I

- 2) Macroarea GRADO DI CONDIVISIONE DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE (13 affermazioni)
 - J) La mia organizzazione (4)
 - K) Le mie performance (4)
 - L) Il funzionamento del sistema (5)
- 3) Macroarea VALUTAZIONE DEL SUPERIORE GERARCHICO (9 affermazioni)
 - M) Il mio capo e la mia crescita (5)
 - N) Il mio capo e l'equità (4)

ii. Sicurezza operatori sanitari

La sicurezza e salute sul luogo di lavoro viene indicato come primo item del Benessere Organizzativo per tutte le organizzazioni.

Nel Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro (2009 e 2014)⁴⁹⁷ l'unico richiamo specifico sulla sicurezza degli operatori sanitari è quello relativo

⁴⁹⁷ TITOLO X-BIS - PROTEZIONE DALLE FERITE DA TAGLIO E DA PUNTA NEL SETTORE OSPEDALIERO E SANITARIO

⁶ Titolo inserito dal decreto legislativo 19 febbraio 2014, n. 19, "Attuazione della direttiva 2010/32/UE che attua l'accordo quadro, concluso da HOSPEEM e FSESF, in materia di prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario", pubblicato sulla G.U. Serie Generale n.57 del 10/03/2014. Entrata in vigore del provvedimento 25/03/2014

Protezione dalle ferite da taglio e da punta nel settore ospedaliero e sanitario per evitare il rischio di ferite ed infezioni provocate da dispositivi medici taglienti;

Solo di recente, dopo molti tentativi, abbiamo a disposizione il testo della legge n.113 del 14 agosto 2020 concernente gli *atti di violenza* contro gli operatori sanitari.

*Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH)*⁴⁹⁸.

Nell'analisi OCSE, I medici vengono distinti in due macrocategorie: medici specialisti (medici ospedalieri) e medici di base (GPs). Nel confronto tra medici "specialisti – salariati" di 20 paesi l'Italia si posiziona al decimo posto con un reddito medio annuo di 93.000 US\$-PPP^{499,500,501} definisce **la violenza sul posto di lavoro** come atto minaccia della violenza, che va dagli abusi verbali agli attacchi fisici diretti verso le persone sul lavoro o in servizio.

L'impatto della violenza sul luogo di lavoro può variare da problemi psicologici a lesioni fisiche o persino alla morte.

La violenza può verificarsi in qualsiasi luogo di lavoro e tra qualsiasi tipo di lavoratore, ma il rischio di ***violenza mortale*** è maggiore per i lavoratori addetti alle ***vendite***, nei servizi di ***tutela/sicurezza*** e nei ***trasporti***, mentre ***il rischio di violenza non fatale*** che si traduce in giorni di assenza dal lavoro è ***maggiore per gli operatori dell'assistenza sanitaria e sociale***.

Di seguito riportiamo una sintesi del testo della nuova legge:

Art. 1 - Definisce l'**ambito di applicazione** del provvedimento (professioni sanitarie e sociosanitarie)

Art. 2 - **Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie**

- 1) ***... vive ...*** In particolare, all'Osservatorio sono attribuiti i seguenti compiti:
 - a. monitorare gli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie nell'esercizio delle loro funzioni;
 - b. monitorare gli eventi sentinella che possano dar luogo a fatti commessi con violenza o minaccia ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie nell'esercizio delle loro funzioni;
 - c. promuovere studi e analisi per la formulazione di proposte e misure idonee a ridurre i fattori di rischio negli ambienti più esposti;
 - d. monitorare l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione a garanzia dei livelli di sicurezza sui luoghi di lavoro ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81.
 - e. promuovere la diffusione delle buone prassi in materia di sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie

⁴⁹⁸

⁴⁹⁹

⁵⁰⁰

⁵⁰¹ <https://www.cdc.gov/niosh/topics/violence/default.html>

- 2) L'Osservatorio acquisisce, con il supporto dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità istituito presso l'Agenas e degli ordini professionali, i dati regionali relativi all'entità e alla frequenza del fenomeno
- 3) L'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità trasmette tramite l'Agenas i dati di cui al comma 2
- 4) Il Ministro della salute trasmette annualmente alle Camere, entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento, una relazione sull'attività svolta dall'Osservatorio.

Art. 3 – Iniziative di informazione

Art. 4 - Pene aggravate per lesioni gravi e gravissime

- 1) All'articolo 583-quater del Codice penale è aggiunto, in fine, il seguente comma «Le stesse pene si applicano in caso di lesioni personali gravi o gravissime cagionate a personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria o a incaricati di pubblico servizio, nell'atto o a causa dell'adempimento delle funzioni o del servizio presso strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche o private».
- 2) All'articolo 583 quater del Codice penale, alla rubrica, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «, nonché a personale esercente una professione sanitaria o sociosanitaria o a incaricati di pubblico servizio presso strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche o private».

Art. 5. - Circostanze aggravanti

All'articolo 61 del Codice penale, dopo il numero 11-septies) è aggiunto il seguente «11-octies) l'aver commesso il fatto con violenza o minaccia in danno degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie nell'esercizio delle loro funzioni».

Art. 6 - Procedibilità d'ufficio

Art. 7 - Costituzione di parte civile

Artt. 8 e 9 – Prevenzione

Art. 10 – Sanzioni amministrative

Art. 11 – Invarianza finanziaria

iii. La remunerazione degli operatori sanitari

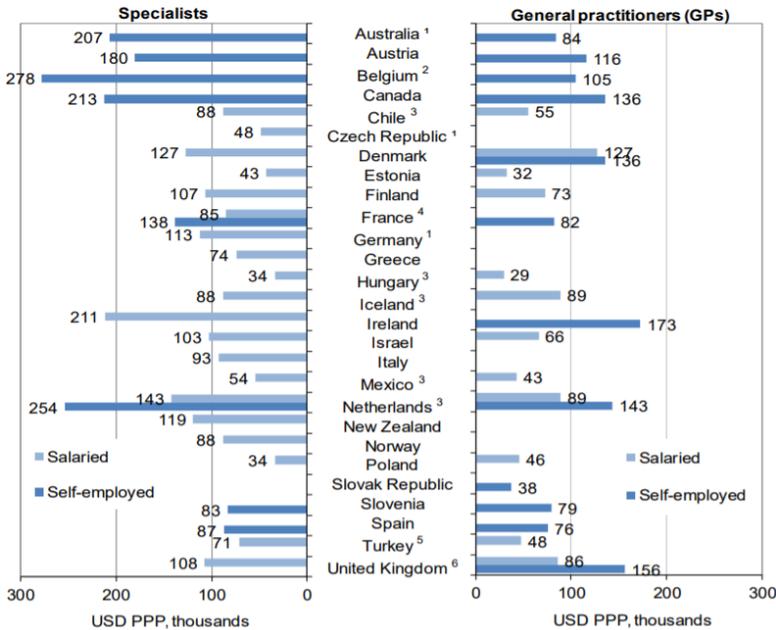
Nel *capitolo 8-b)-i* abbiamo già segnalato l'esiguità della spesa sanitaria rispetto al PIL (8,9%) se confrontata con altri paesi europei simili al nostro. La necessità di aumentare questa percentuale è fondamentale per innovare il patrimonio strutturale e tecnologico del nostro SSN, ma anche per innalzare il salario medio degli operatori che anch'esso è tra i più bassi tra i paesi dell'OCSE⁵⁰² vs. i 113.00 US\$-PPP

⁵⁰² PPP - Purchasing Power Parity (PPA -Parità Potere Acquisto)

della Germania e i 108.000 US\$-PPP del Regno Unito. Non viene indicato per l'Italia il valore per i medici di medicina generale (Figura 29)

Figura 29 – Remunerazione dei medici specialisti e dei medici di base in 27 paesi dell'OCSE

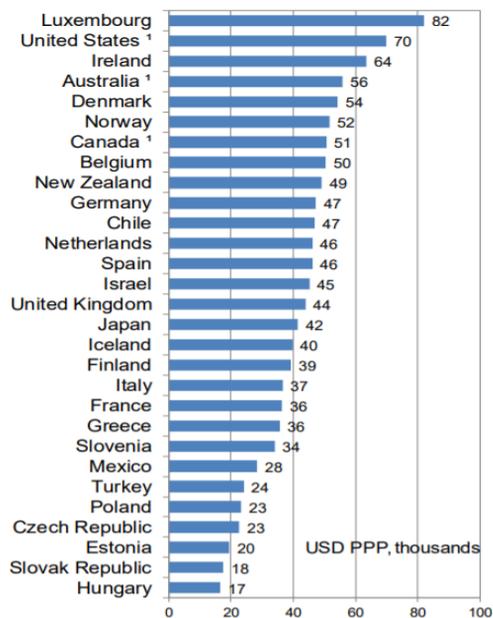
Remuneration of doctors, US\$ PPP, 2011 (or nearest year)



Il salario medio del personale infermieristico posiziona l'Italia al 19° posto su 29 paesi con un reddito medio annuo di 37.000 US\$-PPP € vs. i 47.000 US\$-PPP € della Germania e i 44.000 US\$-PPP € del Regno Unito (Figura 30).

Figura 30 – Remunerazione degli infermieri professionali in 29 paesi dell'OCSE

Remuneration of hospital nurses, USD PPP, 2011 (or nearest year)



SODDISFAZIONE PAZIENTI

Confronto tra le aspettative con cui l'utente si accosta alla tipologia di prodotto/servizio e la performance percepita (la percezione del prodotto/servizio ricavata dopo il consumo/utilizzo)^{503,504}

a) Introduzione

Tra i numerosi indicatori per la valutazione della qualità quelli relativi la soddisfazione dei pazienti sono tra i più significativi⁵⁰⁵.

La soddisfazione del paziente è una condizione indispensabile, ma non sufficiente, per un servizio sanitario di qualità.

Negli ultimi anni la soddisfazione del cliente nell'ambito dei servizi sanitari, portata alla ribalta in modo particolare dalle ricerche tra gli anni '80 e '90, è diventata uno degli obiettivi più importanti da raggiungere per le strutture sanitarie, assieme a quelli ormai consolidati dell'efficacia, efficienza e appropriatezza delle prestazioni erogate.

Ma quando un utente può dirsi soddisfatto del servizio sanitario erogato? E come fare per valutare questa particolare dimensione della qualità?

L'utente sanitario non è un cliente qualunque.

Innanzitutto, va detto che in ambito sanitario, molto più che in altri settori, esiste una significativa discrepanza tra le informazioni a disposizione dell'utente e le conoscenze di natura tecnica che possiede un medico.

L'utente sanitario non è un generico acquirente, in grado in ogni momento di operare valutazioni e scelte critiche, e le sue aspettative non sono sempre precise

Nonostante l'accessibilità alle informazioni sia cresciuta in modo esponenziale negli ultimi anni, grazie soprattutto all'evoluzione delle tecnologie digitali e al web, anche i pazienti più informati non possono naturalmente avere le competenze di uno specialista. In modo particolare possono non essere in grado di discriminare le informazioni corrette da quelle approssimative, e in ogni caso possono faticare a contestualizzarle.

Se il paziente può non conoscere gli aspetti tecnici del trattamento, come può giudicarlo?

Può succedere che gli addetti ai lavori, concentrati sull'aspetto tecnico delle prestazioni (di competenza dei medici e degli operatori sanitari in genere),

⁵⁰³ Oliver, R.L.: Measurement and Evaluation of Satisfaction Process in Retail Settings, Journal of Retailing, 1981, 57(3), pp. 25-48. (modificato)

⁵⁰⁴ Giovannelli L (a cura di): La valutazione delle performance in ambito sanitario. Profili teorici ed evidenze empiriche - nov 2013

⁵⁰⁵ Lisa V. - Gruppo Data Medica: SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE: PERCHÈ È COSÌ IMPORTANTE? - 10 aprile 2017

prestino a volte meno attenzione al processo di erogazione del servizio nella sua interezza, compresi l'aspetto relazionale, l'ambiente, il comfort, l'organizzazione dei servizi e ad altri fattori non strettamente medici che comunque contribuiscono a "costruire" la percezione del paziente sulla qualità del servizio ricevuto. Mentre il paziente nella maggior parte dei casi non è in grado di giudicare gli aspetti tecnici dei trattamenti cui è sottoposto, mostra di capire la differenza tra gli aspetti tecnici e non, e di apprezzare gli elementi funzionali della cura, che non devono dunque essere trascurati.

Una buona qualità è ottenuta solo quando il servizio percepito corrisponde o supera le attese del cliente.

Va ricordata la forte variabilità esistente nelle aspettative, che spesso possono essere eccessive o addirittura "miracolistiche" quando riguardano la salute psichica e fisica della persona."

Gli operatori dei servizi non dovrebbero mai dimenticare è che la qualità percepita in ambito sanitario, molto più che in altri settori, passa attraverso una buona relazione e comunicazione tra chi usufruisce del servizio e chi lo eroga, e in particolare attraverso l'attenzione di questi ultimi soggetti ad ascoltare, anticipare e soddisfare i bisogni e le aspettative dei pazienti che a loro si rivolgono.

La soddisfazione della persona assistita⁵⁰⁶

La soddisfazione delle persone che vengono assistite dai sistemi sanitari è considerata ormai, sia nella letteratura che nella pratica clinico-gestionale, un importante indicatore di qualità⁵⁰⁷ (Tomlinson e Clifford, 2006).

Donabedian (1988)⁵⁰⁸ affermava che la soddisfazione delle persone assistite può essere considerata un elemento integrante dello stato di salute e una componente fondamentale delle misurazioni di qualità.

La soddisfazione è stata definita come la risposta globale della persona alla sua esperienza di assistenza sanitaria nel suo insieme e in relazione a particolari aspetti, quali le cure mediche, l'assistenza infermieristica⁵⁰⁹, i processi di ammissione e dimissione. Risulta rilevante, all'interno di queste concettualizzazioni, lo scarto o la corrispondenza fra l'atteso e ciò che effettivamente le persone hanno ricevuto durante l'esperienza nell'ambiente sanitario

⁵⁰⁶ Il paziente al centro. La customer satisfaction in ambito sanitario DOSSIER **Con gli occhi dell'assistito** Dove, come e perché le organizzazioni sanitarie dovrebbero migliorare l'attenzione alle persone, attraverso la filosofia della lean organization di Annalisa Pennini Direttore Scientifico, FORMAT sas - 2014

⁵⁰⁷ Tomlinson J.S. e Clifford Y.K. Patient satisfaction: An increasingly important measure of quality, in *Annals Surgical Oncology*, 13(6), 764-765, 2006.

⁵⁰⁸ Donabedian A., Quality assessment and assurance: Unity of purpose, diversity of means, in *Inquiry*, 1988, 25, 173- 219.

⁵⁰⁹ Doran D.M - *Nursing Outcomes - Gli esiti sensibili alle cure infermieristiche*. Libreria Universo 2013

Quando le aspettative non vengono rispettate, la persona ha la percezione di insoddisfazione e di scarsa qualità del servizio ricevuto.

b) Legislazione nazionale

Ministero della Sanità Dipartimento della Programmazione dicembre 1997
I LABORATORI 4 - IL SISTEMA DI GESTIONE DEI RECLAMI: RIFERIMENTI
METODOLOGICI ED ESPERIENZE

Presidenza del Consiglio dei ministri, Dipartimento della funzione pubblica, Ufficio per l'innovazione delle pubbliche amministrazioni. Programma Cantieri: (collana Analisi e strumenti per l'innovazione del Dipartimento della funzione pubblica) [2003] - LA CUSTOMER SATISFACTION NELLE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE. Valutare la qualità percepita dai cittadini.

Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica DIRETTIVA 24 marzo 2004 - RILEVAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA DAI CITTADINI

MINISTERO DELL'INTERNO DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI INTERNI E TERRITORIALI Direzione Centrale per l'Amministrazione Generale e per gli U.T.G. Ufficio per la riforma della P.A Roma, aprile 2005 - LINEE GUIDA PER LO SVOLGIMENTO DI INDAGINI DI CUSTOMER SATISFACTION

UFFICIO GENERALE DELLE RISORSE, ORGANIZZAZIONE E BILANCIO Ufficio X ex DGPOB Ufficio relazioni con il pubblico e Centro di documentazione (dicembre 2011) - REGOLAMENTO UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO- URP

c) Interventi di sviluppo e Monitoraggio

In questo paragrafo verranno sviluppati tre temi che riteniamo fondamentali per promuovere e monitorare la soddisfazione dei pazienti nel nostro SSN: Health Literacy, Indagini soddisfazione utenti, Gestione dei reclami.

i. Health Literacy

Una delle attività basilari per promuovere la soddisfazione dei pazienti è quella della Health Literacy (presentata nel § 5.3.c.i.) che qui verrà viene sviluppata anche sulla base dei risultati della Survey Europea sull'Health Literacy del 2015⁵¹⁰,⁵¹¹.

L'European Health Measurement Instrument è uno strumento ideato per valutare l'health literacy attraverso 47 domande in grado di misurare la difficoltà percepita rispetto ad azioni legate alla salute, quali:

510 Sorensen K., Jürgen M. Pelikan J.M. et al. ...on behalf of the HLS-EU Consortium Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Eur J Public Health. 2015 Dec; 25(6): 1053-1058.

511 ©DoRS, Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, 2017. Health literacy. Dati, evidenze e ambiti di intervento

- comprendere che cosa dice il proprio medico;
- valutare se le informazioni sulle malattie presenti nei mass media sono affidabili;
- trovare informazioni su come gestire i problemi di salute mentale come lo stress o la depressione;
- comprendere le informazioni presenti sulle confezioni degli alimenti;
- partecipare ad attività che migliorano la salute e il benessere nella propria comunità.

Sono previsti quattro livelli di health literacy:

- 1) Inadeguata
- 2) Problematica
- 3) Sufficiente
- 4) Eccellente.

Il questionario è stato testato su un campione di popolazione di 1000 abitanti in **8 paesi europei**: Austria, Bulgaria, Germania (North Rhine–Westphalia), Grecia, Irlanda, i Paesi Bassi, Polonia e Spagna.

Nel 2012 il Consorzio Europeo sull'Health Literacy definisce l'Health Literacy come le **“conoscenze, motivazioni e competenze necessarie alle persone per accedere, capire, valutare e utilizzare le informazioni sulla salute, al fine di esprimere opinioni e prendere delle decisioni nella vita di tutti i giorni rispetto all'assistenza sanitaria, alla prevenzione delle malattie e alla promozione della salute e di mantenere o migliorare così la qualità della propria vita”**

Lo stesso Consorzio (**Tabella 41**) individua 12 sottodimensioni correlate a: 4 competenze (accesso, comprensione, valutazione, utilizzo delle informazioni relative alla salute) e 3 setting operativi: assistenza sanitaria, prevenzione delle malattie, promozione della salute

Tabella 41 - Survey Europea su Health Literacy: le dimensioni del modello teorico

COMPETENZE				
SETTING OPERATIVI	Accedere o ottenere le informazioni rilevanti per la salute	Comprendere le informazioni rilevanti per la salute	Apprezzare, giudicare o valutare le informazioni rilevanti per la salute	Applicare o utilizzare le informazioni rilevanti per la salute

Assistenza sanitaria	1) Capacità di accedere alle informazioni su problemi medici o clinici	2) Capacità di comprendere informazioni di tipo medico e utilizzarle	3) Capacità di interpretare e valutare informazioni di tipo medico	4) Capacità di prendere decisioni informate su problemi medici
Prevenzione delle malattie	5) Capacità di accedere alle informazioni sui fattori di rischio	6) Capacità di comprendere le informazioni sui fattori di rischio e utilizzarle	7) Capacità di interpretare e valutare le informazioni sui fattori di rischio	8) Capacità di giudicare la rilevanza delle informazioni sui fattori di rischio
Promozione della salute	9) Capacità di aggiornarsi rispetto ai temi di salute	10) Capacità di comprendere le informazioni relative alla salute e utilizzarle	11) Capacità di interpretare e valutare le informazioni sui temi relativi alla salute	12) Capacità di farsi un'opinione sui temi di salute

Health literacy – un determinante di salute fondamentale ...

L'alfabetizzazione (Literacy) viene individuata come un fattore predittivo dello stato di salute di un individuo più forte rispetto al reddito, all'occupazione, al livello di istruzione e al gruppo etnico o razziale di appartenenza.

La ricerca europea indica che:

- Un'health literacy limitata (misurata, ad esempio, sulla base delle abilità di lettura) influisce in modo significativo sulla salute.
- Un'health literacy limitata è associata ad un gradiente sociale e può rafforzare ulteriormente le disuguaglianze esistenti
- La costruzione di abilità e competenze di health literacy è un processo che dura per tutto il corso della vita.
- Le capacità e le competenze relative all'health literacy variano in base al contesto, alla cultura e al setting.
- Un'health literacy limitata è associata a costi elevati per il sistema sanitario.

Gli ambiti di intervento

- 1) Considerare l'health literacy un tema trasversale ai governi e alle società. La responsabilità dell'health literacy non è in capo solo ai singoli individui, ai decisori politici o ai professionisti della sanità, ma coinvolge trasversalmente molteplici ambiti, professioni e settori
- 2) Coinvolgere i molteplici stakeholder che si occupano di health literacy.
- 3) Sviluppare iniziative di plain-language. Per plain language s'intende la comunicazione che l'ascoltatore o il lettore può comprendere chiaramente la prima volta che ascolta o legge

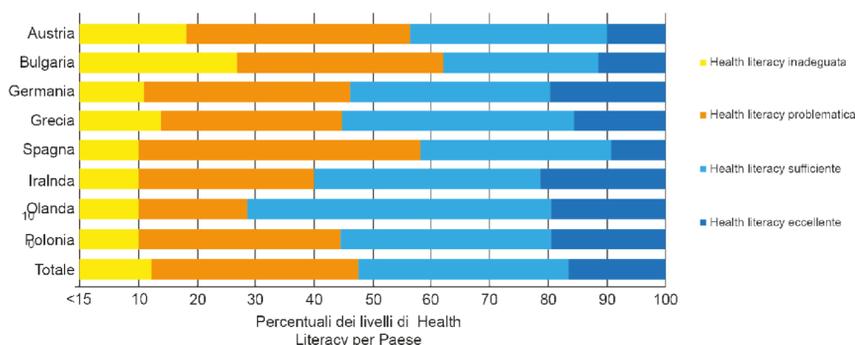
- 4) Investire nella valutazione e nella ricerca. Sarebbe necessario condurre delle survey sull'health literacy e sui sistemi che supportano l'health literacy e finanziare la ricerca per supportare interventi efficaci.

L'Health Literacy in Europa

Circa la metà degli europei presenta abilità di health literacy inadeguate o problematiche (literacy limitata), La Survey Europea sull'Health Literacy (7.795 rispondenti) ha rivelato che il 12% di tutti i rispondenti presenta un'health literacy generale inadeguata e il 35% un'health literacy problematica. Pertanto, l'health literacy limitata in Europa non è solo un problema che riguarda una minoranza della popolazione.

Vi sono enormi differenze tra i diversi Paesi. Il problema dell'health literacy inadeguata riguarda una percentuale di popolazione compresa tra il 2 e il 27% negli otto Paesi. L'health literacy limitata (inadeguata e problematica) varia da un 29% nei Paesi Bassi a un 62% in Bulgaria (Figura 31)

Figura 31 - Distribuzione dell'health literacy in 8 paesi europei



Alcuni gruppi sono più vulnerabili.

Determinati gruppi vulnerabili presentano **percentuali di health literacy limitata molto più elevate** rispetto alla popolazione generale in Europa, **compreso uno status sociale più basso** (basso status sociale auto valutato, basso livello d'istruzione, basso reddito e problemi nel pagare le bollette), uno **stato di salute peggiore** (misurato attraverso la salute auto-percepita, la malattia a lungo termine e le limitazioni nello svolgere le attività per problemi di salute) o la relativa età avanzata. Di nuovo, la diversità tra Paesi, in Europa, è notevole

Strumenti per misurare l'health literacy

La Health Literacy è un costrutto misurabile. Negli anni '90 sono stati messi a punto diversi strumenti per la sua misurazione⁵¹²: European Health Measurement Instrument (EU-HLS)⁵¹³ - Health Literacy Measurement Instrument (HLS-EU-Q)⁵¹⁴ - Health Literacy Management scale (HeLMs)⁵¹⁵ - Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)⁵¹⁶ - Test of Functional Health Literacy (TOFLHA)⁵¹⁷ e la sua forma breve Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA)⁵¹⁸ - Newest Vital Sign (NVS)⁵¹⁹ - Italian Health Literacy Measures (IHLM)⁵²⁰

Esistono più di 20 strumenti per misurare l'health literacy. Le misure esistenti sono ancora troppo orientate al singolo (**Tabella 42**) e pertanto devono essere ampliate per comprendere la collettività (comprese le comunità) e per valutare la literacy-friendliness dei materiali di comunicazione, delle organizzazioni e degli ambienti di vita.

⁵¹² Duell, P., Wright, D., Renzaho, A. M. N., & Bhattacharya, D. (2015). Optimal health literacy measurement for the clinical setting: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 98(11), 1295–1307

⁵¹³ Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 588–594.

⁵¹⁴ Sorensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058.

⁵¹⁵ Jordan, J. E., Buchbinder, R., Briggs, A. M., Elsworth, G. R., Busija, L., Batterham, R., & Osborne, R. H. (2013). The Health Literacy Management Scale (HeLMS): A measure of an individual's capacity to seek, understand and use health information within the healthcare setting. *Patient Education and Counseling*, 91(2), 228

⁵¹⁶ Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., Mayeaux, E. J., George, R. B., Murphy, P. W., & Crouch, M. A. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Family Medicine*, 25, 391–395.

⁵¹⁷ Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The Test of Functional Health Literacy in Adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10, 537–541

⁵¹⁸ Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., & Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Education and Counseling*, 38, 33–42.

⁵¹⁹ Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., Hale, F. A. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: The Newest Vital Sign. *The Annals of Family Medicine*, 3, 514–522

⁵²⁰ Biasio L.R e membri del Comitato Scientifico - **Indagine osservazionale, descrittiva dei livelli di health literacy nella popolazione afferente agli studi dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta (PLS) attraverso due strumenti di misura in lingua italiana**. Protocollo HLIM DRAFT Versione 1.2.1 del 7/3/2017 <https://www.sip.it/wp-content/uploads/2017/09/studio.pdf>

Tabella 42 - Percentuale di persone con health literacy inadeguata o problematica

INDICATORE	CATEGORIA	% minima	% massima	% totale
Status sociale	Molto basso	59% Germania	84% Spagna	74%
Salute auto percepita	Scarsa o molto scarsa	41% Paesi Bassi	86 % Austria	73%
Istruzione (Standard Internazionali di Classificazione del livello d'istruzione)	Livello 0 o 1	41% Paesi Bassi	100 % Polonia	68%
Essere in grado di pagare le cure mediche	Molto difficile	40% Germania	81 % Bulgaria	67%
Essere in grado di parlare con un dottore	Abbastanza difficile o molto difficile	42% Paesi Bassi	80 % Bulgaria	66%
Attività limitate a causa di problemi di salute	Seramente limitate	35% Paesi Bassi	82 % Austria	66%
Reddito familiare mensile	Inferiore a € 800	38% Paesi Bassi e Austria	84 % Bulgaria	66%
Essere in grado di pagare le cure mediche	Abbastanza difficile	35% Paesi Bassi	72 % Bulgaria e Spagna	64%
Difficoltà a pagare le bollette	La maggior parte delle volte	33% Paesi Bassi	75% Bulgaria	63%
Malattie a lungo termine	Sì, più di una	33% Paesi Bassi	83% Bulgaria	61%
Età	Età 75 anni o più anziano	29% Paesi Bassi	75% Bulgaria	61%
Status sociale	Basso	48% Paesi Bassi	64% Germania e Polonia	60%

Come già indicato sono stati messi a punto numerosi strumenti per misurare la health literacy. A titolo di esempio riportiamo una sintesi dello strumento messo a punto in Italia (**Figura 32**) (cfr. Biasio e coll. 2017).

Obiettivo primario dello studio è stato quello di descrivere i livelli di Health Literacy in una popolazione afferente agli studi/ambulatori di MMG e PLS,

utilizzando due strumenti semplici di misura, in lingua italiana, di cui uno auto-valutativo (SILS) ed uno oggettivo (IMETER).

Il **SILS (Single Item Literacy Screener)**⁵²¹ è costituito da una sola domanda: “Quante volte ha bisogno di qualcuno che la aiuti quando legge istruzioni, opuscoli o altro materiale che le è stato consegnato dal proprio medico o farmacista?”

L’ **IMETER “ (Italian Medical Term Recognition Test)** è costituito da una lista di 70 termini (40 termini medici e 30 termini non-medici o termini privi di significato) di uso frequente, soprattutto in ambito di vaccinologia e antibiotico terapia. L’esistenza e la pertinenza di tali parole nella terminologia medica della lingua italiana sono stata verificate consultando i siti web della Treccani e DeAgostini)

⁵²¹ Morris NS et al - The SILS: Evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability - BMC Family Practice 2006, 7:21

Figura 32 - Il Questionario IMETER (a sx) e SILS (a dx in alto)

QUESTIONARIO ANONIMO SUL RICONOSCIMENTO DEI TERMINI MEDICI

Per favore compili questa scheda: la impegnerà pochi minuti. I dati raccolti verranno trattati in forma anonima ed aggregata per analisi statistiche e saranno utilizzati per presentazioni e pubblicazioni scientifiche. Grazie

Data: ___/___/___ Età: ___ Sesso M F Professione _____
 Titolo di studio: Nessuno Elementari Medie Superiori Laurea - Lingua madre: Italiano Altro

**IL SEGUENTE ELENCO DI PAROLE
 CONTIENE DEI TERMINI MEDICI E
 TERMINI CHE INVECE NON LO SONO.
 METTA UNA "X" SOLO SULLE CASELLE
 CORRISPONDENTI AI TERMINI MEDICI.**

TEST IMETER

1	ANTITETRANICO	36	DISINFEZIONE
2	POLMONITE	37	EQUIPOLLENTE
3	ZOSTER	38	MALORIA
4	POSOLOGIA	39	PAPILLOMAVIRUS
5	POLMOMIELITE	40	ALCOLIOSO
6	SIFILIDE	41	ANTIBIOTICI
7	CONTROINDICAZIONI	42	ANTIREGRESSIVO
8	CALENDARIO	43	PARENTERALE
9	ANTIBIOGRAMMA	44	CHEMIOTERAPIA
10	ALLEGORIA	45	OCCITANICA
11	PARENTALE	46	NAUSIA
12	PANDOMICO	47	IMPETIGINE
13	TESTINO	48	PRESCRIZIONE
14	MENINGOCOCCO	49	ABORIGENO
15	PUSTOLA	50	CONVULSIONI
16	CERPES	51	AVVERTENZE
17	BATTERIO	52	AMOXACELLINA
18	ANAFILASSI	53	ROTTOVIRUS
19	POZIENTE	54	DOSE
20	GRAVIDANZA	55	ORALE
21	DIAGNOSI	56	VARICELLA
22	LIMPOCITI	57	SOMMINISTRAZIONE
23	ITTERO	58	LOCAZIONE
24	LINFONODI	59	INSONNIACO
25	ASPLENIA	60	AUTISTA
26	EPATITE	61	RESISTENZA
27	RESPINGENTE	62	PELVICE
28	DITTERO	63	VACILLANEO
29	ASMA 64 ERUZIONE	64	ERUZIONE
30	INFIAMMATOIO	65	GERMI
31	ANEMIA	66	GONORREA
32	ALLEGRENE	67	TUMICO
33	GRAVIDISMO	68	IMMUNIZZAZIONE
34	STRESS	69	FUNGO
35	ELLARGICO	70	CONTRAPAZIONE

**RISPONDA ALLA SEGUENTE DOMANDA
 METTENDO UNA "X" SULLA CASELLA CHE
 RITIENE PIU' OPPORTUNA.**

TEST SILS

Quante volte ha bisogno di qualcuno che la aiuti quando legge istruzioni, opuscoli, o altro materiale che le è stato consegnato dal proprio medico o farmacista?

<input type="checkbox"/>	mai
<input type="checkbox"/>	raramente
<input type="checkbox"/>	qualche volta
<input type="checkbox"/>	spesso
<input type="checkbox"/>	sempre

E' affetto/a da malattie croniche?

<input type="checkbox"/>	Nessuna
<input type="checkbox"/>	Cardiovascolare
<input type="checkbox"/>	Respiratoria
<input type="checkbox"/>	Infettiva
<input type="checkbox"/>	Metabolica
<input type="checkbox"/>	Reumatica
<input type="checkbox"/>	Oncologica
<input type="checkbox"/>	Neurlogica
<input type="checkbox"/>	Altro
<input type="checkbox"/>	Non lo so, sono in dubbio

Nel corso dell'ultimo anno è stato/a vaccinato/a

<input type="checkbox"/>	Contro l'influenza
<input type="checkbox"/>	Contro lo pneumococco
<input type="checkbox"/>	Altro _____

ii. Indagini soddisfazione pazienti

Le informazioni sulla soddisfazione dei pazienti possono derivare da indagini tramite questionari (cartacei o via web) /interviste o da Focus Group. Si riportano di seguito tre esempi:

- due esempi su **indagini: ServQual**, modello storico (1988) di Parasuraman e coll⁵²² e **AHPEQS** (Australian Hospital Patient Experience Question Set)⁵²³ sviluppato dall' Australian Commission on Safety and Quality in Health Care.
- un esempio di **focus group: Public reporting of safety and quality in public and private hospitals**⁵²⁴

INDAGINI - MODELLO SERVQUAL

È una metodologia quantitativa molto standardizzata, studiata specificatamente per misurare il giudizio dei clienti sulla qualità dei servizi, che permette di confrontare le attese e le percezioni dell'utenza relativamente ad uno specifico servizio. Esso è costituito da una serie di 22 domande predefinite articolate in due gruppi ripetuti riguardanti rispettivamente le aspettative degli utenti nei confronti del servizio e il giudizio sui vari aspetti del servizio, oppure distribuite in forma più compatte in una serie unica di domande. Le 22 domande, valide per ogni tipologia di servizio, consentono di misurare la qualità percepita e le attese separatamente, per 5 dimensioni, ritenute dall'autore indispensabili per giudicare la qualità del servizio. Le dimensioni sono le seguenti:

- 1) **Elementi tangibili** (aspetto delle strutture fisiche, delle attrezzature e del personale)
- 2) **Affidabilità** (capacità di erogare il servizio promesso in modo affidabile e preciso)
- 3) **Capacità di risposta** (volontà di aiutare i clienti e di fornire il servizio con prontezza)
- 4) **Capacità di rassicurazione** (competenza e cortesia degli impiegati e relativa capacità di ispirare fiducia e sicurezza)
- 5) **Empatia** (assistenza premurosa e personalizzata che viene riservata a clienti ed utenti)

Gli enunciati divisi nelle cinque dimensioni prendono in esame i seguenti punti:

Elementi tangibili

- 1) Aggiornamento tecnologie e apparecchiature
- 2) Gradevolezza dei locali
- 3) Pulizia dei locali e del personale
- 4) Utilità ed estetica del materiale di supporto al servizio (dépliant, cartelli, etc.)

⁵²² Parasuraman A., Zeithaml V.A., Berry L.L. (1988). Servqual: A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perception of Service Quality. *Journal of Retailing*, vol. 64, n. 1, pp. 12-37.

⁵²³ Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. - Australian Hospital Patient Experience Question Set (AHPEQS) Summary of development and testing. December 2017 https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2019-04/ahpeqs_-_development_summary_-_december_2017.pdf

⁵²⁴ Australian Commission on Safety and Quality in Health Care - March 2019 - PUBLIC REPORTING OF SAFETY AND QUALITY IN PUBLIC AND PRIVATE HOSPITALS. Report on consumer and clinician focus groups and expert interviews

Affidabilità

- 5) Capacità dell'azienda di mantenere gli appuntamenti
- 6) Capacità dell'azienda di mostrarsi interessata a risolvere i problemi degli utenti
- 7) Capacità dell'azienda di fornire il servizio nel modo giusto la prima volta
- 8) Capacità dell'azienda di rispettare i tempi di erogazione del servizio
- 9) Correttezza nel trattamento delle pratiche degli utenti

Capacità di relazione

- 10) Informazioni circa i tempi in cui il servizio verrà erogato
- 11) Velocità di erogazione del servizio
- 12) Disponibilità del personale ad aiutare l'utente qualora esso abbia difficoltà
- 13) Disponibilità del personale a dedicarsi esclusivamente all'utente mentre lo sta assistendo

Capacità di rassicurazione

- 14) Capacità del personale di comportarsi in modo da ispirare fiducia nell'utente
- 15) Capacità del personale di trasmettere senso di sicurezza all'utente
- 16) Cortesia del personale
- 17) Professionalità e preparazione del personale: capacità di rispondere alle richieste dell'utente

Empatia

- 18) Attenzione personalizzata all'utente
- 19) Orari di servizio comodi per tutti gli utenti
- 20) Presenza di personale che dedica attenzione individuale agli utenti
- 21) Capacità della Asl di prendere a cuore gli interessi degli utenti
- 22) Comprensione di bisogni specifici degli utenti.

Le risposte sono articolate in una scala da 1 a 7

Non sono assolutamente d'accordo	1	2	3	4	5	6	7	Sono perfettamente d'accordo
----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------------

valori da 1 a 3 si considerano (in linea molto generale) negativi

valori da 5 a 7 si considerano (in linea molto generale) positivi

INDAGINI - Modello AHPEQS (Australian Hospital Patient Experience Question Set)⁵²⁵

Il modello AHPEQS dall'analisi tematica delle discussioni di focus group di consumatori che hanno avviato il progetto. L'elenco completo (101 fattori/indicatori) è riportato in **(ALLEGATO 42)**

⁵²⁵ <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/indicators-measurement-and-reporting/australian-hospital-patient-experience-question-set>

Nella **Tabella 43** sono presentate le macrocategorie del sistema: 20 dimensioni di esperienza (in file ombreggiate in blu) all'interno di 4 categorie (fattori di erogazione dell'assistenza, fattori di pratica clinica, fattori interpersonali e fattori di sistema / amministrativi).

Tabella 43 – Il modello Australian Hospital Patient Experience Question Set (AHPEQS)

<i>Fattore</i>	<i>Definizione</i>
Fattori di erogazione dell'assistenza	
1. Accesso	
2. Dimissioni	
3. Ambiente	
4. Cibo e igiene personale	
5. Organizzazione di diverse parti dell'assistenza	
6. Assistenza su misura per le esigenze	
7. Coerenza nella qualità delle cure	
Fattori di pratica clinica	
8. Trattamento clinico	
Fattori interpersonali	
11. Essere informato	
12. Comunicazione personale-paziente	
13. Sentirsi conosciute dal personale	
14. Essere trattati come un essere umano	
15. Sentirsi curato dal personale	
Fattori di sistema e di amministrazione	
16. Dare feedback	
17. Appuntamenti e liste di attesa	
18. Schede e documenti sanitari	
19. Orientamento del paziente dell'organizzazione sanitaria	
20. Gestione dei servizi sanitari	

INDAGINI - Modello FOCUS GROUPS⁵²⁶ (su Consumatori, Medici, Esperti)

⁵²⁶ Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. March 2019. Public reporting of safety and quality in public and private hospitals - Report on consumer and clinician focus groups and expert interviews

Risultati dai forum dei FOCUS GROUP dei CONSUMATORI

Quali sono i motivi per cui le informazioni sulla sicurezza e sulla qualità dovrebbero essere segnalate pubblicamente?

- Scelte informate
- Migliorare il coordinamento, i processi e la comunicazione dell'assistenza
- Trasparenza e responsabilità

Quali informazioni sulla sicurezza e sulla qualità dovrebbero essere segnalate pubblicamente?

Indicatori più frequentemente individuati

- Tassi di infezione associati all'assistenza sanitaria
- Incidenti chirurgici, post-intervento e risultati della procedura
- Eventuali errori terapeutici
- Tariffe di riammissione
- Durata del soggiorno

Altre informazioni

- Stato dell'accreditamento e prestazioni rispetto agli standard
- Dal reporting a livello ospedaliero a quello clinico
- Cultura organizzativa

Come devono essere rese pubbliche informazioni sulla sicurezza e sulla qualità? Dovrebbe essere lo stesso nei settori della sanità pubblica e privata?

- Le informazioni attualmente disponibili non sono ben note / comprese
- La facilità di accesso e utilizzo delle informazioni è essenziale
- Una combinazione di informazioni numeriche e narrative è utile
- Stessa segnalazione da parte di settori ospedalieri pubblici e privati

Chi dovrebbe essere responsabile della messa a disposizione del pubblico di informazioni sulla sicurezza e sulla qualità?

Quali sono le altre considerazioni (compresi gli ostacoli e le sfide) che sono importanti per i consumatori nella comunicazione al pubblico di informazioni sulla sicurezza e sulla qualità?

- Fiducia

Risultati dai forum dei FOCUS GROUP dei MEDICI

Quali sono i motivi per cui le informazioni sulla sicurezza e sulla qualità dovrebbero essere segnalate pubblicamente?

- Miglioramento della qualità e responsabilizzazione dei consumatori
- Fornire una visione equilibrata e obiettiva delle prestazioni
- Supportare il rinvio del medico di medicina generale e la fornitura di consulenza ai pazienti

Quali informazioni sulla sicurezza e sulla qualità dovrebbero essere segnalate pubblicamente?

- Prestazioni rispetto agli standard nazionali di sicurezza e qualità del servizio sanitario
- Le informazioni standardizzate a livello di ospedale sono molto utili
- Dati che rappresentano nuove idee sulla sicurezza e sulla qualità
- Informazioni sui relativi benefici e rischi delle procedure

Come devono essere rese pubbliche informazioni sulla sicurezza e sulla qualità? Dovrebbe essere lo stesso nei settori della sanità pubblica e privata?

- La presentazione dei dati dovrebbe considerare i livelli di alfabetizzazione sulla salute del pubblico
- Rapporti comuni in entrambi i settori ospedalieri pubblici e privati
- La facilità di accesso e utilizzo delle informazioni è essenziale
- Le informazioni dovrebbero essere rilasciate regolarmente

Chi dovrebbe essere responsabile della messa a disposizione del pubblico di informazioni sulla sicurezza e sulla qualità?

Quali sono le altre considerazioni (compresi gli ostacoli e le sfide) che sono importanti per i clinici nella comunicazione al pubblico di informazioni sulla sicurezza e sulla qualità?

- Percezioni delle conseguenze sulla pubblicazione di dati sulle prestazioni
- Imparare da iniziative di successo
- Migliore utilizzo dei dati amministrativi esistenti

Risultati interviste di esperti

Intervistato A: direttore, assicuratore sanitario privato, Australia

- a. Segnalazione effettuata dall'assicuratore sanitario privato. b) Vantaggi della rendicontazione pubblica al settore ospedaliero privato. c) Sfide delle segnalazioni pubbliche nel settore ospedaliero privato. d) Altre considerazioni per la rendicontazione pubblica

Intervistato B: professore associato, università, Australia

- a. Vantaggi della rendicontazione pubblica. b) Sfide della rendicontazione pubblica. c) Esempi di buone relazioni pubbliche. d) Modifiche necessarie per favorire una migliore segnalazione pubblica

Intervistato C: amministratore, governo dello stato, Australia

- a. Vantaggi della rendicontazione pubblica. b) Sfide della rendicontazione pubblica-ca. c) Esempi di buone relazioni pubbliche

Intervistato D: amministratore, fondo sanitario, Norvegia

- a. Informazioni sulle segnalazioni pubbliche in Norvegia. b) Vantaggi della rendicontazione pubblica, c) Sfide della rendicontazione pubblica

Intervistato E: amministratore, organizzazione no profit, USA

- a. **Contesto di relazioni pubbliche negli Stati Uniti.** b) **Reazione al sistema di segnalazione pubblico.** c) **Vantaggi della rendicontazione pubblica.** d) **Sfide della rendicontazione pubblica.** e) **Futuro della rendicontazione pubblica**
In **ALLEGATO 43** si riporta il **vademecum per il moderatore dei forum.**

iii. Gestione dei reclami⁵²⁷

Il reclamo è uno degli strumenti di ascolto che permette di cogliere i segnali di disagio e di insoddisfazione dei cittadini e quindi è uno strumento di forte valenza strategica, in quanto, oltre a costituire un monitoraggio dei punti critici del sistema, diventa uno degli elementi di cambiamento che orienta l'azione di miglioramento e di adeguamento della qualità dei servizi sanitari.

Il sistema di gestione dei reclami è stato codificato da

- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502- "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"
- Decreto Legislativo 3 febbraio 1993, n. 29. Razionalizzazione della organizzazione delle Amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421⁵²⁸: l'art. 12. Istituisce l' URP (Ufficio relazioni con il pubblico)
 - 1) Le amministrazioni pubbliche, al fine di garantire la piena attuazione della legge 7 agosto 1990, n. 241, individuano, nell'ambito della propria struttura e nel contesto della ridefinizione degli uffici di cui all'articolo 31, uffici per le relazioni con il pubblico.
 - 2) Gli uffici per le relazioni con il pubblico provvedono, anche mediante l'utilizzo di tecnologie informatiche:
 - a. al servizio all'utenza per i diritti di partecipazione ... *omissis*...
 - b. all'informazione all'utenza relativa agli atti e allo stato dei procedimenti;
 - c. alla ricerca ed analisi finalizzate alla formulazione di proposte alla propria amministrazione sugli aspetti organizzativi e logistici del rapporto con l'utenza.
 - 3) Agli uffici per le relazioni con il pubblico viene assegnato, nell'ambito delle attuali dotazioni organiche delle singole amministrazioni, personale con idonea qualificazione e con elevata capacità di avere contatti con il pubblico, eventualmente assicurato da apposita formazione.
 - 4) Al fine di assicurare la conoscenza di normative, servizi e strutture, le amministrazioni pubbliche programmano ed attuano iniziative di comunicazione di pubblica utilità... *omissis*...

⁵²⁷ Ministero della Sanità, Dipartimento della Programmazione: IL SISTEMA DI GESTIONE DEI RECLAMI: Riferimenti metodologici e esperienze. Dicembre 1997

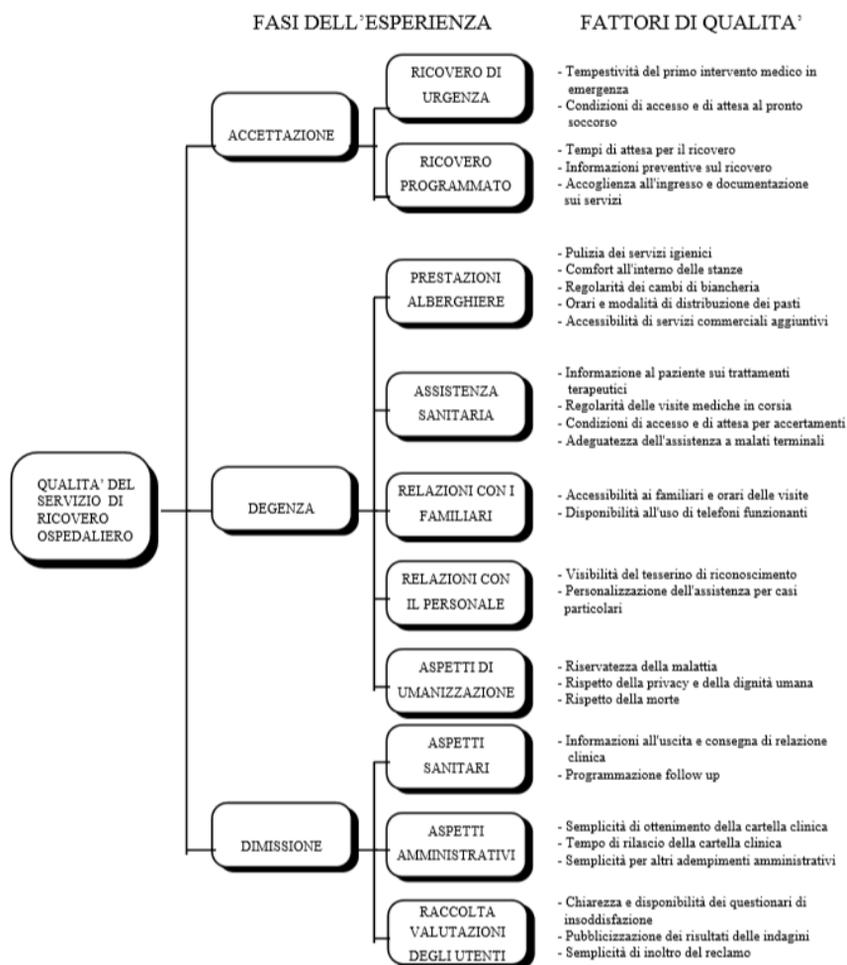
⁵²⁸ Nel 1998 stato pubblicato l'Aggiornamento al DECRETO LEGISLATIVO n. 29 (GU Serie Generale n.119 del 25-05-1998 - Suppl. Ordinario n. 98) è

- D.P.C.M. 19-5-1995 Schema generale di riferimento della «Carta dei servizi pubblici sanitari». Pubblicato nella Gazz. Uff. 31 maggio 1995, n. 125, S.O.

Uno degli elementi cardine del sistema di gestione dei reclami è la classificazione che viene data dei reclami stessi. Non esiste una classificazione universale a prescindere dagli obiettivi per cui questa viene costruita. Vengono di seguito riportate alcune delle classificazioni presenti nel documento ministeriale del 1997⁵²⁹ che suddivide le classificazioni in *Classificazioni che si basano su una logica di tipo "albero della qualità"* e *Classificazioni che si basano su una differenziazione dei contenuti del reclamo*. Di seguito viene riportato un esempio dei cosiddetti "alberi della qualità" presenti nel DPCM 1995 (**Figura 33**) ed esempi delle classificazioni basate sulla differenziazione dei contenuti dei reclami.

⁵²⁹ Ministero della Sanità - Dipartimento della Programmazione. IL SISTEMA DI GESTIONE DEI RECLAMI: Riferimenti metodologici e esperienze. Dicembre 1997

Figura 33 – Albero della Qualità del servizio di ricovero ospedaliero



Classificazione sui contenuti dei reclami

Azienda della Regione Friuli-Venezia Giulia

- Aspetti relazionali
- Umanizzazione
- Informazioni
- Tempo
- Aspetti alberghieri e di comfort
- Strutture
- Aspetti organizzativi generali
- Aspetti organizzativi relativi al ticket
- Competenza tecnico-professionale
- Aspetti di competenza di tipo tecnico professionale relativi al consenso informato
- Richieste improprie o non evadibili

Azienda della Regione Puglia

- barriere architettoniche • disattenzioni norme • rimborso • carenza informazioni • trasparenza atti amministrativi/accelerazione • assenza personale e mancata prestazione • comportamento scorretto/mancata capacità relazionale • tempi di attesa attività ambulatoriale • assenza/non funzione apparecchiature

Azienda della Regione Piemonte

RICOVERO OSPEDALIERO

- 1) Accettazione: • ricovero d'urgenza, • ricovero programmato
- 2) Degenza; • prestazioni alberghiere, • assistenza sanitaria, • relazioni con i familiari.
 - relazione con il personale, • aspetti di umanizzazione
- 3) dimissione: • aspetti sanitari, • aspetti amministrativi, • raccolta valutazioni degli utenti

SPECIALISTICA E DIAGNOSTICA

- 1) Richiesta: • scelta della struttura, • prenotazione • pagamento
- 2) visita e procedure diagnostico/terapeutiche; • accesso e attesa; • visita specialistica, • esami strumentali e di laboratorio, • relazione con il personale, • conclusione della visita
- 3) ritiro referti ed esiti: • aspetti sanitari, • aspetti amministrativi, • raccolta valutazioni degli esami

ASSISTENZA PRIMARIA

- 1) scelta e revoca del medico: • scelta, • revoca
- 2) prestazione ambulatoriale: • attesa, • visita e prestazioni integrative, • prescrizione ed indirizzo al livello specialistico
- 3) prestazioni domiciliari: • richiesta di visita, • effettuazione visita, • assistenza domiciliare, • altro

In (**ALLEGATO 44**) si riporta un esempio recente nella Regione Marche

Sulla base dei dati raccolti attraverso le varie tipologie di classificazione dei reclami occorre procedere all'analisi degli stessi. Tali analisi possono essere di tipo quantitativo o qualitativo

Fase 1) Analisi di tipo quantitativo

L'analisi di tipo quantitativo è fondamentale per fornire un quadro generale dell'insoddisfazione.

Quest'ultima è basata fondamentalmente sull'osservazione della frequenza dei reclami. Sebbene sia possibile focalizzare l'analisi quantitativa su di un ampio numero di parametri, è bene prendere in considerazione almeno tre variabili principali:

- **chi** (le caratteristiche individuali) ha sporto il reclamo,
- **perché** lo ha fatto (la tipologia)

- **dove** si sono svolte le circostanze che lo hanno determinato (la fase dell'esperienza del cittadino).

L'elaborazione dei dati relativi alla tipologia (perché), alle caratteristiche individuali (chi) ed alla fase dell'esperienza (dove) dei reclami, naturalmente non deve limitarsi a prendere in considerazione la sola frequenza assoluta, *ma deve essere estesa anche alla frequenza relativa* (percentuale, media o altro tipo di misurazione) per permettere la comparazione tra diverse strutture e unità operative all'interno ed all'esterno dell'azienda nonché di seguire in modo più oggettivo l'evoluzione temporale della distribuzione dei reclami nelle diverse categorie.

L'analisi delle informazioni relative al profilo dei cittadini che hanno sporto reclami (chi), ha la finalità di esaminare alcune delle loro caratteristiche demografiche (genere, fascia d'età, ecc.) e socioeconomiche. Ciò potrebbe consentire, ad esempio, di identificare gruppi che non reclamano o lo fanno raramente, con particolare riguardo alle fasce deboli. Un risultato di questo tipo può essere utile per orientare l'introduzione di misure correttive legate all'accesso.

Fase 2) Analisi di tipo qualitativo

L'analisi di tipo qualitativo richiede la disponibilità di risorse umane con esperienza e formazione specifiche, che concentrino i loro sforzi sullo studio di singoli casi, consultando la documentazione raccolta nell'istruttoria ed eventualmente realizzando ulteriori approfondimenti.

Questi ultimi possono avere, ad esempio, l'obiettivo di costruire nuovi raggruppamenti dei casi in base a chiavi di lettura o parametri non presi in considerazione dalla classificazione dei reclami.

Altre volte, anche sulla base di indicazioni provenienti dalle Associazioni di tutela, è necessario intensificare i processi di approfondimento allo scopo di individuare casi di particolare interesse, che possono costituire dei sensori, o dei veri e propri "eventi sentinella":

Fase 3) Diffusione dei risultati dell'analisi dei reclami

Una volta effettuata l'analisi dei reclami e delle segnalazioni sarebbe opportuno **comunicarne i risultati** il più ampiamente possibile **sia all'interno dell'azienda che all'esterno di essa**. Le modalità della comunicazione possono essere le più varie.

Per quanto riguarda l'**interno** si possono citare senz'altro l'utilizzo da parte delle aziende di relazioni periodiche prodotte dall'URP, o da chi gestisce il sistema dei reclami e destinate principalmente ai vertici aziendali (Direzione Generale, Sanitaria, Amministrativa, Responsabili delle Unità Operative, ecc.).

Per quanto riguarda l'esterno è opportuno che i dati vengano anche diffusi tra tutte le altre componenti che giocano un ruolo importante nell'ambito del funzionamento del sistema sanitario a livello locale, e cioè:

- Comitati Misti Consultivi;
- Difensore Civico
- Medici di base

- Associazioni per la tutela dei diritti
- Associazioni di volontariato

Per garantire la trasparenza del sistema, bisogna infine informare i cittadini sui reclami presentati alla struttura nell'ambito della pubblicizzazione della performance aziendale.

Ciò può essere fatto attraverso i mezzi di comunicazione locali o attraverso newsletter aziendali diretti all'utenza o con locandine affisse in luoghi pubblici con grande afflusso di cittadini, ecc.

In maniera più strutturata, l'azienda potrebbe redigere, con cadenza annuale, una pubblicazione sul sistema dei reclami rivolta al pubblico; i suoi contenuti potrebbero essere i seguenti:

- sintesi della distribuzione dei reclami nelle principali categorie e servizi;
- posizione ottenuta rispetto agli obiettivi dichiarati (standard o impegni);
- livello di gradimento delle risposte da parte dell'utenza (ad es., casi di rievase rispetto ai reclami totali, nel caso in cui non siano state realizzate inchieste ad hoc);
- azioni intraprese a seguito dei reclami per migliorare i servizi.

UMANIZZAZIONE DELL' ASSISTENZA

Rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica⁵³⁰

a) Introduzione

Nel 2006 l'umanizzazione fu introdotta tra le 9 parole chiave del “New Deal della Salute”⁵³¹ (Fiducia, Qualità, Umanizzazione, Unitarietà del sistema, Responsabilità, Legalità, Cultura dei risultati, Politica delle alleanze, L'Europa e il Mondo) In questo documento l'umanizzazione è definita come *capacità di rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico assistenziali “aperti, sicuri e senza dolore”, conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il cittadino*, ed è presente un evidente riferimento ad alcuni temi propri della Carta Europea dei Diritti del Malato⁵³² (accesso, sicurezza, assenza di dolore, informazione, accoglienza e comfort, partecipazione dei cittadini).

In ambito internazionale il termine umanizzazione è poco presente e si utilizzano, piuttosto, termini quali “patient-centred health care” e “patient-centred care”. Si è così delineata una concettualizzazione dell'umanizzazione affine a ciò che gli anglosassoni chiamano “respect and caring”, vale a dire “il livello di rispetto della cultura e dei bisogni individuali del paziente, anche per ciò che riguarda l'informazione e la qualità del servizio”⁵³³.

Nel 2004 Cittadinanzattiva – Tribunale per i Diritti del Malato istituì il **premio nazionale “PREMIO ANDREA ALESINI - Buone Pratiche per l'Umanizzazione delle Cure**.

Nell'ultima edizione (**XIII edizione 2017-2018**)⁵³⁴ i premi sono stati assegnati a:

Ambito “Umanizzazione delle Cure”

- Primo classificato - **Oncologia territoriale** (Dipartimento Oncologia-Ematologia, Ospedale Guglielmo da Saliceto di Piacenza)
- Secondo classificato - **MyAUSL** (Area Reputation& Brand - Azienda USL di Modena)

⁵³⁰ Agenas - AA.VV Focus on. L'esperienza dei cittadini per il miglioramento dei servizi - Monitor 32, pagg. 8-58, 2013

⁵³¹ Un New Deal della Salute. Linee del programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini. Audizione del Ministro della Salute Livia Turco alla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati Roma, 27 giugno 2006

⁵³² Cittadinanzattiva (2002), Carta europea dei diritti del malato

⁵³³ Focarile (1998), Indicatori di qualità dell'assistenza sanitaria, Centro scientifico editore, Torino

⁵³⁴ https://www.cittadinanzattiva.it/files/primo_piano/salute/Progetti_vincitori_Alesini2018.pdf

- Terzo classificato – **a) Umanizzazione dell’Ospedale di Biella: arte, design, fotografia, letteratura e musica entrano nei luoghi di cura; b) Aree Verdi per l’Ospedale; c) La presa in carico della persona assistita attraverso il modello del primary nursing (Asl di Biella)**

Ambito “Lotta al fumo di tabacco e promozione di stili di vita salutari “

- Primo classificato - **Manuale scolastico della salute** (Dipartimento delle Dipendenze, ASP RC, Centro Antifumo Tirrenica di Palmi (RC)
- Secondo classificato **Salute Insieme** (ASST - Azienda Socio-Sanitaria di Vimercate)
- Terzo classificato **Ambulatorio educativo preuremico** (U.O.C. Nefrologia e Dialisi Ospedale San Martino di Belluno, Azienda ULSS1 Dolomiti)

La definizione da noi utilizzata per la dimensione Umanizzazione dell’assistenza è il prodotto del progetto di ricerca: *“Sperimentazione e trasferimento di modelli di empowerment organizzativo per la valutazione e il miglioramento della qualità dei servizi sanitari”* progetto promosso e coordinato dall’**AGENAS** e finanziato dal Ministero della salute nell’ambito del Programma di ricerca corrente 2010⁵³⁵

La definizione traccia una prima articolazione operativa del concetto di “umanizzazione” lungo **quattro dimensioni**:

- 1) **processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona.**
- 2) **accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura.**
- 3) **accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza.**
- 4) **cura della relazione con il paziente e con il cittadino.**

Tale definizione è fedelmente riportata nell’ottavo criterio di accreditamento del disciplinare per l’accreditamento del 2012⁵³⁶

La valutazione da parte del cittadino dell’umanizzazione dei servizi rappresenta una forma di *empowerment* individuale e di comunità, che permette al singolo di prendere consapevolezza secondo un approccio riflessivo e critico della realtà e di un dato problema, e allo stesso tempo di manifestarsi come attore significativo nei processi di *policy making* attraverso un ruolo attivo ed elaborativo rispetto ad una criticità che impatta a livello sociale.

Questo risponde anche ad una nuova logica di cittadinanza attiva e partecipativa che permette alla persona di poter incidere sulle iniziative politico-sociali della propria comunità «evitando la delega passiva e progettando con responsabilità in funzione dei bisogni personali e comunitari. A fronte di un sistema sanitario

⁵³⁵ Agenas-Monitor 32, pagg. 8-58, 2013: Focus on; L’esperienza dei cittadini per il miglioramento dei servizi; Bissoni G.: La centralità del paziente come spinta al cambiamento; Moirano F.: Gli indicatori di umanizzazione per una migliore organizzazione del Ssn; Di Stanislao F., Caracci G., Carzaniga S.: L’esperienza dei cittadini per il miglioramento dei servizi; Caracci G., Di Stanislao F., Carzaniga S.: Il monitoraggio da parte dei cittadini della qualità dell’assistenza ospedaliera; Tanese A., Terzi A.: Il cittadino stakeholder della sanità; Tanese A., Lamanna A., R. Metastasio: Uno strumento per valutare il grado di umanizzazione delle strutture di ricovero; Tanese A., R. Metastasio: La sperimentazione della checklist: primi risultati; Caracci G., De Stefani R., Sara Carzaniga S.: Un modello di empowerment organizzativo per la salute mentale

⁵³⁶ Intesa Stato- Regioni Rep n.12 259/CSR del 20/12/2012. Disciplina per la revisione della normativa dell’accreditamento – 8° Criterio Umanizzazione

aperto, che rispetto all'ambiente è in una relazione continua di scambio, per le strutture di cura si tratta di prestare attenzione alle richieste dei cittadini utenti, al fine di attivare la ricerca e la progettazione di soluzioni migliorative che rendano più vicino, umano e affidabile il servizio di assistenza e cura⁵³⁷.

b) Legislazione nazionale

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii. TITOLO IV

PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI

Art. 14 Diritti dei cittadini

1. Al fine di garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del Servizio sanitario nazionale il Ministro della sanità definisce con proprio decreto, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome i contenuti e le modalità di utilizzo degli **indicatori** di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla **personalizzazione** ed **umanizzazione** dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere,

DECRETO 15 ottobre 1996⁵³⁸ - Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la **personalizzazione** e l'**umanizzazione** dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie. Nel decreto vennero individuati i seguenti 17 indicatori di Personalizzazione/Umanizzazione

FACILITA' DI PRENOTAZIONE E ADEMPIMENTI AMMINISTRATIVI

- PU 01 Possibilità di pagare il ticket all'interno del presidio, padiglione o stabile dove viene erogata la prestazione
- PU 02 Possibilità di prenotare le visite specialistiche attraverso il telefono
- PU 03 Possibilità di prenotare le visite specialistiche mediante un Centro Unificato di Prenotazione
- PU 04 Numero di posizioni collegate con il CUP che sono decentrate (*100) / Numero di postazioni collegate con il CUP
- PU 05 Numero di medici di medicina generale che hanno predisposto l'apertura dello studio dopo le ore 18,00 per almeno un'ora (*100) / Numero di medici di medicina generale

⁵³⁷ Cilona C. *L'evoluzione organizzativa e la cultura della persona prima di tutto*. In Università degli Studi Roma Tre Dipartimento di Scienze della Formazione - **MEDICINA NARRATIVA TEMI, ESPERIENZE E RIFLESSIONI** a cura di Morsello B., Cilona C., Misale F. Roma Tre-Press 2017, pagg 11-24

⁵³⁸ Ministero della Sanità- **DECRETO 15 ottobre 1996- Approvazione degli indicatori** per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie.

- PU 06 Numero di pediatri di libera scelta che hanno predisposto l'apertura dello studio dopo le ore 18,00 per almeno un'ora (*100) / Numero di pediatri di libera scelta
- PU 07 Numero di medici di medicina generale che sono collegati telematicamente al CUP (*100) / Numero di medici di medicina generale
- PU 08 | Numero di pediatri di libera scelta che sono collegati telematicamente al CUP (*100) / Numero di pediatri di libera scelta
- PU 09 | Numero di ambulatori di medicina generale e di pediatria con oltre 20 ore di apertura settimanale / numero totale di ambulatori

CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA

- PU 10 Numero delle unità operative di degenza nelle quali viene sistematicamente comunicato un medico di riferimento (*100) / Numero unità operative di degenza
- PU 11 Numero dei servizi territoriali nei quali viene sistematicamente comunicato un operatore sanitario di riferimento (*100) / Numero servizi territoriali
- PU 12 Numero di dimissioni accompagnate da relazione sanitaria per il medico di medicina generale (*100) / Numero delle dimissioni

UMANIZZAZIONE DELLE PRESTAZIONI E TUTELA DEI DIRITTI

- PU 13 Esistenza di zone del presidio predisposte per il rispetto della privacy in occasione di decessi
- PU 14 Possibilità, per i visitatori, dell'ingresso giornaliero al presidio dopo le ore 18,00
- PU 15 Numero medio di ore di apertura giornaliera, ai visitatori, del presidio durante i giorni feriali
- PU 16 Presenza di locali riservati alle associazioni di volontariato e di difesa dei diritti degli utenti
- PU 17 Metri di superficie degli spazi destinati a scopi ricreativi per i bambini ricoverati in reparti di pediatria (*100) / Numero posti letto di pediatria

Di fatto gli **indicatori specifici** di **Umanizzazione** erano **solo 5** (PU 13-17) e riferiti a 2 aree: Assistenza Ospedaliera (tutti e 5) e Assistenza residenziale (PU 13,14,15). Questi indicatori non fanno più parte dei flussi informativi

PIANO SANITARIO NAZIONALE 2006-2008

(pag. 23) **Obiettivi** - Il PSN fa propri gli obiettivi di salute già individuati dal PSN 2003-2005 ed in particolare: la promozione della salute e la lotta alle malattie trasmissibili, alle grandi patologie, al dolore e alla sofferenza nei percorsi assistenziali, l'**umanizzazione dell'ospedale** e le cure palliative, la prevenzione e la presa in carico della non autosufficienza, la tutela della salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza, la tutela della salute mentale e la prevenzione e presa in carico delle dipendenze, la salute delle fasce sociali marginali.)

(Pag.42) Accanto alla lotta al dolore, **vanno attivati, nei percorsi sanitari**, gli interventi volti a promuovere **l'umanizzazione delle cure**, nella consapevolezza che il fulcro del Servizio Sanitario è rappresentato dalla persona malata, nella garanzia del rispetto della sua dignità, identità e autonomia.

(pag 51) ... per la definizione, d'intesa con la Conferenza Stato- Regioni dei contenuti e delle modalità di utilizzo degli **indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie** relativamente alla personalizzazione ed **umanizzazione dell'assistenza**.

(pag. 66) .. **Gli obiettivi da raggiungere** nel triennio sono: - miglioramento dell'assistenza ostetrica e pediatrico/neonatalogica nel periodo perinatale, anche nel quadro di una **umanizzazione dell'evento nascita** che deve prevedere il parto indolore, l'allattamento materno precoce ed il rooming-in tenendo conto anche degli altri standard definiti dall'OMS e dall'UNICEF

CONFERENZA STATO-REGIONI DEL 10 luglio 2014 - Intesa nella Conferenza Stato-Regioni - Patto della salute 2014-2016

ART.4 - Umanizzazione delle cure

1 Nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, le Regioni e le Province Autonome si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza.

2 In coerenza con quanto previsto nell'Accordo Stato Regioni del 20 febbraio 2014 sulla proposta del Ministero della salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n.662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, a decorrere dal 2013 e per tutta la vigenza del presente Patto, il Ministero della salute propone un documento contenente gli ambiti prioritari di intervento al fine di dare attuazione all'umanizzazione delle cure, da sancire con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 4 del d.lgs 28 agosto 1997 n. 281.

3. Si conviene di predisporre un programma annuale di umanizzazione delle cure che comprenda la definizione di almeno un'attività progettuale in tema di formazione del personale ed un'attività progettuale in tema di cambiamento organizzativo, indirizzato prioritariamente alle seguenti aree assistenziali: Area critica, Pediatria, Comunicazione, Oncologia, Assistenza domiciliare.

4. Al fine di monitorare il grado di soddisfazione dei cittadini è **previsto l'utilizzo sistematico e continuativo di strumenti di valutazione della qualità percepita**. Tali strumenti, omogenei e condivisi in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, dovranno essere utili a valutare eventuali scostamenti della percezione della qualità erogata

rispetto alla qualità “progettata” e consentire l’avvio delle coerenti azioni di miglioramento nello specifico contesto dell’umanizzazione delle cure.

CONFERENZA STATO-REGIONI DEL 19.02.2015: Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di adempimenti relativi all’accreditamento delle strutture sanitarie.

Il ACCREDITA dedica uno degli 8 criteri di accreditamento al tema della Umanizzazione

8° Criterio/fattore di qualità - Umanizzazione: “L’impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è, un impegno comune a tutte le strutture”

Requisito 8.1: Programmi per l’umanizzazione delle cure

Evidenza 8.1.1. attività assistenziali-organizzative orientate all’accoglienza di pazienti considerando le diverse esigenze relative all’età, al genere e a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica e tenendo conto delle specificità religiose, etniche e linguistiche. (es: bambino in ospedale, in assistenza domiciliare e residenziale. percorso nascita. assistenza agli anziani. supporto psicologico in situazioni specifiche quali oncologia, trapianti, malati terminali, donne che hanno subito violenza. ampliamento degli orari di visita e permanenza dei familiari nelle terapie intensive. ampliamento degli orari di visita nelle strutture residenziali/ospedaliere. assistenza sanitaria e multiculturalità. adeguamento degli orari dell’organizzazione sanitaria ai ritmi fisiologici della persona)

8.1.2. presenza di un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari che preveda la formazione degli operatori sanitari alle abilità procedurali di counselling (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di “cattive notizie”).

8.1.3. adozione di modalità di lavoro secondo le logiche dell’équipe multidisciplinare e la partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione.

8.1.4. presenza di procedure per l’accesso agevolato alle prestazioni assistenziali, semplificando gli adempimenti amministrativi ed assicurando un’informazione tempestiva e trasparente, con particolare riferimento all’accesso alla documentazione sanitaria entro tempi predefiniti.

c) Implementazione e monitoraggio

Gli interventi per lo sviluppo dell’umanizzazione dei/nei servizi sanitari si fonda:

- a. sulla implementazione di tutto quanto previsto nella normativa nazionale e regionale sui requisiti di accreditamento istituzionale (cfr 5.4.d);

b. sul reale sviluppo dell'health literacy (cfr. 5.13.d) e dell'empowerment dei cittadini cfr. (cfr. 5.13.e).

In questo paragrafo verranno riportati **contenuti e risultati delle ricerche di Agenas⁵³⁹,⁵⁴⁰,⁵⁴¹,⁵⁴²,⁵⁴³** sulla **umanizzazione delle Strutture Ospedaliere e delle Residenze Sanitarie Assistenziali**.

Attraverso una serie di progetti di ricerca azione sono stati definiti, sperimentati ed implementati metodi e strumenti per la valutazione ed il miglioramento partecipati del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero.

L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, in collaborazione con l'Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva ed il gruppo di lavoro interregionale sull'empowerment, ha proceduto a:

- *condividere con tutte le Regioni/PA la definizione di umanizzazione e la sua declinazione in aree, sotto aree, criteri e item specifici per la valutazione degli ospedali pubblici e delle case di cura private accreditate;*
- *condividere la metodologia per il coinvolgimento dei cittadini, secondo procedure differenziate corrispondenti alle diverse tipologie di partecipazione civica presenti a livello locale;*
- *sperimentare la procedura e gli strumenti di valutazione partecipata;*
- *revisionare la checklist per la valutazione partecipata dell'umanizzazione sulla base delle osservazioni riportate dalle équipes locali nella fase di sperimentazione;*
- *implementare metodi e strumenti per la valutazione del grado di umanizzazione degli ospedali pubblici e delle case di cura private accreditate nel corso di più rilevazioni di livello nazionale;*
- *definire ed utilizzare procedure e strumenti standardizzati non solo per la valutazione partecipata ma anche per il miglioramento partecipato del grado di umanizzazione.*

⁵³⁹ Moirano F.: Gli indicatori di umanizzazione per una migliore organizzazione del Ssn. Monitor Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali Anno XII Numero 32 2013

⁵⁴⁰ Di Stanislao F., Caracci G., Carzaniga S.: **L'esperienza dei cittadini per il miglioramento dei servizi.** Monitor Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali Anno XII Numero 32 2013, pag 8.

⁵⁴¹ AGENAS - **LA VALUTAZIONE PARTECIPATA DELL'UMANIZZAZIONE PER IL MIGLIORAMENTO DELLE CURE.** Quaderno di Monitor - 2019 Supplemento alla rivista trimestrale Monitor dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

⁵⁴² Caracci G., Cardinali F., Carzaniga S., Cerilli B., Cerilli M., Di Stanislao F., Duranti G., Labella B., Lamanna A., Tozzi Q. (**Gruppo di lavoro AGENAS** - Ufficio Qualità, sicurezza, buone pratiche ed umanizzazione delle cure) **IL PROGRAMMA PARTECIPATO NAZIONALE PER IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DELL'UMANIZZAZIONE E DELLA SICUREZZA.** Quaderno di Monitor - 2019 Supplemento alla rivista trimestrale Monitor dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

⁵⁴³ Di Stanislao F., Caracci G., Carzaniga S.: **Il monitoraggio da parte dei cittadini della qualità dell'assistenza ospedaliera** Monitor Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali Anno XII Numero 32 2013, pag. 12

Analogo processo è stato seguito per la redazione della checklist per le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

I cittadini sono stati parte attiva, insieme ai professionisti nella:

- definizione **strumenti** di valutazione
- raccolta dei dati (**site-visit**) e **analisi** dei risultati
- **diffusione** dei risultati
- definizione, implementazione e monitoraggio **piani di miglioramento**

Struttura delle *checklist*

La rilevazione delle informazioni per la valutazione del grado di umanizzazione delle strutture sanitarie avviene utilizzando le Checklist riportate nella (**Figura 34**) per le strutture ospedaliere e nella (**Figura 35**) per le Residenze Sanitarie Assistenziali RSA⁵⁴⁴

La **checklist delle strutture ospedaliere** è strutturata in:

- **4 aree**
- **10 sotto-aree**
- **29 criteri**
- **142 item**

Figura 34 - Check list di valutazione dell'umanizzazione delle strutture ospedaliere⁵⁴⁵

AREA	SOTTO-AREA	CRITERI	N. Criteri	N. Item	Item dal n. al n.	Totale Item			
1 Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto della dignità della persona	1.1 Attenzione alle fragilità e ai bisogni della persona	1.1.1 Funzione di supporto psicologico	10	5	1 - 5	48			
		1.1.2 Attività/ interventi per favorire la socialità e la continuità con il mondo esterno		4	6 - 9				
		1.1.3 Agevolazione del supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti		9	10 - 18				
		1.1.4 "Ospedale senza dolore"		5	19 - 23				
	1.2 Rispetto della privacy	1.2.1 Rispetto dell'anonimato e della non-diffusione dei dati sensibili		4	24 - 27				
		1.2.2 Rispetto della riservatezza		3	28 - 30				
	1.3 Impegno per la non-discriminazione culturale, etnica, religiosa	1.3.1 Rispetto delle specificità linguistiche		3	31 - 33				
		1.3.2 Rispetto delle esigenze di culto		4	34 - 37				
		1.3.3 Rispetto delle specificità etniche e culturali		5	38 - 42				
	1.4 Continuità delle cure	1.4.1 Agevolazione della continuità delle cure		6	43 - 48				
	2 Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura	2.1 Accessibilità fisica		2.1.1 Eliminazione delle barriere architettoniche e sensoriali	9		3	49 - 51	46
				2.1.2 Accessibilità ai pedoni e ai mezzi di trasporto			9	52 - 60	
		2.2 Logistica e segnaletica		2.2.1 Orientamento e segnaletica			2	61 - 62	
				2.2.2 Percorsi interni			2	63 - 64	
2.3 Reparti di degenza "a misura d'uomo"		2.3.1 Dotazioni e caratteristiche dei reparti di degenza	7	65 - 71					
		2.3.2 Reparti di degenza "a misura di bambino"	4	72 - 75					
		2.3.3 Comfort alberghiero	7	76 - 82					
2.4 Comfort generale della struttura		2.4.1 Comfort dei servizi comuni	8	83 - 90					
		2.4.2 Comfort delle sale d'attesa	4	91 - 94					
3 Accesso alle informazioni, trasparenza		3.1 Semplificazione delle procedure	3.1.1 Semplificazione delle modalità di prenotazione	5		4	95 - 98	21	
	3.1.2 Semplificazione delle modalità di accesso alle prestazioni		3		99 - 101				
	3.2 Agevolazione dell'accesso alle informazioni e trasparenza	8	102 - 109						
	3.2.2 Accesso alle informazioni	4	110 - 113						
3.2.3 Contenuti e accessibilità del sito web	2	114 - 115							
4 Cura della relazione con il cittadino	4.1 Relazione tra professionista sanitario e paziente	4.1.1 Cura della comunicazione clinica ed empowerment individuale	5	15	116 - 130	27			
		4.1.2 Formazione e supporto al personale per la cura della relazione con il paziente		4	131 - 134				
	4.2 Relazione con il cittadino	5		135 - 139					
	4.2.2 Accoglienza	2		140 - 141					
	4.2.3 Formazione del personale di contatto	1		142					
			29		142				

⁵⁴⁴ Matrici generale della Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione degli Ospedali e delle Residenze Sanitarie Assistenziali – RSA per anziani (Ricerca Corrente Agenas 2015)

⁵⁴⁵ https://www.agenas.gov.it/images/agenas/atti/EMPOWERMENT/cittadinanzattiva/2_checklist.pdf

La checklist delle Residenze Sanitarie Assistenziali è strutturata in:

- 4 aree
- 10 sotto-aree
- 24 criteri
- 164 item

Figura 35 - Checklist di valutazione dell'umanizzazione delle RSA per anziani⁵⁴⁶

AREA	SOTTO-AREA	CRITERI	N. Criteri	N. Item	Item dal n. al n.	Totale Item			
1 Processi residenziali e organizzativi orientati al rispetto alla specificità della persona	1.1 Attenzione alla fragilità e ai bisogni della persona	1.1.1 Supporto psicologico, relazionale e affettivo	10	8	1-8	68			
		1.1.2 RSA senza dolore e cure palliative		11	9-19				
		1.1.3 Personalizzazione e libera scelta		12	20-31				
	1.2. Rispetto della dignità e della privacy	1.2.1 Rispetto della dignità		6	32-37				
		1.2.2 Rispetto della riservatezza, dell'anonimato e della non-diffusione dei dati sensibili		2	38-39				
		1.2.3 Impegno per la non-discriminazione culturale, etnica e religiosa		6	40-45				
	1.3. Ingresso in RSA e continuità delle cure	1.3.1 Accoglienza e gestione delle cure		2	46-47				
		1.3.2 Continuità del percorso assistenziale nella rete dei servizi		5	48-52				
	1.4. Tutela dei livelli di autonomia e mantenimento degli interessi personali	1.4.1. Autonomia		11	53-63				
		1.4.2 Attività per favorire la socialità, la continuità con il mondo esterno e l'integrazione con il territorio		5	64-68				
		2 Accessibilità fisica, sicurezza e qualità dei luoghi di cura		2.1 Accessibilità fisica	2.1.1 Eliminazione delle barriere architettoniche e sensoriali		5	3	69-71
	2.1.2 Accessibilità e percorsi protetti (parcheggi, collegamenti, mezzi di trasporto dedicati e collegamenti tra struttura e comunità) logistica e segnaletica				8			72-79	
	2.2 Nuclei residenziali a "misura d'uomo" e comfort generate della struttura			18	80-97				
	2.2.2 Comfort alberghiero			6	98-103				
2.2.3 Comfort dei servizi comuni	12		104-115						
3 Accesso alle informazioni e semplificazione	3.1 Informazioni e trasparenza	3.1.1 Informazioni generali	4	4	116-119	15			
		3.1.2 Informazioni e trasparenza sulle procedure di accesso		3	120-122				
	3.2 Agevolazione dell'accesso alle informazioni	3.2.1 Accesso alla documentazione sanitaria e alla conoscenza della situazione assistenziale della persona		5	123-127				
		3.2.2 Contenuti e accessibilità del sito web rispetto alle norme sulla trasparenza		3	128-130				
4 Cura della relazione	4.1 Relazione tra i professionisti, gli ospiti, i familiari	4.1.1 Cura della comunicazione clinica e empowerment Individuale	5	6	131-136	19			
		4.1.2 Formazione e supporto al personale per la cura della relazione con il residente, i familiari, i caregiver		6	137-142				
		4.1.3 Prevenzione, monitoraggio e gestione delle situazioni ad alto rischio conflittuale		1	143				
	4.2 Relazione con i portatori di interesse (cittadini, volontari, comunità e istituzioni)	4.2.1 Assunzione di Impegni nei confronti del cittadino		4	144-147				
		4.2.2 Partecipazione dei cittadini		2	148-149				
Modulo economico			15	1-15	15				
						164			

Tali variabili sono rilevate tramite **osservazione diretta** o tramite **ricerca di evidenze documentali** da parte di una équipe di cittadini/operatori sanitari (**Figura 36**)

⁵⁴⁶ https://www.agenas.gov.it/images/agenas/ricerca/agenas_ccm_corrente_finalizzata/empowerment/umanizzazione/rsa/Checklist_RC2015_Uma-RSA_pub.pdf

Figura 36 – Struttura della scheda di rilevazione dei singoli item delle Checklist

N. Item	modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
149	DOC	Presenza di miglioramenti sul versante dell'umanizzazione negli ultimi 24 mesi, promossi per l'iniziativa del Comitato di partecipazione			Si intendono miglioramenti che hanno riguardato uno o più aspetti dell'umanizzazione individuati dai criteri nei quali sono articolati le 4 aree della struttura della checklist
		• si	<input type="checkbox"/>		
		• no	<input type="checkbox"/>		
		NON PERTINENTE: è la prima rilevazione della checklist		<input type="checkbox"/>	È la prima rilevazione della Checklist

UMANIZZAZIONE delle strutture sanitarie – RUOLO DELLE REGIONI

Lo sviluppo di programmi di valutazione partecipata dell'umanizzazione delle strutture sanitarie prevede alcune tappe:

Istituzione della Cabina di Regia Regionale sulla umanizzazione delle strutture sanitarie costituite da:

- Dirigenti regionali (Assessorati Sanità / Agenzie Regionali Sanitarie)
- Rappresentanti Aziende Sanitarie
- Rappresentanti dei cittadini (Comitati Consultivi Misti) e/o Associazioni di tutela, rappresentanza e volontariato)

La Cabina di Regia Regionale:

- recluta le aziende/strutture sanitarie che vogliono realizzare la valutazione partecipata
- fornisce indicazioni e supporto alle Aziende/Strutture di ricovero per l'inclusione dei cittadini nelle équipe locali che realizzeranno la valutazione partecipata nelle strutture
- realizza uno o più corsi di formazione sull'utilizzo dei metodi e strumenti, affinché le check list siano ben comprese dai membri delle équipe locali
- coordina le successive fasi dedicate alla valutazione, invio dei dati ad Agenas, restituzione dei risultati alle Direzioni Generali delle Aziende e/o alle Direzioni di Presidio e a cascata alle équipe locali che li hanno rilevati
- Verifica la congruenza dei Piani di miglioramento con i risultati delle visite
- Verifica che venga effettuata la diffusione locale dei risultati e promozione dei piani di miglioramento

Le equipe locali:

- Predispongono la visita concordando tempi e modalità con i responsabili delle strutture (Direzioni Sanitarie, Direttori di Dipartimento, Direttori UOC)
- Effettuano la visita della struttura in collaborazione dei responsabili delle strutture (Direttori UOC-OOS, Capo Sala)
- effettuano la compilazione della **CHECKLIST** e del **DIARIO di BORDO**
- predispongono il piano di miglioramento (*cf. paragrafo successivo*)
- concordano con i responsabili di struttura dei tempi e modalità di applicazione del piano di miglioramento

UMANIZZAZIONE delle strutture sanitarie - PIANI DI MIGLIORAMENTO (PdM)

1) PREDISPOSIZIONE DEI PIANI DI MIGLIORAMENTO (PdM) ⁵⁴⁷

Fase 1 - Selezione degli item critici ed individuazione degli item da inserire nel PdM

L'équipe locale si riunisce ed in base ai risultati emersi dalla valutazione partecipata, individua tutti gli item ritenuti critici secondo un criterio oggettivo, quale il punteggio ottenuto nella checklist (ad esempio item di valore inferiore a 6). Predisponde quindi un elenco in cui sono riportati solo gli item sui quali esiste un comune accordo rispetto alla necessità/possibilità di realizzare Azioni di Miglioramento.

Fase 2 -Definizione delle Azioni di Miglioramento.

Per ciascuno degli item presenti nell'elenco di cui sopra, si definiscono le **Azioni di Miglioramento (AdM)** che possono essere dei tre tipi, di seguito elencati:

- a. **AdM dirette:** si tratta di **azioni puntuali che una volta realizzate eliminano direttamente la criticità rilevata** (ad esempio: a fronte della criticità "mancanza nell'atrio principale di un pannello aggiornato che indica l'ubicazione della Direzione Sanitaria, l'AdM diretta potrebbe essere "Collocazione nell'atrio principale di un pannello aggiornato che indica l'ubicazione della direzione sanitaria");
- b. **AdM indirette:** sono quelle **azioni che solo insieme ad altre concorrono alla risoluzione delle criticità di norma più complesse** (ad esempio: a fronte della criticità "mancanza di uno o più moduli di consenso informato multilingue, le AdM indirette che insieme potranno permettere il superamento della criticità, potrebbero essere: "Revisione della procedura aziendale che regola l'acquisizione del consenso; traduzione multilingue di questa fase del processo; diffusione e condivisione a livello

⁵⁴⁷ AGENAS - Documento di lavoro - Documento di indirizzo per la predisposizione ed il monitoraggio dei Piani di Miglioramento del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero Versione del 13 aprile 2017

aziendale delle nuove modalità operative; pubblicazione sul portale aziendale.”);

- c. AdM generali: si tratta di quelle azioni volte ad intervenire non tanto su un item specifico ma ad affrontare la problematica più ampia ad esso connessa (ad esempio: a fronte della criticità “Assenza di accorgimenti che consentono ai non vedenti e ipovedenti l’accesso al CUP” le AdM generali che potranno risolvere la più ampia problematica potrebbero essere “Richiesta di collaborazione con l’Unione Italiana Ciechi (UIC) con individuazione di un loro referente che partecipi ad uno studio sulle migliori soluzioni da intraprendere per l’eliminazione delle barriere sensoriali, sulla base del quale definire un piano di abbattimento delle barriere sensoriali”)

Fase 3 - Redazione ed approvazione del Piano di Miglioramento.

L’équipe locale definisce le azioni di miglioramento che ritiene siano da avviare in via prioritaria e che quindi definiranno nel loro complesso il Piano di miglioramento, a valenza annuale/biennale, da proporre alla Direzione aziendale.

La Direzione aziendale (Generale, Sanitaria, Amministrativa), di intesa con il Collegio di Direzione, approva formalmente il **Piano di Miglioramento** ed assegna le responsabilità per l’avvio della sua implementazione. Il Piano di Miglioramento così approvato e l’elenco degli item oggetto di Azioni di Miglioramento, potranno essere trasmessi alla Cabina di Regia che ha il compito di coordinare a livello regionale la predisposizione dei PdM.

Fase 4 - Comunicazione del Piano di Miglioramento alla Comunità locale.

Potranno essere concordate differenti modalità utili alla diffusione pubblica del Piano di Miglioramento come, ad esempio, incontri pubblici, pubblicazione su stampa locale, conferenza dei servizi, pubblicazione sul sito istituzionale dell’Azienda o delle Associazioni civiche, ecc.

2) CRITERI IN BASE AI QUALI CLASSIFICARE LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Ciascuna Azione di Miglioramento potrà essere classificata secondo i seguenti tre criteri: costo, rilevanza e tempo.

1) Costo

- a. Azioni a “costo 0” (non comportano l’impiego di risorse ulteriori rispetto a quelle già presenti);
- b. Azioni che comportano costi per l’Azienda:
 - i. costi bassi – ovvero rientranti nel budget aziendale
 - ii. costi alti – ovvero che presuppongono investimenti a medio-lungo termine in carico all’Azienda.

2) Rilevanza del problema che l’Azione di Miglioramento vuole affrontare.

Occorrerà distinguere fra

- a. Azioni a rilevanza regionale
 - i. adeguamenti straordinari del sistema informativo regionale
 - ii. investimenti strutturali/edilizi che necessitano di specifico finanziamento a livello regionale
- b. Azioni a rilevanza aziendale” e, nell’ambito di queste ultime, fra
 - i. Azioni a “bassa” rilevanza
 - ii. Azioni ed “alta” rilevanza.

Si suggeriscono alcuni criteri classificatori per la rilevanza delle azioni: urgenza o meno dell’azione di miglioramento; probabilità di un effetto negativo o danno potenziale in caso di mancato superamento della criticità; livello di condivisione delle criticità da parte dell’équipe locale con particolare riferimento alla componente civica; dimensione quantitativa della criticità (numero e tipologia di pazienti coinvolti direttamente o indirettamente nella criticità), ecc.

3) Tempo

- a. Breve termine: Azioni che richiedono un tempo di realizzazione minore/ uguale a 6 mesi
- b. Medio termine: Azioni che richiedono un tempo di realizzazione superiore a 6 mesi e
- c. minore/uguale a 10 mesi
- d. Lungo termine: Azioni che richiedono un tempo di realizzazione superiore a 12 mesi

3) REALIZZAZIONE E MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Successivamente alla predisposizione ed all’adozione del Piano di Miglioramento, si avvierà la fase di realizzazione e monitoraggio delle Azioni di Miglioramento previste dal Piano. Il monitoraggio è un’attività di verifica periodica dello stato di attuazione delle AdM, da realizzare con cadenza mensile/trimestrale, ad opera dell’équipe locale che ha lavorato alla definizione del PdM. Il Piano di miglioramento deve essere monitorato attraverso apposita scheda. Nella **Figura 37** viene riportata un esempio di scheda di monitoraggio delle azioni di miglioramento.

Figura 37 – Scheda di Monitoraggio delle azioni di miglioramento

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO				
ITEM n.	61.6 Presenza nell'atrio principale di un pannello aggiornato che indica l'ubicazione della Direzione Sanitaria			
AREA	2 Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura			
SOTTO-AREA	2.2 Logistica e Segnaletica			
CRITERIO	2.2.1 Orientamento e segnaletica			
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Collocazione nell'atrio principale di un pannello aggiornato che indica l'ubicazione della Direzione Sanitaria			
RILEVANZA AZIENDALE	ALTA <input type="checkbox"/>		BASSA <input checked="" type="checkbox"/>	
COSTO PER AZIENDA	ZERO <input type="checkbox"/>	BASSO <input checked="" type="checkbox"/>	ALTO <input type="checkbox"/>	
RESPONSABILE/I DELL'AZIONE	Dott. Pinco – Ufficio Tecnico Dott.ssa Sempronio – URP E Comunicazione			
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE (≤ 6 mesi) <input checked="" type="checkbox"/>	MEDIO TERMINE (> 6 mesi e ≤ 12 mesi) <input type="checkbox"/>	LUNGO TERMINE (> 12 mesi) <input type="checkbox"/>	
STATO DI ATTUAZIONE	NON AVVIATA <input type="checkbox"/>	AVVIATA <input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE REALIZZATA <input checked="" type="checkbox"/>	CONCLUSA <input type="checkbox"/>
EVENTUALI OSSERVAZIONI/COMMENTI				
PERIODICITÀ DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE <input checked="" type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/>	
GIORNO DEL MONITORAGGIO	gg/mm/aaa			
VALUTATORI	Dott. Tizio – Ufficio Qualità Aziendale Dott. Caio – Associazione "L'Umanizzazione"			

Ai seguenti link sono reperibili le Check list complete (Area-Sotto area-Criterio-Item) di tutti gli item indagati e dei risultati delle indagini sulle strutture ospedaliere (2012 e 2015) e sulle RSA (2015)

INDAGINE STRUTTURE OSPEDALIERE 2012 e i risultati

Check list completa

https://www.agenas.gov.it/images/agenas/atti/EMPOWERMENT/cittadinanzattiva/2_checklist.pdf

Risultati

https://www.agenas.gov.it/images/agenas/atti/EMPOWERMENT/cittadinanzattiva/8_risultati.pdf

INDAGINE STRUTTURE OSPEDALIERE 2017-2018

Check list completa

https://www.agenas.gov.it/images/agenas/ricerca/agenas_ccm_corrente_finalizzata/empowerment/umanizzazione/materiali/01_RA_2015_Checklist_Uma_v.03-02-17_REV.pdf

Modulo integrativo sulla sicurezza del paziente

https://www.agenas.gov.it/images/agenas/ricerca/agenas_ccm_corrente_finalizzata/empowerment/umanizzazione/materiali/07_MODULO_SICUREZZA_v.23-09-16_pdf.13-01-17.pdf

Risultati

https://www.agenas.gov.it/images/agenas/ricerca/agenas_ccm_corrente_finalizzata/empowerment/umanizzazione/materiali/14_Report_dati_nazionali_DEF.pdf

INDAGINE RSA 2015

Check list completa

https://www.agenas.gov.it/images/agenas/ricerca/agenas_ccm_corrente_finalizzata/empowerment/umanizzazione/rsa/Checklist_RC2015_Uma-RSA_pub.pdf

Risultati

https://www.agenas.gov.it/images/agenas/ricerca/agenas_ccm_corrente_finalizzata/empowerment/umanizzazione/rsa/Report_sintetico_RC_2015-Umanizzazione-RSA_Agenas_pub.pdf

CONSIDERAZIONI FINALI

In quest'ultimo paragrafo proponiamo ai lettori una breve riflessione sui "saperi" necessari per realizzare un approccio compiuto alla qualità e di seguito la **Position Paper** sulla qualità del nostro SSN che il **Direttivo Nazionale ASIQUAS** propone all'attenzione del mondo professionale, dei cittadini e del corpo dei decisori politici

La schematizzazione proposta in questo volume sul tema Qualità rappresenta anche una mappa dei "saperi" necessari nel mondo della valutazione di qualità dell'assistenza sanitaria: il sapere biologico, il sapere clinico, il sapere epidemiologico, il sapere organizzativo, il sapere aziendalistico, il sapere economico, il sapere sociologico, il sapere antropologico, il sapere del vissuto quotidiano dei pazienti, dei familiari, degli operatori.

Emerge cioè in modo chiaro che il sapere sull'organizzazione, la qualità e la sanità è – per dirla con il filosofo della complessità Edgar Morin⁵⁴⁸ – un *sapere plurale* (multidimensionale, multiprofessionale, multidisciplinare, multisettoriale), che si nutre necessariamente di conoscenze e "biblioteche" altre da quelle abitualmente frequentate nel corso degli studi biologici e medici.

La fertilizzazione crociata tra tutti questi saperi rappresenta un faticoso processo di continua destrutturazione di ogni sapere d'origine, ma allo stesso tempo un percorso euristico, di scoperta, di apprendimento che influenza profondamente il modo di leggere la realtà organizzativa e di orientare/condizionare scelte e decisioni operative.

Ciò che è ormai evidente è l'inadeguatezza del tradizionale approccio riduzionista alla realtà, che rappresenta una crisi del conoscere e del saper conoscere che ormai si traduce anche in crisi dell'essere e del fare. In assenza di una visione sistemica e condivisa tra tutti i soggetti che interagiscono nell'organizzazione sanitaria, si rischia di produrre una lettura parziale e incompleta della realtà, che genera conseguentemente interventi che producono frammenti di miglioramento dell'assistenza, che ne cambiano solo temporaneamente forma e modi, senza produrre un cambiamento vero e duraturo dell'assistenza sanitaria⁵⁴⁹.

Occorre dunque imparare a navigare nel mare della complessità dell'organizzazione sanitaria, per come emerge anche dalla "mappa" di concetti e strategie di intervento fin qui sommariamente riportate, affidandoci alla via indicata da Edgar Morin⁵⁵⁰:

L'ambizione della complessità è di rendere conto delle articolazioni che sono spezzate dai tagli fra discipline, fra categorie e fra tipi di conoscenza.

L'aspirazione alla complessità tende alla conoscenza multidimensionale.

Non è tuttavia quella di dare tutte le informazioni sul fenomeno studiato, ma di rispettarne le sue dimensioni.

⁵⁴⁸ Morin E.: La testa ben fatta. Raffaello Cortina Ed. 2000

⁵⁴⁹ Di Stanislao F., Noto G.: "Sviluppo organizzativo quality-oriented: un quadro concettuale ed un'ipotesi di lavoro per le Aziende sanitarie". Mecosan, 1999, VIII – N° 31: 23-36

⁵⁵⁰ Morin E.: La sfida della complessità - Feltrinelli Editore, Milano, 1994

Il pensiero complesso, pur aspirando alla multidimensionalità, comporta nel suo cuore un principio di incompletezza e di incertezza.

Noi conosciamo delle realtà, ma non la realtà: la complessità è il contrario della completezza, e non la sua premessa”.

a) Position Paper ASIQAS 2020

ASIQAS, Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale, in continuità con le attività scientifiche di SIQUAS-VRQ, di cui è erede e di cui fanno parte operatori del mondo sanitario e sociosanitario, intende esprimere, in continuità con le proprie iniziative di ricerca sull'organizzazione, valutazione e miglioramento dei servizi sanitari e sociosanitari, una propria posizione per il futuro della sanità pubblica in Italia.

I punti che ASIQAS propone sono decisivi e intendono focalizzare gli snodi di intervento rispetto alle contraddizioni e deficienze del sistema sanitario nazionale che proprio la situazione di crisi pandemica ha messo sotto la lente di ingrandimento.

Oggi, più che mai, il governo e le parti politiche devono affrontare temi importanti quali:

- 1) **Adeguatezza delle risorse economiche per il Servizio Sanitario Nazionale** anche in base ai bisogni reali di salute della popolazione e all'innovazione tecnologica e, quindi, **accedere al MES e al NextGenerationUE** come unica e irripetibile occasione di riportare il Sistema Sanitario Italiano agli standard dei principali sistemi sanitari europei;
- 2) **Sviluppare e promuovere l'integrazione operativa tra i diversi LEA** (ospedale, territoriale, prevenzione) e ridefinire i modelli regolativi degli ospedali e delle strutture intermedie e delle reti territoriali;
- 3) **Sviluppare le strutture intermedie di assistenza** sia “specialistiche” che “generaliste” in un'ottica di filiere assistenziali pubblico/privato con una modellizzazione uniforme tipo quella individuata con il Tavolo Re.Se.T. Ministero/AGENAS/Regioni;
- 4) **Riorganizzare i servizi territoriali, le cure primarie**, il loro potenziamento e la loro integrazione rafforzando i Distretti anche attraverso la connotazione come Agenzie di “continuità assistenziale”, e **sciogliendo in assoluto il nodo “storico” di ruolo e di rapporto con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali**, in una visione unitaria delle cure primarie (verso una medicina di comunità);
- 5) **Sviluppare una normativa sull'integrazione sociosanitaria con basi strutturali comuni per tutte le Regioni** al fine di superare le “bolle” di iniquità sanitarie e sociali esistenti
- 6) **Riorganizzazione dei Corsi di Laurea di Medicina e di specialità, di Scienze Infermieristiche e delle altre professioni sanitarie** con migliori

approfondimenti ed esperienze di sanità pubblica, degli aspetti relazionali con utenti/pazienti e di intervento sociosanitario;

- 7) Lavorare alla **Convergenza di sistemi informativi adeguati e uniformi** a livello nazionale con una cabina di regia unica Stato-Regioni per il coordinamento degli interventi;
- 8) **Garantire l'acquisizione, la produzione e l'autosufficienza per farmaci e tamponi e per i DPI (dispositivi di protezione individuali)** per operatori sanitari e sociali e per i target a rischio della popolazione per essere pronti per un'eventuale recrudescenza della pandemia.

Di seguito le motivazioni che ASIQUAS porta a supporto dell'inderogabilità di affrontare questi temi, con lo scopo di rendere rinnovato, sostenibile e competitivo il Sistema Sanitario Italiano.

POSITION PAPER ASIQUAS 2020

Per una Sanità Pubblica in Italia... anche dopo il Covid 19.

La pandemia Covid19 ha messo in evidenza i "nodi" strutturali e organizzativi dei Servizi Sanitari Regionali e del SSN nel suo insieme. Da qui occorre ripartire per dare una risposta di sistema che riveda il SSN profondamente rinnovato e sostenibile. Serve un coordinamento nazionale e UE delle Policy di contrasto alle pandemie.

Lo scenario

I ricercatori avevano già messo in allarme le istituzioni internazionali e la comunità scientifica su possibili "zoonosi", ovvero salti di specie da animali a uomo sul tipo della SARS, quelli che si chiamano "spillover"⁵⁵¹.

Studi e ricerche nel 2018 e 2019 paventavano, per i gravi cambiamenti climatici dell'ambiente, la creazione di condizioni perfette per lo sviluppo delle zoonosi⁵⁵². Alla fine è arrivato la Covid19 che è mutante⁵⁵³, ha già avuto 38 modifiche dal suo insorgere e altre ne avrà probabilmente, è ormai pandemica e suo malgrado dovremo convivervi a lungo. Saranno probabilmente più cicli intramezzati da probabili "lockdown" totali o parziali.

L'OMS è arrivata ad affermare che probabilmente sarà un'ondata unica grande ed estesa nel tempo, con alti e bassi, che è esattamente quello che era previsto nell'altro modello predittivo fatto dall'*Imperial College* di Londra⁵⁵⁴, che ha indivi-

⁵⁵¹ Cattaneo E. - *Che cosa è le zoonosi, un fenomeno naturale antichissimo all'origine delle pandemie*. La Repubblica, 23 maggio 2020;

⁵⁵² Andersen, K.G., Rambaut, A., Lipkin, W.I. et al. *The proximal origin of SARS-CoV-2*. *Nat Med* **26**, 450–452 (2020);

⁵⁵³ Fanpage.it *Il coronavirus forse circola fra noi da decenni: lo suggerisce uno studio* <https://scienze.fanpage.it/> 2020;

⁵⁵⁴ Imperial College COVID-19 Response Team *The Global Impact of COVID-19 and Strategies for Mitigation and Suppression* 26 March 2020;

duato altri elementi caratteristici del virus. Ora sappiamo che la pandemia è diventata planetaria, coinvolge tutti i paesi.

Al 10 dicembre l'OMS riporta oltre 68 milioni di casi confermati (Americhe 29.139394; Europa 20.869.839; Sud-est asiatico 11.237.814; Mediterraneo orientale 4.408.403; Africa 1.571.911; Pacifico occidentale 937.772 e 1.557.385 morti. In Europa i paesi maggiormente colpiti sono la **Francia con 2.269.668** casi confermati e 55.986 decessi, la **Spagna con 1.702.328** casi confermati e 46.646 decessi, il **Regno Unito con 1.750.245** casi confermati e 62.033 decessi, l'**Italia con 1.757.394** casi confermati e 61.240 decessi e la **Germania con 1.218.524** casi confermati e 19.932 decessi.

In Europa, quindi, abbiamo superato i 20 milioni di casi e quasi 500.000 morti "diretti" e forse anche di più di morti "indiretti" (cronici e acuti che non hanno ricevuto le cure necessarie in tempo). Le previsioni prevedevano una "seconda ondata" per fine autunno in concomitanza con l'epidemia influenzale. Abbiamo invece registrato uno sviluppo di Covid19 con un mese e mezzo di anticipo sul previsto e con indici Rt allarmanti con un'attenuazione alla fine dell'anno.

Peraltro quanto sopra si sovrappone ad una realtà in cui vi è un costante prevalere delle patologie croniche e delle polipatologie (soprattutto negli anziani) nonché un costante sviluppo tecnologico con i suoi relativi costi, che ripropongono la necessità di garantire la sostenibilità del sistema sanitario nel suo complesso. Inoltre, il rischio pandemico, aumenta le disuguaglianze nella salute tra le popolazioni, con crescita delle fragilità, spesso "proxy" di cronicità, disuguaglianze sociali e disuguaglianze economiche connesse alle contraddizioni proprie del modello attuale di sviluppo di sviluppo in era di globalizzazione.

Il SSN, pertanto, deve garantire diversi e omogenei livelli di risposta nell'assistenza territoriale e ospedaliera:

- **Bassa Complessità Assistenziale:** per i pazienti asintomatici dopo la loro individuazione tramite tamponi, esami sierologici o altro e tramite la tracciabilità dei loro spostamenti e contatti prima della verifica della loro positività (risposta dei Servizi di Prevenzione delle ASL, dei MMG e degli specialisti territoriali)⁵⁵⁵;
- **Media Complessità Assistenziale:** per i pazienti sintomatici precoci e non gravi da gestire in strutture di quarantena con vigilanza sanitaria e/o a domicilio con segregazione volontaria, ma assistita e/o risposta delle UDI dedicate, di strutture residenziali assistite specialistiche dedicate, di domiciliarità volontaria (risposta dei Servizi di Prevenzione delle ASL, dei MMG, delle UDI e dei CAD/ADI dedicati);
- **Alta Complessità Assistenziale:** per i pazienti sintomatici gravi, spesso i soggetti più fragili per la presenza di una o più malattie, che hanno necessità di

⁵⁵⁵ ISQUA-Oxford University, *Responding to Covid19: the experience from Italy and responsibility for management and prevention*, *International Journal for Quality in Health Care*, 2020, 1-3 doi 10.108/ intqhc/mraa057 – Editorial, 2020;

ricovero in ospedale e, in alcuni casi, di cure intensive (risposta dei Servizi Ospedalieri, in particolare unità di cura semintensive o di rianimazioni)

E', quindi, necessaria una gerarchia di livelli di risposta che coinvolgono tutte le macroaree delle ASL – prevenzione, territorio, ospedali - e la rete con le Aziende Ospedaliere, in una ottica di “Assistenza circolare” integrata e dedicata, ma anche con tutte le altre istituzioni dedicate ai servizi ai cittadini.

Dovremo quanto prima ridedicarci a coloro che con questa emergenza abbiamo lasciato in secondo piano: gli ammalati di “altro”: quelli con malattie croniche⁵⁵⁶ come, ad esempio, i cardiopatici, i diabetici, i disturbi mentali, i soggetti fragili⁵⁵⁷, ma anche gli oncologici e tutti coloro che erano e sono rimasti in attesa di essere sottoposti ad interventi chirurgici non urgenti⁵⁵⁸. Siamo stati costretti a ridurre momentaneamente i servizi e i posti letto per i bisogni di queste persone. Posti Letto e servizi che per altro non erano esuberanti, ma già con una disponibilità molto “efficientata”.

Le proposte ASIQUAS

Abbiamo aggiornato e implementato il Frame Work scientifico della nostra Associazione⁵⁵⁹ e partendo dai suoi contenuti (**Tabella 44**) riteniamo, quindi, che occorre ripensare i modelli organizzativi e assistenziali della sanità pubblica:

Tabella 44 - Position Paper e dimensioni della Qualità del Framework As.I.Qu.A.S.

POSITION PAPER	DIMENSIONI - FRAMEWORK QUALITA'
Adeguatezza delle risorse per il Servizio Sanitario nazionale	1) ACCESSIBILITÀ e TEMPESTIVITÀ; 3) ADEGUATEZZA RISORSE UMANE, STRUTTURALI E TECNOLOGICHE; 12) SODDISFAZIONE/BENESSERE OPERATORI
Sviluppare e promuovere l'integrazione operativa tra i diversi LEA (ospedaliero, territoriale, prevenzione)	10) INTEGRAZIONE E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE 12) SODDISFAZIONE/BENESSERE OPERATORI

⁵⁵⁶ JAMA Network Open. 2020;3(7):e2016933. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.16933 - *Comparison of Weighted and Unweighted Population Data to Assess Inequities in Coronavirus Disease 2019 Deaths by Race/Ethnicity Reported by the US Centers for Disease Control and Prevention* Tori L. Cowger, MPH e altri, July 28, 2020;

⁵⁵⁷ JAMANetwork Open. 2020; *L'importanza delle popolazioni di cura a lungo termine nei modelli Covid-19*, di Karl Pillester e altri, 9 giugno 2020;

⁵⁵⁸ Imperial College, London, Report 27 *Adapting hospital capacity to meet changing demands during the COVID-19 pandemic*, Ruth McCabe, 15 June 2020 Imperial College COVID-19 response team;

⁵⁵⁹ *La Qualità in sanità, Frame Work scientifico di ASIQUAS, 2020;*

Conoscere i bisogni reali delle popolazioni in divenire e il loro dimensionamento per peso e volumi (studi demografici e sociali);	2) ACCETTABILITÀ, CENTRALITÀ, EMPOWERMENTdel PAZIENTE 13) SODDISFAZIONE PAZIENTI
Ridefinire i modelli regolativi degli ospedali	4) APPROPRIATEZZA CLINICA 5) APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA TRASPARENZA 7) EFFICACIA 8) EFFICIENZA 11) SICUREZZA
Sviluppare le strutture intermedie sia “specialistiche” che “generaliste” in un’ottica di filiere assistenziali pubblico/ privato con una modellizzazione uniforme tipo quella individuata con il Tavolo Re.Se.T. Ministero/AGENAS/Regioni	10) INTEGRAZIONE E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
Riorganizzare i servizi delle cure primarie, il loro potenziamento e la loro integrazione con quelli territoriali della ASL, rafforzando i Distretti e la loro connotazione come Agenzie di “continuità assistenziale” verso la popolazione dei territori;	10) INTEGRAZIONE E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE 12) SODDISFAZIONE/BENESSERE OPERATORI 13) SODDISFAZIONE PAZIENTI
Sciogliere il nodo “storico” di ruolo e di rapporto con MMG, PLS e specialisti territoriali, da parte dei SSR, ridefinendone ruoli e competenze in una visione unitaria delle cure primarie e della prevenzione	10) INTEGRAZIONE E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
Ridefinire gli aspetti dell’integrazione sociosanitaria e del rapporto con gli ambiti territoriali, mai come ora necessaria per il supporto alla popolazione fragile e per i servizi domiciliari a favore delle persone in isolamento.	10) INTEGRAZIONE E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE 14) UMANIZZAZIONE ASSISTENZA
Sviluppare una normativa “integrata sociosanitaria” in tutte le Regioni con basi strutturali comuni che abbandoni per sempre le bolle sanitarie e sociali distinte e finora poco comunicanti tra loro per superare le iniquità esistenti;	9) EQUITÀ

Riorganizzazione dei Corsi di Laurea di Medicina e di specialità, di Scienze Infermieristiche e delle altre professioni sanitarie con migliori approfondimenti ed esperienze di sanità pubblica, degli aspetti psicologici e di intervento sociosanitario.

6) COMPETENZA PROFESSIONALE E CULTURALE

Convergenza di sistemi informativi adeguati e uniformi a livello nazionale con una cabina di regia unica Stato-Regioni che garantisca il coordinamento degli interventi in caso di pandemie tramite anche la definizione di piani d'intervento dedicati

5) APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA E TRASPARENZA

13) SODDISFAZIONE PAZIENTI

Pe gli impatti di Covid19 e altri virus sui SSR:

- a. Avere Piani Pandemici nazionali e regionali aggiornati e operabili al bisogno in tempi stringenti;
- b. Fondamentali sono le attività di prevenzione, *testing*, e tracciamento dei contagi;
- c. È necessario tenere separati i percorsi "*No Covid19*" (acuti e cronici) dai percorsi "*Covid19*"⁵⁶⁰;
- d. È necessario prevedere reti assistenziali dedicate, ovvero, una per l'emergenza e urgenza, una per l'elezione e gli interventi programmati e una per i pazienti "*Covid19*";
- e. Gli ospedali devono specializzarsi verso gli acuti e i "*Covid19*", con reti separate;
- f. Inoltre, gli ospedali per acuti a fronte della/delle pandemie virali devono avere modelli a "*fisarmonica*" in grado di adattarsi in tempi brevissimi alle esigenze di salute prioritarie delle popolazioni, senza abbandonare target di pazienti cronici e poli cronici;
- g. Le "*prese in carico*" devono essere gestite in integrazione con il mondo del sociale e con quello educativo e scolastico al fine di limitare il disagio e di accogliere adeguatamente la complessità dei bisogni di ognuno e in particolare dei soggetti più fragili, conseguentemente le competenze tecniche e relazionali degli operatori devono essere implementate in base alle esigenze assistenziali nuove che si sono verificate;

Proposte per la riorganizzazione dei SSR anche dopo la pandemia:

- a. Le reti territoriali devono essere diversificate e integrate tra servizi sanitari e sociali, ripensando i modelli operativi, favorendo quelli di assistenza

⁵⁶⁰ Imperial College, London, Report 27 *Adapting hospital capacity to meet changing demands during the COVID-19 pandemic*, Ruth McCabe, 15 June 2020 Imperial College COVID-19 response team.

- domiciliare, di prossimità e di comunità, nonché le reti di prevenzione e screening, che anche con la pandemia hanno fatto la differenza;
- b. Le strutture residenziali e semiresidenziali devono essere integrate in reti “dedicate” e devono essere sviluppati a livello nazionale i loro requisiti di “accreditamento”;
 - c. Proponiamo un approccio di “ospedale diffuso” nei territori, integrando e valorizzando le presenze sanitarie e sociali, pubbliche e private “accreditate”, la cooperazione, l’associazionismo e il volontariato. “Ospedale diffuso” in quanto anche alternativa strutturata all’ospedalizzazione tradizionale e spesso “impropria” e come strumento di coordinamento e integrazione dei servizi;
 - d. Per favorire la connessione tra ospedale e territorio proponiamo una gestione delle reti soprattutto territoriali con una maggiore presa in carico infermieristica inserendo a pieno titolo l’attività dell’infermiere di famiglia che gestisca non solo le cronicità, ma possa effettuare interventi di promozione della salute in tutti gli ambiti di vita intercettando i bisogni di salute per il mantenimento dello stato di benessere, oltre ad attivare a pieno la funzione di case manager.
 - e. L’inserimento di psicologi nelle Unità Territoriali e nei livelli di alta complessità assistenziale può comportare una migliore gestione della sofferenza e un rafforzamento degli altri operatori nella gestione delle relazioni e nella comunicazione, consentendo di procedere più efficacemente nei protocolli di cura;
 - f. I sistemi di monitoraggio e valutazione devono guidare la pianificazione, l’implementazione il controllo e il miglioramento continuo e supportare il tutto;
 - g. Dobbiamo avere anche piani adeguati a garantire l’acquisizione, la produzione e l’autosufficienza per farmaci, tamponi e PPI (presidi di protezione individuale) nonché per *technological device* a supporto degli operatori sanitari e sociali e per i target a rischio della popolazione per essere pronti per un’eventuale recrudescenza della pandemia

La vision ASQUAS: le proposte per un sistema sanitario “integrato” e resiliente anche dopo ... Covid19.

1) Adeguatezza delle risorse per il Servizio Sanitario nazionale.^{561, 562}

Le statistiche Eurostat (riferite al 2016) collocano l’Italia in tredicesima posizione per la spesa sanitaria (8.9%) rispetto al PIL. In vetta si trovano Francia (11.5%),

⁵⁶¹ Vedi la “Dimensione” [1] “Accessibilità e Tempestività”, Framework Scientifico ASQUAS, 2020; e vedi la “Dimensione” [3] “Adeguatezza Risorse Umane, strutturali e tecnologiche”, Ibidem, 2020;

⁵⁶² Vedi la “Dimensione” [12] “Soddisfazione/benessere degli operatori”, Framework Scientifico ASQUAS, 2020.

Germania (11,1%) e Svezia (11%). Considerando la spesa sanitaria per abitante in testa si trovano Lussemburgo (€ 5.600 pro capite), Svezia (€ 5.100) e Danimarca (€ 5.000 euro). Segue un gruppo di Paesi (Olanda, Germania, Austria e Irlanda) con valori tra 4.200 e 4.300 euro, un altro gruppo (Francia, Belgio, Finlandia e Regno Unito) nella fascia 3.600/3.800 euro. In Italia la spesa per abitante è stata di 2.500 euro. La spesa sostenuta privatamente (*l'out of pocket*) dai cittadini della Unione Europea corrisponde al 15,7% del totale. Anche in questo caso si registra una forte variabilità: es il 10% in Francia, mentre l'Italia supera la media U.E. con il 22,9%. Appare evidente che il nostro Paese a fronte di paesi a noi più vicini per numerosità di popolazione (nel 2016 in Germania 81.2 milioni, Francia 66.4, Regno Unito 64.8, Italia 60.4) mostra una spesa decisamente inferiore. La spesa per abitante è inferiore del 41 % rispetto alla Germania e del 32% rispetto alla Francia e Regno Unito. Non è certo con incrementi annui del fondo sanitario di 1 o 2 miliardi che si copre tale divario con le altre nazioni europee. Serve un impegno notevole e costante nel tempo adeguato ai bisogni di riqualificazione del SSN e dei SSR.

2) Sviluppare e promuovere l'integrazione operativa tra i diversi LEA (ospedale-teritoriale, prevenzione).^{563, 564}

Erogazione dell'assistenza attraverso il potenziamento del coordinamento e della continuità della cura (assistenza/servizi coordinati e interconnessi nel tempo e coerenti con le esigenze e preferenze di salute delle persone) all'interno e tra le diverse istituzioni variamente coinvolte nell'assistenza dei pazienti⁵⁶⁵, attraverso lo sviluppo delle reti e dei percorsi assistenziali. Nei Paesi dove i sistemi sanitari sono o troppo "ospedalocentrici" o "privati" (USA) la differenza di risposta alla Pandemia di CoVid19 ha messo in evidenza le carenze strutturali dei sistemi (carezza di risorse tecnologiche (uomini e macchine), di procedure integrate, con un disegno della dotazione di posti letto da rivedere (medicina d'urgenza e sub intensiva). Anche in Italia i SSR che hanno modelli di "integrazione diffusa" (*Disease Management* e *Modello Kaiser Permanent*)^{566,567} nel territorio come Veneto e Emilia-Romagna, hanno dimostrato un maggiore resilienza alla pandemia che quelli "ospedalocentrici";

⁵⁶³ Vedi la "Dimensione" [10] "Integrazione e continuità assistenziale", Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;

⁵⁶⁴ Vedi la "Dimensione" [12] "Soddisfazione/benessere degli operatori", Framework Scientifico ASIQUAS, 2020

⁵⁶⁵ WHO (2018) - *Continuity and coordination of care* A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. (N.d.R.: modificato);

⁵⁶⁶ Kanter MH, Lindsay G, Bellows J, Chase A. "Complete Care at Kaiser Permanente: Transforming Chronic and Preventive Care". The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 2013; 9 (11): 484-494(11).

⁵⁶⁷ Gavino Maciocco, Oiero Salvadori, Paolo Tedeschi - "Le sfide della sanità americana. La riforma di Obama. Le innovazioni di Kaiser Permanente" - Il Pensiero Scientifico Editore, 2009;

3) Conoscere i bisogni reali delle popolazioni attuali e in divenire e il loro dimensionamento per peso e volumi (demografici e sociali).^{568, 569}

Nei SSR dove si è lavorato di più nell'analisi del trend demografico e dei bisogni di salute delle popolazioni residenti si è riusciti a riequilibrare meglio l'allocazione delle risorse disponibili per singoli territori e per aree specialistiche;

4) Ridefinire i modelli regolativi degli ospedali.^{570, 571, 572, 573, 574}

Se dovremo convivere a lungo con questo e altri "spillover" o virus derivati da "zoonosi", dobbiamo prevedere "Piani Pandemici" e per maxi-emergenze aggiornati e realistici in grado di cambiare finalizzazione e ruolo delle strutture sanitarie in funzione delle caratteristiche della minaccia di salute da affrontare. Ovvero, avere modelli organizzativi e strutturali "modulari", come già indicato nel DM 70⁵⁷⁵, in grado di rispondere tempestivamente a variazioni anche repentine della domanda essere assemblati nel modo più utile ed efficace.

5) Sviluppare le strutture intermedie sia "specialistiche" che "generaliste" in un'ottica di filiere assistenziali pubblico/privato con una modellizzazione uniforme tipo quella individuata con il Tavolo Re.Se.T. Ministero/AGENAS/Regioni.^{576, 577}

Occorre superare l'eterogeneità dei modelli organizzativi delle cure intermedie e territoriali e delle reti di cure primarie (MMG, PLS e specialisti territoriali), per uniformare la qualità, l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni in un approccio di "garanzie" di accesso ai LEA, che oggi sono fornite a "macchia di leopardo" nei territori delle singole ASL. Senza un grande sforzo di riorganizzazione è difficile rendere uniformi i sistemi di valutazione dei pazienti, le tipologie di servizi "erogabili" realmente e i conseguenti impegni di personale e risorse tecnologiche e la condivisione dei dati per diagnostica e assistenza a distanza. In questo contesto si colloca il tema della ridefinizione del ruolo dei Distretto sociosanitari delle ASL. Sia ridefinendone le funzioni: valutare i bisogni; promuovere la salute;

⁵⁶⁸ Vedi la "Dimensione" [2] "Accettabilità, centralità ed empowerment del paziente", Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

⁵⁶⁹ Vedi la "Dimensione" [13] "Soddisfazione dei pazienti", Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

⁵⁷⁰ Vedi la "Dimensione" [4] "Appropriatezza clinica", Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

⁵⁷¹ Vedi la "Dimensione" [5] "Appropriatezza organizzativa e trasparenza", Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

⁵⁷² Vedi la "Dimensione" [7] "Efficacia", Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

⁵⁷³ Vedi la "Dimensione" [8] "Efficienza", Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

⁵⁷⁴ Vedi la "Dimensione" [11] "Sicurezza", Framework Scientifico ASQUAS, 2020.

⁵⁷⁵ Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 - Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera – Allegato 1, § 1.2.

⁵⁷⁶ Pesaresi F.: Covid-19 nelle strutture residenziali per anziani in Italia. I Luoghi di Cura (on line) n. 2 – 2020.;

⁵⁷⁷ Vedi la "Dimensione" [10] "Integrazione e continuità assistenziale", Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

alfabetizzazione sanitaria; intervenire proattivamente (sanità d’iniziativa); organizzare i servizi; garantire la continuità delle cure; impedire la segregazione delle persone non-autosufficienti.

Sia implementando le “*Unità complesse di cure primarie*” (UCCP); la dotazione nei territori di strutture sociosanitarie fisiche adeguate; la modernizzazione delle infrastrutture digitali.

6) Riorganizzare i servizi delle cure primarie, il loro potenziamento e la loro integrazione con quelli territoriali della ASL, rafforzando i Distretti e la loro connotazione come Agenzie di “continuità assistenziale” verso la popolazione dei territori.^{578, 579, 580}

Occorre potenziare le reti di “*Case della Salute*” o simili che vedano un’integrazione dei servizi distrettuali sociosanitari, delle forme associative dei MMG, PLS e Specialisti territoriali e degli infermieri di famiglia e delle ADI, nonché dei Punti di primo Soccorso e dei Servizi Sociali dei Comuni e delle loro forme associative. Senza forti reti territoriali “*integrate*” non si supera la centralità degli ospedali nei SSR. La riorganizzazione deve altresì adottare criteri di idonea localizzazione rispetto ai cittadini e ai pazienti a cui è diretta, accessibilità e funzionalità degli spazi. **Sciogliere il nodo “storico” di ruolo e di rapporto con MMG, PLS e specialisti territoriali, da parte dei SSR, ridefinendone ruoli e competenze in una visione unitaria delle cure primarie e della prevenzione**⁵⁸¹. È necessario ripensare se il “*sistema di convenzionamento*” in vigore è ancora adeguato o meno, se il “*massimalismo*” ha contribuito a trasformare i MMG e PLS spesso prevalentemente in “*prescrittori*”, impedendogli di sviluppare adeguati livelli di “*clinica*” di base. Occorre affrontare il tema se si deve continuare a regolare il rapporto con questi professionisti sanitari in “*convenzione*” o con altre soluzioni contrattuali che li portino a essere parte attiva dei SSR.

7) Ridefinire gli aspetti dell’integrazione sociosanitaria e del rapporto con gli ambiti territoriali, mai come ora necessaria per il supporto alla popolazione fragile e per i servizi domiciliari a favore delle persone in isolamento.^{582, 583}

L’integrazione sociosanitaria deve partire dall’ordinamento dello Stato superando la divisione delle competenze sanitarie e sociali attribuite a Ministeri

⁵⁷⁸ Vedi la “*Dimensione*” [10] “*Integrazione e continuità assistenziale*”, Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

⁵⁷⁹ Vedi la “*Dimensione*” [12] “*Soddisfazione/benessere degli operatori*”, Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

⁵⁸⁰ Vedi la “*Dimensione*” [13] “*Soddisfazione dei pazienti*”, Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

⁵⁸¹ Vedi la “*Dimensione*” [10] “*Integrazione e continuità assistenziale*”, Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

⁵⁸² Vedi la “*Dimensione*” [10] “*Integrazione e continuità assistenziale*”, Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

⁵⁸³ Vedi la “*Dimensione*” [14] “*Umanizzazione dell’assistenza*”, Framework Scientifico ASQUAS, 2020;

nazionali e Assessorati regionali diversi⁵⁸⁴. Sui territori gli operatori sanitari e sociali devono lavorare insieme, come spesso già oggi fanno, e soprattutto operare sugli stessi pazienti. Questa divisione di competenze crea inevitabilmente modelli di servizi difformi, tipologie di risposte non coordinate, spreco di risorse, per altro limitate, burocrazie parallele e disservizi verso i cittadini/pazienti. Integrare e riqualificare, recuperando efficacia, appropriatezza, qualità e sicurezza delle cure ed efficienza di allocazione delle risorse sono gli imperativi assoluti oggi. Le “*prese in carico*” devono tendere alla massima integrazione con il mondo del sociale e con quello educativo e scolastico al fine di limitare il disagio e di accogliere adeguatamente la complessità dei bisogni di ognuno e in particolare dei soggetti più fragili.

8) Sviluppare una normativa “integrata sociosanitaria” in tutte le Regioni con basi strutturali comuni che abbandoni per sempre le bolle sanitarie e sociali distinte e finora poco comunicanti tra loro per superare le iniquità esistenti.^{585, 586}

La popolazione dei territori ha sue specificità e vede una crescita esponenziale di cittadini over 65 cronici e poli cronici e spesso fragili per contesto sociale e per reddito a cui inevitabilmente occorre garantire sostegno, presa in carico, continuità assistenziale e accompagnamento nel tempo. Spesso la divisione tra servizi sanitari e sociali creano “*bolle*” di bisogni non gestite. Spesso la fragilità sociale ed economica è un “*proxy*” di cronicità varie. Per superare questa situazione è necessario un lavoro di uniformazione normativa a livello nazionale e regionale che semplifichi e unifichi reti, operatori, risorse, competenze e semplifichi procedure di accesso e di gestione. È altresì indispensabile che i servizi pubblici, sociali e sanitari, adottino - in fase di convenzionamento, concessione e accreditamento – un adeguato sistema di valutazione e una metodologia di rapporti con gli enti gestori (IPAB, privati, cooperative) di strutture residenziali con varie denominazioni (RSA, Comunità residenziali, Case protette etc.) che integri la loro presenza sul territorio nella rete delle cure sociosanitarie, oltre ai posti letto resi disponibili.

9) Riorganizzazione dei Corsi di Laurea di Medicina e di specialità, di Scienze Infermieristiche e delle altre professioni sanitarie con migliori approfondimenti ed esperienze di sanità pubblica, degli aspetti psicologici e di intervento sociosanitario.⁵⁸⁷

⁵⁸⁴ Apicella A, Banchieri G., Di Stanislao F. e Goldoni L. “*Requisiti di qualità nella integrazione tra sanità e sociale*”, Raccomandazione SIQUAS VRQ sulla “*Integrazione sociosanitaria*”, Franco Angeli Editore 2013, Roma.

⁵⁸⁵ Vedi la “*Dimensione*” [10] “*Integrazione e continuità assistenziale*”, Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;

⁵⁸⁶ Vedi la “*Dimensione*” [9] “*Equità*”, Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;

⁵⁸⁷ Vedi la “*Dimensione*” [6] “*Competenza professionale e culturale*”, Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;

Il capitale fondamentale dei SSR sono gli operatori sanitari e sociosanitari che vi operano. La sanità, nella sua complessità, ha la massima concentrazione di laureati e specializzati del sistema Paese e incide per circa il 15% del PIL sul valore del *"Sistema Italia"*. Quindi il *"capitale umano"* dei SSR va valorizzato e qualificato in modo adeguato e finalizzato alle risposte che le reti ospedaliere e territoriali sono chiamate a dare ai bisogni di salute delle popolazioni nel loro divenire. C'è ormai un grande problema di rivedere le competenze tecniche e relazionali che devono acquisire gli operatori sanitari e sociali in base allo sviluppo delle pratiche cliniche e assistenziali. C'è un problema di aggiornamento dei contenuti dei programmi dei Corsi di Laurea in Scienze Infermieristiche e di Medicina, ma anche di quelli di altre figure professionali che ormai popolano numerose le aziende sanitarie e i SSR. Devono acquisire competenze relative al lavoro in equipe, alla gestione dei gruppi e dei conflitti, a come si pratica la leadership, a come si implementano l'*empowerment*, e le relazioni empatiche tra operatori/pazienti, come si curano aspetti cruciali quali informazione e comunicazione all'interno delle organizzazioni e con gli stakeholder. Acquisire principi e metodi dell'assistenza di territorio. È necessario aggiornare i contenuti dei programmi dei corsi di Laurea delle professioni sanitarie e della professione medica;

10) Convergenza di sistemi informativi adeguati e uniformi a livello nazionale con una cabina di regia unica Stato-Regioni che garantisca il coordinamento degli interventi in caso di pandemie tramite anche la definizione di piani d'intervento dedicati.^{588, 589, 590}

Tutte le attività di assistenza basate su un approccio integrato hanno bisogno di essere supportate da raccolta, flussi e conservazione dei dati amministrativi clinici e assistenziali condivise, con un pronto recepimento anche di quanto raccolto con le innovazioni determinate dalla telemedicina, dalla tele assistenza e tele monitoraggio. Ormai la digitalizzazione in sanità è una esigenza inderogabile. Telemedicina, teleassistenza, tele monitoraggio, tele refertazione e qualsiasi altro supporto digitalizzato sono fondamentali in presenza di pandemie virali o batteriche per garantire presa in carico, continuità e monitoraggio delle cure tramite web. La telemedicina permette l'uso ottimale delle risorse, il monitoraggio attivo dei pazienti, efficacia e appropriatezza delle cure, qualità e sicurezza per i pazienti. Oggi tutti gli applicativi esistenti sono integrabili fra loro. Non ci sono ostacoli tecnologici ai processi di integrazione e condivisione. È una questione di volontà politica. Occorre uniformare i sistemi informatici a livello almeno regionale per garantire stessi diritti di accesso e di cura ai pazienti. Gli operatori devono potere e sapere utilizzare in modo adeguato ed efficace gli applicativi e le infrastrutture

⁵⁸⁸ Vedi la "Dimensione" [5] *"Appropriatezza organizzativa e trasparenza"*, Frame Work scientifico ASIQUAS, 2020.

⁵⁸⁹ Vedi la "Dimensione" [14] *"Umanizzazione dell'assistenza"*, Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;

⁵⁹⁰ Vedi la "Dimensione" [13] *"Soddisfazione dei pazienti"*, Framework Scientifico ASIQUAS, 2020;

informatiche esistenti. Programmazione della produzione, dello stoccaggio e degli acquisti di vaccini e farmaci, tamponi e DPI (dispositivi di protezione individuale), nonché di *technological device* a supporto degli operatori sanitari e sociali e per i target a rischio della popolazione, per essere pronti per un'eventuale recrudescenza della pandemia. La presenza in Italia di numerose e qualificate aziende farmaceutiche e di *medical device* e consumabili è un potenziale da valorizzare e portare a sistema per garantire efficacia, efficienza, appropriatezza, qualità e sicurezza delle cure.

L'adeguatezza delle risorse e l'occasione dei finanziamenti e il ruolo della UE.

Il *NextGenerationUE* e il *MES* sono due occasioni fondamentali da non perdere, ma non devono giustapporre all'esistente "*altro*" senza cambiare la visione complessiva della sanità pubblica. Se le imprese vanno verso modelli in rete, se i servizi possono essere attivati via web, se serve un nuovo asse produttivo basato su una economia circolare, fonti energetiche rinnovabili e green economy, occorre definire adeguatamente il ruolo del sistema sanitario come "*driver*" di sviluppo e di cambiamento con i settori a monte e a valle e la sua grande concentrazione di professionalità, come nessun altro settore del sistema Paese. Occorre continuare a valorizzare il ruolo degli operatori della sanità che sono il principale capitale umano del SSN e dei SSR.

Superare i modelli ospedalocentrici e crescere nei territori.

Gli ospedali ad alta specialità e le terapie intensive e semi intensive non possono essere l'unica arma "*letale*" del sistema Dobbiamo mettere lo "*scarpone a terra*", stare sui territori, avere un approccio di prossimità e di comunità, avere dei servizi proattivi. Tanta prevenzione e tanta "*self care*" supportata anche da un qualificato sviluppo degli strumenti digitali al servizio della salute. È nei territori che si gioca la battaglia contro il virus o i virus e contro le malattie croniche.



ALLEGATI



ELENCO ALLEGATI

ALLEGATO 1 - LA LEGISLAZIONE DI RIORDINO DELL'833/1978	403
ALLEGATO 2 - Certificazione UNI EN ISO 9000	406
ALLEGATO 3 - GLOSSARIO QUALITÀ ASQUAS	409
ALLEGATO 4 – INDICATORI DEL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA (NSG)	412
ALLEGATO 5 - PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE)	418
ALLEGATO 6 - SISTEMA DI VALUTAZIONE DEL LABORATORIO MES-PISA	438
ALLEGATO 7 - NSIS: NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO	443
ALLEGATO 8 – DISUGUAGLIANZE: INDAGINE PASSI 2016-2019	447
ALLEGATO 9 - SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOAL - ONU	453
ALLEGATO 10 - LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA	463
ALLEGATO 11 - MONITORAGGIO EROGAZIONE LEA E PIANI DI RIENTRO	476
ALLEGATO 12 – INTEGRAZIONE TRA SOCIALE E SANITARIO	480
ALLEGATO 13 - REQUISITI RETI SPECIALISTICHE REGIONALI (RSR)	486
ALLEGATO 14 – LEGISLAZIONE REGIONALE SU RETI CLINICHE	501
ALLEGATO 15 –MODEL PATHWAY/PDTA sviluppati da Regioni e P.A.	516
ALLEGATO 16 - STRUMENTI DI ANALISI DEI PERCORSI ASSISTENZIALI	524
ALLEGATO 17 - ESPERIENZE DI EMPOWERMENT DEI CITTADINI	529
ALLEGATO 18 - PORTALE “TRASPARENZA DEI SERVIZI DELLA SALUTE”	533
ALLEGATO 19 - DISCIPLINARE ACCREDITAMENTO 2015	539
ALLEGATO 20 - LE RISORSE UMANE IN SANITÀ NELLA LEGISLAZIONE	549
ALLEGATO 21 – RESIDENZIALITÀ: ATTIVITÀ, STANDARD, INDICATORI	553
ALLEGATO 22 - PROGETTO MATTONI Prestazioni Resid. e Semires.	558
ALLEGATO 23 - ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	566
ALLEGATO 24 - PIANO NAZIONALE GOVERNO LISTE Attesa (Allegati)	569
ALLEGATO 25 - I BUNDLES (PACCHETTI ASSISTENZIALI)	572
ALLEGATO 26 - REVISIONI SISTEMATICHE	574
ALLEGATO 27 - LINEE GUIDA	582
ALLEGATO 28 - BUONE PRATICHE	584
ALLEGATO 29 –CHOOSING WISELY ITALY	586
ALLEGATO 30 - CARTA DEI SERVIZI	606
ALLEGATO 31 - APPROPRIATEZZA RICOVERI	623
ALLEGATO 32 - HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT	628
ALLEGATO 33 - MANUALE PROCEDURE HTA	638

ALLEGATO 34 - PERFORMANCE NELLA P.A.	641
ALLEGATO 35 - PATTO PER LA SALUTE 2019-2021	644
ALLEGATO 36 – ASSESSMENT ORGANIZZATIVO	653
ALLEGATO 37 - LINEE GUIDA di GESTIONE EVENTI AVVERSI in SANITÀ	662
ALLEGATO 38 - EVENTI SENTINELLA – 5° RAPPORTO	666
ALLEGATO 39 - IL PERSONALE NEL SSN	670
ALLEGATO 40 –QUESTIONARIO CLIMA LAVORATIVO TEAM OPERATIVI	672
ALLEGATO 41 - BURNOUT INVENTORY	673
ALLEGATO 42 - AUSTRALIAN HOSPITAL PATIENT EXPERIENCE	675
ALLEGATO 43 - MODERARE I FORUM DEGLI UTENTI E CLINICI	682
ALLEGATO 44 - CLASSIFICAZIONE SEGNALAZIONI RECLAMI	685

ALLEGATO 1 - LA LEGISLAZIONE DI RIORDINO DELL'833/1978

Indicazioni sulle attività sulla qualità dell'assistenza da avviare nelle strutture sanitarie e sociosanitarie

DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, N. 502⁵⁹¹

- Art. 2. Programmazione sanitaria e indirizzi delle regioni
 - ◊ *La valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie, rientrano nella competenza delle regioni.*
- Art. 8. Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali
 - ◊ *Sono fissati i termini per l'adeguamento delle ... attività obbligatorie in materia di controllo della qualità delle prestazioni*
- Art. 9. Forme diverse di assistenza
 - ◊ *Verifica annualmente i risultati conseguiti sia sul piano economico sia su quello della qualità dei servizi.*
- Art. 10. Controllo di qualità.
 - ◊ *10.1. Allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini, è adottato in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità delle prestazioni, ...*
 - ◊ *10.2. Le regioni,verificano il rispetto delle disposizioni Con particolare riguardo alle prescrizioni concernenti le attività di controllo della qualità delle prestazioni, e svolgono interventi programmati di valutazione della qualità dell'assistenza.*
 - ◊ *10.3. Con decreto del Ministro della sanità..... sono stabiliti i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità.*
- Titolo IV . Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini. Art. 14. - Diritti dei cittadini.
 - ◊ *14.1. Il Ministro della sanità definisce con proprio decreto,..... un sistema di indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché all'andamento delle attività di prevenzione delle malattie.*
 - ◊ *14.3. Il Ministro della sanità, in sede di presentazione della relazione sullo stato sanitario del Paese, riferisce in merito alla tutela dei diritti dei cittadini con riferimento all'attuazione degli indicatori di qualità*
 - ◊ *14.4. Al fine di favorire l'orientamento dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere provvedono ad attivare un efficace sistema di informazione Il direttore generale dell'unità sanitaria locale ed il direttore generale dell'azienda*

⁵⁹¹ DECRETO LEGISLATIVO 30 dicembre 1992, n. 502 Riordino della disciplina in materia sanitaria.

ospedaliera convocano, almeno una volta l'anno, apposita conferenza dei servizi quale strumento per verificare l'andamento degli indicatori di qualità e per individuare ulteriori interventi tesi al miglioramento delle prestazioni.

DECRETO LEGISLATIVO 7 dicembre 1993, n. 517.⁵⁹²

- L'art. 2 è sostituito dal seguente:
 - ◊ **2. Spettano in particolare alle regioni al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitari**
- Nell'art. 8 - g) il comma 7 è sostituito dal seguente
 - ◊ **7. Fermo restando sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate**
- Art. 11.- È inserito dopo l'art. 9 il seguente:
 - ◊ **"Art. 9-bis (Sperimentazioni gestionali). - 1. Le sperimentazioni gestionali ... sono attuate attraverso lo svolgimento in forma integrata sia di opere che di servizi, motivando le ragioni di convenienza, di miglioramento della qualità dell'assistenza**
 - ◊ **La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome verifica annualmente i risultati conseguiti sia sul piano economico che su quello della qualità dei servizi.**
- Art. 12. il comma 1 è sostituito dal seguente:
 - ◊ **" 1. Allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini, è adottato in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità**
- Art. 12. il comma 2 è sostituito dal seguente:
 - ◊ **Le regioni.... verificano il rispetto delle disposizioni con particolare riguardo alla introduzione ed utilizzazione di sistemi di sorveglianza e di strumenti e metodologie per la verifica di qualità dei servizi e delle prestazioni.....**
- Art. 14. nell'art. 12:
 - ◊ **" 4. Il Fondo sanitario nazionale in conto capitale assicura quote di finanziamentosulla base di indicatori qualitativi e quantitativi di assistenza sanitaria....**
- Art. 15. 1. Nell'art. 14 a) il comma 1 è sostituito dal seguente:
 - ◊ **1. Al fine di garantire il costante adeguamento alle esigenze dei cittadini utenti del Servizio sanitario nazionale i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla PERSONALIZZAZIONE ed UMANIZZAZIONE dell'assistenza, al DIRITTO ALL'INFORMAZIONE, alle prestazioni**

⁵⁹² DECRETO LEGISLATIVO 7 dicembre 1993, n. 517 - Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria

alberghiere, nonchè dell'andamento delle attività di PREVENZIONE DELLE MALATTIE.

DECRETO LEGISLATIVO 19 giugno 1999, n. 229⁵⁹³

- “Art. 1 (Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza)
 - ◊ **2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, i livelli essenziali e uniformi di assistenza nel rispetto, della qualità delle cure e della loro appropriatezza ...**
 - ◊ **10. Il Piano sanitario nazionale indica d) gli indirizzi finalizzati a orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione di progetti di interesse sovregionale**
- Art. 8-quater (Accreditamento istituzionale)
 - ◊ **f) prevedere la partecipazione degli operatori a programmi di valutazione sistematica e continuativa dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e della loro qualità.....**
- Art. 8-octies (Controlli)
 - ◊ **3. Con atto di indirizzo e coordinamento, sono stabiliti,..... i principi base ai quali la regione assicura la funzione di controllo esterno sulla appropriatezza e sulla qualità della assistenza prestata dalle strutture interessate.....**
- “Art. 19-bis (Commissione nazionale per l'accREDITamento e la qualità dei servizi sanitari)
 - ◊ **1. È istituita, presso l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, la Commissione nazionale per l'accREDITamento e la qualità dei servizi sanitari.**

⁵⁹³ DECRETO LEGISLATIVO 19 giugno 1999, n. 229 - “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale

ALLEGATO 2 - Certificazione UNI EN ISO 9000

La certificazione è un “atto formale di verifica, atto che viene compiuto da una terza parte indipendente in grado di dichiarare che un determinato prodotto, processo o servizio è conforme a una specifica norma”⁵⁹⁴. La certificazione è un atto formale e volontario che richiede la verifica di un ente certificatore esterno, riconosciuto in sede nazionale o internazionale. Contrariamente all’accreditamento di eccellenza, nel processo di certificazione si pone maggior attenzione alla struttura e alle funzioni aziendali che non al prodotto finale e la certificazione non è rilasciata da professionisti del settore.

La certificazione ISO è quindi un’implementazione, un surplus del sistema qualità che trova origine dalle norme ISO 9000; questo tipo di approccio viene definito “certificazione” perché prevede l’attestazione di conformità con quanto previsto dalla normativa da parte di un ente indipendente e prevede il rilascio di un certificato di conformità.

Le norme ISO 9000 (International Standard for Organization) sono norme di applicazione generale nate per garantire la sicurezza degli apparecchi elettrici e poi applicate a tutti i settori produttivi, quindi anche a quello sanitario e vengono utilizzate quando esiste la necessità di dimostrare capacità di produrre prodotti conformi. I requisiti di tali norme si basano sul rispetto di procedure predefinite che riducono i rischi di non produrre un prodotto non conforme.

Le norme ISO consentono, inoltre, una definizione precisa sia dei ruoli che delle relative modalità di comunicazione, riducendo i costi relativi a prodotti di “non qualità” migliorando nel contempo il servizio reso⁵⁹⁵. Altra caratteristica importante è che le norme ISO consentono la possibilità di poter essere integrate con altri sistemi quali ad esempio il MCQ. Le norme ISO 9000 si articolano su 20 principi che devono essere soddisfatti tutti per ottenere la certificazione.

Gli aspetti principali possono essere sintetizzati:

- Devono essere identificati e dichiarati dalla Direzione in forma scritta gli obiettivi della struttura.
- La Direzione deve rendere disponibili le risorse, sia umane che materiali per attuare gli obiettivi predefiniti e periodicamente verifica il raggiungimento degli stessi;
- Devono essere definite le responsabilità, i ruoli, i compiti e le modalità di comunicazione tra i vari operatori della struttura;
- Deve essere redatto un documento pubblico denominato “manuale della qualità” in cui vengano enunciati: la struttura organizzativa, le varie procedure ed istruzioni per svolgere i vari processi critici (iter diagnostico/terapeutici) inclusi i processi per il mantenimento del sistema qualità interno;

⁵⁹⁴ Ranci Ortigosa E., *La valutazione della qualità in sanità*, Franco Angeli, Milano, 2000

⁵⁹⁵ Baraghini G., Capelli M., *Il sistema qualità ISO9000 in sanità*, Franco Angeli, Milano 1997

- Devono essere predisposti e aggiornati periodicamente mezzi di informazione degli utenti che consentano una conoscenza globale di tutti gli aspetti relativi alle prestazioni fornite, inclusi gli standard delle prestazioni;
- Devono essere scritte e condivise tutte le attività riconosciute importanti per la qualità del prodotto finito con lo scopo di evitare equivoci, malintesi ed errori;
- Devono essere valutate le acquisizioni di prodotti o servizi;
- Il personale impiegato nell'esecuzione dei processi importanti per la qualità deve essere adeguatamente formato.

Il sistema di qualità ISO viene certificato da un organo privato esterno all'organizzazione che a sua volta è accreditato da organismi nazionali, i quali garantiscono che il sistema qualità di quella struttura soddisfa i requisiti previsti dalle norme ISO 9000 e rilascia regolare certificazione che dovrà essere riconfermata dopo 1 anno, previa verifica del mantenimento dei requisiti. La certificazione ha validità 3 anni dopo di che decade e per essere mantenuta, la struttura dovrà essere sottoposta a nuova valutazione totale dei requisiti. L'operato degli organismi di certificazione è controllato e sottoposto a verifica periodica dal SINCERT.

I punti di forza della normativa ISO sono:

- La normativa è internazionale e gli standard organizzativi prendono in considerazione tutti gli aspetti gestionali.
- Il certificato è riconosciuto a livello internazionale.
- Le norme UNI EN ISO 9000 rappresentano un documento guida poiché delineano il Sistema Gestione Qualità (SGQ) attraverso il chiarimento dei principali concetti della qualità e forniscono i criteri di utilizzazione delle norme della serie UNI EN ISO 9000.
- Le norme ISO servono, inoltre, a stabilire relazioni coerenti tra fornitori e fruitori del servizio garantendo al committente controlli efficaci sulle procedure utilizzate in tutte le fasi del processo.

Il Sistema di Gestione della Qualità deve possedere determinate caratteristiche e cioè deve essere:

- *Analitico*: deve analizzare in modo approfondito la situazione per impostare i miglioramenti da effettuare;
- *Formativo*: tutto il personale coinvolto deve essere formato, motivato e coinvolto nella ricerca sia dei punti di forza del sistema, sia dei punti di debolezza ed istruito all'uso degli strumenti di analisi dei processi e al lavoro di gruppo come strumento di risoluzione dei problemi;
- *Preventivo*: poiché è difficile intervenire sul prodotto in corso di erogazione, occorre eseguire una rigorosa pianificazione in fase di progettazione in quanto la maggior parte delle prestazioni interessa da vicino il cliente/utente;
- *Coerente*: è necessario fissare obiettivi realistici e raggiungibili per evitare la frustrazione nel personale;

- *Documentato*: è necessario che siano definite, condivise e conservate istruzioni operative standard, misurazioni, valutazioni e azioni correttive;
- *Chiaro e comprensibile*: il SQ deve essere descritto con una terminologia chiara e linguaggio semplice;
- *Migliorabile*: il SQ non è un corpo statico, ma è in continua evoluzione essendo orientato verso il MCQ.

In conclusione si può affermare che il SQ consente una visione 360° delle prestazioni perché può intervenire su:

- L'utilizzo efficiente ed efficace delle risorse: attraverso il controllo dei costi e dei tempi di erogazione delle prestazioni (DRG e Ticket sanitari);
- L'allineamento dei processi organizzativi alle linee guida: per garantire prestazioni diagnostico – terapeutiche di qualità;
- La comprensione e la motivazione degli appartenenti alla struttura sanitaria: stimolando la partecipazione al MCQ;
- Lo sviluppo costante dell'ottimizzazione dei costi e delle risorse impiegate: con attenzione alle risorse ambientali e quelle relative alla sicurezza.

ALLEGATO 3 - GLOSSARIO QUALITÀ ASIQUAS

01) ACCESSIBILITÀ e TEMPESTIVITÀ

ACCESSIBILITÀ - Assistenza sanitaria erogata in setting operativi facilmente raggiungibili geograficamente, con competenze e risorse appropriate ai bisogni di salute⁵⁹⁶

TEMPESTIVITÀ - Capacità del sistema di fornire assistenza in tempi congrui rispetto al bisogno manifestato/riconosciuto⁵⁹⁷

02) ACCETTABILITÀ, CENTRALITÀ ed EMPOWERMENT del PAZIENTE

Fornire un'assistenza rispettosa e sensibile alle preferenze, ai bisogni e ai valori dei singoli pazienti e garantire che i valori dei pazienti guidino tutte le decisioni cliniche⁵⁹⁸

03) ADEGUATEZZA RISORSE UMANE, STRUTTURALI E TECNOLOGICHE

Corrispondenza/aggiornamento quali-quantitativo delle risorse umane, strutturali e tecnologiche agli effettivi bisogni dei pazienti, alle disposizioni legislative nazionali/regionali ed alle innovazioni tecnologiche validate⁵⁹⁹

04) APPROPRIATEZZA CLINICA

Utilizzo corretto (basato sulle evidenze e/o esperienza clinica e/o buone pratiche) di un intervento sanitario efficace, in pazienti che ne possono effettivamente beneficiare in ragione delle loro condizioni cliniche⁶⁰⁰.

05) APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA E TRASPARENZA

APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA - Erogazione di un servizio in un contesto organizzativo idoneo e congruente con le caratteristiche di complessità clinica del paziente e della tipologia di intervento/assistenza da erogare⁶⁰¹

⁵⁹⁶ W.H.O.. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. World Health Organization, Geneve, 2006 (*modificato*)

⁵⁹⁷ **Healthy People 2020**. Access to Health Services. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and HealthPromotion .<http://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/Access-to-Health-Services>. e AHRQ <https://www.ahrq.gov/research/findings/nhqdr/chartbooks/access/elements3.html>

⁵⁹⁸ Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001 Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Chapter 2 - Improving the 21st-century Health Care System

⁵⁹⁹ **AsIQuAS**

⁶⁰⁰ Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. 2006. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. Int J Qual Health Care 18 Suppl 1:5-13.

⁶⁰¹ Ministero della Salute: Manuale di formazione per il governo clinico: monitoraggio delle performance cliniche. Roma, dicembre 2012

TRASPARENZA - *Semplicità per utenti/stakeholder di reperire, acquisire e comprendere le informazioni necessarie per poter usufruire al meglio e valutare la qualità del servizio di proprio interesse*⁶⁰²

06) COMPETENZA PROFESSIONALE E CULTURALE

*Comprovata capacità di utilizzare conoscenze, abilità e capacità personali, sociali e/o metodologiche, in situazioni di lavoro o di studio e nello sviluppo professionale e personale. Le competenze sono in termini di responsabilità e autonomia*⁶⁰³

07) EFFICACIA

*Livello di perseguimento degli obiettivi di salute definiti sulla base dei bisogni di salute del singolo utente (o della comunità) e perseguiti sulla base delle evidenze scientifiche a disposizione*⁶⁰⁴.

08) EFFICIENZA

Assistenza sanitaria effettuata in modo da ottimizzare l'uso delle risorse per il perseguimento degli obiettivi di salute e per ridurre/annullare gli sprechi (di attrezzature, forniture, idee, energie, ecc.)^{605,606}

09) EQUITÀ

*Assistenza sanitaria che non varia in rapporto al genere, razza, etnia, localizzazione geografica o stato socio-economico degli utenti*⁶⁰⁷

⁶⁰² Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche. Linee guida per il miglioramento degli strumenti per la qualità dei servizi pubblici. Delibera n. 3/2012 (*modificato*)

⁶⁰³ Comunità europea, 2009 - Raccomandazione del Parlamento Europeo e del Consiglio del 23 aprile 2008, presenta il Quadro Europeo delle Qualifiche e dei Titoli (European Qualification Framework - EQF) ALLEGATO I Definizioni

⁶⁰⁴ W.H.O.. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. World Health Organization, Geneve, 2006 - Pag 9 (*modificato*)

⁶⁰⁵ Institute of Medicine (IOM -USA): Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century: Committee on Quality of Health Care in America. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001 (*modificato*).

⁶⁰⁶ Institute of Medicine (IOM). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C: National Academy Press; 2001 (*modificato*).

⁶⁰⁷ W.H.O.. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. World Health Organization, Geneve, 2006 (*modificato*)

10) INTEGRAZIONE E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Erogazione dell'assistenza attraverso il potenziamento del coordinamento e della continuità della cura (assistenza/servizi coordinati e interconnessi nel tempo e coerenti con le esigenze e preferenze di salute delle persone⁶⁰⁸) all'interno e tra le diverse istituzioni variamente coinvolte nell'assistenza dei pazienti⁶⁰⁹

11) SICUREZZA

Assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti⁶¹⁰

12) SODDISFAZIONE/BENESSERE OPERATORI

L'insieme dei nuclei culturali, dei processi e delle pratiche organizzative che animano la dinamica della convivenza nei contesti di lavoro, promuovendo, mantenendo e migliorando la qualità della vita e il grado di benessere fisico, psicologico e sociale delle comunità lavorative⁶¹¹.

13) SODDISFAZIONE PAZIENTI

Confronto tra le aspettative con cui l'utente si accosta alla tipologia di prodotto/servizio e la performance percepita (la percezione del prodotto/servizio ricavata dopo il consumo/utilizzo)⁶¹²

14) UMANIZZAZIONE DELL' ASSISTENZA

Rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica⁶¹³

⁶⁰⁸ WHO (2018) - Continuity and coordination of care A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. (*modificato*)

⁶⁰⁹ **AsIQuAS**

⁶¹⁰ Ministero della Salute - Dipartimento della qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema. Ufficio III. La Sicurezza dei Pazienti e la Gestione del Rischio Clinico – GLOSSARIO. Luglio, 2006

⁶¹¹ Avallone F e Bonaretti M. : Benessere Organizzativo- Per migliorare la qualità del lavoro nelle amministrazioni pubbliche. Collana: Analisi e strumenti per l'innovazione. 2003, pp 116. Rubbettino Editore, Economia e Finanza

⁶¹² Oliver, R.L.: Measurement and Evaluation of Satisfaction Process in Retail Settings, Journal of Retailing, 1981, 57(3), pp. 25-48. (*modificato*)

⁶¹³ Agenas - AA.VV Focus on . L'esperienza dei cittadini per il miglioramento dei servizi - Monitor 32, pagg. 8-58, 2013

ALLEGATO 4 – INDICATORI DEL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA (NSG)

<http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=monitoraggioLea>

AREA	N° indicatori
prevenzione collettiva e sanità pubblica;	16
assistenza distrettuale;	33
assistenza ospedaliera;	24
indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario;	4
equità sociale;	1
monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA).	10

PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA (16)

- P01C Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)
- P02C Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
- P03C Copertura vaccinale anti-pneumococcica
- P04C Copertura vaccinale anti-meningococcica C
- P05C Copertura vaccinale anti-HPV
- P06C Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano
- P07C Riduzione infortuni sul lavoro - riduzione infortuni sul lavoro mortali
- P08Z Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nella fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)
- P09Z Copertura delle principali attività di eradicazione, controllo e sorveglianza delle malattie animali nella filiera produttiva ai fini delle garanzie di sanità pubblica
- P10Z Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino
- P11Z Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti
- P12Z Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui

- di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale
- P13Z Copertura delle principali attività di controllo ufficiale per la sicurezza degli alimenti, con particolare riferimento alle fasi della trasformazione, distribuzione, somministrazione degli alimenti
- P14C Indicatore composito sugli stili di vita
- P15C Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto
- P16C Proporzione di tumori in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza

ASSISTENZA DISTRETTUALE (33)

- D01C Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)
- D02C Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico
- D03C Tasso di ospedalizzazione in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco
- D04C Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite
- D05C Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente
- D06C Accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori 0-14 con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente
- D07C Accessi in PS ore notturne, prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde sulla popolazione residente
- D08C Numero di interventi per le patologie First Hour Quintet (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie First Hour Quintet (FHQ)
- D09Z Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso. Intervallo di tempo tra l'allarme, con la ricezione della chiamata da parte della centrale operativa, e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul target.
- D10Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.
- D11Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D.
- D12C Consumo pro-capite di prestazioni di laboratorio.

- D13C Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni.
- D14C Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antibiotici
- D15C Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antidepressivi
- D16C Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Inibitori di pompa
- D17C Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Antiipertensivi
- D18C Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti. Statine.
- D19C Percentuale di donne che hanno effettuato più di 4 ecografie in gravidanza.
- D20Z Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio (CIA base) in rapporto alla popolazione residente.
- D21Z Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio (CIA base) in rapporto alla popolazione residente.
- D22Z Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3, CIA 4).
- D23Z Tasso di PIC in assistenza domiciliare per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3, CIA 4).
- D24C Numero di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) ripetute in rapporto al totale delle IVG.
- D25C Percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) con certificazione rilasciata dal Consultorio familiare.
- D26C Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche (escluse demenze e Alzheimer) in rapporto alla popolazione residente maggiorenne.
- D27C Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria.
- D28C Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente.
- D29C Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minor residenti
- D30Z Numero di deceduti per causa di tumore assistiti dalla rete delle cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore
- D31C Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore
- D32Z Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice e' inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica
- D33Z Numero di anziani non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale e/o semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente per tipologia di trattamento (intensità di cura).

ASSISTENZA OSPEDALIERA (24)

- H01Z Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente.
- H02Z Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui.
- H03C Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella.
- H04Z Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.
- H05Z Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.
- H06Z Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente.
- H07Z Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente.
- H08Z Attività trasfusionali (autosufficienza emocomponenti, autosufficienza emoderivati, proporzione di interventi chirurgici ortopedici elettivi che non richiedono trasfusione allogenica).
- H09Z Donazione di organi (donazione di organi, accertamenti di morte con criteri neurologici in terapia intensiva, morti encefaliche in rapporto ai decessi per cerebrolesione acuta in rianimazione).
- H10Z Tempi di attesa per trapianto (numero pazienti in lista di attesa per trapianto, tempo medio di attesa per totale pazienti iscritti per singolo organo, numero dei pazienti trapiantati per singolo organo).
- H11Z Donazione di tessuti (numero di donatori di tessuti per singola tipologia di tessuto in rapporto al numero di accertamenti di morte con segni cardiaci o neurologici, numero di donatori di tessuti per tipologia di tessuto in rapporto al numero di decessi in ospedale).
- H12C Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC.
- H13C Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.
- H14C Percentuale di ricoveri di riabilitazione inappropriati dal punto vista clinico.
- H15S Frequenza di embolie polmonari o DVT post-chirurgiche.
- H16S Frequenza di infezioni post-chirurgiche.
- H17C Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1000 parti.
- H18C Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1000 parti.

- H19S Percentuale di parti fortemente pretermine (22-31 settimane di gestazione) avvenuti in punti nascita senza UTIN.
- H20S Percentuale dei parti pretermine tardivi (34-36 settimane di gestazione)
- H21S Numero di punti nascita attivi con volumi <500 parti/anno, per i quali, secondo i dati forniti dal Comitato Percorso Nascita nazionale, non sia stata richiesta espressamente una deroga
- H22C Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC).
- H23C Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico.
- H24C Mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) riacutizzata

INDICATORI DI CONTESTO PER LA STIMA DEL BISOGNO SANITARIO (4)

- CO01 Buona salute percepita
- CO02 Sovrappeso ed obesità nei bambini
- CO03 Fragilità nell'anziano (65 anni o più)
- CO04 Indice di cronicità

INDICATORI DI EQUITÀ SOCIALE (1)

- EO01 Rinuncia a prestazioni sanitarie nei gruppi socio economicamente svantaggiati

INDICATORI PER IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE DEI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA) (10)⁶¹⁴

- PDTA01 Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che aderiscono al trattamento farmacologico come previsto dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Broncopneumopatie cronico-ostruttive BPCO)
- PDTA02 Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che sono sottoposti alla visita pneumologica secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Broncopneumopatie cronico-ostruttive BPCO)
- PDTA03 Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico (con ACE inibitori o sartani, beta-bloccanti) come previsto dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)

⁶¹⁴ Gli indicatori PDTA sono calcolati secondo la metodologia riportata in dettaglio nel Manuale operativo per la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali del Ministero della salute (v. 23-7-2018)

- PDTA04 Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso con un adeguato numero di ecocardiogrammi come previsto dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)
- PDTA05 Percentuale di pazienti diabetici che seguono almeno 4 delle seguenti 5 raccomandazioni di controllo di emoglobina glicata, profilo lipidico, microalbuminuria, monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina, fondo oculare, come previste dal manuale PDTA del Ministero della salute
- PDTA06 Percentuale di pazienti operate per la prima volta per tumore della mammella per le quali almeno 4 tra i seguenti interventi sono eseguiti secondo la tempestività prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute: primo intervento chirurgico dalla diagnosi, inizio della terapia medica, inizio della radioterapia, follow-up mammografico dopo il primo intervento chirurgico (PDTA operato della mammella nella donna)
- PDTA07 Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA operati del colon e del retto)
- PDTA08 Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del colon sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA operati del colon e del retto)
- PDTA09 Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale del Ministero della salute (PDTA operati del colon e del retto)
- PDTA10 Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del retto sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale del Ministero della salute (PDTA operati del colon e del retto)

NOTA: Le Linee Guida per il monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici complessi (ALLEGATO 1) del Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa PNGLA 2010-2012 Giugno 2011 contengono PDTA solo su: tumore del colon-retto; tumore del polmone; tumore della mammella; cardiopatia ischemica trattata con by-pass Aorto-Coronarico

ALLEGATO 5 - PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE)

Il **Programma Nazionale Esiti (PNE)** è stato sviluppato dall' **AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI (AGENAS)** su mandato del Ministero della Salute e fornisce, dal 2013 a livello nazionale, valutazioni comparative di efficacia, equità, sicurezza e appropriatezza delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario italiano. Le applicazioni su cui l'attività del PNE si è concentrata in questi anni hanno riguardato prevalentemente la valutazione comparativa tra soggetti erogatori, quali aziende sanitarie, ospedali pubblici e privati accreditati, e tra gruppi di popolazione. Un altro importante obiettivo di PNE è l'individuazione dei fattori che determinano gli esiti, con particolare attenzione ai volumi di attività, ma anche ai potenziali fattori confondenti e modificatori d'effetto.

L'edizione 2019 di PNE (su dati 2018), realizzata in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, ha analizzato 175 indicatori (70 di esito o processo, 75 di volumi di attività e 30 di ospedalizzazione). In questa edizione del PNE non è stato ancora possibile utilizzare il patrimonio informativo disponibile a seguito del decreto di integrazione delle SDO (DM n. 261 del 2016) sia perché alcune regioni non avevano ancora adottato il nuovo tracciato con i campi aggiuntivi sia per l'insufficiente qualità del dato presente in alcune regioni che hanno iniziato ad utilizzarlo.⁶¹⁵

Il Sistema Sanitario Nazionale, come misurato in PNE, continua a restituire segnali di miglioramento e di evoluzione positiva per la maggior parte degli esiti. Questo è evidente nelle aree di patologia cardiovascolare (IMA e by pass), muscolo-scheletrica (fratture e protesi), oncologica (volumi ed esiti), perinatale (parti), respiratoria e digerente. Continua la marcia, anche se più lenta in area oncologica, verso la concentrazione in strutture "Hub" di procedure il cui esito positivo, da letteratura, è associato all'incremento di volumi, e continua il decremento di ospedalizzazioni per patologie croniche ad alto rischio di inappropriatezza.

ELENCO INDICATORI PNE 2019

	DESCRIZIONE	AREA CLINICA
1.	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	Cardiovascolare
2.	Infarto Miocardico Acuto senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni	Cardiovascolare
3.	Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA entro 2 giorni: mortalità a 30 giorni	Cardiovascolare
4.	Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA oltre 2 giorni dal ricovero: mortalità a 30 giorni dall'intervento	Cardiovascolare

⁶¹⁵ Programma Nazionale Esiti – PNE Edizione 2018

DESCRIZIONE	AREA CLINICA
5. Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni	Cardiovascolare
6. PTCA eseguita per condizione diverse dall'Infarto Miocardico Acuto	Cardiovascolare
7. Scopenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	Cardiovascolare
8. Infarto Miocardico Acuto: mortalità a un anno	Cardiovascolare
9. Infarto Miocardico Acuto: MACCE a un anno	Cardiovascolare
10. Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA nel ricovero indice o nei successivi entro 7 giorni	Cardiovascolare
11. STEMI: volume di ricoveri	Cardiovascolare
12. N-STEMI: volume di ricoveri	Cardiovascolare
13. IMA a sede non specificata: volume di ricoveri	Cardiovascolare
14. PTCA: volume di ricoveri con almeno un intervento di angioplastica	Cardiovascolare
15. IMA: volume di ricoveri	Cardiovascolare
16. Scopenso cardiaco congestizio: volume di ricoveri	Cardiovascolare
17. Scopenso cardiaco: volume di ricoveri	Cardiovascolare
18. Scopenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30gg	Cardiovascolare
19. Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni (diagnosi principale)	Cardiovascolare
20. Rivascolarizzazione carotidea: volume di ricoveri	Cardiovascolare
21. Arteriopatie degli arti inferiori (II - IV stadio): volumi di interventi	Cardiovascolare
22. Arteriopatia degli arti inferiori III e IV stadio: amputazione degli arti inferiori entro 6 mesi dal ricovero	Cardiovascolare
23. Arteriopatia degli arti inferiori III e IV stadio: rivascolarizzazione degli arti inferiori entro 6 mesi dal ricovero	Cardiovascolare
24. Arteriopatia degli arti inferiori III e IV stadio: mortalità entro 6 mesi dal ricovero	Cardiovascolare
25. Ospedalizzazione per ipertensione arteriosa	Cardiovascolare, Ospedalizzazioni
26. Ospedalizzazione per scopenso cardiaco	Cardiovascolare, Ospedalizzazioni

DESCRIZIONE	AREA CLINICA
27. Ospedalizzazione per angina senza procedure	Cardiovascolare, Ospedalizzazioni
28. Ospedalizzazione per PTCA	Cardiovascolare, Ospedalizzazioni
29. Ospedalizzazione per interventi di stripping di vene	Cardiovascolare, Ospedalizzazioni, Procedure Chirurgiche
30. By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni	Cardiovascolare, Procedure Chirurgiche
31. Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	Cardiovascolare, Procedure Chirurgiche
32. Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	Cardiovascolare, Procedure Chirurgiche
33. Aneurisma aorta addominale non rotto: volume di ricoveri	Cardiovascolare, Procedure Chirurgiche
34. Bypass aortocoronarico: volume di ricoveri	Cardiovascolare, Procedure Chirurgiche
35. Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: volume di ricoveri	Cardiovascolare, Procedure Chirurgiche
36. Aneurisma aorta addominale rotto: volume di ricoveri	Cardiovascolare, Procedure Chirurgiche
37. Aneurisma cerebrale NON rotto: volume di ricoveri	Cardiovascolare, Procedure Chirurgiche
38. Aneurisma cerebrale rotto: volume di ricoveri	Cardiovascolare, Procedure Chirurgiche
39. Rivascolarizzazione arti inferiori: volume di ricoveri	Cardiovascolare, Procedure Chirurgiche

DESCRIZIONE	AREA CLINICA
40. Intervento chirurgico di legatura o stripping di vene: volume di ricoveri	Cardiovascolare, Procedure Chirurgiche
41. Rivascolarizzazione carotidea: stenting e angioplastica	Cardiovascolare, Procedure Chirurgiche, Cerebrovascolare
42. Rivascolarizzazione carotidea: endarterectomia	Cardiovascolare, Procedure Chirurgiche, Cerebrovascolare
43. Ictus ischemico: mortalità a 1 anno	Cerebrovascolare
44. Ictus ischemico: MACCE a 1 anno	Cerebrovascolare
45. Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	Cerebrovascolare
46. Ictus ischemico: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	Cerebrovascolare
47. Ictus ischemico: volume di ricoveri	Cerebrovascolare
48. Emorragia sub aracnoidea: volume di ricoveri	Cerebrovascolare
49. Emorragia non varicosa del tratto intestinale superiore: mortalità a 30 giorni	Digerente
50. Ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica	Digerente, Malattie Infettive, Ospedalizzazioni
51. Ospedalizzazione per colecistectomia	Digerente, Ospedalizzazioni, Procedure Chirurgiche
52. Ospedalizzazione per colecistectomia in pazienti con calcolosi semplice senza cc	Digerente, Ospedalizzazioni, Procedure Chirurgiche
53. Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Digerente, Procedure Chirurgiche
54. Colecistectomia laparotomica: volume di ricoveri	Digerente, Procedure Chirurgiche

DESCRIZIONE	AREA CLINICA
55. Colectomia laparoscopica in regime ordinario: volume di ricoveri	Digerente, Procedure Chirurgiche
56. Colectomia laparoscopica in regime day surgery: volume di ricoveri	Digerente, Procedure Chirurgiche
57. AIDS: volume di ricoveri	Malattie Infettive
58. Ospedalizzazione per influenza	Malattie Infettive Ospedalizzazioni
59. Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni	Muscoloscheletrico
60. Frattura del collo del femore: mortalità a 1 anno	Muscoloscheletrico
61. Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	Muscoloscheletrico
62. Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	Muscoloscheletrico
63. Interventi per frattura del collo del femore: volume di ricoveri	Muscoloscheletrico
64. Frattura del collo del femore: volume di ricoveri	Muscoloscheletrico
65. Frattura della Tibia e Perone: volume di ricoveri	Muscoloscheletrico
66. Ospedalizzazione per frattura del collo del femore in pazienti anziani	Muscoloscheletrico, Ospedalizzazioni
67. Ospedalizzazione per interventi di sostituzione del ginocchio	Muscoloscheletrico, Ospedalizzazioni, Procedure Chirurgiche
68. Ospedalizzazione per diabete non controllato (senza complicanze)	Ospedalizzazioni
69. Ospedalizzazione per complicanze a breve termine del diabete	Ospedalizzazioni
70. Ospedalizzazione per complicanze a lungo termine del diabete	Ospedalizzazioni
71. Ospedalizzazione per amputazione degli arti inferiori nei pazienti diabetici	Ospedalizzazioni
72. Ospedalizzazione per appendicectomia laparotomica	Ospedalizzazioni
73. Ospedalizzazione per appendicectomia laparoscopica	Ospedalizzazioni
74. Ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete	Ospedalizzazioni

DESCRIZIONE	AREA CLINICA
75. Ospedalizzazione per intervento di tonsillectomia	Ospedalizzazioni
76. Ospedalizzazione per interventi di artroscopia del ginocchio	Ospedalizzazioni
77. Ospedalizzazione per interventi di sostituzione dell'anca	Ospedalizzazioni
78. Ospedalizzazione per arteriopatie degli arti inferiori II stadio	Ospedalizzazioni
79. Ospedalizzazione per prostatectomia trans uretrale per iperplasia benigna	Ospedalizzazioni, Urogenitale, Procedure Chirurgiche
80. Ospedalizzazione programmata per intervento di isterectomia	Ospedalizzazioni, Urogenitale, Procedure Chirurgiche
81. Interventi di cardiocirurgia pediatrica per difetti congeniti del cuore: volume di ricoveri	Pediatria, Procedure Chirurgiche
82. Appendicectomia laparotomica: volume di ricoveri in età pediatrica	Pediatria, Procedure Chirurgiche
83. Appendicectomia laparoscopica: volume di ricoveri in età pediatrica	Pediatria, Procedure Chirurgiche
84. Tonsillectomia: volume di ricoveri in età pediatrica	Pediatria, Procedure Chirurgiche
85. Tonsillectomia con adenoidectomia: volume di ricoveri in età pediatrica	Pediatria, Procedure Chirurgiche
86. Adenoidectomia senza tonsillectomia: volume di ricoveri in età pediatrica	Pediatria, Procedure Chirurgiche
87. Interventi cardiocirurgici in età pediatrica: volume di ricoveri	Pediatria, Procedure Chirurgiche
88. Intervento di appendicectomia laparoscopica in età pediatrica: riammissioni a 30 giorni	Pediatria, Procedure Chirurgiche
89. Intervento di appendicectomia laparotomica in età pediatrica: riammissioni a 30 giorni	Pediatria, Procedure Chirurgiche

DESCRIZIONE	AREA CLINICA
90. Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo	Perinatale
91. Proporzione di parti con taglio cesareo primario	Perinatale
92. Parti: volume di ricoveri	Perinatale
93. Parto naturale: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio (struttura di ricovero)	Perinatale
94. Parto naturale: ricoveri successivi durante il puerperio	Perinatale
95. Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio (struttura di ricovero)	Perinatale
96. Parto cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio	Perinatale
97. Parto naturale: complicanze durante il parto e il puerperio (ASL di residenza)	Perinatale
98. Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio (ASL di residenza)	Perinatale
99. Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	Procedure Chirurgiche
100. Intervento chirurgico per TM colon in laparoscopia: degenza postoperatoria	Procedure Chirurgiche
101. Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	Procedure Chirurgiche
102. Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	Procedure Chirurgiche
103. Intervento chirurgico per TM retto: mortalità a 30 giorni	Procedure Chirurgiche
104. Intervento chirurgico per TM colon: interventi in laparoscopia	Procedure Chirurgiche
105. Intervento chirurgico per TM retto: interventi in laparoscopia	Procedure Chirurgiche
106. Intervento chirurgico per TM polmone: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche
107. Intervento chirurgico per TM stomaco: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche
108. Intervento chirurgico per TM pancreas: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche
109. Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche

DESCRIZIONE	AREA CLINICA
110. Intervento chirurgico per TM esofago: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche
111. Intervento chirurgico per TM fegato: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche
112. Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche
113. Intervento chirurgico per TM colecisti: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche
114. Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche
115. Intervento chirurgico per TM rene: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche
116. Intervento chirurgico per TM vescica: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche
117. Intervento chirurgico per TM retto: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche
118. Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri per prostatectomia radicale	Procedure Chirurgiche
119. Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni	Procedure Chirurgiche
120. Intervento chirurgico per TM tiroide: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche
121. Intervento chirurgico per TM utero: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche
122. Intervento chirurgico per T cerebrale: volume di craniotomie	Procedure Chirurgiche
123. Tonsillectomia: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche
124. Intervento chirurgico per TM rene: mortalità a 30 giorni	Procedure Chirurgiche
125. Intervento chirurgico per TM pancreas: mortalità a 30 giorni	Procedure Chirurgiche
126. Intervento chirurgico per TM fegato: mortalità a 30 giorni	Procedure Chirurgiche
127. Intervento chirurgico per TM laringe: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche

DESCRIZIONE	AREA CLINICA
128. Intervento chirurgico per impianto cocleare: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche
129. Intervento chirurgico su orecchio medio: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche
130. Intervento chirurgico per seni paranasali: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche
131. Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella ese-guiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	Procedure Chirurgiche
132. Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	Procedure Chirurgiche
133. Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	Procedure Chirurgiche
134. Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella	Procedure Chirurgiche
135. Intervento chirurgico per TM mammella: proporzione di interventi conservativi	Procedure Chirurgiche
136. Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	Procedure Chirurgiche
137. Colectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni	Procedure Chirurgiche, Digerente
138. Colectomia laparoscopica in regime ordinario: altro intervento a 30 giorni	Procedure Chirurgiche, Digerente
139. Colectomia totale: volume di ricover	Procedure Chirurgiche, Digerente
140. Colectomia laparoscopica: volume di ricoveri	Procedure Chirurgiche, Digerente
141. Colectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery	Procedure Chirurgiche, Digerente

DESCRIZIONE	AREA CLINICA
142. Proporzione di colecistomie eseguite in reparti con volume di attività superiore a 90 interventi annui	Procedure Chirurgiche, Digerente
143. Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi	Proced. Chirurgiche, Muscoloscheletrico
144. Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	Proced. Chirurgiche, Muscoloscheletrico
145. Intervento di protesi di anca: revisione entro 2 anni dall'intervento	Proced. Chirurgiche, Muscoloscheletrico
146. Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	Proced. Chirurgiche, Muscoloscheletrico
147. Intervento di protesi di ginocchio: revisione entro 2 anni dall'intervento	Proced. Chirurgiche, Muscoloscheletrico
148. Intervento di protesi di spalla: riammissioni a 30 giorni	Proced. Chirurgiche, Muscoloscheletrico
149. Artroscopia di ginocchio: volume di ricoveri	Proced. Chirurgiche, Muscoloscheletrico
150. Intervento di protesi di anca: volume di ricoveri	Proced. Chirurgiche, Muscoloscheletrico
151. Intervento di protesi di ginocchio: volume di ricoveri	Proced. Chirurgiche, Muscoloscheletrico
152. Intervento di protesi di spalla: volume di ricoveri	Proced. Chirurgiche, Muscoloscheletrico
153. BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	Respiratorio
154. BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	Respiratorio
155. BPCO: volume di ricoveri in day hospital	Respiratorio
156. BPCO: volume di ricoveri ordinari	Respiratorio
157. Ospedalizzazione per asma pediatrico	Respiratorio, Ospedalizzazioni
158. Ospedalizzazione per asma negli adulti	Respiratorio, Ospedalizzazioni
159. Ospedalizzazione per asma senile	Respiratorio, Ospedalizzazioni
160. Ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva	Respiratorio, Ospedalizzazioni
161. Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	Urogenitale

DESCRIZIONE	AREA CLINICA
162. Proporzione di ricoveri per insufficienza renale cronica moderata-grave entro 2 anni da un ricovero per insufficienza renale cronica lieve	Urogenitale
163. Proporzione di ricoveri per evento acuto grave entro 2 anni da un ricovero per insufficienza renale cronica	Urogenitale
164. Ospedalizzazione per infezioni del tratto urinario	Urogenitale, Malattie Infettive, Ospedalizzazioni
165. Prostatectomia: volume di ricoveri	Urogenitale, Procedure Chirurgiche
166. Isterectomia: volume di ricoveri	Urogenitale, Procedure Chirurgiche

Area Clinica	Indicatori
Cardiovascolare	42
Cerebrovascolari	8
Digerente,	14
Malattie Infettive,	4
Muscoloscheletrico	9
Ospedalizzazioni	29
Pediatria	9
Perinatale	9
Procedure chirurgiche	88
Respiratorio	8
Urogenitale	10

PNE 2019 – AREE CLINICHE e INDICATORI

AREA CLINICA	N° indicatori
Indicatori PNE dell'area clinica CARDIOVASCOLARE	42

Indicatori PNE dell'area clinica CEREBROVASCOLARE	8
Indicatori PNE dell'area clinica DIGERENTE	14
Indicatori PNE dell'area clinica MALATTIE INFETTIVE	4
Indicatori PNE dell'area clinica MUSCOLOSCELETRICO	9
Indicatori PNE dell'area clinica OSPEDALIZZAZIONI	29
Indicatori PNE dell'area clinica PEDIATRIA	9
Indicatori PNE dell'area clinica PERINATALE	9
Indicatori PNE dell'area clinica RESPIRATORIO	8
Indicatori PNE dell'area clinica RESPIRATORIO	8
Indicatori PNE dell'area clinica RESPIRATORIO	8
Indicatori PNE dell'area clinica PROCEDURE CHIRURGICHE	88

Indicatori PNE dell'area clinica **CARDIOVASCOLARE**

- 1) Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni
- 2) Infarto Miocardico Acuto senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni
- 3) Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA entro 2 giorni: mortalità a 30 giorni
- 4) Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA oltre 2 giorni dal ricovero: mortalità a 30 giorni dall'intervento
- 5) Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni
- 6) PTCA eseguita per condizione diverse dall'Infarto Miocardico Acuto
- 7) Scadenza cardiaca congestizio: mortalità a 30 giorni
- 8) Infarto Miocardico Acuto: mortalità a un anno
- 9) Infarto Miocardico Acuto: MACCE a un anno
- 10) Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA nel ricovero indice o nei successivi entro 7 giorni
- 11) STEMI: volume di ricoveri
- 12) N-STEMI: volume di ricoveri
- 13) IMA a sede non specificata: volume di ricoveri
- 14) PTCA: volume di ricoveri con almeno un intervento di angioplastica
- 15) IMA: volume di ricoveri
- 16) Scadenza cardiaca congestizio: volume di ricoveri
- 17) Scadenza cardiaca: volume di ricoveri

- 18) Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30gg
- 19) Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni (diagnosi principale)
- 20) Rivascolarizzazione carotidea: volume di ricoveri
- 21) Arteriopatie degli arti inferiori (II - IV stadio): volumi di interventi
- 22) Arteriopatia degli arti inferiori III e IV stadio: amputazione degli arti inferiori entro 6 mesi dal ricovero
- 23) Arteriopatia degli arti inferiori III e IV stadio: rivascolarizzazione degli arti inferiori entro 6 mesi dal ricovero
- 24) Arteriopatia degli arti inferiori III e IV stadio: mortalità entro 6 mesi dal ricovero
- 25) Ospedalizzazione per ipertensione arteriosa
- 26) Ospedalizzazione per scompenso cardiaco
- 27) Ospedalizzazione per angina senza procedure
- 28) Ospedalizzazione per PTCA
- 29) Ospedalizzazione per interventi di stripping di vene
- 30) By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni
- 31) Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni
- 32) Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni
- 33) Aneurisma aorta addominale non rotto: volume di ricoveri
- 34) Bypass aortocoronarico: volume di ricoveri
- 35) Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: volume di ricoveri
- 36) Aneurisma aorta addominale rotto: volume di ricoveri
- 37) Aneurisma cerebrale NON rotto: volume di ricoveri
- 38) Aneurisma cerebrale rotto: volume di ricoveri
- 39) Rivascolarizzazione arti inferiori: volume di ricoveri
- 40) Intervento chirurgico di legatura o stripping di vene: volume di ricoveri
- 41) Rivascolarizzazione carotidea: stenting e angioplastica
- 42) 'Rivascolarizzazione carotidea: endoarterectomia

Indicatori PNE dell'area clinica CEREBROVASCOLARE

- 41) Rivascolarizzazione carotidea: stenting e angioplastica
- 42) 'Rivascolarizzazione carotidea: endoarterectomia
- 43) Ictus ischemico: mortalità a 1 anno
- 44) Ictus ischemico: MACCE a 1 anno
- 45) Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni

46) Ictus ischemico: riammissioni ospedaliere a 30 giorni

47) Ictus ischemico: volume di ricoveri

48) Emorragia sub aracnoidea: volume di ricoveri

Indicatori PNE dell'area clinica DIGERENTE

49) Emorragia non varicosa del tratto intestinale superiore: mortalità a 30 giorni

50) Ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica

51) Ospedalizzazione per colecistectomia

52) Ospedalizzazione per colecistectomia in pazienti con calcolosi semplice senza cc

53) Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

54) Colecistectomia laparotomica: volume di ricoveri

55) Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: volume di ricoveri

56) Colecistectomia laparoscopica in regime day surgery: volume di ricoveri

137) Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni

138) Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: altro intervento a 30 giorni

139) Colecistectomia totale: volume di ricoveri

140) Colecistectomia laparoscopica: volume di ricoveri

141) Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery

142) Proporzione di colecistectomie eseguite in reparti con volume di attività superiore a 90 interventi annui

Indicatori PNE dell'area clinica MALATTIE INFETTIVE

50) Ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica

57) AIDS: volume di ricoveri

58) Ospedalizzazione per influenza Malattie Infettive

164) Ospedalizzazione per infezioni del tratto urinario

Indicatori PNE dell'area clinica MUSCOLOSCHIELETRICO

59) Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni

60) Frattura del collo del femore: mortalità a 1 anno

61) Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni

-
- 62) Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico
 - 63) Interventi per frattura del collo del femore: volume di ricoveri
 - 64) Frattura del collo del femore: volume di ricoveri
 - 65) Frattura della Tibia e Perone: volume di ricoveri
 - 66) Ospedalizzazione per frattura del collo del femore in pazienti anziani
 - 67) Ospedalizzazione per interventi di sostituzione del ginocchio
-

Indicatori PNE dell'area clinica OSPEDALIZZAZIONI

- 25) Ospedalizzazione per ipertensione arteriosa
- 26) Ospedalizzazione per scompenso cardiaco
- 27) Ospedalizzazione per angina senza procedure
- 28) Ospedalizzazione per PTCA
- 29) Ospedalizzazione per interventi di stripping di vene
- 50) Ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica
- 51) Ospedalizzazione per colecistectomia
- 52) Ospedalizzazione per colecistectomia in pazienti con calcolosi semplice senza cc
- 58) Ospedalizzazione per influenza Malattie Infettive
- 66) Ospedalizzazione per frattura del collo del femore in pazienti anziani
- 67) Ospedalizzazione per interventi di sostituzione del ginocchio
- 68) Ospedalizzazione per diabete non controllato (senza complicanze)
- 69) Ospedalizzazione per complicanze a breve termine del diabete
- 70) Ospedalizzazione per complicanze a lungo termine del diabete
- 71) Ospedalizzazione per amputazione degli arti inferiori nei pazienti diabetici
- 72) Ospedalizzazione per appendicectomia laparotomica
- 73) Ospedalizzazione per appendicectomia laparoscopica
- 74) Ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete
- 75) Ospedalizzazione per intervento di tonsillectomia
- 76) Ospedalizzazione per interventi di artroscopia del ginocchio
- 77) Ospedalizzazione per interventi di sostituzione dell'anca
- 78) Ospedalizzazione per arteriopatie degli arti inferiori II stadio
- 79) Ospedalizzazione per prostatectomia trans uretrale per iperplasia benigna
- 80) Ospedalizzazione programmata per intervento di isterectomia

- 157) Ospedalizzazione per asma pediatrico
- 158) Ospedalizzazione per asma negli adulti
- 159) Ospedalizzazione per asma senile
- 160) Ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva
- 164) Ospedalizzazione per infezioni del tratto urinario

Indicatori PNE dell'area clinica PEDIATRICA

- 81) Interventi di cardiocirurgia pediatrica per difetti congeniti del cuore: volume di ricoveri
- 82) Appendicectomia laparotomica: volume di ricoveri in età pediatrica
- 83) Appendicectomia laparoscopica: volume di ricoveri in età pediatrica
- 84) Tonsillectomia: volume di ricoveri in età pediatrica
- 85) Tonsillectomia con adenoidectomia: volume di ricoveri in età pediatrica
- 86) Adenoidectomia senza tonsillectomia: volume di ricoveri in età pediatrica
- 87) Interventi cardiocirurgici in età pediatrica: volume di ricoveri
- 88) Intervento di appendicectomia laparoscopica in età pediatrica: riammissioni a 30 giorni
- 89) Intervento di appendicectomia laparotomica in età pediatrica: riammissioni a 30 giorni

Indicatori PNE dell'area clinica PERINATALE

- 90) Proporzioni di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo
- 91) Proporzioni di parti con taglio cesareo primario
- 92) Parti: volume di ricoveri
- 93) Parto naturale: proporzioni di complicanze durante il parto e il puerperio (struttura di ricovero)
- 94) Parto naturale: ricoveri successivi durante il puerperio
- 95) Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio (struttura di ricovero)
- 96) Parto cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio
- 97) Parto naturale: complicanze durante il parto e il puerperio (ASL di residenza)
- 98) Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio (ASL di residenza)

Indicatori PNE dell'area clinica RESPIRATORIO

-
- 153) BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni
 - 154) BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni
 - 155) BPCO: volume di ricoveri in day hospital
 - 156) BPCO: volume di ricoveri ordinari
 - 157) Ospedalizzazione per asma pediatrico
 - 158) Ospedalizzazione per asma negli adulti
 - 159) Ospedalizzazione per asma senile
 - 160) Ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva

Indicatori PNE dell'area clinica RESPIRATORIO

- 153) BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni
- 154) BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni
- 155) BPCO: volume di ricoveri in day hospital
- 156) BPCO: volume di ricoveri ordinari
- 157) Ospedalizzazione per asma pediatrico
- 158) Ospedalizzazione per asma negli adulti
- 159) Ospedalizzazione per asma senile
- 160) Ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva

Indicatori PNE dell'area clinica RESPIRATORIO

- 153) BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni
- 154) BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni
- 155) BPCO: volume di ricoveri in day hospital
- 156) BPCO: volume di ricoveri ordinari
- 157) Ospedalizzazione per asma pediatrico
- 158) Ospedalizzazione per asma negli adulti
- 159) Ospedalizzazione per asma senile
- 160) Ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva

Indicatori PNE dell'area clinica PROCEDURE CHIRURGICHE

- 29) Ospedalizzazione per interventi di stripping di vene
- 30) By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni
- 31) Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni
- 32) Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni

- 33) Aneurisma aorta addominale non rotto: volume di ricoveri
- 34) Bypass aortocoronarico: volume di ricoveri
- 35) Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: volume di ricoveri
- 36) Aneurisma aorta addominale rotto: volume di ricoveri
- 37) Aneurisma cerebrale NON rotto: volume di ricoveri
- 38) Aneurisma cerebrale rotto: volume di ricoveri
- 39) Rivascolarizzazione arti inferiori: volume di ricoveri
- 40) Intervento chirurgico di legatura o stripping di vene: volume di ricoveri
- 41) Rivascolarizzazione carotidea: stenting e angioplastica
- 42) 'Rivascolarizzazione carotidea: endoarterectomia
- 51) Ospedalizzazione per colecistectomia
- 52) Ospedalizzazione per colecistectomia in pazienti con calcolosi semplice senza cc
- 53) Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni
- 54) Colecistectomia laparotomica: volume di ricoveri
- 55) Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: volume di ricoveri
- 56) Colecistectomia laparoscopica in regime day surgery: volume di ricoveri
- 67) Ospedalizzazione per interventi di sostituzione del ginocchio
- 79) Ospedalizzazione per prostatectomia trans uretrale per iperplasia benigna
- 80) Ospedalizzazione programmata per intervento di isterectomia
- 81) Interventi di cardiocirurgia pediatrica per difetti congeniti del cuore: volume di ricoveri
- 82) Appendicectomia laparotomica: volume di ricoveri in età pediatrica
- 83) Appendicectomia laparoscopica: volume di ricoveri in età pediatrica
- 84) Tonsillectomia: volume di ricoveri in età pediatrica
- 85) Tonsillectomia con adenoidectomia: volume di ricoveri in età pediatrica
- 86) Adenoidectomia senza tonsillectomia: volume di ricoveri in età pediatrica
- 87) Interventi cardiocirurgici in età pediatrica: volume di ricoveri
- 88) Intervento di appendicectomia laparoscopica in età pediatrica: riammissioni a 30 giorni
- 89) Intervento di appendicectomia laparotomica in età pediatrica: riammissioni a 30 giorni
- 99) Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni
- 100) Intervento chirurgico per TM colon in laparoscopia: degenza postoperatoria

- 101) Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni
- 102) Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni
- 103) Intervento chirurgico per TM retto: mortalità a 30 giorni
- 104) Intervento chirurgico per TM colon: interventi in laparoscopia
- 105) Intervento chirurgico per TM retto: interventi in laparoscopia
- 106) Intervento chirurgico per TM polmone: volume di ricoveri
- 107) Intervento chirurgico per TM stomaco: volume di ricoveri
- 108) Intervento chirurgico per TM pancreas: volume di ricoveri
- 109) Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri
- 110) Intervento chirurgico per TM esofago: volume di ricoveri
- 111) Intervento chirurgico per TM fegato: volume di ricoveri
- 112) Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri
- 113) Intervento chirurgico per TM colecisti: volume di ricoveri
- 114) Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri
- 115) Intervento chirurgico per TM rene: volume di ricoveri
- 116) Intervento chirurgico per TM vescica: volume di ricoveri
- 117) Intervento chirurgico per TM retto: volume di ricoveri
- 118) Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri per prostatectomia radicale
- 119) Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni
- 120) Intervento chirurgico per TM tiroide: volume di ricoveri
- 121) Intervento chirurgico per TM utero: volume di ricoveri
- 122) Intervento chirurgico per T cerebrale: volume di craniotomie
- 123) Tonsillectomia: volume di ricoveri
- 124) Intervento chirurgico per TM rene: mortalità a 30 giorni
- 125) Intervento chirurgico per TM pancreas: mortalità a 30 giorni
- 126) Intervento chirurgico per TM fegato: mortalità a 30 giorni
- 127) Intervento chirurgico per TM laringe: volume di ricoveri
- 128) Intervento chirurgico per impianto cocleare: volume di ricoveri
- 129) Intervento chirurgico su orecchio medio: volume di ricoveri
- 130) Intervento chirurgico per seni paranasali: volume di ricoveri
- 131) Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui

-
- 132) Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia Procedure Chirurgiche
 - 133) Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella
 - 134) Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella
 - 135) Intervento chirurgico per TM mammella: proporzione di interventi conservativi
 - 136) Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella
 - 137) Colectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni
 - 138) Colectomia laparoscopica in regime ordinario: altro intervento a 30 giorni
 - 139) Colectomia totale: volume di ricover
 - 140) Colectomia laparoscopica: volume di ricoveri
 - 141) Colectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery
 - 142) Proporzione di colectomie eseguite in reparti con volume di attività superiore a 90 interventi annui
 - 143) Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi
 - 144) Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni
 - 145) Intervento di protesi di anca: revisione entro 2 anni dall'intervento
 - 146) Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni
 - 147) Intervento di protesi di ginocchio: revisione entro 2 anni dall'intervento
 - 148) Intervento di protesi di spalla: riammissioni a 30 giorni
 - 149) Artroscopia di ginocchio: volume di ricoveri
 - 150) Intervento di protesi di anca: volume di ricoveri
 - 151) Intervento di protesi di ginocchio: volume di ricoveri
 - 152) Intervento di protesi di spalla: volume di ricoveri
 - 165) Prostatectomia: volume di ricoveri
 - 166) Isterectomia: volume di ricoveri
-

ALLEGATO 6 - SISTEMA DI VALUTAZIONE DEL LABORATORIO MES-PISA

Il **Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali** sviluppato dal **Laboratorio Management e Sanità – (MeS) dell’Istituto di Management della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa** risponde all’obiettivo di fornire a ciascuna Regione una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione del livello della propria offerta sanitaria. Il sistema di valutazione, partito in Toscana nel 2005, è stato successivamente adottato, a partire dal 2008, da altre Regioni. Nel 2018 al network aderiscono 10 Regioni e due Province Autonome, ossia la Basilicata, la Calabria, il Friuli Venezia Giulia, la Liguria, la Lombardia, le Marche, la Puglia, la Toscana, l’Umbria, il Veneto e le P.A. di Trento e di Bolzano.

L’obiettivo del Network è quello di condividere un sistema di valutazione dei sistemi sanitari regionali, attraverso il confronto di un set di circa 300 indicatori, per descrivere e analizzare, attraverso un processo di benchmarking, le molteplici dimensioni della performance dei sistemi stessi.

Un processo di condivisione inter-regionale ha portato alla selezione di circa 300 indicatori, di cui 150 di valutazione e 150 di osservazione, volti a descrivere e confrontare, tramite un processo di benchmarking, le diverse dimensioni della performance del S.S.N.: lo stato di salute della popolazione, la capacità di perseguire le strategie regionali, la valutazione della dinamica economico-finanziaria e dell’efficienza operativa, la valutazione dell’esperienza degli utenti e dei dipendenti, l’ambito dell’Emergenza-Urgenza, la prevenzione collettiva, il governo e la qualità dell’offerta, l’assistenza farmaceutica.

I risultati sono rappresentati tramite uno **schema a bersaglio**, che offre un intuitivo quadro di sintesi della performance ottenuta dalla Regione, illustrandone immediatamente punti di forza e punti di debolezza.

Il bersaglio

Per offrire una rappresentazione della dinamica del sistema, ciascun bersaglio viene corredato da tre ulteriori modalità di rappresentazione della performance:

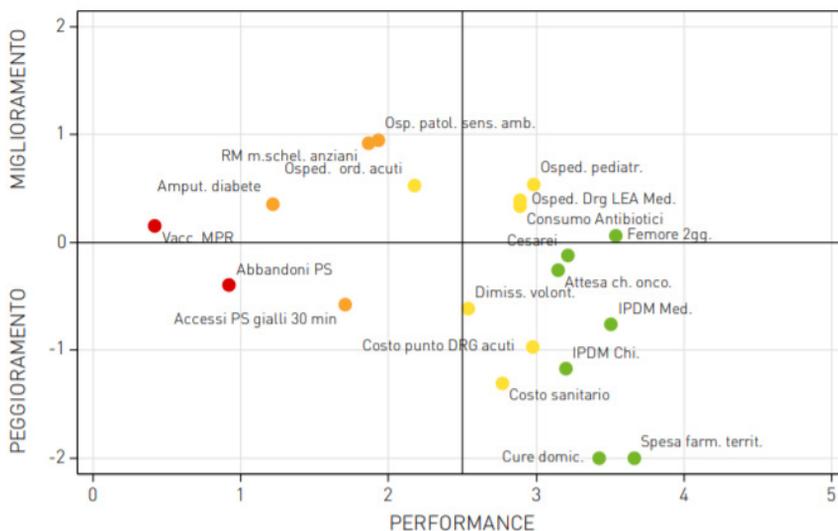
- una **barra in pila** che restituisce – per ciascuna Regione/Provincia/Azienda – il trend tra il 2016 e il 2017, rappresentando la percentuale di indicatori (di valutazione) migliorati, peggiorati o stabili (mossi in un intorno compreso tra +1% e -1%).
- la **mappa di performance** che indica (per una selezione di indicatori), da un lato, la performance dell'indicatore nell'anno in corso e, dall'altro, la capacità di miglioramento rispetto all'anno precedente e rispetto alle altre Regioni.
- la rappresentazione dei risultati viene proposta anche attraverso una **prospettiva di percorso**. L'obiettivo è quello di analizzare i risultati considerando non il soggetto erogatore dei servizi ma l'utente a cui sono rivolti (4 percorsi: materno-infantile, oncologico, cronicità, emergenza-Urgenza)

Barra in pila

Numero indicatori: 61

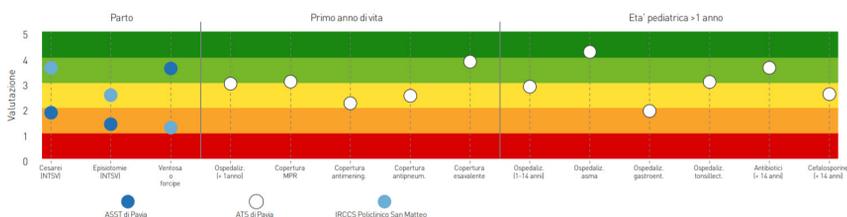


Mappa di performance



Pentagramma regionale del percorso materno-infantile

Dal 2017, al bersaglio viene affiancata una rappresentazione tramite “pentagrammi”, per mostrare l’efficacia dei sistemi sanitari regionali nella presa in carico dei percorsi assistenziali.

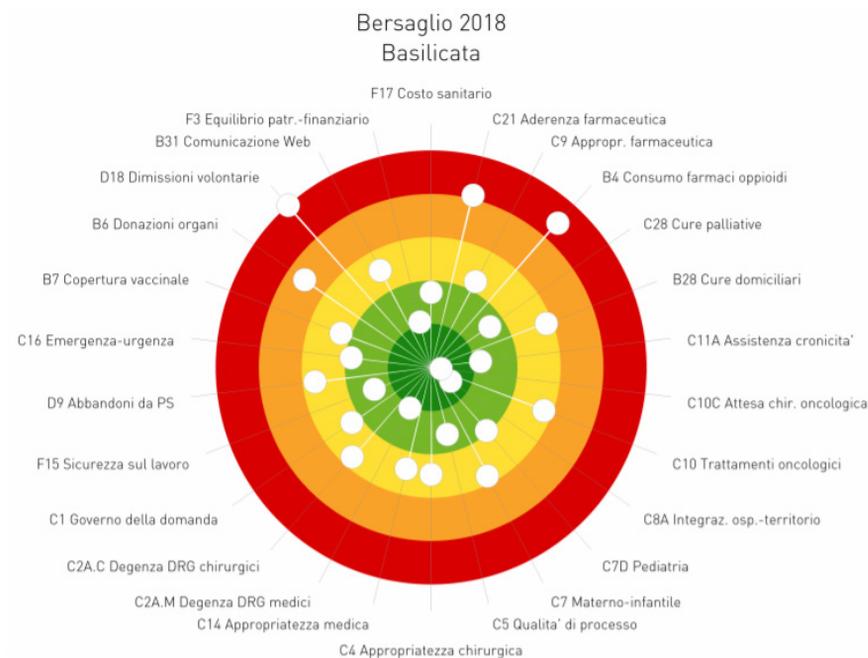


PER valutazione sintetica della Performance del Sistema di Valutazione sviluppato dal Laboratorio Management e Sanità – (MeS) dell’Istituto di Management della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa

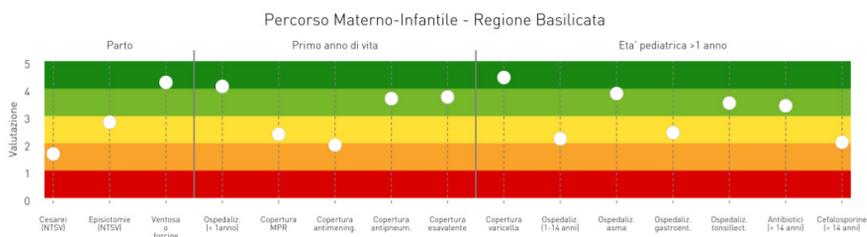
Di seguito sono riportati esempi rappresentazione della valutazione del Veneto e Basilicata del 2018.⁶¹⁶

⁶¹⁶ Scuola Superiore Sant’Anna Istituto di Management Laboratorio Management - Il Sistema di

BASILICATA – Bersaglio 2018

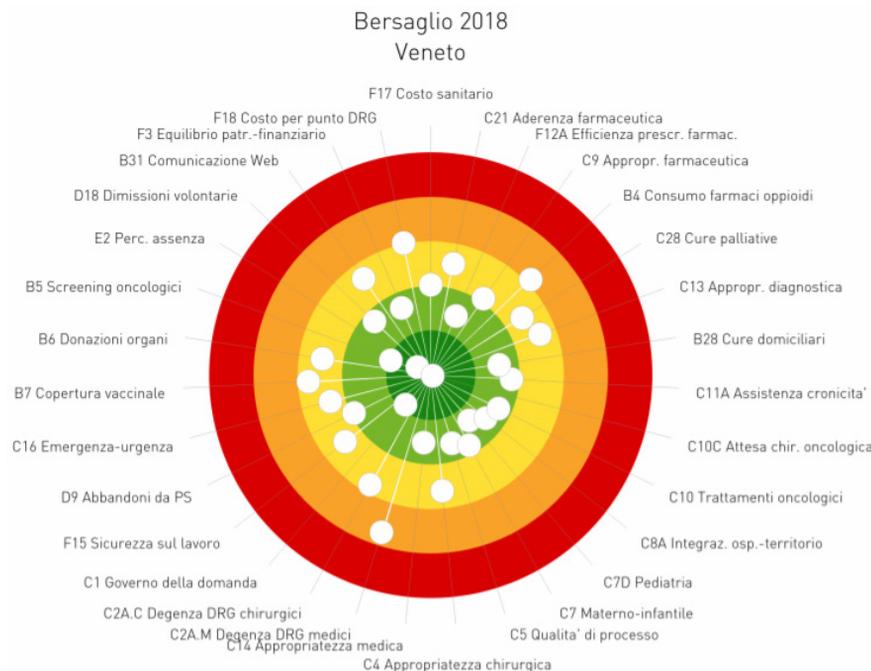


BASILICATA – Percorso materno- infantile 2018

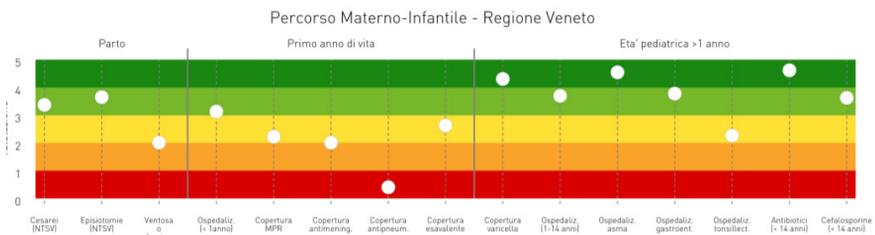


Valutazione del Network delle Regioni (Basilicata, Bolzano, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Puglia, Toscana, Trento, Umbria, Veneto). **Una visione di sintesi**

VENETO – Bersaglio 2018



VENETO – Percorso materno- infantile 2018



ALLEGATO 7 - NSIS: NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO

Come già richiamato nel testo, il NSIS è costituito da un insieme di flussi informativi che possiamo raggruppare in:

- 1) Flussi Informativi sulle **prestazioni sul singolo utente**
- 2) Flussi Informativi sulle **strutture sanitarie**
 - a. **Flussi dei modelli informativi** (FLS – STS – RIA – HSP – CE – SP – CP – LA)
a rilevazione annuale o mensile a trasmissione trimestrale
 - b. **Flussi specifici**
 - c. **Flusso del LEA della Prevenzione**

Di tali flussi vengono di seguito riportati i contenuti dei macro capitoli

1. Flussi Informativi sulle prestazioni sul singolo utente

- 1 Flusso A – SDO – Scheda Dimissione Ospedaliera
- 2 Flusso B - Assistenza medica di base
- 3 Flusso C - Prestazioni su specialistica ambulatoriale
- 4 Flusso D - Prestazioni farmaceutiche erogate dalle farmacie convenzionate
- 5 Flusso E - Cure termali
- 6 Flusso F - Prestazioni farmaceutiche erogate attraverso somministrazione diretta dei farmaci
- 7 Flusso G - Autoambulanze ed elisoccorso

2.a. Flussi Informativi sulle strutture sanitarie:

Lo sviluppo di flussi informativi nella sanità è avvenuto a partire dagli anni 80-90⁶¹⁷ e aggiornati nel 2006⁶¹⁸. I primi modelli informativi sono inquadrati in 5 categorie:

- 1) Modelli FLS
- 2) Modelli STS
- 3) Modelli RIA
- 4) Modelli HSP
- 5) Modelli economici

MODELLI FLS - Rilevano i dati relativi alle strutture sanitarie, alle convenzioni di medicina nazionale e di pediatria, all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro e all'assistenza sanitaria di base.

MODELLI STS - Rilevano:

- dati anagrafici relativi alle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e alle strutture socio-sanitarie che erogano prestazioni in regime di convenzione, con esclusione delle attività di ricovero

⁶¹⁷ MINISTERO DELLA SANITÀ – D.M. 23 dicembre 1996 **Modelli di rilevazione dei flussi informativi sulle attività gestionali ed economiche delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere**

⁶¹⁸ Decreto 5 dicembre 2006 - **Variatione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie.**

- apparecchiature tecnico-biomediche presenti e funzionanti nelle strutture sanitarie extraospedaliere.
- attività delle strutture pubbliche o private accreditate, relativamente all'attività clinica, di laboratorio, di diagnostica per immagini e di diagnostica strumentale .
- Il modello deve essere compilato anche dai Centri di Salute Mentale, per quanto riguarda l'attività ambulatoriale. - attività di assistenza semiresidenziale e residenziale.

MODELLI RIA - Sono rilevate le attività e i dati di struttura degli istituti o centri di riabilitazione disciplinati dall' art. 26 della Legge 833/78.

MODELLI HSP - Con questi modelli vengono rilevati i dati delle strutture ospedaliere pubbliche e private esistenti sul territorio nazionale

MODELLI CE-SP-CP-LA - - Sono rilevati i dati relativi a:

- Modello CE - Conto Economico
 - ◊ CE.01-Modello di rilevazione del conto economico delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.
 - ◊ CE.02-Modello di rilevazione dei flussi di cassa delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere
 - ◊ CE.03-Modello di rilevazione di macrovoci economiche delle unità sanitarie locali e delle aziende osped.
 - ◊ CE.04 - Modello di rilevazione extracontabile
- Modello SP - Stato Patrimoniale
- Modello CP - Costi Presidi a gestione diretta
- Modello LA - Costi per Livelli di Assistenza

I diversi modelli sono rilevati con frequenza annuale o trimestrale

I. Modelli di rilevazione annuale delle attività gestionali

FLS.11 - Dati di struttura e di organizzazione della unità sanitaria locale

FLS.12 - Convenzioni nazionali di medicina generale e di pediatria

FLS.18 - Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

FLS.21 - Attività di assistenza sanitaria di base

STS.11 - Dati anagrafici delle strutture sanitarie

STS.14 - Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture sanitarie extraospedaliere

STS.21 - Assistenza specialistica territoriale: attività clinica, di laboratorio, di diagnostica per immagini e di diagnostica strumentale

STS.24 - Assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale

RIA.11 - Istituti o centri di riabilitazione ex art. 26 l. 833/78

HPS.11 - Dati anagrafici delle strutture di ricovero

HPS.11 bis - Dati anagrafici degli istituti facenti parte della struttura di ricovero -

HSP.12 - Posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate -

- HSP.13 - Posti letto per disciplina delle case di cura private
 HSP.14 - Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero
 HSP.16 - Personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private

II. Modelli di rilevazione mensile a trasmissione trimestrale

- HSP 22 bis - Posti letto medi delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate
 HSP.23 - Attività delle case di cura private
 HSP.24 - Day hospital, nido, pronto soccorso, ospedalizzazione domiciliare

2.b. FLUSSI INFORMATIVI SPECIFICI

- **Sistema di Sorveglianza dell'Interruzione volontaria di gravidanza (Ivg)**
Commissioni Affari Sociali e Giustizia (luglio 1989)
- **Flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto** - modificato da decreto 13 novembre 2008 e decreto 6 agosto 2012 Decreto 31 luglio 2007 -
- **Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni erogate in attività libero-professionale intramuraria (ALPI)** Legge 3 agosto 2007, n. 120
- **Certificato di assistenza al parto (CeDAP)** Decreto 16 luglio 2001,
- **Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (SIAD).**
Decreto 17 dicembre 2008
- **Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza.** Decreto 17 dicembre 2008 -
- **- Osservatorio Investimenti Pubblici in Sanità (OIPS)** Accordo Stato Regioni del 19 Dicembre 2002 e Accordo Stato Regioni del 28 febbraio 2008
- **Flusso informativo per il monitoraggio dei consumi di medicinali in ambito ospedaliero** D.M. 4 febbraio 2009
- **Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES).**
DECRETO 11 dicembre 2009
- **Flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio sanitario nazionale** D.M. 11 giugno 2010
- **Sistema informativo per la salute mentale (SISM).** DECRETO 15 ottobre 2010
- **Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale (FAR),**
- **Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND)** - Decreto 12 luglio 2010
- **Sistema informativo dei dispositivi medici (DiMe)-** DM 11 giugno 2010
- **Sistema informativo sulla mobilità internazionale (NSMI)**
 - ◊ **ASPEC** – Assistenza Sanitaria nei Paesi Esteri in Convenzione

- ◇ **ASPE–UE** Assistenza Sanitaria nei Paesi dell’Unione Europea
- ◇ **TECAS – Trasferimenti all’estero per cure ad altissima specializzazione**
- **Sistema informativo per il monitoraggio dell’assistenza erogata presso gli Hospice** Decreto 06 giugno 2012
- **Sistema di monitoraggio delle prestazioni** (Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021)⁶¹⁹

2.c. FLUSSI DEL LEA PREVENZIONE

- **SICUREZZA DEL LAVORO**
 - ◇ Dati attività ed organico
 - ◇ Raccolta dati annuale bonifica/smaltimento di materiali contenente amianto
 - ◇ Censimento Ditte che operano nelle attività di smaltimento amianto
- **IGIENE E SANITA PUBBLICA**
 - ◇ SIMI Sistema Informativo Malattie Infettive Vaccinazioni
 - ◇ **IGIENE DEGLI ALIMENTI**
 - Controllo Ufficiale immissione in commercio e utilizzazione dei prodotti fitosanitari
 - Raccolta dati controllo attività ispettiva e dati di sintesi analisi laboratori Mod. A e B
 - Dati Piano Sicurezza Alimentare (PNI)
 - Elenco soggetti autorizzati alla vendita di prodotti fitosanitari
 - Raccolta dati Censimento e relazione mense celiaci e attività formativa
 - ◇ **MEDICINA LEGALE**
 - Schede ISTAT di morte
 - Rilevazione degli stati di Handicap
 - Rilevazioni delle minorazioni dipendenti da cause civile
 - Invalidità Civile ed Handicap
 - Invalidità civile Handicap
 - ◇ **VETERINARIA**
 - Piano Nazionale Residui
 - Piano Nazionale Alimenti
 - Anagrafe Canina
 - Anagrafe Suina
 - Anagrafe Zootecnica
 - Bluetongue
 - Vigilanza e controllo afta epizootica e malattie vescicolari (CERVES - CEntro di Referenza per le malattie VEScicolari)

⁶¹⁹ Il piano ha individuato:69 prestazioni ambulatoriali (14 visite specialistiche e 55 prestazioni strumentali) e 17 prestazioni in regime di ricovero ordinario o diurno

ALLEGATO 8 – DISUGUAGLIANZE: INDAGINE PASSI 2016-2019

<https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/attivita-oms#dati>

- 1) **ATTIVITÀ FISICA** gli adulti italiani si distribuiscono quasi equamente fra i tre gruppi “fisicamente attivi”, “parzialmente attivi” e “sedentari”, ma la quota di sedentari è la più alta delle tre e statisticamente maggiore della quota di attivi. La sedentarietà è più frequente all’avanzare dell’età (intorno al 30% fra i 18-34enni, raggiunge quasi il 40% fra i 50-69enni), fra le donne e fra le persone con uno status socioeconomico più svantaggiato, per difficoltà economiche o basso livello di istruzione. Il gradiente geografico è molto chiaro e a sfavore delle Regioni meridionali dove in alcune realtà la quota di sedentari raggiunge e supera abbondantemente il 50% della popolazione (Basilicata, Campania). Nel tempo, la quota di sedentari aumenta, ovunque nel Paese, e in modo particolare nelle regioni meridionali.
- 2) **MOBILITÀ ATTIVA Uso della bicicletta** L’11% degli adulti residenti in Italia utilizza la bicicletta per andare a lavoro, a scuola o per gli spostamenti quotidiani. È un’abitudine più frequente tra i giovani di 18-24 anni di età, fra gli uomini, fra le persone senza difficoltà economiche e alto livello di istruzione, e tra gli stranieri. Il gradiente geografico è molto chiaro e a favore delle Regioni del Nord Italia, con picchi del 27% (P.A. di Bolzano). Chi si muove in bicicletta lo fa per quasi 4 giorni alla settimana per un totale settimanale di 144 minuti. **I tragitti a piedi** Il 41% delle persone tra i 18 e i 69 anni di età ha dichiarato di aver fatto nell’ultimo mese tragitti a piedi per andare al lavoro o a scuola o per gli spostamenti abituali. La percentuale di persone che si muove a piedi per i propri spostamenti abituali è maggiore tra i 18-24enni, fra le donne, fra le persone senza difficoltà economiche o più istruite e fra gli stranieri. Anche in questo caso si osserva un gradiente geografico a favore delle regioni del Nord
- 3) **SOVRAPPESO E OBESITÀ** I dati riferiti dagli intervistati PASSI relativi a peso e altezza portano a stimare che 4 adulti su 10 siano in eccesso ponderale: 3 in sovrappeso (con un indice di massa corporea - Imc - compreso fra 25 e 29,9) e 1 obeso (Imc \geq 30). L’essere in eccesso ponderale è una caratteristica più frequente al crescere dell’età, fra gli uomini rispetto alle donne, fra le persone con difficoltà economiche e fra le persone con un basso livello di istruzione. Il gradiente geografico è chiaro a sfavore delle Regioni meridionali. La Campania continua a detenere il primato per quota più alta di persone in eccesso ponderale (più della metà). Seguono Calabria, Basilicata, Molise, con valori non molto distanti.
- 4) **CONSUMI DI FRUTTA E VERDURA** In Italia, meno di 5 adulti su 10 consumano 1-2 porzioni di frutta o verdura al giorno, 4 su 10 ne consumano 3-4 porzioni, mentre appena 1 su 10 ne consuma la quantità raccomandata dalle linee guida per una corretta alimentazione, ovvero 5 porzioni al

giorno (*five a day*). Una piccola quota di persone (meno del 3%), dichiara di non consumare né frutta né verdura. Consumare almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno, come raccomandato, è un'abitudine che cresce con l'avanzare dell'età, è più frequente fra le donne, tra le persone senza difficoltà economiche e tra quelle persone più istruite, ma resta un'abitudine che coinvolge comunque una quota contenuta di persone che non arriva mai a superare il 12% neppure fra i maggiori consumatori. Il gradiente geografico è chiaro e mostra che l'adesione al *five a day* scende significativamente nelle Regioni nel Centro-Sud rispetto a quelle del Nord Italia, ad eccezione delle Isole in cui il consumo di 5 porzioni al giorno è fra le più alte.

- 5) **CONSUMO DI ALCOL** Tra il 2016 e il 2019, meno della metà degli adulti in Italia, fra i 18 e i 69 anni, dichiara di non consumare bevande alcoliche, ma 1 persona su 6 ne fa un consumo a "maggior rischio" per la salute, per quantità o modalità di assunzione. Questi sono più frequentemente giovani (fra i 18-24enni la quota sfiora il 34%), uomini e persone socialmente più avvantaggiate, senza difficoltà economiche o con un alto livello di istruzione.
- 6) **ABITUDINE AL FUMO** In Italia, la maggioranza degli adulti 18-69enni non fuma (57%) o ha smesso di fumare (18%), ma 1 italiano su 4 fuma (25%). Il fumo di sigaretta è più frequente fra le classi socioeconomiche più svantaggiate (meno istruiti e/o con maggiori difficoltà economiche) e negli uomini. Il consumo medio giornaliero è di circa 12 sigarette, tuttavia quasi un quarto dei fumatori ne consuma più di un pacchetto. La variabilità territoriale mostra in testa alla classifica delle Regioni con le più alte quote di fumatori alcune del Centro-Sud, in particolare Umbria, Lazio, Sicilia e Abruzzo. Anche in Emilia-Romagna la prevalenza di fumo resta elevata.
- 7) **RISCHIO CARDIOVASCOLARE** Nel quadriennio 2016-2019 PASSI ha rilevato che su 100 intervistati 20 riferiscono una diagnosi di ipertensione, 23 di ipercolesterolemia, 34 sono sedentari, 25 fumatori, 42 risultano in eccesso ponderale (IMC \geq 25) e appena 10 persone consumano 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (*five a day*), come raccomandato. Inoltre, quasi il 5% degli intervistati riferisce una diagnosi di diabete. Complessivamente il 40% degli intervistati presenta almeno 3 dei fattori di rischio cardiovascolare menzionati sopra e solo una piccolissima quota (meno del 3%) risulta del tutto libera dall'esposizione al rischio cardiovascolare noto.
- 8) **DIABETE** Nel quadriennio 2016-19, poco meno del 5% della popolazione adulta di 18-69 anni ha riferito una diagnosi di diabete. La prevalenza di diabetici cresce con l'età (è il 2% nelle persone con meno di 50 anni ma sfiora il 10% fra quelle di 50-69 anni), è più frequente fra gli uomini che fra le donne (5,3% vs 4,0%), nelle fasce di popolazione socio-economicamente più svantaggiate per istruzione o condizioni economiche, fra i cittadini

italiani rispetto agli stranieri, e nelle Regioni meridionali (in particolare in Sicilia e Campania) rispetto al Centro e al Nord Italia.

- 9) **DISPOSITIVI PER LA SICUREZZA STRADALE.** L'uso della cintura di sicurezza anteriore è abbastanza diffuso, anche se lontano dalla copertura totale richiesta dalla legge: nel quadriennio 2016-2019 è stata usata sempre dall'85% degli intervistati che hanno viaggiato in auto come guidatori, o come passeggeri sul sedile anteriore. Al contrario, l'uso della cintura posteriore è molto meno frequente e solo poco più del 23% degli intervistati ha dichiarato di indossarla sempre. L'uso del casco in moto sembra invece una pratica consolidata: circa il 96% degli intervistati...dichiara di averlo indossato sempre....le differenze geografiche sono ampie e significative, e designano un chiaro gradiente Nord-Sud a sfavore delle Regioni meridionali sia per l'uso delle cinture in auto che del casco in moto
- 10) **GUIDA SOTTO L'EFFETTO DELL'ALCOL** Dai dati PASSI 2016-19, emerge che 7 intervistati su 100 hanno guidato sotto l'effetto dell'alcol nei 30 giorni precedenti l'intervista (avevano assunto due o più unità alcoliche un'ora prima di mettersi alla guida); altre 5 persone su 100 hanno dichiarato di essere state trasportate da un conducente sotto l'effetto dell'alcol. La guida sotto l'effetto dell'alcol è in ogni caso più frequente nella fascia d'età 25-34 anni, tra gli uomini e tra i cittadini italiani rispetto agli stranieri. Non si osserva un chiaro gradiente geografico, la Regione con il numero maggiore di persone che guida sotto l'effetto dell'alcol è la Valle d'Aosta con l'11%, seguita da Molise e Veneto.
- 11) **SCREENING CERVICALE** Dai dati PASSI 2016-2019 risulta che in Italia l'80% delle donne fra i 25 e i 64 anni di età si sottopone allo screening cervicale (Pap-test o HPV test) a scopo preventivo, secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali (ossia che le donne di 25-64 anni effettuino lo screening per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina ogni tre anni). La quota di donne che si sottopone allo screening cervicale è maggiore fra quelle socio-economicamente più avvantaggiate (per condizioni economiche o istruzione), fra le cittadine italiane rispetto alle straniere, e fra le coniugate o conviventi. La copertura dello screening cervicale designa un netto gradiente geografico Nord-Sud che divide l'Italia in due, con coperture mediamente pari all'88% nelle Regioni del Nord Italia (91% nella P.A. di Bolzano) e 69% nelle Regioni del Sud (con coperture minime per la Calabria, 63%).
- 12) **SCREENING MAMMOGRAFICO.** I dati PASSI evidenziano che in Italia il 75% delle donne fra i 50 e i 69 anni si sottopone allo screening mammografico a scopo preventivo secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali e internazionali (che suggeriscono alle donne di questa classe di età di sottoporsi a mammografia ogni due anni per la diagnosi precoce del tumore al seno).La quota di donne che si sottopone allo screening

mammografico è maggiore fra quelle socio-economicamente più avvantaggiate, per condizioni economiche o istruzione, fra le donne di cittadinanza italiana rispetto alle straniere, e fra le donne coniugate o conviventi. La copertura dello screening mammografico disegna un chiaro gradiente Nord-Sud: la percentuale di popolazione target che si sottopone allo screening mammografico al Settentrione è dell'84% e del 62% nelle Regioni meridionali. La Campania (52%) e la Calabria (58%) sono le Regioni con le coperture totali più basse, mentre il Friuli Venezia Giulia (88%) risulta essere la più virtuosa.

- 13) **SCREENING COLORETTALE. La ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF)** è il più utilizzato fra i test preventivi per la diagnosi precoce del tumore colorettole. Il 42% degli intervistati tra i 50 e i 69 anni di età riferisce di averlo effettuato nei due anni precedenti l'intervista. È più frequente che a questo esame si sottopongano persone più avanti con l'età (60-69 anni), i cittadini italiani rispetto agli stranieri e le persone economicamente più avvantaggiate o più istruite. Non si registra una differenza di genere significativa. Anche per questo singolo test, il gradiente geografico descrive le Regioni meridionali come le più svantaggiate in quanto solo il 22% della popolazione target residente nel Sud Italia dichiara di essersi sottoposto al test, ma l'evoluzione temporale ne mostra un aumento significativo in tutto il Paese.
- 14) **VACCINAZIONE PER L'INFLUENZA STAGIONALE.** Il ricorso alla vaccinazione antinfluenzale fra gli adulti di 18-64 anni non è molto frequente ed è andato riducendosi negli anni fino a scendere al 6,6% nella campagna vaccinale del 2015-2016. I dati di copertura delle ultime 3 campagne vaccinali mostrano un'inversione di tendenza e la copertura vaccinale sale leggermente in modo statisticamente significativo fino a raggiungere il 9,1% nell'ultima campagna 2018-2019. Il ricorso alla vaccinazione antinfluenzale prima dei 50 anni di età è davvero molto raro (non supera il 5%).
- 15) **VACCINAZIONE ANTIROSOLIA.** Nel periodo 2016-2019, tutte le Regioni/Province Autonome hanno raccolto continuamente dati relativi alla vaccinazione antirosolia. Dalle informazioni raccolte emerge con forza la scarsa consapevolezza fra le donne in età fertile del problema legato all'infezione rubeolica in gravidanza. La quota di donne certamente suscettibili alla rosolia (perché non vaccinate e con rubeotest negativo) può sembrare relativamente contenuta (quasi il 2%), tuttavia un numero piuttosto alto, quasi 4 donne su 10 (38%), non è a conoscenza del proprio stato immunitario nei confronti della rosolia. La percentuale di donne suscettibili alla rosolia, o non consapevoli del proprio stato immunitario, varia in maniera statisticamente significativa tra le diverse Regioni, disegnando un gradiente geografico a sfavore delle Regioni meridionali.

- 16) **PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE.** I più soddisfatti della propria salute sono i giovani (il 90% dei 18-34enni riferisce di star bene; mentre questa quota scende a 54% fra i 50-69enni), gli uomini (74% vs 68% nelle donne), le persone con un livello socio-economico più elevato, per istruzione o condizioni economiche, i cittadini stranieri rispetto agli italiani e chi è libero da condizioni patologiche croniche fra quelle indagate da PASSI (78% vs 40% fra chi ha una diagnosi di patologia cronica). Il gradiente geografico è poco ampio e poco significativo, ma mostra fra i residenti del Nord una quota maggiore di coloro che dichiarano di sentirsi in buona salute con le quote più alte registrate nelle P.A. di Trento e Bolzano. Dal 2008 è aumentata in modo statisticamente significativo la quota di persone che si dichiarano in buona salute, ovunque nel Paese.
- 17) **DEPRESSIONE** Dai dati PASSI 2016-19 emerge che in Italia una piccola quota di adulti (il 6%) riferisce sintomi depressivi e percepisce compromesso il proprio benessere psicologico. I sintomi depressivi sono più frequenti all'avanzare dell'età (sfiorano l'8% fra i 50-69enni), nella popolazione femminile (7%), tra le classi socialmente più svantaggiate per difficoltà economiche (14% in chi riferisce molte difficoltà economiche) o per bassa istruzione, tra chi non ha un lavoro regolare continuativo (8%), fra chi riferisce almeno una diagnosi di patologia cronica (13%) e fra chi vive da solo (8%). Solo il 61% degli intervistati che riferiscono sintomi depressivi ricorrono all'aiuto di qualcuno, rivolgendosi soprattutto a medici/operatori sanitari. La variabilità regionale non descrive un chiaro gradiente, ma in alcune Regioni meridionali (Molise, Campania e Sardegna) si registrano prevalenze più alte di persone con sintomi depressivi, come per altro in Umbria. Nel tempo si è ridotta la prevalenza di persone con sintomi depressivi ovunque nel Paese

- 18) **PATOLOGIE CRONICHE.** La condizione di cronicità è più frequente al crescere dell'età (interessa il 30% delle persone fra 50 e 69 anni); e tra le persone con *status* socioeconomico più svantaggiato, per difficoltà economiche (26%) o bassa istruzione (38% tra chi ha nessun titolo o la licenza elementare). La condizione di policronicità, ovvero la compresenza di due o più patologie croniche (fra quelle indagate) riguarda, in media, il 4% dei 18-69enni: è più frequente all'aumentare dell'età (viene riferita dal 9% delle persone fra 50 e 69 anni), e tra le persone con *status* socioeconomico più svantaggiato, per difficoltà economiche (9%) o bassa istruzione (14% tra chi ha nessun titolo o la licenza elementare). Le patologie croniche più frequentemente riferite, fra i 18 e i 69 anni, sono le malattie respiratorie croniche (circa 7%), le malattie cardiovascolari e il diabete (5%) e i tumori (4%); al contrario, le malattie croniche del fegato, l'insufficienza renale e l'ictus (1%) sono le meno frequenti. La variabilità regionale della cronicità, non descrivere un chiaro gradiente geografico, caratteristiche socio-anagrafiche

ALLEGATO 9 - SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOAL - ONU

I 17 obiettivi del SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOAL - ONU

- OBIETTIVO 1: PORRE FINE ALLA POVERTÀ IN TUTTE LE SUE FORME**
- OBIETTIVO 2: FAME ZERO**
- OBIETTIVO 3: SALUTE**
- OBIETTIVO 4: ISTRUZIONE**
- OBIETTIVO 5: UGUAGLIANZA DI GENERE ED EMANCIPAZIONE FEMMINILE**
- OBIETTIVO 6: ACQUA E SERVIZI IGIENICO-SANITARI**
- OBIETTIVO 7: ENERGIA**
- OBIETTIVO 8: CRESCITA ECONOMICA**
- OBIETTIVO 9: INFRASTRUTTURA, INDUSTRIALIZZAZIONE**
- OBIETTIVO 10: DISUGUAGLIANZA**
- OBIETTIVO 11: CITTÀ**
- OBIETTIVO 12: CONSUMO E PRODUZIONE SOSTENIBILI**
- OBIETTIVO 13: CAMBIAMENTI CLIMATICI**
- OBIETTIVO 14: OCEANI**
- OBIETTIVO 15: BIODIVERSITÀ, FORESTE, DESERTIFICAZIONE**
- OBIETTIVO 16: PACE, GIUSTIZIA E ISTITUZIONI FORTI**
- OBIETTIVO 17: PARTENARIATI**

OBIETTIVO 1: PORRE FINE ALLA POVERTÀ IN TUTTE LE SUE FORME OVUNQUE

A livello globale, il numero di persone che vivono in condizioni di estrema povertà è diminuito dal 36% nel 1990 al 10% nel 2015. Ma il ritmo del cambiamento sta rallentando e la crisi COVID-19 rischia di invertire decenni di progressi nella lotta alla povertà. Una nuova ricerca pubblicata dall'Unu World Institute for Development Economics Research avverte che le ricadute economiche della pandemia globale potrebbero aumentare la povertà globale fino a mezzo miliardo di persone, o l'8% della popolazione umana totale. Questa sarebbe la prima volta che la povertà è aumentata a livello globale in trent'anni, dal 1990.

Più di 700 milioni di persone, o il 10% della popolazione mondiale, vivono ancora oggi in estrema povertà, lottando per soddisfare i bisogni più elementari come la salute, l'istruzione e l'accesso all'acqua e ai servizi igienico-sanitari, per citarne alcuni. La maggior parte delle persone che vivono con meno di \$ 1,90 al giorno vivono nell'Africa sub-sahariana. A livello mondiale, il tasso di povertà nelle aree rurali è del 17,2 per cento, oltre tre volte superiore rispetto alle aree urbane.

Per coloro che lavorano, avere un lavoro non garantisce una vita dignitosa. In effetti, l'8% dei lavoratori dipendenti e delle loro famiglie in tutto il mondo vivevano in condizioni di estrema povertà nel 2018. Un bambino su cinque vive in condizioni di estrema povertà. Garantire la protezione sociale per tutti i bambini e altri gruppi vulnerabili è fondamentale per ridurre la povertà.

OBIETTIVO 2: FAME ZERO

Dopo decenni di costante declino, il numero di persone che soffrono la fame - misurato dalla prevalenza della denutrizione - ha iniziato ad aumentare lentamente nel 2015. Oggi più di 820 milioni di persone vanno regolarmente a letto affamate, di cui circa 135 milioni soffrono dalla fame acuta dovuta in gran parte ai conflitti causati dall'uomo, ai cambiamenti climatici e alle recessioni economiche. La pandemia di COVID-19 potrebbe ora raddoppiare quel numero, mettendo a rischio ulteriori 130 milioni di persone entro la fine del 2020, secondo il Programma alimentare mondiale.

Con oltre un quarto di miliardo di persone potenzialmente sull'orlo della fame, devono essere intraprese azioni rapide per fornire cibo e aiuti umanitari alle regioni più a rischio.

Allo stesso tempo, è necessario un profondo cambiamento del sistema alimentare e agricolo globale se vogliamo nutrire gli oltre 820 milioni di persone che hanno fame e gli altri 2 miliardi di persone che il mondo avrà entro il 2050. Aumentare la produttività agricola e gli alimenti sostenibili la produzione è cruciale per aiutare ad alleviare i pericoli della fame

OBIETTIVO 3: GARANTIRE UNA VITA SANA E PROMUOVERE IL BENESSERE DI TUTTI A TUTTE LE ETÀ

Garantire una vita sana e promuovere il benessere a tutte le età è essenziale per lo sviluppo sostenibile. Attualmente, il mondo sta affrontando una crisi sanitaria globale come nessun altro - COVID-19 sta diffondendo la sofferenza umana, destabilizzando l'economia globale e migliorando la vita di miliardi di persone in tutto il mondo.

Prima della pandemia, sono stati compiuti importanti progressi nel miglioramento della salute di milioni di persone. Sono stati compiuti progressi significativi nell'aumentare l'aspettativa di vita e nel ridurre alcuni dei comuni assassini associati alla mortalità infantile e materna. Ma sono necessari ulteriori sforzi per sradicare completamente una vasta gamma di malattie e affrontare molti problemi sanitari persistenti ed emergenti. Concentrandosi sulla fornitura di finanziamenti più efficienti per i sistemi sanitari, miglioramento dell'igiene e dell'igiene e un maggiore accesso ai medici, si possono fare progressi significativi nell'aiutare a salvare la vita di milioni di persone.

Emergenze sanitarie come COVID-19 rappresentano un rischio globale e hanno dimostrato la necessità critica di preparazione. Il programma di sviluppo delle Nazioni Unite ha messo in luce enormi disparità nelle capacità dei paesi di far fronte e riprendersi dalla crisi COVID-19. La pandemia fornisce un momento fondamentale per la preparazione alle emergenze sanitarie e per gli investimenti in servizi pubblici critici del 21 ° secolo

OBIETTIVO 4: EDUCAZIONE DI QUALITÀ

L'istruzione consente una mobilità socioeconomica ascendente ed è la chiave per sfuggire alla povertà. Nell'ultimo decennio, sono stati compiuti importanti progressi verso un aumento dell'accesso all'istruzione e ai tassi di iscrizione alla scuola a tutti i livelli, in particolare per le ragazze. Tuttavia, circa 260 milioni di bambini erano ancora senza scuola nel 2018, quasi un quinto della popolazione mondiale in quella fascia d'età. E oltre la metà di tutti i bambini e gli adolescenti di tutto il mondo non soddisfano gli standard minimi di competenza in lettura e matematica.

Nel 2020, mentre la pandemia di COVID-19 si diffondeva in tutto il mondo, la maggior parte dei paesi ha annunciato la chiusura temporanea delle scuole, con un impatto su oltre il 91% degli studenti in tutto il mondo. Ad aprile 2020, quasi 1,6 miliardi di bambini e ragazzi non frequentavano la scuola. E quasi 369 milioni di bambini che fanno affidamento sui pasti scolastici hanno dovuto cercare altre fonti per l'alimentazione quotidiana.

Mai prima d'ora così tanti bambini hanno lasciato la scuola, interrompendo l'apprendimento e le vite in rovina, specialmente i più vulnerabili ed emarginati. La pandemia globale ha conseguenze di vasta portata che possono mettere a repentaglio i guadagni conquistati duramente nel migliorare l'istruzione globale.

OBIETTIVO 5: RAGGIUNGERE LA PARITÀ DI GENERE E POTENZIARE TUTTE LE DONNE E LE RAGAZZE

L'uguaglianza di genere non è solo un diritto umano fondamentale, ma una base necessaria per un mondo pacifico, prospero e sostenibile.

Negli ultimi decenni sono stati compiuti progressi: sempre più ragazze vanno a scuola, meno ragazze sono costrette al matrimonio precoce, più donne stanno servendo in parlamento e posizioni di comando e le leggi sono state riformate per promuovere l'uguaglianza di genere.

Nonostante questi vantaggi, rimangono molte sfide: le leggi discriminatorie e le norme sociali rimangono pervasive, le donne continuano a essere sottorappresentate a tutti i livelli di leadership politica e 1 su 5 donne e ragazze di età compresa tra 15 e 49 anni riferisce di aver subito violenza fisica o sessuale partner intimo entro un periodo di 12 mesi.

Gli effetti della pandemia di COVID-19 potrebbero invertire i limitati progressi compiuti sulla parità di genere e sui diritti delle donne. L'epidemia di coronavirus aggrava le disparità esistenti per donne e ragazze in ogni ambito: dalla salute all'economia, alla sicurezza e alla protezione sociale.

Le donne svolgono un ruolo sproporzionato nella risposta al virus, anche come operatori sanitari in prima linea e badanti a domicilio. Il lavoro di assistenza non retribuito delle donne è aumentato in modo significativo a causa della chiusura delle scuole e delle crescenti esigenze delle persone anziane. Le donne sono anche più colpite dagli impatti economici di COVID-19, poiché lavorano

sproporzionatamente in mercati del lavoro insicuri. Quasi il 60% delle donne lavora nell'economia informale, il che le mette a maggior rischio di cadere nella povertà.

La pandemia ha anche portato a un forte aumento della violenza contro donne e ragazze. Con le misure di blocco in atto, molte donne sono intrappolate a casa con i loro maltrattatori, lottando per accedere a servizi che soffrono di tagli e restrizioni. Dati emergenti mostrano che, dallo scoppio della pandemia, la violenza contro le donne e le ragazze - e in particolare la violenza domestica - si è intensificata.

OBIETTIVO 6: GARANTIRE L'ACCESSO ALL'ACQUA E AI SERVIZI IGIENICO-SANITARI PER TUTTI

Sebbene siano stati compiuti progressi sostanziali nell'aumentare l'accesso all'acqua potabile e ai servizi igienico-sanitari, miliardi di persone, soprattutto nelle aree rurali, mancano ancora di questi servizi di base. In tutto il mondo, una persona su tre non ha accesso all'acqua potabile, due persone su cinque non hanno un impianto di lavaggio delle mani di base con acqua e sapone e oltre 673 milioni di persone continuano a praticare la defecazione.

La pandemia COVID-19 ha dimostrato l'importanza fondamentale di servizi igienico-sanitari, igiene e accesso adeguato all'acqua pulita per prevenire e contenere le malattie. L'igiene delle mani salva la vita. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, il lavaggio delle mani è una delle azioni più efficaci che è possibile intraprendere per ridurre la diffusione di agenti patogeni e prevenire le infezioni, incluso il virus COVID-19. Eppure miliardi di persone mancano ancora di servizi igienico-sanitari sicuri e il finanziamento è inadeguato.

OBIETTIVO 7: GARANTIRE L'ACCESSO A ENERGIA ECONOMICA, AFFIDABILE, SOSTENIBILE E MODERNA

Il mondo sta facendo progressi verso l'obiettivo 7, con segnali incoraggianti che l'energia sta diventando più sostenibile e ampiamente disponibile. L'accesso all'elettricità nei paesi più poveri ha iniziato ad accelerare, l'efficienza energetica continua a migliorare e l'energia rinnovabile sta facendo notevoli progressi nel settore elettrico.

Tuttavia, è necessaria un'attenzione più mirata per migliorare l'accesso a combustibili e tecnologie di cottura pulite e sicure per 3 miliardi di persone, per espandere l'uso di energia rinnovabile oltre il settore elettrico e per aumentare l'elettrificazione nell'Africa subsahariana.

La relazione sui progressi energetici fornisce un cruscotto globale per registrare i progressi in materia di accesso all'energia, efficienza energetica e energie rinnovabili. Valuta i progressi compiuti da ciascun paese su questi tre pilastri e fornisce un'istantanea di quanto siamo lontani dal raggiungimento degli obiettivi degli obiettivi di sviluppo sostenibile per il 2030.

OBIETTIVO 8: PROMUOVERE UNA CRESCITA ECONOMICA INCLUSIVA E SOSTENIBILE, L'OCCUPAZIONE E UN LAVORO DIGNITOSO PER TUTTI

Una crescita economica sostenuta e inclusiva può guidare il progresso, creare posti di lavoro dignitosi per tutti e migliorare gli standard di vita.

COVID-19 ha sconvolto miliardi di vite e messo in pericolo l'economia globale. Il Fondo monetario internazionale (FMI) prevede una recessione globale tanto grave quanto peggiore rispetto al 2009. Poiché le perdite di posti di lavoro aumentano, l'Organizzazione internazionale del lavoro stima che quasi la metà della forza lavoro globale rischia di perdere i propri mezzi di sussistenza.

Anche prima dello scoppio del COVID-19, un paese su cinque - che ospita miliardi di persone che vivono in condizioni di povertà - probabilmente vedeva i redditi pro capite stagnare o diminuire nel 2020. Ora, gli shock economici e finanziari associati al COVID-19 - tali come interruzioni della produzione industriale, calo dei prezzi delle materie prime, volatilità dei mercati finanziari e crescente insicurezza - stanno facendo deragliare la già tiepida crescita economica e aggravando i rischi di altri fattori.

OBIETTIVO 9: COSTRUIRE INFRASTRUTTURE RESILIENTI, PROMUOVERE L'INDUSTRIALIZZAZIONE SOSTENIBILE E FAVORIRE L'INNOVAZIONE

L'industrializzazione inclusiva e sostenibile, insieme all'innovazione e alle infrastrutture, può scatenare forze economiche dinamiche e competitive che generano occupazione e reddito. Svolgono un ruolo chiave nell'introduzione e promozione di nuove tecnologie, facilitando il commercio internazionale e consentendo l'uso efficiente delle risorse.

Tuttavia, il mondo ha ancora molta strada da fare per sfruttare appieno questo potenziale. I paesi meno sviluppati, in particolare, devono accelerare lo sviluppo del loro settore manifatturiero se vogliono raggiungere l'obiettivo del 2030 e aumentare gli investimenti nella ricerca scientifica e nell'innovazione.

La crescita globale della produzione è in costante calo, anche prima dello scoppio della pandemia di COVID-19. La pandemia sta colpendo duramente le industrie manifatturiere e causando interruzioni nelle catene del valore globali e nella fornitura di prodotti.

L'innovazione e il progresso tecnologico sono fondamentali per trovare soluzioni durature alle sfide economiche e ambientali, come l'aumento delle risorse e l'efficienza energetica. A livello globale, gli investimenti in ricerca e sviluppo (R&S) in percentuale del PIL sono aumentati dall'1,5 per cento nel 2000 all'1,7 per cento nel 2015 e sono rimasti quasi invariati nel 2017, ma erano solo meno dell'1 per cento nelle regioni in via di sviluppo.

In termini di infrastruttura di comunicazione, più della metà della popolazione mondiale è ora online e quasi l'intera popolazione mondiale vive in un'area coperta da una rete mobile. Si stima che nel 2019 il 96,5 per cento fosse coperto da almeno una rete 2G.

La pandemia di coronavirus ha rivelato l'urgente necessità di infrastrutture resilienti. La Banca asiatica di sviluppo rileva che le infrastrutture critiche nella regione rimangono tutt'altro che adeguate in molti paesi, nonostante la rapida crescita economica e lo sviluppo della regione negli ultimi dieci anni. L'indagine economica e sociale dell'Asia e del Pacifico evidenzia che rendere le infrastrutture resistenti alle catastrofi e ai cambiamenti climatici richiederà un investimento aggiuntivo di 434 miliardi di dollari all'anno. Potrebbe essere necessario che questa somma sia ancora maggiore in alcune sottoregioni, come gli stati in via di sviluppo delle piccole isole del Pacifico.

OBIETTIVO 10: RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE ALL'INTERNO E TRA I PAESI

Ridurre le disuguaglianze e garantire che nessuno rimanga indietro è fondamentale per raggiungere gli obiettivi di sviluppo sostenibile.

La disuguaglianza all'interno e tra i paesi è motivo di preoccupazione costante. Nonostante alcuni segnali positivi verso la riduzione della disuguaglianza in alcune dimensioni, come la riduzione della disuguaglianza relativa al reddito in alcuni paesi e lo status commerciale preferenziale a beneficio dei paesi a basso reddito, la disuguaglianza persiste ancora.

COVID-19 ha approfondito le disparità esistenti, colpendo le comunità più povere e vulnerabili nel modo più duro. Ha messo in evidenza le disuguaglianze economiche e le fragili reti di sicurezza sociale che lasciano alle comunità vulnerabili il peso maggiore della crisi. Allo stesso tempo, le disuguaglianze sociali, politiche ed economiche hanno amplificato gli impatti della pandemia.

Sul fronte economico, la pandemia COVID-19 ha aumentato significativamente la disoccupazione globale e ha drasticamente ridotto i redditi dei lavoratori.

COVID-19 mette anche a rischio i progressi limitati che sono stati fatti sulla parità di genere e sui diritti delle donne negli ultimi decenni. In ogni ambito, dalla salute all'economia, dalla sicurezza alla protezione sociale, gli impatti di COVID-19 sono esacerbati per donne e ragazze semplicemente in virtù del loro sesso.

Le disparità si stanno anche accentuando per le popolazioni vulnerabili nei paesi con sistemi sanitari più deboli e in quelli che affrontano le attuali crisi umanitarie. Rifugiati e migranti, nonché le popolazioni indigene, le persone anziane, le persone con disabilità e i bambini sono particolarmente a rischio di rimanere indietro. E il discorso dell'odio verso i gruppi vulnerabili è in aumento.

OBIETTIVO 11: RENDERE LE CITTÀ INCLUSIVE, SICURE, RESISTENTI E SOSTENIBILI

Il mondo sta diventando sempre più urbanizzato. Dal 2007, più della metà della popolazione mondiale vive nelle città e si prevede che tale percentuale salirà al 60% entro il 2030.

Le città e le aree metropolitane sono il motore della crescita economica, contribuendo per circa il 60% del PIL globale. Tuttavia, rappresentano anche circa il 70% delle emissioni globali di carbonio e oltre il 60% dell'utilizzo delle risorse.

La rapida urbanizzazione sta causando un numero crescente di abitanti dei quartieri poveri, infrastrutture e servizi inadeguati e sovraccarichi (come la raccolta dei rifiuti e i sistemi idrici e igienico-sanitari, strade e trasporti), il peggioramento dell'inquinamento atmosferico e l'espansione urbana non pianificata.

L'impatto di COVID-19 sarà più devastante nelle aree urbane povere e densamente popolate, in particolare per il miliardo di persone che vivono in insediamenti e baraccopoli informali in tutto il mondo, dove il sovraffollamento rende anche difficile seguire le misure raccomandate come il distanziamento sociale e l'autoisolamento .

L'agenzia alimentare delle Nazioni Unite, la FAO, ha avvertito che la fame e le vittime potrebbero aumentare significativamente nelle aree urbane, senza misure per garantire che i residenti poveri e vulnerabili abbiano accesso al cibo.

OBIETTIVO 12: GARANTIRE MODELLI DI PRODUZIONE E CONSUMO SOSTENIBILI

Il consumo e la produzione in tutto il mondo - una forza trainante dell'economia globale - poggiano sull'uso dell'ambiente e delle risorse naturali in un modo che continua ad avere effetti distruttivi sul pianeta.

Il progresso economico e sociale nell'ultimo secolo è stato accompagnato da un degrado ambientale che sta mettendo in pericolo gli stessi sistemi da cui dipende il nostro sviluppo futuro - anzi, la nostra stessa sopravvivenza.

Alcuni fatti e cifre:

- Ogni anno, circa un terzo di tutti gli alimenti prodotti - equivalenti a 1,3 miliardi di tonnellate per un valore di circa \$ 1 trilione - finisce per marcire nei cassonetti dei consumatori e dei rivenditori o rovinarsi a causa delle cattive pratiche di trasporto e raccolta.
- Se le persone di tutto il mondo passassero a lampadine a risparmio energetico, il mondo risparmierebbe 120 miliardi di dollari all'anno.
- Se la popolazione globale raggiungesse i 9,6 miliardi entro il 2050, potrebbe essere richiesto l'equivalente di quasi tre pianeti per fornire le risorse naturali necessarie per sostenere gli stili di vita attuali.

La pandemia COVID-19 offre ai paesi l'opportunità di costruire piani di ripresa che invertiranno le tendenze attuali e cambieranno i nostri modelli di consumo e produzione verso un futuro più sostenibile.

Il consumo e la produzione sostenibili significano fare di più e meglio con meno. Si tratta anche di dissociare la crescita economica dal degrado ambientale, aumentare l'efficienza delle risorse e promuovere stili di vita sostenibili.

Anche il consumo e la produzione sostenibili possono contribuire in modo sostanziale alla riduzione della povertà e alla transizione verso economie a basse emissioni di carbonio e verdi.

OBIETTIVO 13: AGIRE CON URGENZA PER COMBATTERE IL CAMBIAMENTO CLIMATICO E I SUOI IMPATTI

Il 2019 è stato il secondo anno più caldo mai registrato e la fine del decennio più caldo (2010-2019) mai registrato.

I livelli di biossido di carbonio (CO₂) e altri gas serra nell'atmosfera sono saliti a nuovi record nel 2019.

Il cambiamento climatico sta colpendo tutti i paesi di tutti i continenti. Sta sconvolgendo le economie nazionali e sta influenzando la vita. I modelli meteorologici stanno cambiando, i livelli del mare stanno aumentando e gli eventi meteorologici stanno diventando più estremi.

Anche se si prevede che le emissioni di gas serra diminuiranno di circa il 6% nel 2020 a causa dei divieti di viaggio e dei rallentamenti economici derivanti dalla pandemia di COVID-19, questo miglioramento è solo temporaneo. Il cambiamento climatico non è in pausa. Una volta che l'economia globale inizierà a riprendersi dalla pandemia, le emissioni dovrebbero tornare a livelli più alti.

Salvare vite e mezzi di sussistenza richiede un'azione urgente per affrontare sia la pandemia che l'emergenza climatica.

L'accordo di Parigi, adottato nel 2015, mira a rafforzare la risposta globale alla minaccia dei cambiamenti climatici mantenendo un aumento della temperatura globale in questo secolo ben al di sotto di 2 gradi Celsius rispetto ai livelli preindustriali. L'accordo mira inoltre a rafforzare la capacità dei paesi di affrontare gli impatti dei cambiamenti climatici, attraverso adeguati flussi finanziari, un nuovo quadro tecnologico e un quadro rafforzato per lo sviluppo di capacità

OBIETTIVO 14: CONSERVARE E UTILIZZARE IN MODO SOSTENIBILE GLI OCEANI, I MARI E LE RISORSE MARINE

L'oceano guida sistemi globali che rendono la Terra abitabile per l'umanità. La nostra acqua piovana, acqua potabile, tempo, clima, coste, gran parte del nostro cibo e persino l'ossigeno presente nell'aria che respiriamo, sono tutti forniti e regolati dal mare.

Una gestione attenta di questa essenziale risorsa globale è una caratteristica chiave di un futuro sostenibile. Tuttavia, al momento, vi è un continuo deterioramento delle acque costiere a causa dell'inquinamento e l'acidificazione degli oceani sta avendo un effetto negativo sul funzionamento degli ecosistemi e della biodiversità. Ciò ha anche un impatto negativo sulla pesca su piccola scala.

Salvare il nostro oceano deve rimanere una priorità. La biodiversità marina è fondamentale per la salute delle persone e del nostro pianeta. Le aree marine protette devono essere gestite in modo efficace e dotate di risorse adeguate e devono essere istituite normative per ridurre la pesca eccessiva, l'inquinamento marino e l'acidificazione degli oceani.

OBIETTIVO 15: GESTIRE IN MODO SOSTENIBILE LE FORESTE, COMBATTERE LA DESERTIFICAZIONE, ARRESTARE E INVERTIRE IL DEGRADO DEL TERRITORIO, ARRESTARE LA PERDITA DI BIODIVERSITÀ

La natura è fondamentale per la nostra sopravvivenza: la natura ci fornisce il nostro ossigeno, regola i nostri modelli meteorologici, impollina le nostre colture, produce cibo, mangime e fibre. Ma è sotto stress crescente. L'attività umana ha alterato quasi il 75% della superficie terrestre, spremendo la fauna selvatica e la natura in un angolo sempre più piccolo del pianeta.

Circa 1 milione di specie animali e vegetali sono minacciate di estinzione - molte entro decenni - secondo il Rapporto di valutazione globale del 2019 sulla biodiversità e il servizio ecosistemico. Il rapporto chiedeva cambiamenti trasformativi per ripristinare e proteggere la natura. Ha scoperto che la salute degli ecosistemi da cui dipendiamo noi e tutte le altre specie sta peggiorando più rapidamente che mai, influenzando le basi stesse delle nostre economie, mezzi di sussistenza, sicurezza alimentare, salute e qualità della vita in tutto il mondo.

La deforestazione e la desertificazione - causate dalle attività umane e dai cambiamenti climatici - pongono grandi sfide allo sviluppo sostenibile e hanno influenzato la vita e il sostentamento di milioni di persone. Le foreste sono di vitale importanza per sostenere la vita sulla Terra e svolgono un ruolo importante nella lotta ai cambiamenti climatici. E gli investimenti nel ripristino del territorio sono fondamentali per migliorare i mezzi di sussistenza, ridurre le vulnerabilità e ridurre i rischi per l'economia.

La salute del nostro pianeta svolge anche un ruolo importante nell'emergere di malattie zoonotiche, cioè malattie trasmissibili tra animali e umani. Mentre continuiamo a invadere fragili ecosistemi, portiamo gli esseri umani a un contatto sempre maggiore con la fauna selvatica, consentendo agli agenti patogeni nella fauna selvatica di riversarsi sul bestiame e sull'uomo, aumentando il rischio di insorgenza e amplificazione della malattia.

OBIETTIVO 16: PROMUOVERE SOCIETÀ GIUSTE, PACIFICHE E INCLUSIVE

Il conflitto, l'insicurezza, le istituzioni deboli e l'accesso limitato alla giustizia rimangono una grande minaccia allo sviluppo sostenibile. Il numero di persone in fuga da guerre, persecuzioni e conflitti ha superato i 70 milioni nel 2018, il livello più alto registrato dall'agenzia delle Nazioni Unite per i rifugiati (UNHCR) in quasi 70 anni. Nel 2019, le Nazioni Unite hanno rintracciato 357 omicidi e 30 sparizioni forzate di difensori dei diritti umani, giornalisti e sindacalisti in 47 paesi. E le nascite di circa un bambino su quattro di età inferiore a 5 anni in tutto il mondo non vengono mai registrate ufficialmente, privandoli di una prova dell'identità legale fondamentale per la protezione dei loro diritti e per l'accesso alla giustizia e ai servizi sociali

OBIETTIVO 17: RIVITALIZZARE IL PARTENARIATO GLOBALE PER LO SVILUPPO SOSTENIBILE

Gli SDG possono essere realizzati solo con forti partnership e cooperazione globali.

Un'agenda di sviluppo di successo richiede partenariati inclusivi - a livello globale, regionale, nazionale e locale - basati su principi e valori e su una visione condivisa e obiettivi condivisi ponendo al centro le persone e il pianeta.

Molti paesi richiedono assistenza ufficiale allo sviluppo per incoraggiare la crescita e il commercio. Tuttavia, i livelli di aiuto stanno diminuendo e i paesi donatori non hanno rispettato l'impegno di accelerare il finanziamento dello sviluppo. A causa della pandemia di COVID-19, si prevede che l'economia globale si contrarrà bruscamente, del 3%, nel 2020, vivendo la peggiore recessione dalla Grande Depressione.

Oggi è più che mai necessaria una forte cooperazione internazionale per garantire ai paesi i mezzi per riprendersi dalla pandemia, ricostruire meglio e raggiungere gli obiettivi di sviluppo sostenibile.

ALLEGATO 10 - LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Sintesi dei contenuti del

**DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 12 gennaio 2017 .
Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.**

Il DPCM si articola in: 6 Capi (capitoli), 64 articoli, 12 allegati.

Capo I - LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Art. 1.

- 1) Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche e in coerenza con i principi e i criteri indicati dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833 e dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni, i seguenti livelli essenziali di assistenza:
 - a. Prevenzione collettiva e sanità pubblica.
 - b. Assistenza distrettuale.
 - c. Assistenza ospedaliera.
- 2) I livelli essenziali di assistenza di cui al comma 1 si articolano nelle attività, servizi e prestazioni individuati dal presente decreto e dagli allegati che ne costituiscono parte integrante.

Capo II - PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA

Art. 2. - Aree di attività della prevenzione collettiva e sanità pubblica

Capo III - ASSISTENZA DISTRETTUALE

Art. 3. Aree di attività dell'assistenza distrettuale

- 1) Il livello dell'assistenza distrettuale si articola nelle seguenti aree di attività:
 - a. assistenza sanitaria di base.
 - b. emergenza sanitaria territoriale.
 - c. assistenza farmaceutica.
 - d. assistenza integrativa.
 - e. assistenza specialistica ambulatoriale.
 - f. assistenza protesica.
 - g. assistenza termale.
 - h. assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale.
 - i. assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.

Art. 4. Assistenza sanitaria di base

Art. 5. Continuità assistenziale

Art. 6. Assistenza ai turisti

Art. 7. Emergenza sanitaria territoriale

Art. 8. Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate

Art. 9. Assistenza farmaceutica erogata attraverso i servizi territoriali e ospedalieri

Art. 10. Assistenza integrativa

Art. 11. Erogazione di dispositivi medici monouso

Art. 12. Modalità di erogazione dei dispositivi medici monouso

Art. 13. Erogazione di presidi per persone affette da malattia diabetica o da malattie rare

Art. 14. Erogazione di prodotti dietetici

Art. 15. Assistenza specialistica ambulatoriale

Art. 16. Condizioni o limiti di erogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale

Art. 17. Assistenza protesica

Art. 18. Destinatari delle prestazioni di assistenza protesica

Art. 19. Modalità di erogazione dell'assistenza protesica

Art. 20. Assistenza termale

Art. 16. Condizioni o limiti di erogabilità delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale

Capo IV ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

Art. 21. Percorsi di cura integrati

Art. 22. Cure domiciliari

Art. 23. Cure palliative domiciliari

Art. 24. Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie

Art. 25. Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo

Art. 26. Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali

Art. 27. Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità

Art. 28. Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche

Art. 29. Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario

Art. 30. Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti

Art. 31. Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita

Art. 32. Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo

Art. 33. Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali

Art. 34. Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità

Art. 35. Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche

Capo V ASSISTENZA OSPEDALIERA

Art. 36. Aree di attività dell'assistenza ospedaliera

Art. 37. Pronto soccorso

Art. 38. Ricovero ordinario per acuti

Art. 39. Criteri di appropriatezza del ricovero ordinario

Art. 40. Day surgery

- Art. 41. Criteri di appropriatezza del day surgery
- Art. 42. Day hospital
- Art. 43. Criteri di appropriatezza del ricovero in day hospital
- Art. 44. Riabilitazione e lungodegenza post-acuzie
- Art. 45. Criteri di appropriatezza del ricovero in riabilitazione
- Art. 46. Centri antiveleni
- Art. 47. Attività trasfusionali
- Art. 48. Attività di trapianto di cellule, organi e tessuti
- Art. 49. Donazione di cellule riproduttive

Capo VI ASSISTENZA SPECIFICA A PARTICOLARI CATEGORIE

- Art. 50. Assistenza specifica a particolari categorie
- Art. 51. Assistenza agli invalidi
- Art. 52. Persone affette da malattie rare
- Art. 53. Persone affette da malattie croniche e invalidanti
- Art. 54. Persone affette da fibrosi cistica
- Art. 55. Nefropatici cronici in trattamento dialitico
- Art. 56. Persone affette da Morbo di Hansen
- Art. 57. Persone con infezione da HIV/AIDS
- Art. 58. Persone detenute ed internate negli istituti penitenziari e minorenni sottoposti a provvedimento penale
- Art. 59. Assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità
- Art. 60. Persone con disturbi dello spettro autistico
- Art. 61. Assistenza sanitaria all'estero
- Art. 62. Cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea iscritti al Servizio sanitario nazionale
- Art. 63. Cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea non in regola con il permesso di soggiorno
- Art. 64. Norme finali e transitorie

ALLEGATI

- Allegato 1 Prevenzione collettiva e sanità pubblica
- Allegato 2 Ausili monouso
- Allegato 3 Presidi per persone affette da patologia diabetica e da malattie rare
- Allegato 4 Nomenclatore prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale
- Allegato 4A Fattori di rischio per l'erogazione delle prestazioni di densitometria ossea
- Allegato 4B Condizioni per l'erogazione della chirurgia refrattiva
- Allegato 4C Criteri per la definizione delle condizioni di erogabilità delle prestazioni odontoiatriche

Allegato 4D	Elenco note e corrispondenti condizioni di erogabilità-indicazioni appropriatezza prescrittiva
Allegato 5	Ausili su misura e ausili di serie (elenchi 1, 2A e 2B)
Allegato 6A	DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria
Allegato 6B	Prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery - trasferibili in regime ambulatoriale
Allegato 7	Elenco malattie rare esentate dalla partecipazione al costo
Allegato 8	Elenco malattie e condizioni croniche e invalidanti
Allegato 8 bis	Elenco malattie e condizioni croniche e invalidanti (vecchio elenco)
Allegato 9	Assistenza termale
Allegato 10	Prestazioni specialistiche per la tutela della maternità responsabile, escluse dalla partecipazione al costo in funzione preconcezionale (10A), prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo (10B) e condizioni di accesso alla diagnosi prenatale invasiva, in esclusione dalla quota di partecipazione al costo (10C)
Allegato 11	Modalità di erogazione dei dispositivi medici monouso
Allegato 12	Modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica

Per ciascun allegato si riporta un esempio sintetico dei contenuti

Allegato 1 - Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

Il livello della "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" include le attività e le prestazioni volte a tutelare la salute e la sicurezza della comunità da rischi infettivi, ambientali, legati alle condizioni di lavoro, correlati agli stili di vita

Il livello si articola nelle seguenti aree di intervento.

- a. **Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali**
- b. **Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati**
- c. **Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro**
- d. **Salute animale e igiene urbana veterinaria**
- e. **Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori**
- f. **Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening. sorveglianza e prevenzione nutrizionale**
- g. **Attività medico legali per finalità pubbliche**

Si riportano, a titolo di esempio, i contenuti dell' Area di intervento A.- Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi

i programmi vaccinali Per ciascuna sono specificati: a) Programmi/attività, b) Componenti del programma,, c) Prestazioni

N	Programmi/ attività	Componenti del programma	Prestazioni
A1	Sorveglianza epidemiologica della malattie infettive e diffuse	<ul style="list-style-type: none"> • Gestione del sistema di segnalazione e notifica di malattia infettiva e diffusiva, e dei focolai epidemici, incluse le infezioni ospedaliere • Indagini epidemiologiche in caso di focolai • Sorveglianza sulla diffusione nell'ambiente di vita dei vettori di microrganismi patogeni, anche in relazione alle antropozoonosi • Sorveglianza sulla diffusione nell'ambiente di microrganismi patogeni • Attività di sorveglianza a supporto di piani di eliminazione/eradicazione di specifiche malattie infettive (es. Sorveglianza della PFA) • Analisi periodica dei dati, in termini di tempo, spazio e persona Conduzione di eventuali studi analitici per indagare i fattori di rischio • Comunicazione e diffusione dei risultati sull'andamento delle malattie infettive/diffusive 	<ul style="list-style-type: none"> • Produzione periodica di report sull'andamento delle malattie infettive/diffusive • Comunicazione periodica a operatori sanitari, cittadini e istituzioni

ECC....

ALLEGATO 2 - AUSILI MONOUSO

I dispositivi medici elencati devono essere conformi al d. lgs. 24 febbraio 1997, n. 46 in attuazione della direttiva 93/42/CEE

ES. Classe 09 "Ausili per la cura e la protezione personale"

09.15 ausili per tracheostomia (costituiti da un tubo ricurvo di forma angolata o a semicerchio, realizzato con materiali differenti [PVC, silicone, metallo] ECC..)

CODICE	AUSILIO	QUANTITÀ/ANNO
09.15.03.003	cannula tracheale in plastica morbida con mandrino, non fenestrata	4

ecc....

ALLEGATO 3 - PRESIDI PER PERSONE AFFETTE DA PATOLOGIA DIABETICA E DA MALATTIE RARE

Malattie rare:

RCG060 DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEI CARBOIDRATI (Escluso: Diabete Mellito) (es. Deficit di Glut1)

RCG074 DIFETTI CONGENITI DELLA OSSIDAZIONE MITOCONDRIALE DEGLI ACIDI GRASSI (ESCLUSO: SINDROME DI ZELLWEGER codice

RN1760) (es. Deficit di 3 Idrossiacil Coa Deidrogenasi a catena

RN1080 RUSSELL-SILVER, SINDROME DI RN0710 SINDROME MELAS

RCG162 SINDROMI DA NEOPLASIE ENDOCRINE MULTIPLE (es MEN2)

RN0730 SHORT SINDROME

RN1380 BARDET-BIEDL, SINDROME DI

RN1290 WOLFRAM, SINDROME DI

RN1370 ALSTRÖM, SINDROME DI

RCG061 IPERINSULINISMI CONGENITI

PRESIDI PER PERSONE AFFETTE DA PATOLOGIA DIABETICA E DA MALATTIE RARE

Codice

Strisce reattive per la determinazione del glucosio e dei corpi chetonici nelle urine

Strisce reattive per determinazione glicosuria W0101060201

Strisce reattive per determinazione corpi chetonici W0101060201

Strisce reattive per determinazione glicosuria + corpi chetonici W0101060202

ecc....

Allegato 4 - Prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale - Legenda

NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	Numero nota	Branca1	Branca2	Branca3	Branca4
	02.39.1	PUNTURAZIONE DI RESERVOIR CRANICO PER DELIQUORAZIONE		Neurochirurgia			
	02.93.1	CONTROLLO / PROGRAMMAZIONE DI NEUROSTIMOLATORE ENCEFALICO Non associabile a Visita neurologica di controllo 89.01.C		Neurologia			
H	02.95	RIMOZIONE DI TRAZIONE TRANSCRANICA O DISPOSITIVO DI HALO		Neurologia			
H	03.31	RACHICENTESI		Neurologia	Neurochirurgia		
H	03.8	INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE. Iniezione endorachide di antitumorali Incluso farmaco		Neurologia	Oncologia		
H	03.91.1	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE ANALGESICHE NEL CANALE VERTEBRALE CON POSIZIONAMENTO DI CATERETTERE PERIDURALE (Cateretere temporaneo, con pompa infusore, con tunnel sottocutaneo) Fino ad un massimo di 10 rifornimenti. Escluso: Iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8), anestesia effettuata per intervento. Incluso farmaco		Anestesia/Analgesia			

Allegato 4A - Fattori di rischio per l'erogazione delle prestazioni di densitometria ossea

L'indagine densitometrica è indicata in presenza di uno dei seguenti

Fattori di rischio maggiori

- 1) Per soggetti di ogni età di sesso femminile e maschile:
 - a. Precedenti fratture da fragilità (causate da trauma minimo) o riscontro radiologico di fratture vertebrali.
 - b. Riscontro radiologico di osteoporosi
 - c. Terapie croniche (attuata o previste)

ecc....

ALLEGATO 4B Condizioni per l'erogazione della chirurgia refrattiva

Le prestazioni di chirurgia refrattiva sono incluse nei LEA, in regime ambulatoriale e limitatamente a:

- 1) Anisometropia sup. a 4 diottrie di equivalente sferico, non secondaria a chirurgia refrattiva, limitatamente all'occhio più ametrope con il fine della isometropizzazione dopo aver verificato, in sede pre-operatoria, la presenza di visione binoculare singola, nei casi in cui sia manifesta e certificata l'intolleranza all'uso di lente a contatto corneale.
- 2) Astigmatismo uguale o superiore a 4 diottrie.
- 3) Ametropie conseguenti a precedenti interventi di oftalmochirurgia non refrattiva, limitatamente all'occhio operato, al fine di bilanciare i due occhi.
- 4) PTK per opacità corneali, tumori della cornea, cicatrici, astigmatismi irregolari, distrofie corneali, esiti infausti di chirurgia refrattiva.
- 5) Esiti di traumi o malformazioni anatomiche tali da impedire l'applicazione di occhiali, nei casi in cui sia manifesta e certificata l'intolleranza all'uso di lente a contatto corneale.

La certificazione di intolleranza all'uso di lente a contatto, ove richiesta, dovrà essere rilasciata da una struttura pubblica diversa da quella che esegue l'intervento e corredata da documentazione anche fotografica.

ecc....

ALLEGATO 4C CRITERI PER LA DEFINIZIONE DELLE CONDIZIONI DI EROGABILITÀ DELLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

- 1) PREMESSA
- 2) PROGRAMMI DI TUTELA DELLA SALUTE ODONTOIATRICA IN ETÀ EVOLUTIVA (0-14 ANNI)
- 3) ASSISTENZA ODONTOIATRICA E PROTESICA A DETERMINATE CATEGORIE DI SOGGETTI IN CONDIZIONI DI PARTICOLARE VULNERABILITÀ.
LA VULNERABILITÀ SANITARIA
LA VULNERABILITÀ SOCIALE
- 4) LA POPOLAZIONE GENERALE

ecc....**Allegato 4D - Elenco note e corrispondenti condizioni di erogabilità/indicazioni appropriatezza prescrittiva**

elenco note e corrispondenti condizioni di erogabilità/indicazioni appropriatezza prescrittiva		
n. nota	tipo nota	contenuto nota
1	CONDIZIONE EROGABILITA'	allegato 4 B
2	CONDIZIONE EROGABILITA'	Generalità della popolazione
3	CONDIZIONE EROGABILITA'	A) 0-14 anni. B) Condizioni di vulnerabilità sanitaria; C) Condizioni di vulnerabilità sociale

ecc....**Allegato 5 - Elenco 1. AUSILI SU MISURA.**

Si definiscono “su misura” i dispositivi fabbricati appositamente in base alla prescrizione redatta da un medico specialista. I dispositivi industrialmente prodotti con metodi di fabbricazione continua o in serie che devono essere successivamente adattati per soddisfare una specifica esigenza del singolo assistito mediante una personalizzazione, eventualmente richiesta dalla prescrizione o rilevata al momento dell'applicazione, non sono considerati “su misura”.

Classe 06 "Ortesi e protesi"

06.03 ortesi spinali	
<i>Il tempo minimo di rinnovo (art. 18, comma 10) è fissato in 36 mesi</i>	
06.03.09 ortesi toraco-lombo-sacrali (TLSO)	
busto in stoffa armata su misura, con allacciatura centrale: <i>con due molle rigide posteriori ai lati della colonna vertebrale, con due molle laterali rigide con puntali in plastica e rinforzi esterni in pelle o in stoffa, con due molle flessibili anteriori, con parte anteriore o laterale elastica e allacciatura centrale anteriore ed appositi cinturini e/o lacci di regolazione.</i>	
06.03.09.003	in stoffa doppia normale, per uomo
06.03.09.006	in stoffa doppia normale, per donna
06.03.09.009	in stoffa doppia, con panciera contentiva, per uomo
06.03.09.012	in stoffa doppia, con panciera contentiva, per donna

ecc....

Allegato 6A - DRG AD ALTO RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA IN REGIME DI DEGENZA ORDINARIA

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG
006	1	C	Decompressione del tunnel carpale
008	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC
013	1	M	Sclerosi multipla e atassia cerebellare
019	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC
036	2	C	Interventi sulla retina
038	2	C	Interventi primari sull'iride
039	2	C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
040	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni
041	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni
042	2	C	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino (<i>eccetto trapianti di cornea</i>)
047	2	M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC
051	3	C	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia
055	3	C	Miscelanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
059	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni

ECC....

Allegato 6B - PRESTAZIONI AD ALTO RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA IN REGIME DI DAY SURGERY - TRASFERIBILI IN REGIME AMBULATORIALE

NOTA	CODICE	DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI
H	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE escluso:RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)
H	08.74	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE escluso:RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)
H	13.19.1	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE Incluso: Impianto di lenti, Visita preintervento e visite di controllo entro 10 giorni, Biometria. Non codificabile con 95.13.
	13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRAATTIVO (in occhio fachico)
H	13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE
H	13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO

ECC....

Allegato 7 - ELENCO MALATTIE RARE ESENTATE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO

1. MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE			
CODICE MALATTIA	MALATTIA E/O GRUPPO	ESEMPI DI MALATTIE AFFERENTI AL GRUPPO	SINONIMI
RA0010	HANSEN, MALATTIA DI		
RA0020	WHIPPLE, MALATTIA DI		
RA0030	LYME, MALATTIA DI		LIPODISTROFIA INTESTINALE

ecc....

Allegato 8 - ELENCO MALATTIE E CONDIZIONI CRONICHE E INVALIDANTI

CODICE ESEZIONE	MALATTIA O CONDIZIONE DI ESEZIONE
001	ACROMEGALIA E GIGANTISMO
0A02/0B02/0C02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
003	ANEMIA EMOLITICA ACQUISITA DA AUTOIMMUNIZZAZIONE
005	ANORESSIA NERVOSA, BULIMIA
006	ARTRITE REUMATOIDE
007	ASMA
008	CIRROSI EPATICA, CIRROSI BILIARE
009	COLITE ULCEROSA E MALATTIA DI CROHN
011	DEMENZE
012	DIABETE INSIPIDO
013	DIABETE MELLITO
014	DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI, PSICOTROPE E DA ALCOL

ecc....

ALLEGATO 8BIS - ELENCO MALATTIE E CONDIZIONI CRONICHE E INVALIDANTI

CODICE ESEZIONE	MALATTIA O CONDIZIONE DI ESEZIONE
001	ACROMEGALIA E GIGANTISMO
0A02/0B02/0C02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (escluso: 453.0 sindrome di Budd-Chiari)
003	ANEMIA EMOLITICA ACQUISITA DA AUTOIMMUNIZZAZIONE
005	ANORESSIA NERVOSA, BULIMIA
006	ARTRITE REUMATOIDE
007	ASMA
008	CIRROSI EPATICA, CIRROSI BILIARE
009	COLITE ULCEROSA E MALATTIA DI CROHN

ecc....

ALLEGATO 9 ASSISTENZA TERMALE

Aventi diritto: Hanno diritto a fruire di cure termali con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale gli assistiti affetti dalle seguenti patologie:

- 1) Malattie reumatiche: osteoartrosi ed altre forme degenerative. reumatici extra articolari.
- 2) Malattie delle vie respiratorie: sindromi rinosinusitiche-bronchiali croniche, bronchiti croniche semplici o accompagnate a componente ostruttiva

(con esclusione dell'asma e dell'enfisema avanzato, complicato da insufficienza respiratoria grave o da cuore polmonare cronico).

- 3) Malattie dermatologiche: psoriasi (esclusa la forma pustolosa, eritrodermica), eczema e dermatite atopica (escluse le forme acute vescicolari ed essudative), dermatite seborroica ricorrente.
- 4) Malattie ginecologiche: sclerosi dolorosa del connettivo pelvico di natura cicatriziale o involutiva, leucorrea persistente da vaginiti croniche aspecifiche o distrofiche.
- 5) Malattie O.R.L.: rinopatia vasomotoria, faringolaringiti croniche, sinusiti croniche, stenosi tubariche, otiti catarrali croniche, otiti croniche purulente non colesteatomatose.
- 6) Malattie dell'apparato urinario: calcolosi delle vie urinarie e sue recidive.
- 7) Malattie vascolari: postumi di flebopatie di tipo cronico.
- 8) Malattie dell'apparato gastroenterico: dispepsia di origine gastroenterica e biliare, sindrome dell'intestino irritabile nella varietà con stipsi

Prestazioni Le prestazioni termali consistono nei cicli di cure di seguito indicati per tipologia di destinatari. Il ciclo di cure include, in ogni caso, la visita medica all'atto dell'accettazione da parte dello stabilimento termale.

Prestazioni erogabili a tutti gli assistiti

- 1) Fanghi più bagni o docce effettuate con acque minerali (c.d. di "Annettamento") per malattie artroreumatiche (ciclo di 12 fanghi e 12 bagni o docce)
- 2) Fanghi più bagni terapeutici (ciclo di 12 fanghi e 12 bagni)

ECC..

Prestazioni erogabili agli assistiti dell'INAIL ai sensi del decreto legge 25.1.1982, n.16, convertito con modificazioni dalla legge 25.3.1982, n. 98 e successive modificazioni.

ECC....

Prestazioni erogabili agli assistiti dell'INPS - ai sensi del decreto legge 25.1.1982, n.16, convertito con modificazioni dalla legge 25.3.1982, n. 98 e successive modificazioni

ECC....

ALLEGATO 10A - PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER LA TUTELA DELLA MATERNITÀ RESPONSABILE, ESCLUSE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO IN FUNZIONE PRECONCEZIONALE

- 1) Prestazioni specialistiche per la donna (*segue elenco prestazioni*)
- 2) Prestazioni specialistiche per l'uomo (*segue elenco prestazioni*)
- 3) Prestazioni specialistiche per la coppia (*segue elenco prestazioni*)
- 4) Dopo due aborti consecutivi o pregresse patologie della gravidanza con morte perinatale, o anamnesi familiare positiva per patologie ereditarie,

su prescrizione dello specialista ginecologo o genetista medico (*segue elenco prestazioni*)

ecc....

ALLEGATO 10B - PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER IL CONTROLLO DELLA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA, ESCLUSE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO

All'inizio della gravidanza, possibilmente nel PRIMO TRIMESTRE (entro 13 settimane+6 gg.), e comunque al primo controllo (*segue elenco prestazioni*)

Nel SECONDO TRIMESTRE:

da 14 settimane + 0gg. a 18 settimane + 6gg (*segue elenco prestazioni*)

da 19 settimane + 0gg a 23 settimane + 6gg (*segue elenco prestazioni*)

da 24 settimane + 0gg a 27 settimane + 6gg (*segue elenco prestazioni*)

Nel TERZO TRIMESTRE:

da 28 settimane + 0gg. a 32 settimane + 6gg.: (*segue elenco prestazioni*)

da 33 settimane + 0 gg. a 37 settimane + 6gg.: (*segue elenco prestazioni*)

da 41 settimane + 0gg (*segue elenco prestazioni*)

ecc....

ALLEGATO 10C CONDIZIONI DI ACCESSO ALLA DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA, IN ESCLUSIONE DALLA QUOTA DI PARTECIPAZIONE AL COSTO

L'accesso alla diagnosi prenatale ha due principali gruppi di indicazione, che riguardano situazioni nelle quali il rischio di patologia fetale è aumentato al di sopra dei livelli medi della popolazione generale:

- 1) Rischio procreativo prevedibile a priori in quanto correlato ad una condizione biologica genetica presente in uno o in entrambi i genitori o nella famiglia, da valutare in sede di consulenza genetica ecc.
- 2) Rischio rilevato in corso di gravidanza: difetti fetali evidenziati mediante ecografia alterazione di parametri biochimici/molecolari rilevati con sistemi validati ed erogati presso strutture appositamente individuate dalle regioni, predittivi di patologie fetali e/o cromosomiche/geniche, patologie infettive a rischio fetale

Le condizioni per le quali è previsto l'accesso alla diagnosi prenatale invasiva sono:

- 1) **Per le indagini citogenetiche**: x probabilità di trisomia 21, o di altre anomalie cromosomiche •1/300 al momento del test per la valutazione del rischio nel primo trimestre (*segue elenco condizioni*)
- 2) **Per le indagini genetiche**: genitore eterozigote per una patologia/mutazione autosomica dominante, (*segue elenco condizioni*)
- 3) **Per le indagini infettivologiche**: x condizione di rischio fetale determinato sulla base di una accertata infezione materna e/o di segni rilevati all'ecografia potenzialmente associati a patologie infettive.

ecc....

ALLEGATO 11 - MODALITÀ DI EROGAZIONE DEI DISPOSITIVI MEDICI MONOUSO

Art. 1 - Procedura di erogazione

ecc....

**ALLEGATO 12 - MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA
PROTESICA**

Art. 1 - Procedura di erogazione

Art. 2 - Individuazione degli erogatori di protesi e ortesi su misura

Art. 3 - Fornitura dei dispositivi di serie di cui agli elenchi 2A e 2B.

Art. 4 - Norme transitorie

ecc....

ALLEGATO 11 - MONITORAGGIO EROGAZIONE LEA E PIANI DI RIENTRO

Elenco adempimenti

- c) Obblighi informativi
- e) Mantenimento erogazione dei LEA
- f) Assistenza ospedaliera
- g) Appropriatelyzza
- h) Liste d'attesa
- l) Controllo spesa farmaceutica
- n) Contabilità analitica
- o) Confermabilità Direttori Generali
- p) Dispositivi medici
- s) Assistenza domiciliare e residenziale
- t) Tariffe ospedaliere
- u) Prevenzione
- v) Piano nazionale aggiornamento del personale sanitario
- x) Implementazione percorsi diagnostico-terapeutici
- y) LEA aggiuntivi
- ah) Accreditemento istituzionale
- aj) Sperimentazioni e innovazioni gestionali
- ak) Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio
- am) Controllo cartelle cliniche
- ao) Cure palliative e terapia del dolore
- ap) Sanità penitenziaria
- as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti
- at) Percorsi attuativi della certificabilità dei bilanci degli Enti del SSN
- au) Sistema CUP
- aab) Sistema Informativo per salute mentale NSIS-SISM
- aac) Sistema Informativo dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND
- aad) Sistema Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE
- aae) Attività trasfusionale
- aaf) Percorso nascita
- aag) Emergenza-urgenza
- aah) Cure primarie
- aaï) Riabilitazione
- aaï) Prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria
- aak) Linee Guida per la dematerializzazione
- aal) Altri aspetti dell'assistenza farmaceutica
- aam) Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex art. 12, comma 1, lett. B), Patto per la salute 2010-2012

- aan) Piano per la malattia diabetica
- aa) Linee di indirizzo per la telemedicina

Esempio sull'adempimento as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti

Riferimenti normativi

- Intesa Stato-Regioni 20 marzo 2008 punto 2. Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ... si impegnano a promuovere, presso le Aziende Sanitarie pubbliche e le Strutture sanitarie private accreditate, l'attivazione di una funzione aziendale permanentemente dedicata alla gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza dei Pazienti, incluso il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi e l'implementazione delle buone pratiche della sicurezza, nell'ambito delle disponibilità e delle risorse aziendali ... i singoli eventi avversi ed i dati elaborati saranno trattati in forma completamente anonima e confidenziale per le finalità prioritaria di analisi degli stessi e saranno trasmessi al sistema informativo sanitario attraverso uno specifico flusso (SIMES.).
- Decreto 11 dicembre 2009, G.U. Serie Generale n. 8 del 12 gennaio 2010. Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES). - Raccomandazioni ministeriali.
- Farmacopea XII edizione (NPB).
- Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria, Ministero della Salute.
- OMS: Safe Surgery.
- DL 13 settembre 2012 n. 158 convertito nella Legge 8 novembre 2012, n. 189 art. 3 bis, comma.1: "Gestione e monitoraggio dei rischi sanitari".
- Monitoraggio della implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella.

Criteri di valutazione

In via preliminare verrà verificato il superamento di eventuali impegni derivanti dalla verifica 2013.

AS.1 - Sarà oggetto di verifica il monitoraggio l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali. L'adempienza sarà raggiunta qualora la Regione abbia implementato almeno 10/15 raccomandazioni nell'80% delle strutture sanitarie.

AS.2 - Il punto ha lo scopo di conoscere la diffusione dell'utilizzo di strutture di centralizzazione della preparazione dei farmaci antineoplastici anche qualora le stesse non siano presenti nell'Azienda. L'informazione richiesta è relativa al numero delle Strutture sanitarie che erogano prestazioni oncologiche che si avvalgono di Unità Farmaci Antitumorali (UFA) interne o esterne rispetto al numero totale delle

Strutture sanitarie che erogano prestazioni oncologiche. Criterio per l'adempienza è che il rapporto tra le strutture che utilizzano UFA interne o esterne/in service per l'allestimento delle preparazioni antiblastiche rispetto al totale delle strutture che erogano prestazioni oncologiche sia almeno il 60%. A scopo informativo è richiesta una relazione sulla presenza di una procedura per la gestione del paziente in corso di terapia con antiblastici anche alla luce di terapie a lungo termine e nell'ottica della continuità ospedale-territorio.

AS.3 - La valutazione di adempienza sarà effettuata sulla base della compilazione della Tabella 1 (Corsi attivati a livello delle singole Aziende Sanitarie, Aziende ospedaliere, Policlinici Universitari) e della Tabella 2 (Corsi di Sicurezza del Paziente attivati direttamente dalla Regione) riportate nel Questionario.

AS.4 - Monitoraggio dell'adozione della Check-list in Sala operatoria. Ai fini dell'adempienza il 90% delle UO chirurgiche deve utilizzare la Check-list di chirurgia.

AS.5 - La Regione deve predisporre un piano di prevenzione delle cadute nelle Strutture Sanitarie.

AS.6 - La Regione deve istituire un gruppo di esperti per l'analisi degli eventi sentinella e predisporre un sistema di monitoraggio dei piani di miglioramento attivati successivamente agli eventi stessi. L'adempienza è raggiunta qualora la Regione trasmetta l'atto formale di istituzione degli esperti per l'analisi degli eventi sentinella e i riferimenti relativi al sistema di monitoraggio dei piani di miglioramento.

Uffici istruttori

Ufficio III DG Programmazione Sanitaria.

Risultato della valutazione di una Regione effettuata sulla base dei criteri descritti

as) Rischio clinico e sicurezza dei pazienti : REGIONE ADEMPIENTE

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali.

La Regione ha implementato 13 Raccomandazioni ad una percentuale maggiore dell'80%.

AS.2 Centralizzazione per la preparazione dei farmaci antineoplastici

La Regione ha compilato la tabella dalla quale emerge che le strutture sanitarie che hanno attivato la centralizzazione per l'allestimento dei farmaci antiblastici rispetto a tutte quelle eroganti tali prestazioni costituiscono l'83%. La Regione invia, per soli fini informativi, la documentazione relativa alla presenza di una procedura per la gestione della terapia con farmaci antiblastici e alle attività ad essa correlate.

AS.3 Formazione rivolta agli operatori sanitari sul tema della sicurezza dei pazienti

La Regione invia le informazioni richieste circa i corsi di sicurezza del paziente dimostrando una particolare attenzione a tali tematiche non solo per i corsi

organizzati a livello regionale ma anche per quelli disponibili a livello locale per i professionisti sanitari.

AS.4 Monitoraggio dell'adozione della Checklist in Sala operatoria

La Regione ha effettuato il monitoraggio circa l'utilizzo della Checklist di chirurgia, dall'indagine è emerso che 561 UO chirurgiche regionali su 563 utilizzano la Checklist di chirurgia, raggiungendo il 99,6%.

AS.5 Prevenzione delle cadute

La Regione ha adottato un piano di prevenzione del rischio cadute con Decreto della Direzione Generale Sanita n. 7295 del 22.07.2010 "Linee di indirizzo e requisiti minimi regionali per l'implementazione di un sistema di prevenzione e la gestione del rischio caduta del paziente degente in ospedale o in RSA-RSD".

AS.6 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES (Sistema Informativo Monitoraggio Errori in Sanità)

La Regione ha inviato la delibera attestante il rinnovo del gruppo di lavoro per il Rischio Clinico, e la documentazione circa l'attività rispetto alle azioni di miglioramento a seguito degli eventi sentinella.

ALLEGATO 12 – INTEGRAZIONE TRA SOCIALE E SANITARIO

Partecipanti al “consensus” su raccomandazioni su integrazione tra sociosanitaria

Raccomandazione	ACCORDO (da 3 a 5)	PESO (da 1 a 3)
Consensus ai requisiti del Livello macro POLITICO-ISTITUZIONALE Politici e funzionari amministrativi nazionali		
1. Garantire una unicità di governo istituzionale delle politiche sanitarie e sociali integrate individuando, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, un Dipartimento che abbia la titolarità delle competenze per l'integrazione sociale e sanitaria, coordinando le azioni del Ministero della Salute e del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali	3,97	2,27
2. Adottare il decreto sui profili delle Figure professionali sociali previsto dalla L.328/00 e ridefinire con il Ministero dell'Istruzione e dell'Università, nonché con il CUN i percorsi formativi per operatori sanitari e sociali adeguati alle competenze e capacità necessarie per la gestione dei livelli di prestazioni e servizi integrati tra sanità e sociale nei territori.	4	2,26
3. Promuovere il Fascicolo Socio Sanitario Elettronico	4,01	2,13
4. Individuare le tipologie di soggetti dell'integrazione sociale e sanitaria a livello nazionale.	3,92	2,09
5. Definire le tipologie di relazioni tra i soggetti e i portatori di interesse dell'integrazione sociale e sanitaria;	3,84	1,96
6. Garantire che la definizione delle policy siano basate su metodologie di analisi dei bisogni della popolazione residente fondate sui dati storici e sulle direttrici di cambiamento della domanda di medio e lungo termine (invecchiamento della popolazione, cronicità, disabilità, dipendenze, fragilità, disagio ed emarginazioni sociali).	4,14	2,36

7.Per le tipologie di soggetti dell'integrazione sociale e sanitaria individuate dalla normativa nazionale ri/definire: a) i Livelli di Assistenza (LEA + LIVEAS) con la contestuale definizione dei corrispondenti interventi e prestazioni sanitarie e sociali, integrate, coerenti ed in continuità con i processi di promozione, prevenzione, cura, riabilitazione; b) i livelli/requisiti minimi organizzativi e gestionali per garantire l'azione comune dei servizi e degli operatori sanitari e sociali nel percorso assistenziale "logico" dell'integrazione sociale e sanitaria (accettazione/accoglienza, valutazione multidimensionale, presa in carico globale e costruzione del piano assistenziale individualizzato).	4,14	2,41
8.Declinare i criteri per la rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari;	3,72	2,1
9.Costruire Linee Guida, condivise e definite a livello della Conferenza Stato-Regioni, per definire requisiti comuni condivisi di accreditamento orientati alla qualità, necessari per i soggetti terzi per essere accreditati con i SSR e con gli enti locali per poter offrire i loro servizi e partecipare alle gare pubbliche di assegnazione	4	2,23
10.Definire i costi standard, condivisi e definiti a livello di Conferenza Stato-Regioni, per i servizi, gli interventi e le prestazioni sociali e sanitarie integrate offerti, verso i quali far convergere l'organizzazione dei servizi da parte delle singole Regioni e da usare come nomenclatore tariffario nazionale di riferimento massimo, non superabile a livello delle singole Regioni	4,08	2,33
11.Allocare risorse adeguate a livello nazionale per sostenere lo sviluppo delle reti di integrazione tra sanità e sociale a livello regionale con particolare riferimento ad attività di ricerca, sviluppo, formazione, aggiornamento professionale, costruzione di flussi informativi nazionali a supporto della <i>governance</i> e del monitoraggio delle reti regionali	4,03	2,22
12.Qualificare i sistemi informativi socio-sanitari integrati a livello nazionale attraverso la implementazione di sistemi di indicatori e standard per un monitoraggio sistematico dei servizi offerti da parte degli erogatori accreditati, pubblici e privati, da parte della Conferenza Stato-Regioni, al fine del controllo della qualità e delle performance dei servizi erogati e per il monitoraggio della spesa in un approccio di garanzia dei LIVEAS, della qualità e della sostenibilità delle reti integrate di servizi sanitari e sociali	4,07	2,32

13.Favorire la raccolta delle buone pratiche normative, gestionali e assistenziali per favorirne una divulgazione tra le Regioni e tra gli operatori accreditati, pubblici e privati, in un approccio di crescita della cultura della qualità, dell'efficacia, dell'efficienza, dell'appropriatezza e della sostenibilità delle prestazioni erogate	3,8	2,2
14.Perseguire il consolidamento del sistema integrato pubblico-privato dei servizi sanitari e dei servizi sociali	4,04	2,15
15.Definire gli strumenti normativi per favorire lo sviluppo della gestione associata (tra soggetti istituzionali) nella logica di sussidiarietà verticale, solidaristico-assicurativa superando la logica contributivo – capitaria	3,74	2,1

**Consensus ai requisiti del Livello macro POLITICO-ISTITUZIONALE
Politici e funzionari amministrativi regionale ed enti locali**

1.Allocare risorse adeguate a livello regionale e degli Enti Locali subordinati, prevedendo meccanismi di programmazione integrata e di cofinanziamento dei servizi, per sostenere lo sviluppo delle reti territoriali di integrazione tra sanità e servizi con particolare riferimento ad attività di ricerca, sviluppo, formazione, aggiornamento professionale, costruzione di flussi informativi regionali a supporto della <i>governance</i> e del monitoraggio delle reti territoriali.	4,09	2,36
2. Per garantire l'azione comune dei servizi e degli operatori sanitari e sociali nel percorso assistenziale "logico" dell'integrazione sociale e sanitaria, nei livelli minimi organizzativi/gestionali nazionali: A) vengono definiti i possibili luoghi integrati di accoglienza e accettazione; B) viene previsto l'obbligo di utilizzo di strumenti di valutazione integrata socio-sanitaria multidimensionale e multi professionale ; C) vengono indicati i criteri per la presa in carico e la continuità assistenziale; D) viene previsto l'obbligo di utilizzo di strumenti di pianificazione e monitoraggio integrati degli interventi socio-sanitari sui singoli pazienti	4,03	2,3

3. Nel Programma Nazionale Linee Guida e/o a livello regionale vengono redatte Linee Guide sulle evidenze scientifiche relative: a) ai "luoghi" di accettazione e accoglienza integrata territoriale; b) agli strumenti di valutazione integrata; c) alle modalità della presa in carico e della continuità assistenziale; d) agli strumenti di pianificazione e monitoraggio integrati degli interventi socio-sanitari sui singoli pazienti	3,97	2,19
4. Garantire una unicità di gestione istituzionale delle politiche socio sanitarie, socio assistenziali e sociali unificando le competenze degli attuali Assessorati Regionali preposti (Assessorato alla Salute e Assessorato alle Politiche Sociali)	3,94	2,12
5. Favorire una coincidenza degli ambiti territoriali di programmazione (Distretti sanitari e Zone Sociali) nella Regione onde favorire una integrazione delle politiche per territori dati;	3,98	2,12
6. Organizzare e articolare su base regionale e locale la partecipazione delle formazioni sociali e dei cittadini a: consultazione, concertazione, co-progettazione, co-gestione/co-responsabilità, controllo partecipato.	3,86	2
7. Declinare la rimodulazione dell'offerta nella disponibilità dei servizi sociali e sanitari, favorendo il riequilibrio territoriale e la contestualizzazione dell'offerta	3,97	2,24
8. Individuare i "luoghi" istituzionali, organizzativi e gestionali dell'integrazione sociale e sanitaria a livello regionale e locale.	3,88	2,05
9. Ridefinire con i Policlinici Universitari e gli Atenei presenti nelle singole Regioni i percorsi formativi, stage, tirocini destinati a per operatori sanitari e sociali adeguati alle competenze e capacità necessarie per la gestione dei livelli di prestazioni e servizi integrati e in base agli obiettivi definiti in sede regionale; con la Formazione professionale, a titolarità regionale e provinciale, i titoli ed i percorsi formativi delle professionalità sociali e sanitarie di competenza.	4,08	2,29
10. Definire la prospettiva del "Piano Regolatore" dei servizi integrati alla persona a livello regionale e nelle sue declinazioni a livello territoriale (Piani Aziendali, Piani di Zona, Accordi di Programma, etc.);	3,89	2,01

11. Definire i collegamenti con le "altre" programmazioni (ambiente, agricoltura, lavoro, istruzione, formazione professionale, etc.);	3,9	2,13
12. Definire l'identificazione del "portafoglio" di servizi ed interventi sociali, sanitari, socio-sanitari erogabili, in quanto elemento costitutivo dei LEA, 3° livello, e dei LIVEAS;	3,94	2,14
13. Definire gli atti della programmazione integrata sociale e sanitaria a livello territoriale favorendo l'adozione di strumenti unitari con particolare riferimento a: profilo di comunità, obiettivi, programmazione di settore, monitoraggio e valutazione.	4,02	2,14
14. Costruire un processo di programmazione integrata e di rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari.	4,02	2,28
15. Le regioni recepiscono nei propri atti amministrativi i livelli minimi organizzativi/gestionali nazionali in merito: A) ai possibili luoghi integrati di accoglienza e accettazione; B) all'obbligo di utilizzo di strumenti di valutazione integrata socio-sanitaria multidimensionale e multi professionale; C) alla definizione delle modalità di presa in carico e di continuità assistenziale; D) all'obbligo di utilizzo di strumenti di pianificazione e monitoraggio integrati degli interventi socio-sanitari sui singoli pazienti	3,82	2,21

**Consensus ai requisiti del Livello Meso Organizzativo Gestionale
Direttori Generali, Staff (A.O.-A.S.L.), Dirigenti amministrativi servizi EE.LL.**

1 Costruire atti aziendali e contratti unitari, certi e chiaramente determinati, per l'integrazione socio-sanitaria.	4,04	2,33
2 Gli enti gestori (ASL e EE.LL) individuano ed attivano, definendo le regole di funzionamento organizzativo, i <i>Punti Unici di Accesso</i> (o altra definizione) territoriali e le <i>modalità di presa in carico e di continuità assistenziale</i>	4,02	2,22
3. Progettare e implementare la formazione continua su destinatari, contenuti e dimensioni dell'integrazione sociosanitaria sempre con il coinvolgimento degli operatori sanitari e operatori sociali	4	2,23
4. Definire le competenze specifiche, i soggetti, l'assetto organizzativo, le funzioni e le attività, i piani programmatici per ognuno dei settori tipici dell'integrazione sociale e sanitaria.	4,02	2,27

5. I responsabili amministrativi e i professionisti sanitari e sociali degli enti gestori condividono: a) gli obiettivi di medio-lungo termine della implementazione dei percorsi assistenziali integrati socio-sanitari; b) il sistema di valutazione di qualità dei percorsi; c) le modalità di utilizzo dei dati/risultati della valutazione per la loro "rendicontazione" ai cittadini; d) il monitoraggio dell'impatto sul territorio di competenza di pratiche d'integrazione e miglioramenti nel benessere delle persone	3,98	2,16
6. I professionisti sanitari e sociali degli enti gestori (ASL e EELL), sulla base delle linee Guida nazionali e/o regionali costruiscono gli strumenti organizzativi, operativi, informativi (standard di intervento e di prodotto) necessari per il funzionamento dei PUA, dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI), della presa in carico e della continuità assistenziale; del Piano Assistenziale Individuale (PAI)	3,98	2,2

**Consensus ai requisiti del Livello Micro Professionale
Gruppi professionali (dei servizi, società scientifiche, ecc; Professionisti singoli)**

1. I professionisti sanitari e sociali degli enti gestori (ASL e EELL): a) implementano quanto programmato per il funzionamento dei PUA, dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI), della presa in carico e della continuità assistenziale; del Piano Assistenziale Individuale (PAI); b) curano la raccolta dei dati relativi a tali fenomeni ed eventualmente quelli ulteriori individuati nel sistema di valutazione di qualità; c) effettuano almeno un audit annuale di valutazione e propongono, nel caso, i cambiamenti da apportare per migliorare la qualità del modello di integrazione socio-sanitario sperimentato	3,82	2,09
2. Almeno il 50% della formazione continua dei professionisti sanitari e sociali degli enti gestori che operano in prevalenza nei settori ad alta integrazione socio-sanitaria, deve essere effettuata congiuntamente	3,92	2,18
3. I professionisti sanitari e sociali degli enti gestori valutano almeno una volta all'anno i risultati delle indagini di monitoraggio della soddisfazione degli operatori e dei cittadini e utenti sulla qualità della integrazione tra professionisti, coinvolgimento degli utenti/famiglie, continuità assistenziale, ecc.	3,91	2,29

ALLEGATO 13 - REQUISITI RETI SPECIALISTICHE REGIONALI (RSR)

REQUISITI RETI SPECIALISTICHE REGIONALI (RSR) <i><u>I requisiti devono essere documentati</u></i>		BIBLIOGRAFIA - <i>Livelli di Evidenza</i> ⁶²⁰ -
Codice		STRUTTURA DI BASE
O	0	CRITERI UNIVOCI PER TUTTE LE RETI
0	1	<p>La Regione definisce in modo chiaro e concordato con le direzioni aziendali:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ruoli, responsabilità e meccanismi gestionali/operativi propri, delle aziende sanitarie e della rete 2) Regole e criteri univoci gerarchizzati per: <ol style="list-style-type: none"> a. Processi decisionali di investimento e disinvestimento (sviluppo della RSR) b. Sistema di finanziamento della rete c. Sistema premiante orientato al perseguimento degli obiettivi di rete e aziendali d. Gestione delle risorse umane (es."tempo rete" per operatore), tecnologiche, strutturali, ecc. 3) Tempistica dello spostamento del governo di cui al punto 1 dalle aziende alle RSR 4) Sviluppo di azione di Project Management nei livelli regionale, aziendali (includere aree vaste) e di RSR con: <ol style="list-style-type: none"> a. Individuazione dei project manager b. Definizione di responsabilità e livelli di autonomia rispetto al proprio e agli altri livelli di gestione

⁶²⁰ I livelli di evidenza sono quelli utilizzati dal National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

Livello I Evidenza ottenuta da un singolo trial randomizzato controllato o da una metaanalisi di studi randomizzati controllati

Livello IIa Evidenza ottenuta da almeno uno studio controllato ben progettato senza randomizzazione

Livello IIb Evidenza ottenuta da almeno un altro studio quasi sperimentale ben progettato

Livello III Prove ottenute da studi descrittivi non sperimentali ben progettati, come studi comparativi, studi di correlazione e studio di casi

Livello IV Prove ottenute dai rapporti del comitato di esperti o opinioni e / o esperienze cliniche di autorità rispettate

Le voci bibliografiche sono riportate al termine della tabella

1	0	STRUTTURA DI BASE - Organizzazione e Direzione/Sistema di Governo	
1	1	<p>La Rete Specialistica Regionale (RSR) è stata formalizzata attraverso un atto regionale che:</p> <p>a) contiene vision, mission, valori</p> <p>b) specifica il sistema di governance regionale della rete (es. Consiglio, ecc.) in cui tutti i servizi della rete sono rappresentati</p> <p>c) esplicita la composizione della Direzione della Rete con le relative responsabilità di gestione/funzionamento della RSR</p>	<p>a) Stribling_2005 IV - Touati_2006 III - Greene_2009 lib - Cunningham_2012 IV b) Cunningham_2012 IV - Brown_2016 III - - McInnes_2012 IV- McInnes_2012 IV c) Cunningham_2012 IV - Stribling_2005 IV</p>
1	2	<p>La Direzione della Rete ha redatto ed approvato il “Piano di Rete”, condiviso e sottoscritto da tutti gli attori e periodicamente revisionato, che recepisce gli indirizzi regionali e contiene al suo interno la Policy della Rete. Il “Piano di rete” esplicita Risposta -</p> <p>a) la capacità di presa in carico del paziente (dalla diagnosi al fine vita, includendo la medicina di precisione)</p> <p>b) l’individuazione delle vocazioni distintive dei nodi della rete</p> <p>c) le facilities (strutture ospedaliere, territoriali, IRCCS, AUSL, eventuale integrazione con componente universitaria)</p> <p>d) gli impegni nella messa a disposizione di specifiche competenze e alta tecnologia, qualora non disponibile all’interno della rete</p> <p>e) impegni della rete in termini di capacità di sviluppare attività di ricerca orientata alla individuazione di nuovi modelli di presa in carico della popolazione</p> <p>f) impegni di coinvolgimento del cittadino e delle sue rappresentanze</p>	<p>Brown_2016 III - McInnes_2012 IV</p> <p>a) Cunningham_2012 (2) III b) Gale_2012 II - Moynihan_2010 lib c) Cunningham_2012 (2) III - Gale_2012 III - McInnes_2012 IV - Lega_2011 IV - Skipper_2010 IV - Thain_2005 III - Stribling_2005 IV - Brown_2016 III d) MacDougall_2009 I - Cunningham_2012 IV - Haines_2012 III e) Brown_2016 III - Moynihan_2010 lib - Cunningham_2012 (2) III - McInnes_2012 IV f) Cunningham_2012 IV - McInnes_2012 IV - Hogard_2010 III - Greene_2009 lib</p>

1	3	Il modello organizzativo della rete: a) è stato formalizzato (es.: Network, Hub&Spoke, poli/antenne, misto, altro ecc.) in accordo con Linee guida Nazionali b) sono stati definiti e formalizzati i criteri utilizzati per la definizione dei centri di riferimento/unità di competenza (centri Hub, centri Spoke, interaziendali, di area omogenea, interregionali ecc.) in accordo, qualora esistenti, con Linee guida Nazionali c) è congruente con le indicazioni del DM 70 e s.m.i.	c) McInnes_2012 IV
1	4	La Direzione della Rete ha formalizzato organigramma e funzionigramma della RSR in tutte le sue articolazioni organizzative	- Lega_2011 IV - Cunningham_2012 IV - Brown_2016 III - Greene_2009 IIb - McInnes_2015 IV - Haines_2012 III
1	5	Sono state formalizzate le modalità di integrazione operativa e informativa tra attività ospedaliere e attività territoriali sanitarie, socio-sanitarie (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarità) e, nel caso di specifiche RSR, integrazione con attività degli ambiti sociali	- Stribling_2005 IV / Greene_2009 IIb - McInnes_2015 IV - Cunningham_2012 IV - Cunningham_2012 IV - Hogard_2010 III
2	0	STRUTTURA DI BASE - Allocazione delle risorse: Personale	
2	1	La dotazione organica (quali-quantitativa) del personale di tutti i servizi della Rete è coerente con la normativa nazionale e con quanto previsto dal req. 1.4	- McInnes_2012 IV - Brown_2016 III
2	2	I professionisti dedicano quota parte del tempo a specifiche attività/infrastrutture della RSR ("tempo-rete") (1)	- McInnes_2012 IV - McInnes_2012 IV
3	0	STRUTTURA DI BASE - Allocazione delle risorse: Strutture	
3	1	Le strutture fisiche (reparti, ambulatori, ecc.) coinvolte nella RSR possiedono i requisiti di autorizzazione e accreditamento istituzionale previsti dalla normativa nazionale/regionale	

4	0	STRUTTURA DI BASE - Allocazione delle risorse: Tecnologie	
4	1	La dotazione tecnologica in campo diagnostico e terapeutico in tutte le strutture appartenenti alla RSR: a) è congruente con quanto previsto dai documenti di programmazione b) è sottoposta a revisione periodica in termini qualitativi e quantitativi	a) - McInnes_2012 IV - McInnes_2012 IV
4	2	Esiste un referente o gruppo tecnico multidisciplinare HTA - Health Technology Assessment per la Rete, che deve operare sia nella fase di valutazione (efficacia) che nella fase di allocazione fisica delle tecnologie	- Moynihan_2010 IIb - Brown_2016 III
4	3	Nell'ambito della RSR, vi sono evidenze di una efficiente comunicazione informatica tra le varie strutture e della promozione della telemedicina e di altri strumenti di e-health	- MacDougall_2009 IV - Cunningham_2012 IV - Stribling_2005 IV / Greene_2009 IIb - McInnes_2015 IV - Cunningham_2012 IV
5	0	STRUTTURA DI BASE - Allocazione delle risorse: Risorse economiche	
5	1	La Regione ha formalizzato un finanziamento ad hoc (piano economico-finanziario) che assicuri la sostenibilità: a) delle funzioni di governance b) delle strategie/progetti di continuità operativa	b) Gale_2012 III - McInnes_2012 IV - Cunningham_2012 IV
5	2	Vi è evidenza di attività di monitoraggio sulla gestione dei finanziamenti ad hoc regionali (di cui al punto 5.1.)	
MECCANISMI OPERATIVI			
6	0	MECCANISMI OPERATIVI - Processi assistenziali: Presa in carico del paziente	
6	1	Sono stati definiti i criteri per la presa in carico dei pazienti che accedono alla SRS	- Baker_2000 IV

6	2	È presente il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) o altre forme di gestione informatizzata per tutti i pazienti che accedono alla rete	- Cunningham_2012 IV - Stribling_2005 IV / McInnes_2012 IV - Skipper_2010 IV
6	3	Nel modello di presa in carico sono state individuate le condizioni cliniche che necessitano dell'attivazione di specifiche equipe multidisciplinari	Haines_2012 III - Skipper_2010 IV - Carter_2003 IV - Greene_2009 IIb - McInnes_2015 IV - Brown_2016 III
6	4	È documentata la programmazione all'accesso alle cure palliative secondo valutazioni condivise dai diversi professionisti coinvolti con i pazienti e i familiari	- Mayor_2003 IV
6	6	È previsto che il paziente possa accedere ad un "secondo parere medico" come prestazione gratuita (all'interno della Rete e nell'ambito delle convenzioni della Rete)	- Zengerling_2014 III - Okamoto_2013 III
6	7	Ove prevista è formalizzata la modalità di consultazione multidisciplinare (2) e la modalità con cui viene rendicontata e valorizzata	Haines_2012 III - Skipper_2010 IV - Carter_2003 IV - Greene_2009 IIb - McInnes_2015 IV - Brown_2016 III
6	8	È stato formalizzato un sistema di monitoraggio di Rete della sicurezza del paziente	- McInnes_2012 IV - Cunningham_2012 IV - Haines_2012 III
6	9	Sono specificate le situazioni cliniche in cui è individuato un tutor (case manager) responsabile delle specifiche attività di integrazione (Ad es.: ospedale e territorio. ospedale-ospedale, ecc.)	- Taylor_2013 IV
6	10	Sono state formalizzate procedure per la omogeneizzazione dei servizi delle strutture facenti parte della RSR (modulistica, orari, protocolli operativi)	- Mayor_2003 IV - Gale_2012 III - Lega_2011 IV - Hogard_2010 III - Skipper_2010 IV - Thain_2005 III - McCowan_2006 III - Stribling_2005 IV
7	0	MECCANISMI OPERATIVI - Processi assistenziali: PDTA - Clinical Pathway (3)	- Cropper_2002 IV

7	1	La direzione della rete di concerto con il comitato scientifico (cfr. di seguito - req. 10.1) individua i PDTA Operational Pathway (3) da implementare nella rete	- Brown_2016 III
7	2	<p>Per i PDTA individuati sono indicati:</p> <p>a) I criteri che ne hanno determinato la scelta</p> <p>b) Il Model pathway (3) e le Linee guida di riferimento</p> <p>c) Le flow chart del percorso</p> <p>d) La descrizione, per ciascuna fase del percorso, delle categorie assistenziali principali (valutazione clinica, accertamenti, trattamenti, educazione paziente, gestione rischi clinico, ecc.) con la specificazione delle professionalità che devono sviluppare le diverse attività</p> <p>e) Gli indicatori di processo, volume ed di esito clinico con i relativi standard di riferimento</p>	<p>- Casati et al_2005 IV</p> <p>- Lodewijckx_2012 III</p>
7	3	<p>Per i PDTA individuati sono indicati:</p> <p>a) Il coordinatore o il gruppo di coordinamento</p> <p>b) Gli operatori che hanno partecipato alla stesura</p> <p>c) La data della compilazione della conferma</p> <p>d) Lo scadenziario dell'aggiornamento (almeno triennale) delle raccomandazioni</p>	- Casati et al_2005 IV
7	4	Tutti gli operatori delle U.O. coinvolte nella costruzione del PDTA sono stati informati sui contenuti dello stesso e formati relativamente alle nuove procedure assistenziali	<p>- Moynihan_2010 IIb</p> <p>- Cunningham_2012 IV</p>
7	5	I documenti relativi al PDTA sono collocati in posizione facilmente accessibile in ogni U.O.	
7	6	Viene effettuata una <i>peer review (audit interno)</i> annuale interdisciplinare/interprofessionale per la valutazione del grado di applicazione dell'Assigned Pathway (3) e sono valutati gli eventuali motivi di scostamento dal PDTA stesso	- Vanhaecht_2012 IV

7	7	Sulla base dei risultati dell'audit viene redatto l'eventuale piano di miglioramento della gestione dell'Operational Pathway (3) con definizione degli obiettivi, delle azioni da sviluppare, dei tempi di sviluppo e delle modalità di verifica (re-audit)	- Vanhaecht_2012 IV
7	8	Viene redatto periodicamente un report sui risultati del monitoraggio dell'Operational Pathway (3) sviluppati dalla rete e degli audit effettuati	- Vanhaecht_2012 IV
7	9	Vi è evidenza della presenza di rapporti inter-regionali e inter-istituzionali ai fini dell'integrazione degli Operational Pathway (3)	
8	0	MECCANISMI OPERATIVI - Processi assistenziali: Dimissioni protette	
8	1	Sono stati definiti programmi di dimissione ospedaliera protetta e/o assistita in particolare per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta e per i pazienti in fase terminale (Hospice)	- Yatim_2016 IV
8	2	Vi è evidenza della definizione di procedure per l'adozione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione	- Panella_2008 I ib
8	3	Nel caso la RSR ricomprenda strutture/ servizi territoriali vi è evidenza che la formulazione dei Piani di Assistenza Individualizzati (PAI) territoriali dei pazienti è definita con la condivisione dei professionisti ospedalieri ed extra-ospedalieri	
9	0	MECCANISMI OPERATIVI - Processi assistenziali: Monitoraggio Qualità	

9	1	È previsto un sistema formalizzato di monitoraggio e valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni/ servizi erogati nonché dei meccanismi di integrazione/continuità assistenziale della RSR	Cunningham_2012 IV - Haines_2012 III - McInnes_2012 IV-Hogard_2010 III – Cunnin-gham_2012 (2) III - - McInnes_2012 IV – Cunningham2012 (2) III -Moynihan_2010 lib
9	2	Sono documentate le azioni di miglioramento adottate a seguito del monitoraggio e valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni/ servizi erogati nonché dei meccanismi di integrazione/continuità assistenziale della RSR	Brown_2016 III - Moynihan_2010 lib - McInnes_2012 IV - Haines_2012 III
10	0	MECCANISMI OPERATIVI - Processi assistenziali: Ricerca Clinica, Epidemiologica e Organizzativa	
10	1	La RSR prevede la presenza di un comitato scientifico (con un proprio coordinatore) per individuare/valutare i progetti ricerca da sviluppare nella rete e per l'individuazione di una infrastruttura comune per le sperimentazioni cliniche che valorizza il pieno utilizzo della casistica regionale e la partecipazione a trials anche nelle realtà più periferiche	- MacDougall_2009 IV - McInnes_2012 IV
10	2	Nell'ambito della RSR sono previsti finanziamenti ad hoc per la ricerca	
10	3	Sono state formalizzate modalità di promozione della ricerca collaborativa (ad es. partecipazione a trials)	- Cunningham_2012 (2) III
10	4	Sono documentate modalità di comunicazione continua tali per cui tutte le strutture facenti parte della RSR sono a conoscenza degli Studi Clinici attivi	- McInnes_2015 IV
10	5	La rete (o i suoi componenti) sono collegati per le attività di ricerca a network nazionali e internazionali	- Brown_2016 III - McInnes_2012 IV
11	0	MECCANISMI OPERATIVI - Processi di supporto: Formazione	

11	1	La Direzione della rete prevede lo sviluppo di programmi di formazione annuali ECM sviluppati in modalità integrata (multiprofessionale e multidisciplinare) per gli operatori della RSR che comprendano lo sviluppo e potenziamento delle competenze ed abilità di organizzazione e gestione (networking ed attività di Rete) (1)	- Cunningham_2012 IV - Lega_2011 IV - Moynihan_2010 IIb
12	0	MECCANISMI OPERATIVI - Processi strategico gestionali: Pianificazione e monitoraggio	
12	1	La direzione della RSR ha formalizzato e diffuso il piano strategico e i piani annuali di attività (confronta req. 12.3)	- Cunningham_2012 IV
12	2	È documentata la presenza/collaborazione delle associazioni di pazienti e/o cittadini nelle fasi di pianificazione e monitoraggio delle attività della rete	Cunningham_2012 IV - Haines_2012 III - McInnes_2012 IV - Hogard_2010 III - Greene_2009 IIb
12	3	La direzione della RSR ha definito il metodo, gli strumenti, le procedure e gli indicatori per misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi specifici e dei risultati definiti nel piano strategico e nei piani annuali	- Haines_2012 III - Brown_2016 III
12	4	Il sistema informativo della Rete garantisce la raccolta, l'elaborazione e la produzione degli indicatori necessari al monitoraggio dei processi clinici e gestionali	- Cunningham_2012 IV
12	5	È documentata la partecipazione a sistemi di monitoraggio nazionali delle reti (qualora esistenti)	
12	6	Sono documentate modalità di incentivazione (ad esempio: crediti ECM) per la partecipazione dei professionisti alle specifiche attività/infrastrutture della RSR ("tempo-rete")	-McInnes_2012 IV
13	0	MECCANISMI OPERATIVI - Processi strategico gestionali: Comunicazione/ Trasparenza	

13	1	È prevista una valutazione formalizzata e periodica dell'esperienza del paziente nel percorso di cura nella Rete (ad es. coinvolgimento nelle scelte terapeutiche, percezione della continuità di cura, qualità percepita della relazione con gli operatori) e dell'umanizzazione dell'assistenza	Cunningham_2012 IV - Stribling_2005 IV - McCowan_2006 III - McInnes_2012 IV - Hogard_2010 III - Stribling_2005 IV - Brown_2016 III - Haines_2012 III - Hogard_2010 III
13	2	Esiste un sito internet della RSR che prevede un'area dedicata alle associazioni di tutela dei pazienti e delle associazioni di volontariato (con possibilità di pubblicare le proprie attività e i servizi offerti ai cittadini)	- NHS Tayside Diabetes MCN
13	3	È documentato il periodico aggiornamento del sito internet della RSR	- NHS Tayside Diabetes MCN - Thomassen_2014 IV
13	4	La Carta dei servizi della RSR è redatta con l'apporto di categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative della collettività e dell'utenza. La Carta dei Servizi della RSR: a) fornisce informazioni sui diritti del paziente (4) b) fornisce informazioni su tutti i servizi e prestazioni della RSR c) fornisce informazioni sui PDTA attivati d) è disponibile presso tutte le strutture che fanno parte della RSR e) è disponibile sul sito web f) è aggiornata (almeno con cadenza annuale)	- Thomassen_2014 IV
13	5	Esiste un Call center/numero verde della RSR	NHS Tayside Diabetes MCN
13	6	È individuato un referente per la comunicazione della RSR preposto alla pianificazione delle attività di comunicazione esterna/interna della rete (ad esempio: contatti/indirizzi, informazioni su strutture e servizi, campagne di sensibilizzazione, ecc)	- Thomassen_2014 IV - NHS Tayside Diabetes MCN

13	7	Esiste una modalità di comunicazione informatizzata delle informazioni e di diffusione dei materiali utili per il coordinamento e l'aggiornamento dei professionisti della rete	- Brown_2016 III - MacDougall_2009 IV - McInnes_2015 IV
PROCESSI SOCIALI			
14	0	PROCESSI SOCIALI - Operatori	
14	1	È prevista una valutazione formalizzata e periodica del benessere dei professionisti	- McInnes_2012 IV
14	2	È prevista una valutazione formalizzata e periodica dell'integrazione dei servizi e dei PDTA dal punto di vista dei professionisti	- McInnes_2012 IV
RISULTATI			
15	0	RISULTATI - Prestazioni: output e outcome	
15	1	I dati (di processo ed esito) rilevati dai sistemi di monitoraggio della qualità dell'assistenza e del benessere dei professionisti: a) vengono portati a conoscenza e discussi con gli operatori con cadenza periodica (es.: una volta all'anno) b) vengono individuate possibili aree di criticità e relative azioni di miglioramento c) vengono monitorate nel tempo le azioni di miglioramento	a) Moynihan_2010 IIb b) Haines_2012 III - Brown_2016 III c) Haines_2012 III
15	2	Viene effettuata annualmente l'analisi della mobilità interregionale dei pazienti per le patologie inerenti la RSR	
16	0	RISULTATI - Esperienza del paziente e Soddisfazione dei pazienti/utenti/cittadini	
16	1	Vengono resi pubblici i dati rilevati dai sistemi di monitoraggio: a) della qualità percepita b) dell'umanizzazione dell'assistenza c) dell'esperienza dei pazienti d) delle azioni di miglioramento	a) Morosini_2005 IV b) Llewelyn_2013 IV d) Haines_2012 III
17	0	RISULTATI - Conoscenze e Competenze	

-
- | | | | |
|----|---|---|--|
| 17 | 1 | <p>Vengono portati a conoscenza degli Stakeholder:</p> <p>a) I risultati dei sistemi di monitoraggio annuali (prestazioni, esiti, soddisfazione utenti, benessere operatori, empowerment dei cittadini)</p> <p>b) Le azioni di miglioramento che conseguono ai risultati dei sistemi di monitoraggio</p> <p>c) I risultati del monitoraggio periodico delle azioni di miglioramento</p> | |
| 17 | 2 | <p>Viene redatto/presentato un report annuale delle attività di ricerca/formazione e delle competenze specifiche sviluppate dalla rete</p> | <p>- Brown_2016 III</p> <p>- Addicott_2007 III</p> |

BIBLIOGRAFIA

- 1) Provan KG, Milward HB. 2001. *Do networks really work? A framework for evaluating public-sector organizational networks*. Public Administration Review, Vol. 61 No. 4, pp. 414-23.
- 2) Brown BB, Patel C, McInnes E, Mays N, Young J, Haines M. 2016. *The effectiveness of clinical networks in improving quality of care and patient outcomes: a systematic review of quantitative and qualitative studies*. BMC Health Services Research (2016) 16:360 DOI 10.1186/s12913-016-1615-z
- 3) Baker CD, Lorimer AR. 2000. *Cardiology: the development of a managed clinical Network*. BMJ 2000.321:1152-3
- 4) Woods KJ. 2001. *The development of integrated health care models in Scotland*. International Journal of Integrated Care, Vol. 1, 1 June 2001 – ISSN 1568-4156
- 5) Cropper S, Hopper A, Spencer SA. 2002. *Managed clinical networks*. Archives of Disease in Childhood 2002.87:1-4.
- 6) Thomas H. 2003. *Clinical networks for doctors and managers*. BMJ. London 326.7390 (Mar 22, 2003): 655.
- 7) Skipper M. 2010. *Managed clinical networks*. British Dental Journal Volume 209 No. 5 Sep 11 2010
- 8) Haines M, Brown B, Craig J, D'Este C, Elliott E, Klineberg E, McInnes E, Middleton S, Paul C, Redman S, Yano EM. 2012. *Determinants of successful clinical networks: the conceptual framework and study protocol*. Implementation Science 2012, 7:16

- 9) Cunningham FC, Ranmuthugala G, Westbrook JI, Braithwaite J. 2012. *Net benefits: assessing the effectiveness of clinical networks in Australia through qualitative methods*. Implementation Science 2012, 7:108
- 10) McInnes E, Middleton S, Gardner G, Haines M, Haertsch M, Paul CL, Castaldi P. 2012. *A qualitative study of stakeholder views of the conditions for and outcomes of successful clinical networks*. BMC Health Services Research 2012, 12:49
- 11) Elshaug AG, Rosenthal MB, Lavis JN, Brownlee S, Schmidt H, Nagpal S, Littlejohns P, Srivastava D, Tunis S, Saini V. 2017. *Levers for Addressing Medical Underuse and Overuse: Achieving High-Value Health Care*. Lancet 2017, Jan 06.
- 12) Stribling B, Blackler C. 2005. *Clinical networks in diabetes*. Diabetes UK. Diabetic Medicine, 22, 1–20
- 13) Touati N, Robergey D, Denis JL, Cazaley L, Pineault R and Tremblay D. 2006. *Clinical leaders at the forefront of change in health-care systems: advantages and issues. Lessons learned from the evaluation of the implementation of an integrated oncological services network*. Health Services Management Research 19: 105–122. Health Services Management Centre 2006.
- 14) Greene A, Pagliari C, Cunningham S, Donnan P, Evans J, Emslie-Smith A, Morris A, Guthrie B. 2009. *Do managed clinical networks improve quality of diabetes care? Evidence from a retrospective mixed methods evaluation*. Qual Saf Health Care 2009.18:456–461. doi:10.1136/qshc.2007.023119
- 15) Cunningham FC, Morris AD, Braithwaite J. 2012. *Experimenting with clinical networks: The Australasian experience*. Journal of Health Organisation and Management · October 2012 DOI: 10.1108/14777261211276961
- 16) Gale C, Santhakumaran S, Nagarajan S, Statnikov Y, Modi N. 2012. *Impact of managed clinical networks on NHS specialist neonatal services in England: population based study*. BMJ 2012.344:e2105 doi: 10.1136/bmj.e2105
- 17) Lega F, Sartirana M. 2011. *Managed clinical networks: scope, evidences, and feasibility*. International Journal of Clinical Practice, Wiley, 2011, 65 (7), pp.725.
- 18) Thain A, Wales A. 2005. *Information needs of specialist healthcare professionals: a preliminary study based on the West of Scotland Colorectal Cancer Managed Clinical Network*. Health Libraries Group 2005. Health Information and Libraries Journal, 22, pp.133–142
- 19) Moynihan B, Davis D, Pereira A, Cloud G, Markus HS. 2010. *Delivering regional thrombolysis via a hub-and-spoke model*. J R Soc Med 2010: 103: 363–369. DOI 10.1258/jrsm.2010.090434
- 20) MacDougall J, Creighton SM, Wood PL. 2010. *Clinical networks in paediatric and adolescent gynaecology*. BJOG 2010.117:131–133.

- 21) Hogard E, Ellis R. 2010. *An evaluation of a managed clinical network for personality disorder: breaking new ground or top dressing?* Journal of Evaluation in Clinical Practice 16 (2010) 1147–1156
- 22) McInnes E, Haines M, Dominello A, Kalucy D, Jammali-Blasi A, Middleton S, Klineberg E. 2015. *What are the reasons for clinical network success? A qualitative study.* BMC Health Services Research (2015) 15:497 DOI 10.1186/s12913-015-1096-5
- 23) Thomassen JP, Ahaus K, Van de Walle S. 2014. *Developing and implementing a service charter for an integrated regional stroke service: an exploratory case study.* BMC Health Services Research 2014, 14:141
- 24) NHS Tayside Diabetes Managed Clinical Network. *Getting Involved In Improving Diabetes Care.* <http://www.diabetes-healthnet.ac.uk/Documents/Uploaded/Patient%20Involvement%20Leaflet.pdf>
- 25) Taylor EF, Machta RM, Meyers DS, Genevro J, Peikes DN. 2013. *Enhancing the primary care team to provide redesigned care: The roles of practice facilitators and care managers.* Ann Fam Med 2013.11:80–3.
- 26) Yatim F, Cristofalo P, Ferrua M, Girault M, Lacaze M, Di Palma M, Minvielle E. 2016. *Analysis of nurse navigators' activities for hospital discharge coordination: a mixed method study for the case of cancer patients.* Support Care Cancer 2016
- 27) Panella M, Marchisio S, Demarchi ML, Manzoli L, Di Stanislao F., *Reduced in-hospital mortality for heart failure with clinical pathways: the results of a cluster randomised controlled trial.* Qual Saf Health Care 2009.18:369–373. doi:10.1136/qshc.2008.026559
- 28) Carter S, Garside P, Black A. 2003. *Multidisciplinary team working, clinical networks, and chambers. opportunities to work differently in the NHS.* Qual Saf Health Care 2003.12(Suppl 1):i25–i28
- 29) Mayor S. 2003. *Report calls for clinical networks to improve babies' survival.* BMJ Volume 326 29 March 2003
- 30) McCowan I, Harden H. 2007. *Towards Automated Observational Analysis of Leadership in Clinical Networks.* Information Tecnology in Health Care 2007. J.I Westbrook et al. (Eds.) IOS Press, 2007.
- 31) Okamoto S, Kawahara K, Okawa A, Tanaka Y. 2013. *Values and risks of second opinion in Japan's universal health-care system.* 2013 Blackwell Publishing Ltd. Health Expectations, 18, pp.826–838
- 32) Zengerling F, Hartmann M, Heidenreich A, Krege S, Albers P, Karl A, Weissbach L, Wagner W, Bedke J, Retz M, Schmelz HU, Kliesch S, Kuczyk M, Winter E, Pottek T, Dieckmann KP, Schrader AJ, Schrader M. 2014. *German second-opinion network for testicular cancer: Sealing the leaky pipe between evidence and clinical practice.* Oncology Reports 31: 2477-2481, 2014. DOI: 10.3892/or.2014.3153

- 33) Vanhaecht K, Panella M, van Zelm R, Sermeus W. 2011. *What about care pathways? Care of the Dying: A pathway to excellence* (Chapter 1). January 2011. DOI:10.1093/acprof:oso/9780199550838.003.0001
- 34) Casati G, Panella M, Di Stanislao F, Vichi MC, Morosini P. 2005. *Gestione per Processi Professionali e Percorsi di cura*. Qualità Professionale e Percorsi di cura. Manuali di formazione per la valutazione e il miglioramento della qualità professionale. Quarta edizione, Roma-Ancona maggio 2005. Istituto Superiore Di Sanità - Agenzia Regionale Sanitaria Marche - Ministero Della Salute.
- 35) Lodewijck C, Decramer M, Sermeus W, Panella M, Deneckere S, Vanhaecht K. 2012. *Eight-step method to build the clinical content of an evidence-based care pathway: the case for COPD exacerbation*. *Trials* 2012. DOI: 10.1186/1745-6215-13-229
- 36) NHS Taysidès Diabetes Managed Clinical Network. *My diabetes, My way. My involvement*. <http://www.mydiabetesmyway.scot.nhs.uk/contribution/default.asp>
- 37) NHS Taysidès Diabetes Managed Clinical Network. <http://www.diabetes-healthnet.ac.uk/>
- 38) Addicott R, McGivern G, Ferlie E. 2007. *The Distortion of a Managerial Technique? The Case of Clinical Networks in UK Health Care*. *British Journal of Management*, Vol. 18, 93–105 (2007) DOI: 10.1111/j.1467-8551.2006.00494.x

ALLEGATO 14 – LEGISLAZIONE REGIONALE SU RETI CLINICHE

IMA	ICTUS	TRAUMA	ONCOLOGIA	CURE PALLIATIVE	MALATTIE RARE	TRAPIANTI	NEONATOLOGICA	PEDIATRICA
Abruzzo ⁶²¹	DCA 79/2016	DCA 79/2016	DGR 597/2020	DCA 7/2015	DGR 717/2019	DGR 387/2009	DCA 10/2015	
	DCA 11/2013	DCA 11/2013		DGR 300/2012	DGR 172/2007	DGR 937/2013		
	DCA 45/2010	DCA 11/2014	DGR 616/2011	DGR 3/2002	DGR 494/2015	LR 23/2007		DGR 1459/2011
Basilicata	DD	DD	PSR 2011-2014	DGR 322/2012	DGR 15/2015			DD
	13AN.2015/D.0	72AB.2014/D.0	DGR 143/2008		DGR1296/2013			72AB.2013/D.0
	0692	0013	DGR2104/2005		DGR1945/2011			0685
Calabria	DCA 30/2016	DCA 30/2016	DCA 10/2015	DCA 36/2015	DGR 178/2011	DCA 69/2015	DCA 30/2016	
	DCA 9/2015	DCA 9/2016			DGR 729/2009			
					DGR 409/2009			
Campania	DCA 33/2016	DCA 33/2016	DCA 98/2016	DCA 33/2016	DCA 33/2016	DGR 278/2017	DCA 33/2016	DCA 33/2016
	DCA 29/2013	DCA 49/2010	DCA 33/2016	DCA 22/2015	DGR2109/2008	DCA 33/2016	DCA 49/2010	
	DCA 49/2010	DCA 49/2010			DGR1298/2008	DCA 103/2013		
					DGR1229/2008	DCA 30/2013		
					DGR1362/2005			
					DGR2751/2002			

⁶²¹ Nella Regione Abruzzo è programmata anche la **Rete del Diabete** (DGR 171/2018)

	IMA	ICTUS	TRAUMA	ONCOLOGIA	CURE PALLIATIVE	MALATTIE RARE	TRAPIANTI	NEONATO-LOGICA	PEDIATRICA
Emilia-Romagna	Le Reti per le emergenze e le urgenze cardiologiche – 2014 DGR1267/2002	DGR1720/2007	Determinazione 605/2008 DGR2497/2002 DGR1267/2002		DGR 560/2015 DGR 456/2000 DGR1602/2000 DGR2231/2001 DGR2134/2003 PSR 1999-2001	DGR 279/2017 DGR1128/2012 DGR1334/2006 DGR 396/2006 DGR 46/2006 DGR1708/2005 DGR 160/2004 DGR2124/2005 DGR 395/2006 DGR1267/2002	DGR1557/2015 DGR1105/2009 DGR 214/2005 DGR1267/2002	DGR1112/2017 DGR1267/2002	DGR 857/2019 DGR 1898/2012 DGR1267/2002
Friuli-Venezia Giulia⁶²²	DGR 735/2017	DGR2198/2014		DGR 2049/2019	DGR 165/2016	DGR1002/2017 DGR1968/2016	DGR 1539/2015 DGR 2533/2014 DGR 594/2014		DGR 730/2018
Lazio	DCA 257/2017 DCA 368/2014 DCA 74/2010	DCA 257/2017 DCA 368/2014 DCA 76/2010	DCA 43/2016 DCA 419/2015 DCA 38/2015 DCA 59/2010 DCA 87/2009	DCA 83/2010	DCA 568/2015 DCA 83/2010	DGR1324/2003		DCA 257/2017 DCA 412/2014 DCA 56/2010	DGR 87/2010
Liguria		PSSR 2009-2011 DGR 854/2009 DGR 1281/2005		DGR 1051/2014 DGR 1569/2013	Delliberazione Commissario Straordinario 462/2020 DGR1519/2008 DGR1413/2002				

⁶²² Nella Regione Friuli-Venezia-Giulia sono anche presenti: DGR 302/2015, Rete Malattie Reumatiche; Decreto 1200/ASAN 2013, Rete Disturbi del Comportamento Alimentare; DGR 1523/2018 Rete Infettivologica.

	IMA	ICTUS	TRAUMA	ONCOLOGIA	CURE PALLIATIVE	MALATTIE RARE	TRAPIANTI	NEONATO-LOGICA	PEDIATRICA
Lombardia	DGR N° XI/ 3522/2020 DDG 10446/2009	DDG 10068/2008	DDG 8531/2012	DGR X/1467/2014 DGR IX/1357/2011 DGR VIII/8728/2008 DGR VIII/006123/2007 DGR VII/200889/2005	DGR X/5918/2016 DGR IX/4610/2012	DGR X/3994/2015 DGR VII/7328/2001	DGR X/4281/2015	DGR N. XI/2395/2019 DGR N. XI/2396/2019	
Marche	DGR 916/2015 DGR 1219/2014 DGR 1345/2013	DGR 987/2016 DGR 916/2015 DGR 1219/2014 DGR 1345/2013	DDG 916/2015 DGR 1219/2014 DGR 1345/2013	DGR 459/2016 DDG 916/2015 DGR 1219/2014 DGR 1345/2013	DGR 325/2015 DDG 916/2015 DGR 1219/2014 DGR 1735/2013 DGR 645/2013 DGR 1345/2013	DDG 916/2015 DGR 1219/2014 DGR 1735/2013 DGR 1345/2013 DGR 1031/2006	DDG 916/2015 DGR 1219/2014 DGR 1345/2013	DDG 916/2015 DGR 1219/2014 DGR 1345/2013	DDG 916/2015 DGR 1219/2014 DGR 1345/2013
Molise	DCA 47/2017	DCA 47/2017	DCA 47/2017	DCA 13/2016	DCA 46/2015 DCA 45/2015 DCA 21/2015	DD 58, 59, 60, 61/2012 DGR 428/2008 DGR 1565/2002	DGR 387/2009	DCA 47/2015	
Piemonte ^{e33}	DGR 29- 8203/2003	DGR 19- 1832/2011 DGR 26- 3447/2001	DGR 19-2664/2011	DGR 24- 3092/2016 DGR 21- 11511/2009 DGR 48- 9824/2003	DGR 30- 866/2010 DGR 15- 7336/2002	DGR 38- 15326/2005 DGR 22- 11870/2004	Determina 466/2019 DGR 49- 4416/2016 DGR 11- 2605/2011 DGR 3- 7313/2007 DGR 96- 10262/2003	DGR 3- 6466/2007	DGR 45-8656/2019
Puglia	DGR 1195/2019 RR 4/2015 PSR 2010-2012	DGR 1195/2019 DGR 1254/2006	DGR 1195/2019	DGR 1103/2020 DGR 1195/2019 DGR 854/2018 DGR 221/2017	DGR 917/2015 DGR 414/2015	DGR 235/2017 DGR 1591/2012 DGR 1833/2010 DGR 2238/2003	DGR 1679/2018 DGR 1434/2016	DGR 1195/2019	

^{e33} Nella Regione Piemonte è anche presente la Rete regionale delle Strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica (DGR 18-13672/2010 e Determinazione n. 507/2010)

	IMA	ICTUS	TRAUMA	ONCOLOGIA	CURE PALLIATIVE	MALATTIE RARE	TRAPIANTI	NEONATO-LOGICA	PEDIATRICA
Sardegna	Atto Consiliare 25.10.2017 (BURAS n.58 del 11.12.2017) DGR 38/12 2015	DGR 3/19 Atto Consiliare 25.10.2017 (BURAS n.58 del 11.12.2017) DGR 38/12 2015 DGR 5/31 2014 DGR 33/32 2013	Atto Consiliare 25.10.2017 (BURAS n.58 del 11.12.2017) DGR 38/12 2015 DGR 49/34 2013 DGR 5/21 2013 DGR 46/24 2012 DGR 26/15 2008	Atto Consiliare 25.10.2017 (BURAS n.58 del 11.12.2017) DGR 38/29/2017 DGR 38/12 2015	DGR 38/29/2018 Atto Consiliare 25.10.2017 (BURAS n.58 del 11.12.2017) DGR 38/12 2015	Atto Consiliare 25.10.2017 (BURAS n.58 del 11.12.2017) DGR 38/12 2015			
Sicilia	DECRETO 06.12.2019 DECRETO 09.06.2011	DECRETO ASSESSORIALE 17.09.2019 DA 2186/2012	DECRETO ASSESSORIALE 19.06.2020 DA 1438/2012	DA 1902/2014	DECRETO ASSESSORIALE 27.12.2016 DA 2167/2015 DA 1741/2014 DA 2/2011 DA 08.05.2009	DECRETO ASSESSORIALE 05.12.2018 DA 343/2018 DA 2185/2012 DA 1631/2012 DA 29.04.2011	DA 25.07.2012	DA 1647/2015	
Toscana	DRT 1380/2016	DRT 1380/2016 DGR 1186/2014	DRT 1380/2016	DGR 352/2010 DGR 4588/2004 DGR 532/2002 DCR 18/1998	DGR 199/2014	DGR 90/2009 DGR 1017/2004 DGR 570/2004	DGR 442/2011	DGR 298/2012 DGR 1322/2009 DGR 784/2004 DGR 784/2004	DGR 707/2016 DGR 298/2012 DGR 403/2005 DGR 784/2004
Umbria	DGR 978/2013			DGR 1772/2012		DGR 769/2014 DGR 954/2013 DGR 1772/2012 DGR 1192/2011 DGR 1270/2009 DGR 205/2005 DGR 395/2004		DGR 1040/2014 DGR 1662/2008	
Valle d'Aosta				DGR 278/2019 DGR 248/2017 DGR 251/2016 DGR 231/2012 DGR 2585/2010 DGR 1764/2009		DGR 1359/2007	DGR 1294/2011		DGR Piemonte 45- 8656/2019 (Rete Interregionale di Oncologia e Oncoematologia Pediatrica)

	IMA	ICTUS	TRAUMA	ONCOLOGIA	CURE PALLIATIVE	MALATTIE RARE	TRAPIANTI	NEONATO-LOGICA	PEDIATRICA
Veneto ⁶²⁴	DGR 4550/2007 DGR 4299/2004	DGR 7/2013 DGR 4198/2008	DGR 1239/2016	DGR 930/2016 DGR 212/2016 DGR 1554/2015 DGR 2067/2013	DGR 208/2017 DGR 930/2016 DGR 212/2016 DGR 1554/2015	DGR 763/2015 DGR 2169/2008 DGR 2046/2007 DGR 2706/2004 DGR 204/2002		DGR 2238/2016 DGR 3318/2009	DGR 3318/2009
PA Bolzano				DG 1214/2015	DG 1214/2015	DGR 1244/2007			
PA Trento				DELIBERA GIUNTA PROVINCIALE 2515/2015	DELIBERA GIUNTA PROVINCIALE 2515/2015	DGR 1244/2007 DGP 1969/2004			Deliberazione n. 271/2014 di APSS (Az. Sanitaria per i servizi sanitari) "rete provinciale di terapie del dolore e Cure Palliative pediatriche

⁶²⁴ Nella Regione Veneto sono anche presenti: DGR 1238/2016 Rete Ematologica Veneta; DGR 1174/2014 e DGR n. 655/2018 Rete Anatomia e istologia patologica; DGR 1914/2015 Rete Reumatologica; DGR 524/2014 Rete Laboratorio Analisi; DC 18/2004 Rete Servizio Trasfusionale

ABRUZZO

- 1) DECRETO 21.07.2016, n. 79 **Approvazione Documento Tecnico “Riordino della Rete Ospedaliera – Regione Abruzzo”. IL COMMISSARIO AD ACTA -** http://bura.regione.abruzzo.it/2016/Speciale_125_12_10.pdf
- 2) DGR n. 597 del 06/10/2020. **Accordo, sul documento recante “Revisione delle Linee Guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra l’attività ospedaliera per acuti e post acuti con l’attività territoriale”, Rep. Atti n.59/CSR del 17 aprile 2019 – Recepimento -** <https://www.regione.abruzzo.it/content/dgr-n-597-del-06102020>
- 3) DGR n. 300 del 21/05/2012: **Integrazioni alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 606 del 12.09.2011 recante Istituzione dei Gruppi di Coordinamento per l’implementazione e la gestione della Rete regionale delle Cure palliative e della Rete regionale della Terapia del dolore, a norma della Legge 38 del 15 marzo 2010 (B.U.R.A. n. 63 del 19.10.2011)** <https://www.regione.abruzzo.it/content/dgr-n-300-del-21052012>
- 4) DGR n. 717 del 25 novembre 2019 – **DPCM 12 gennaio 2017 Livelli essenziali di Assistenza – Aggiornamento della rete Regionale per le Malattie Rare -** https://www.regione.abruzzo.it/system/files/dgr/2019/DGR717_2019.pdf
- 5) DGR n. 937/P del 16 dicembre 2013 – LR 103/95 “Potenziamento e razionalizzazione delle attività di prelievo d’organo” Piani annuali e consuntivi 2011 - https://www.regione.abruzzo.it/system/files/dgr/2013/DGR937P-2013_1.pdf
- 6) Decreto n. 11 del Commissario ad Acta del 20 febbraio 2013 – **Rete Emergenza Urgenza Regione Abruzzo** http://bura.regione.abruzzo.it/singolodoc.aspx?link=2013/Speciale_26_0.html
- 7) Decreto n. 10 del Commissario ad Acta del 11 febbraio 2015 – **Riorganizzazione dei punti nascita Regione Abruzzo** http://bura.regione.abruzzo.it/2015/Allegati/Spec_33_2015_doc_3.pdf
- 8) DGR n. 171/2018, **Rete del Diabete -** http://bura.regione.abruzzo.it/2018/Speciale_48_04_05.pdf DGR n. 562/2018

BASILICATA

- 1) RETE STEMI BASILICATA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Versione Dicembre 2017; https://www.regione.basilicata.it/giunta/files/docs/DOCUMENT_FILE_3053970.pdf
- 2) PROTOCOLLO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON ICTUS CEREBRALE (DGR n.131 14 feb 2018) https://www.regione.basilicata.it/giunta/files/docs/DOCUMENT_FILE_3053962.pdf

- 3) Regione Basilicata - Protocollo 12765/72 AB del 27 gennaio 2014 - Direttiva attuativa vincolante, ai sensi del del PSR 2012-2015 per la rete assistenziale e la presa in carico dei traumi maggiori <https://www.aspbasilicata.it/sites/default/files/direttiva%20vincolante.pdf>
- 4) Regione Basilicata - DGR 499 del 12 aprile 2011 - Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione dei tagli cesarei” https://www.regione.basilicata.it/giunta/files/docs/DOCUMENT_FILE_553388.pdf
- 5) Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per i pazienti con multicronicità https://www.regione.basilicata.it/giuntacma/files/docs/DOCUMENT_FILE_3068589.pdf
- 6) Regione Basilicata D.G.R.n.2104 del 17.10.2005 “Rete Oncologica Regionale: azioni di coordinamento e integrazione funzionale dei servizi oncologici del Centro di Riferimento Oncologico di Rionero in Vulture, dell’Azienda Ospedaliera “S. Carlo” di Potenza e dell’Azienda USL n. 4 di Matera. **Non si trova la delibera nel sito**
- 7) “SANITÀ, DEFINITE RETI DI ASSISTENZA DELLA PEDIATRIA E PER L’ICTUS ---” Il percorso di riforma del sistema sanitario regionale si arricchisce di due nuove reti.. <https://www.regione.basilicata.it/giunta/site/giunta/detail.jsp?otype=1012&id=576052&value=AGR> **Si tratta di un comunicato ma non vengono indicate le delibere**
- 8) “Il Centro Regionale Trapianti Basilicata è stato istituito con D.G.R. del 02/11/1992 n.7650.(la legge non è reperibile) https://www.regione.basilicata.it/giuntacma/files/docs/DOCUMENT_FILE_3068589.pdf
- 9) DGR 322 20 marzo 2012 “Approvazione della “Rete Regionale della terapia del dolore” e del progetto “Basilicata ospedale-territorio senza dolore” <https://www.aspbasilicata.it/sites/default/files/allegati/Agendaquotidiana/20120000322.pdf>
- 10) LINEA PROGETTUALE 3 - Costituzione ed implementazione della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica https://www.regione.basilicata.it/giuntacma/files/docs/DOCUMENT_FILE_3068593.pdf
- 11) RETE PER LE MALATTIE RARE IN BASILICATA <http://malattierare.sanita.basilicata.it/> <http://malattierare.sanita.basilicata.it/Download/20010002601.pdf>
- 12) Regione Basilicata - DGR 191 del 9 marzo 2018 - APPROVAZIONE PERCORSO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA RETE ASSISTENZIALE E PER LA PRESA IN CARICO DEI TRAUMI MAGGIORI https://www.regione.basilicata.it/giunta/files/docs/DOCUMENT_FILE_3053974.pdf
- 13) Legge regionale 01 luglio 2008, n. 12 - RIASSETTO ORGANIZZATIVO E TERRITORIALE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE (B. U. Regione

Basilicata N. 28 del 2 luglio 2008) (Art.3 http://www.118basilicata.it/www/wp-content/uploads/2018/03/LR_12_08.pdf)

CALABRIA

- 1) “PROGRAMMA OPERATIVO 2013 – 2015.

PROGRAMMA 13 – RETI ASSISTENZIALI PER INTENSITA’ DI CURE. http://old.regione.calabria.it/sanita/allegati/dca_2015/programma_operativo.pdf

“P13.1) Individuazione dei presidi secondo il modello Hub&Spoke secondo la logica dell’intensità delle cure (es. rete trauma, oncologia, ictus, trapianti); relativa individuazione dei Centri di riferimento

P13.2) Definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse, in aggiunta all’area oncologica e cardiovascolare, che prevedano la integrazione ospedale/ territorio.

la rete dell’IVG chirurgica

DPGR n. 170 del 9/10/2011, rete nefrodialitica - DPGR n. 2S del 21/03/2012, rete psichiatrica

1) reti emergenza strettamente tempo dipendenti: rete infarto, rete ictus, rete politraumi, rete trasporto neonatale, rete 118; ; **2) reti ospedaliere hub-spoke;** rete trasfusionale, rete oncologica, rete nefrodialitica, rete trapianti, rete malattie rare; **3) reti per percorsi di cura a forte integrazione ospedale-territorio:** Rete cardiologica-percorso patologie croniche (es. scompenso), Rete neurologica-percorsi patologie croniche (SM/SLA/demenza), Rete materno-infantile, rete diabetologica, Reti terapia del dolore e cure palliative, rete riabilitazione e lungodegenza

PROGRAMMA 15 - RETE EMERGENZA-URGENZA

- 2) Allegato 4 - Rete SCA- Sindrome Coronarica Acuta http://old.regione.calabria.it/sanita/allegati/dca_2015/allegato_4.pdf
- 3) Allegato 5 Rete Stroke http://old.regione.calabria.it/sanita/allegati/dca_2016/allegato_5_rete_stroke.v.1.0.pdf
- 4) DCA n. 119 del 14-09-2017. Rete Reumatologica http://old.regione.calabria.it/sanita/allegati/dca_2017/dca_n.119_del_14.09.2017.pdf
- 5) DCA n. IO del 2 Aprile 2015 - OGGETTO: Approvazione Rete Oncologica Calabrese Hub e Spoke ad Integrazione Territoriale. <https://europadonna.it/wp-content/uploads/2018/11/rete-oncologica-calabria.pdf>
- 6) DCA n. 48 del 25 maggio 2016 - Assistenziali per intensita di cura - “Linee di indirizzo sull’organizzazione del sistema di trasporto materna assistito (STAM) e del sistema in emergenza del neonato (STEN)”. http://old.regione.calabria.it/sanita/allegati/dca_2016/dca_n.48_del_25.05.2016.pdf

- 7) DCA n. 69 del 29 Giugno 2015 - Riorganizzazione Rete dei Trapianti Hub-Spoke. Programma Operativo 2013-2015. P 13.1: Approvazione documento costitutivo. http://old.regione.calabria.it/sanita/allegati/dca_2015/dca_n.69_del_29.06.2015_-_riorganizzazione_rete_trapianti.pdf

CAMPANIA

- 1) “DECRETO n. 29 del 15.03.2013 - OGGETTO: Rete per l’Infarto Miocardico Acuto - Approvazione protocollo clinico-organizzativo” - <http://www.regione.campania.it/assets/documents/dca-n-29-2013-istituzione-della-rete-ima.pdf>
- 2) “DECRETO N. 63 DEL 29/07/2019 - OGGETTO: Approvazione rete regionale emergenza stroke. <http://www.aiopcampaia.it/public/normativa/9088e-a0156a647ac9c6b64ac16b29891.pdf>
- 3) Piano Regionale di Programmazione della Rete Ospedaliera ai sensi del DM 70/2015 - 2016-2018: 8.2 - La rete territoriale Emergenza-Urgenza e il sistema 118; 9.1 - La rete cardiologica; 9.2 - La Rete per l’ictus; 9.3 - La rete per il trauma; 9.3.4 - La Rete per l’emergenza-urgenza traumatologica pediatrica; 10.1 La rete per l’emergenza pediatrica; 10.2.2 - I Punti Nascita; 10.2.3 – La riorganizzazione della rete neonatologica e delle Terapie Intensive Neonatali; 10.3 - La rete per le emergenze gastroenteriche; 10.4 - La rete nefrologica; 10.5 - La rete per la terapia del dolore; 10.6 - La rete oncologica; 10.7 - La rete delle malattie rare; 10.8 - La rete dei trapianti” <http://www.regione.campania.it/assets/documents/dca-n-33-2016-piano-regionale-di-programmazione-rete-ospedaliera.pdf>

EMILIA ROMAGNA

- 1) DGR n. 1267 del 22/07/2002 - **PIANO SANITARIO REGIONALE 1999/2001-APPROVAZIONE DI LINEE GUIDA PER L’ORGANIZZAZIONE DELLE AREE DI ATTIVITÀ’ DI LIVELLO REGIONALE SECONDO IL MODELLO HUB AND SPOKE:** https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-ocumentazione/leggi/regionali/delibere/1_DGR1267_2002.pdf;
- 2) DGR n. 1720 del 16/11/2007 - **APPROVAZIONE LINEE DI INDIRIZZO PER L’ ORGANIZZAZIONE DELL’ ASSISTENZA INTEGRATA AL PAZIENTE CON ICTUS- PROGRAMMA STROKE CARE** <https://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/ictus/documentazione/doumentazione>
- 3) DGR 1112 del 24/07/2017 - PRESA D’ATTO DEL DOCUMENTO “PROPOSTA DI RIDEFINIZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA PERINATALE (OSTETRICA E NEONATOLOGICA) IN EMILIA-ROMAGNA” E RICHIESTA DEROGA EX DM

11/11/2015 PER I PUNTI NASCITA CON MENO DI 500 PARTI ANNUI scarica direttamente il pdf

- 4) DGR 857 del 31/5/2019 Provvedimenti in ordine alla definizione dell'assetto della Rete delle Cure Palliative Pediatriche dell'Emilia-Romagna, in attuazione della L. n. 38/2010 <https://bur.regione.emilia-romagna.it/dettaglio-inserzione?i=af09900a76d74655b43f9b9a9e02fa17> , ad integrazione della DGR 1898 del 10/12/2012 "La rete delle cure Palliative Pediatriche della Regione Emilia-Romagna"
- 5) DGR n. 1267 del 22/07/2002 - PIANO SANITARIO REGIONALE 1999/2001-**APPROVAZIONE DI LINEE GUIDA PER L'ORGANIZZAZIONE DELLE AREE DI ATTIVITÀ' DI LIVELLO REGIONALE SECONDO IL MODELLO HUB AND SPOKE:**
https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-ocumentazione/leggi/regionali/delibere/1_DGR1267_2002.pdf
- 6) DGR n. 560 del 18/5/2015- RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE http://servizissir.regione.emilia-romagna.it/delibere/regiunta/servlet/AdapterHTTP?action_name=ACTIONRICERCADELIBERE&operation=leggi&cod_protocollo=GPG/2015/592
- 7) DGR 279 del 18/10/2017 - Ridefinizione della rete regionale per le malattie rare di cui alla DGR 160/2004 in applicazione del 12.1.2017 recante Definizione e aggiornamento livelli essenziali di assistenza <https://bur.regione.emilia-romagna.it/dettaglio-inserzione?i=31a043467b-854c94b40666270a16f119> che ridefinisce quanto istituito con la DGR n.160/2004- "Istituzione della rete regionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi, la terapia delle malattie rare" <https://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/malattie-rare>

FRIULI-VENEZIA-GIULIA

- 1) DGR n. 735 del 21/04/2017: LR17/2014 art 39 Attivazione delle reti per la presa in carico delle malattie cardiache-emergenze cardiologiche; gravi insufficienze d'organo e trapianti: filiera cuore; insufficienza cardiaca cronica http://www.regione.fvg.it/rafv/export/sites/default/RAFGV/salute-sociale/sistema-sociale-sanitario/FOGLIA53/allegati/Allegato_1_alla_Delibera_735-2017.pdf
- 2) DGR n.1968/2016 "DM 279/2001 – Rete delle malattie rare della Regione FVG" e DGR 1002/2017 http://www.regione.fvg.it/rafv/export/sites/default/RAFGV/salute-sociale/sistema-sociale-sanitario/FOGLIA54/allegati/Allegato_1_alla_Delibera_1968-2016.pdf
- 3) DGR n. 1539/2015 "Rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti: avvio della filiera rene. E DGR n. 2533/2014 "Rete delle gravi insufficienze d'organo e trapianti della regione Friuli Venezia Giulia:

filiera fegato” http://www.regione.fvg.it/rafvfg/export/sites/default/RAFVG/salute-sociale/sistema-sanitario/allegati/16012015_Allegato_1_alla_Delibera_2533-2014x0.1x.pdf

http://www.regione.fvg.it/rafvfg/export/sites/default/RAFVG/salute-sociale/sistema-sanitario/FOGLIA134/allegati/26082015_Allegato_1_alla_Delibera_1539-2015.pdf

- 4) DGR n 2198/2014 “LR17/2014 Art 39 Comma 4 Attivazione della rete regionale per la gestione del paziente con ictus” http://www.regione.fvg.it/rafvfg/export/sites/default/RAFVG/salute-sociale/sistema-sanitario/allegati/16012015_Allegato_1_alla_Delibera_2198-2014x0.1x.pdf
- 5) DGR n. 1674/2015 “Piano dell'emergenza urgenza della regione Friuli Venezia Giulia” http://mtom.regione.fvg.it/storage//2015_1674/Allegato%201%20alla%20Delibera%201674-2015.pdf
- 6) DGR 2049/2019 Recepimento accordo tra lo stato, le regioni e le province autonome di trento e bolzano n. 59/csr del 17 aprile 2019 concernente ‘revisione delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni per la rete oncologica che integra l’attività ospedaliera per acuti e post acuti con l’attività territoriale’ e istituzione della rete oncologica del friuli venezia giulia. http://www.regione.fvg.it/asp/delibere/layout2008_2.asp?pag=1&cerca=true&anno=2019&num=2049&tx_dataDel=&key=&uf=

LAZIO

- 1) DCA 5 luglio 2017, n. U00257 - Programmazione della rete ospedaliera nel biennio 2017-2018, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015 - http://www.regione.lazio.it/binary/rl_sanita/tbl_contenuti/SAN_DCA_U00257_05_07_2017.pdf
- 2) DCA 38/2014 “Rete oncologica per la gestione del tumore della mammella nel Lazio” https://www.regione.lazio.it/binary/rl_sanita/tbl_contenuti/DCA_38_2014_rete_oncologica_della_mammella.pdf
- 3) DELIBERA REGIONALE n.87 del 19.3.2010 “Approvazione del documento “Modello assistenziale delle cure palliative pediatriche nella Regione Lazio

LIGURIA

- 1) DELIBERA REGIONALE N. 1051 del 7.8.2014 “Attuazioni e Intesa tra Governo Regioni e prov. Autonome in materia di Cure Palliative (art.5 L. n. 38/2010) att. Rete metropolitana genovese delle Cure palliative e istit. Centro specialistico di riferimento, terapia Dolore e cure”

LOMBARDIA

- 1) DELIBERA REGIONALE n.8/11085 del 27.01.2010 “Determinazione in merito alla rete per le Cure palliative pediatriche della Regione Lombardia”

MARCHE

- 1) DGR n.735/2013 “Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attuazione della DGR 1696/2012” https://web.archive.org/web/20200428154157/http://www.regione.marche.it/Portals/3/Aree_attivita/Area_ospedaliera/DGR0735_13.pdf?ver=2018-07-26-151556-313

PIEMONTE

- 1) D.G.R. N. 31-4960 del 28.11.2012 MESSA A REGIME DEL DIPARTIMENTO FUNZIONALE INTERAZIENDALE E INTERREGIONALE RETE ONCOLOGICA PIEMONTE E VALLE D'AOSTA <http://www.reteoncologica.it/la-rete/normativa-di-riferimento/261-delibere-istitutive>
- 2) DGR 11-7041 DEL 27.01.2014 Formalizzazione della Rete regionale di Cure Palliative e di Terapia del Dolore rivolte al Paziente Pediatrico, in attuazione di quanto disposto dall'intesa Stato-regioni del 25.07.2012 e dalla D.G.R. n. 29-4854 del 21.10.2012. Azione 14.2.1. dei Programmi Operativi 2013-2015 approvati con D.G.R. n.25-6992 del 30.12.2013.
- 3) D.D. 13 gennaio 2014, n. 10 Rete interospedaliera per l'emergenza coronarica. Registro FAST STEMI: protocollo di monitoraggio e indicatori di efficienza e di efficacia della rete. <https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/strumenti-operativi/rete-infarto-piemonte-stemi>

SARDEGNA

- 1) 1 - DGR N. 32/33/2013 - ISTITUZIONE DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE DELLA REGIONE SARDEGNA

SICILIA

- 1) Revisione e aggiornamento della Rete regionale per l'infarto miocardico acuto (IMA). <http://www.gurs.regione.sicilia.it/Gazzette/g19-57o2/g19-57o2.pdf>

- 2) DECRETO 17 settembre 2019. Approvazione dei documenti regionali “Linee di indirizzo per la rete dell’ictus cerebrale in Sicilia” e “Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per il paziente con sospetta ischemia cerebrale (Stroke)”. <http://www.gurs.regione.sicilia.it/Gazzette/g19-44o/g19-44o.pdf>
- 3) DECRETO 19 giugno 2020. “Rete del trauma maggiore - Percorso diagnostico terapeutico assistenziale” e “Atto di indirizzo - Percorsi riabilitativi della persona politraumatizzata con grave cerebrolesione acquisita e/o mielolesione”.
<http://www.gurs.regione.sicilia.it/Gazzette/g20-38o2/g20-38o2.pdf>
- 4) DECRETO 27 dicembre 2016. Costituzione della Rete regionale per la terapia del dolore del paziente adulto e pediatrico. <http://www.gurs.regione.sicilia.it/Gazzette/g17-02/g17-02.pdf>
- 5) DECRETO 5 settembre 2018. Riorganizzazione della Rete regionale per le malattie rare ai sensi del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 - Modifiche ed integrazioni al D.A. n. 343 del 28 febbraio 2018. <http://www.gurs.regione.sicilia.it/Gazzette/g18-41/g18-41.pdf>
- 6) DECRETO ASSESSORIALE 1 SETTEMBRE 2014 (Sicilia, Gazz. Uff. Reg. sic. 19 settembre 2014, n. 39) “Programma della rete di Cure Palliative e Terapia del dolore in età pediatrica Nella Regione Sicilia”

TOSCANA

- 1) DGR n.1380 del 27/12/2016- Reti cliniche tempo-dipendenti di cui al D.M. 70/2015. Approvazione documenti di programmazione delle reti regionali: <http://www.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2016DG00000001707>
- 2) DGR n.707 del 19/7/2016- Rete Pediatrica Regionale. Riorganizzazione ai sensi della L.R. n. 84/2015: <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato5802698.pdf> che ridefinisce quanto istituito con la DGR 403/2005- “Istituzione della Rete Regionale della Pediatria Specialistica”
- 3) DGR n. 272 del 4/3/2019- Approvazione delle “Linee di indirizzo regionali per la gestione delle emergenze intraospedaliere-Rete Clinica tempo dipendente Emergenza Intraospedaliera Regione Toscana” e del documento “Piano di intervento per l’implementazione dei sistemi di emergenza intraospedaliera” e prenotazione risorse <http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2019DG00000000237>
- 4) percorso nascita: di rimandare ad un successivo atto l’aggiornamento del sistema regionale per il percorso nascita di cui alla Delibera della Giunta Regionale n. 381 frl 12 maggio 2014 alla luce delle novità introdotte dalla L.R. n. 84/2015 e da quanto previsto nel presente atto

TRENTINO ALTO-ADIGE

- 1) Deliberazione della Giunta Provinciale n. 2439 del 16.07.2007 <http://www.provincia.bz.it/salute-benessere/osservatorio-salute/malattie-rare.asp>
- 2) P.A: Bolzano DELIBERA REGIONALE № 1597/2011 del 22.7.2011 “La Rete provinciale di terapia del dolore e Cure Palliative Pediatriche”
- 3) P.A. Trenton DELIBERA REGIONALE № 11-7041 DEL 27.01.2014 Formalizzazione della Rete regionale di Cure Palliative e di Terapia del Dolore rivolte al Paziente Pediatrico, in attuazione di quanto disposto dall’intesa Stato-regioni del 25.07.2012 e dalla D.G.R. n. 29-4854 del 21.10.2012. Azione 14.2.1. dei Programmi Operativi 2013-2015 approvati con D.G.R. n.25-6992 del 30.12.2013.

UMBRIA

- 1) DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE n. 1772 del 27.12.2012 “Legge 15 marzo 2010 n. 38 ‘Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore’. Recepimento: Accordo Conferenza permanente tra lo Stato e le Regioni del 16/12/10 Rep. 239/CSR; Intesa Conferenza permanente tra lo Stato e le Regioni del 25/7/12 Rep. 151/CSR. Approvazione linee di indirizzo regionali per le cure palliative. Approvazione linee di indirizzo per l’articolazione della rete regionale per la terapia del dolore”
- 2) DGR 1040 del 04/08/2014 Riorganizzazione della rete regionale dei punti nascita ed approvazione dei protocolli intraziendali di attuazione della DGR n. 1344/2013 https://www.regione.umbria.it/documents/18/1704782/DGR+n.+1040_2014/d5f44038-5c5c-40a9-aa1d-a398cbd56c59
- 3) DGR 268/2018 Rete Oncologica Regionale dell’Umbria (ROR) di cui alle DGR 16627208 e successivi atti. Determinazioni <https://www.reteoncologicaumbria.org/it/>
- 4) Decreto di Giunta Regionale N.1772 del 27 dicembre 2012 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore” <http://www.monitordolore.it/wp-content/uploads/2015/06/130227A11SO3.pdf>

VAL D’AOSTA:

- 1) D.G.R. N. 31-4960 del 28.11.2012 MESSA A REGIME DEL DIPARTIMENTO FUNZIONALE INTERAZIENDALE E INTERREGIONALE RETE ONCOLOGICA PIEMONTE E VALLE D’AOSTA <http://www.reteoncologica.it/la-rete/normativa-di-riferimento/261-delibere-istitutive>

VENETO

- 1) LEGGE REGIONALE n.7 del 19.03.2009 "Disposizioni per garantire cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita e per sostenere la lotta al dolore"

ALLEGATO 15 –MODEL PATHWAY/PDTA sviluppati da Regioni e P.A.

Abruzzo	<p>https://www.regione.abruzzo.it/content/dgr-n-513-del-09092019 DPCM 12 gennaio 2017 Livelli essenziali di assistenza - Presa d'atto ed approvazione del Documento Tecnico Regionale Percorso diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Demenze http://sanita.regione.abruzzo.it/articoli/sottoscritto-il-pdta-sul-diabete (Il PDTA non è reperibile nel sito) http://sanita.regione.abruzzo.it/articoli/arriva-il-pdta-le-apnee-ostittrive-nel-sonno (Il PDTA non è reperibile nel sito) https://sanita.regione.abruzzo.it/articoli/istituto-il-pdta-il-tumore-del-polmone (Il PDTA non è reperibile nel sito) http://www.asrabruzzo.it/ nel sito ASR l'acronimo PDTA non viene individuato</p>
Basilicata	<p>https://www.regione.basilicata.it/giunta/files/docs/DOCUMENT_FILE_3018252.pdf PDTA per lo sviluppo della Rete della Sindrome Coronarica Acuta (2015) http://opservice.regione.basilicata.it/opendata/home.jsp?tile=DELIBERE.delibere.jsp&numAtto=20180000131&year=2018&filter=1 PDTA Ictus cerebrale (2018) http://opservice.regione.basilicata.it/opendata/home.jsp?tile=DELIBERE.delibere.jsp&numAtto=20160000594&year=2016&filter=1 PDTA Celiachia (2016) http://opservice.regione.basilicata.it/opendata/home.jsp?tile=DELIBERE.delibere.jsp&numAtto=20180000030&year=2018&filter=1 PDTA Infarto STEMI http://opservice.regione.basilicata.it/opendata/home.jsp?tile=DELIBERE.delibere.jsp&numAtto=20190000316&year=2019&filter=1 PDTA Malattia Renale Cronica 2019 http://opservice.regione.basilicata.it/opendata/home.jsp?tile=DELIBERE.delibere.jsp&numAtto=20200000133&year=2020&filter=1 PDTA Demenze</p>
Calabria	<p>PDTA Sclerosi Multipla https://www.regione.calabria.it/website/portaltemplates/view/news_pdf.cfm?5755 (È un comunicato sull'approvazione del PDTA. Non sono reperibili: l'atto regionale e il PDTA)</p>

Campania	<p>http://www.regione.campania.it/assets/documents/hiv-pdta-materno-infantile.pdf PDTA Gestione materno-infantile dell'infezione da HIV (2018) http://www.regione.campania.it/assets/documents/pdta-materno-infantile-flowcharts-all-2.pdf FLOWCHART 1. Percorso assistenziale per donna con infezione da HIV non in stato di gravidanza; FLOWCHART 2. Percorso assistenziale per donna con infezione da HIV in stato di gravidanza; FLOWCHART 3. Percorso assistenziale per neonati nati da madre con infezione da HIV e bambini con sospetta infezione da HIV http://www.regione.campania.it/assets/documents/percorso-diagnostico-terapeutico-assistenziale-2018.pdf (PDTA) paziente con malattia da HIV/aids (2018)</p>
Emilia-Romagna	<p>https://bur.regione.emilia-romagna.it/bur/area-bollettini/bollettini-in-lavorazione/n-42-del-07-02-2019-parte-seconda.2019-02-06.4576086107/recepimento-linee-di-indirizzo-nazionali-sui-percorsi-diagnostico-terapeutici-assistenziali-pdta-per-le-demenze-e-linee-di-indirizzo-nazionali-sulluso-dei-sistemi-informativi-per-caratterizzare-il-fenomeno-delle-demenze/all.2 PDTA nelle DEMENZE (2019) https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/rapporti-documenti/pdta-carcinoma-mammario?searchterm=mammella PDTA del carcinoma mammario (2012) https://bur.regione.emilia-romagna.it/dettaglio-inserzione?i=22573c3a0ba14c61800b08c651b1e725 Regione Emilia-Romagna- DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 22 NOVEMBRE 2019, N. 2276 - Disposizioni in ordine al recepimento dell'Accordo stato regioni rep. Atti n. 27/CSR del 21 febbraio 2019 in materia di tutela della fertilità dei pazienti oncologici per la definizione di un PDTA per pazienti oncologici che desiderino preservare la fertilità - Individuazione Centro di riferimento regionale presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna</p>

Friuli- Venezia Giulia	<p>http://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFVG/salute-sociale/sistema-sociale-sanitario/FOGLIA40/ http://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFVG/salute-sociale/sistema-sociale-sanitario/FOGLIA134/#id7</p> <p>Percorso assistenziale del paziente candidato al trapianto di cuore; Percorso ospedaliero per le donne che subiscono violenza; Percorso assistenziale del paziente con infarto miocardico con soprasslivellamento tratto ST (STEMI); Percorso assistenziale del paziente con Sindromi Coronariche Acute senza soprasslivellamento tratto ST (NSTEMI); Percorso assistenziale del paziente con Tempesta Aritmica; Percorso assistenziale del paziente con Sindrome Aortica Acuta; Percorso Assistenziale della Persona con Malattia Infiammatoria Cronica Intestinale (età adulta e pediatrica); Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale per le persone con sclerosi multipla; Percorso assistenziale per la presa in carico della persona con fibromialgia (FM); Percorso assistenziale del paziente con malattia renale cronica stadi 1–3 e 4–5 KDOQI-KDIGO; Malattie reumatiche croniche: percorsi assistenziali dei pazienti con osteoartrite e osteoporosi; Percorso assistenziale del paziente candidato al trapianto renale; Trattamento intravitale delle malattie retiniche; Cistite interstiziale; Percorso Assistenziale per la presa in carico del paziente con Ictus Cerebrale</p>
Lazio	<p>http://www.regione.lazio.it/malattierare/pdt.php http://www.regione.lazio.it/malattierare/allegati/PDTA/Elenco%20PDTA%20aggiornati%20e%20in%20aggiornamento_25_02_20.pdf PDTA di 47 malattie croniche (aggiornamento 03.02.2020) w.regione.lazio.it/malattierare/allegati/PDTA/Elenco%20PDTA%20aggiornati%20e%20in%20aggiornamento_25_02_20.pdf http://www.regione.lazio.it/malattierare/allegati/PDTA/RCG160_PDTA%20agammaglobulinemia.pdf PDTA - Agammaglobulinemia X-linked (2019)</p>

<p>Liguria</p>	<p>https://www.alisa.liguria.it/index.php?option=com_content&view=article&id=1371&Itemid=706</p> <p>I Dipartimenti Interaziendali Regionali (DIAR) istituiti nel 2017 all'interno della Agenzia Ligure di Sanità (A.Li.Sa.) hanno tra gli obiettivi quello di <i>“predisporre percorsi diagnostico terapeutici assistenziali definendo responsabilità organizzative e professionali”</i>. I DIAR sono: DIAR Cardio-toraco-vascolare; DIAR Chirurgico; DIAR Emergenza-Urgenza; DIAR Neuroscienze; DIAR Oncoematologico, DIAR Servizi. Il DIAR Cardio-toraco-vascolare dichiara di aver messo in atto <i>dei PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali) condivisi con indicatori di risultati clinici e organizzativi</i>; Nel DIAR Chirurgico sono stati realizzati e adottati: a) per l'Area della Chirurgia Generale i PDTA per i tumori del colon, retto, fegato (primitivo e metastatico), pancreas e stomaco; b) per l'Area Ortopedica i PDTA per Chirurgia Protesica (anca e ginocchio); c) per l' Area Urologica, Ginecologica e di Senologia Chirurgica i PDTA per i tumori della prostata, rene, endometrio, vulva e mammella d) Area della Chirurgia Plastica e Maxillo Facciale i PDTA di ricostruzione post mastectomia, tumore della mandibola e centro facciali. Gli altri DIAR non indicano i PDTA sviluppati</p> <p><i>Non sono presenti link che presentano i PDTA realizzati e adottati.</i></p>
<p>Lombardia</p>	<p>https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/cd3119a5-db9e-4f7c-a0a3-21ef51fa6eab/Decreto+approvazione+documenti+sottogruppi.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-cd3119a5-db9e-4f7c-a0a3-21ef51fa6eab-ICXiMLz</p> <p>PDTA per malattia cronica renale</p> <p>https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioServizio/servizi-e-informazioni/Enti-e-Operatori/sistema-welfare/Reti-di-patologia-e-di-servizi/ser-rete-oncologica-lombarda-rol/sal/rete-oncologica-lombarda-rol</p> <p>PDTA oncologici - Rete Oncologica Lombarda – 2014 ROL 4 ... omissis... tesa a definire Linee Guida e Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA)</p>
<p>Marche</p>	<p>http://www.norme.marche.it/Delibere/2019/DGR1544_19.pdf</p> <p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione del paziente adulto con Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva CBPCO) sul Prot. Segr. territorio marchigiano</p>
<p>Molise</p>	<p>http://www3.regione.molise.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/9101 e DEFR - 2017-2019 (2.75 MB) (pag. 102 del documento)</p> <p>PDTA Scompenso cardiaco; PDTA diabete; PDTA BPCO; PDTA gestione della terapia con anticoagulanti orali. PDTA HIV/AIDS; PDTA frattura prossimale femore nell'anziano.</p>

Piemonte	http://www.reteoncologica.it/area-operatori/gruppi-per-tipi-di-tumore/gic-e-pdta Tumori del colon-retto; Tumori cutanei; Tumori del fegato; Tumori dell'esofago; Tumori ginecologici; Tumori della mammella; Osteoncologia; Cure palliative; Tumori del pancreas e delle vie biliari; Tumori rari e sarcomi; Tumori del sistema nervoso; Tumori dello stomaco; Tumori testa-collo; Tumori della tiroide e delle ghiandole endocrine; Tumori toraco-polmonari; Tumori urologici; Mieloma multiplo; Tossicità tardive delle terapie oncologiche; Tumori ematologici
Puglia	https://www.sanita.puglia.it/web/aress/ricerca_det-/journal_content/56/45631926/pathlab-sistema-regionale-pdta https://www.sanita.puglia.it/documents/45631926/46785962/PATHLAB+SLIDES+TOZZI/da99c8ac-7082-4135-8c58-c46dd8a364a2 https://www.sanita.puglia.it/documents/45631926/46785962/PATHLAB+SLIDES+ATTOLINI/245cdfce-fa61-4da1-84b7-e4d5102dc321 https://www.sanita.puglia.it/documents/20182/1897678/DELIBERAZIONE+DELLA+GIUNTA+REGIONALE+30+aprile+2020%2C+n.+594/48d4b437-6d88-4d3e-8c51-04e365bbaa7b Tutela della fertilità nei pazienti oncologici per la definizione di un percorso diagnostico assistenziale (PDTA) per pazienti oncologici che desiderino preservare la fertilità
Sardegna	https://delibere.regione.sardegna.it/protected/45667/0/def/ref/DBR45197/ PDTA- Sclerosi Multipla https://delibere.regione.sardegna.it/protected/41337/0/def/ref/DBR6387/ (PDTA) nelle malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni DEL30-5 (regione.sardegna.it) Recepimento dell'Intesa Stato-Regioni (Repertorio Atti n. 171/CSR del 20.10.2015) per la promozione di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) nelle malattie infiammatorie croniche dell'intestino, malattia di CROHN e colite ulcerosa
Sicilia	https://welforum.it/segnalazioni/regione-sicilia-da-220-2020-recepimento-dellaccordo-piano-nazionale-demenze/ Decreto Assessore n. 20/2020 . : PDTA Demenze http://www.gurs.regione.sicilia.it/Gazzette/g14-45o/g14-45o.pdf Decreti Assessore: 15 settembre 2014. Rete regionale per la gestione clinica dei soggetti affetti da Sclerosi multipla 10 ottobre 2014. Aggiornamento dei centri prescrittori di "Farmaci di area neurologica - Sclerosi multipla"

<p>Toscana</p>	<p>https://www.regione.toscana.it/-/decisioni-del-comitato-tecnico-scientifico?inheritRedirect=true&redirect=%2Fsearch%3Fq%3Dpda%26orderBy%3Dhits%26sortBy%3Ddesc%26type%3Dcom.liferay.journal.model.JournalArticle PDTA- Sclerosi Multipla https://www.regione.toscana.it/documents/10180/25456969/All+Decisione+19_2020+-+MalattiaRenaleCronica.pdf/c365fa5c-ae4b-9ae2-d41e-73e4127a7d2e?t=1598425399336 PDTA - Malattia Renale Cronica https://www.regione.toscana.it/documents/10180/25456940/All+Decisione+18_2020+-+Fratturefragilit%C3%A0maggiori.pdf/ece75cf2-8abf-d266-5301-4fd733515062?t=1598425220933 Percorso assistenziale ed organizzativo per la gestione e la prevenzione secondaria delle fratture da fragilità maggior</p>
<p>Trentino- Alto Adige</p>	<p>P.A. TRENTO https://www.apss.tn.it/content/search?SearchText=pda PDTA Diabete; PDTA Femore; PDTA IMA; PDTA Parkinson; PDTA Celiachia adulto; PDTA Malattia celiaca età pediatrica; PDTA Provinciale Preservazione Fertilità Femminile; PDTA Malattie infiammatorie croniche intestinali; PDTA Sclerosi Laterale amiotrofica con allegati; PDTA patologia oncologica prostata; PDTA cancro coloretale ereditario familiare con allegati; PDTA persone con demenza e loro famiglie <i>(dal sito è raggiungibile la documentazione sui PDTA sopraelencati)</i></p> <p>P.A. BOLZANO https://www.giornaledicardiologia.it/r.php?v=695&a=7995&l=10991&f=allegati/00695_2006_06/fulltext/06-06_01%20383-432.pdf Percorso clinico-assistenziale per la persona affetta da Scemenso Cardiaco http://www.provincia.bz.it/salute-benessere/osservatorio-salute/downloads/Linee_guida_Diabete_2010_IT_31052010_allegatoA_NO_REGISTRO.pdf Percorso clinico-assistenziale per la persona affetta da Diabete Mellito tipo 2 https://www.cittadinanzattiva.it/files/progetti/salute/artrite_reumatoide/PDTA-REUMA.pdf Percorso clinico-assistenziale per la persona affetta da Artrite Reumatoide Percorso clinico-assistenziale per la persona affetta da Broncopatia Cronica Ostruttiva Osservatorio salute - Percorso nascita in Provincia di Bolzano - Anno 2019Download</p>

Umbria	<p>DGR N. 933 del 28.07.2014 “Recepimento Accordo del 6 dicembre 2012 tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento “Piano sulla Malattia Diabete” (rep. 233/CSR). Approvazione Percorso Diagnostico–Terapeutico Assistenziale Regionale DGR N. 1191 del 24.10.2016 “Percorso Diagnostico–Terapeutico–Assistenziale (PDTA) del ‘Paziente con Dolore toracico in Pronto Soccorso’ e del ‘Paziente con sospetta tromboembolia polmonare in Pronto Soccorso’.</p> <p>https://www.regione.umbria.it/documents/18/704709/DGR+902-17+PRC.docx.pdf/7ad566b7-8a27-4c20-8cc1-5fbce2bdde8d</p> <p>PDTA PAZIENTI ADULTI: Malattia Renale Cronica; Insufficienza Cardiaca Cronica; Parkinson e Parkinsonismi; Demenze; Malattie Reumatiche Infiammatorie e Autoimmuni; Malattie Tiroidee Croniche (MTC); Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)</p> <p>PDTA PAZIENTI ETÀ EVOLUTIVA: Artrite Reumatoide e Artriti Croniche; Insufficienza Respiratoria; Asma ; Malattie Endocrine; Malattie Renali Croniche</p>
Valle d’Aosta	<p>https://www.regione.vda.it/sanita/default_i.asp https://www.regione.vda.it/sanita/Reti/rete_oncologica_i.aspx file:///C:/Users/Franco/Downloads/Obiettivi_Operativi_Gestionali_Ausl_2017.pdf http://www.reteoncologica.it/area-operatori/gruppi-per-tipi-di-tumore/patologie/tumori-del-colon-retto/gic-aziendaliGIC e PDTA</p>

<p>Veneto</p>	<p>https://salute.regione.veneto.it/web/rov/comitato-scientifico-rete-oncologica-veneta</p> <p>PDTA Colon – Retto; PDTA Epatobiliare; PDTA Esofago; PDTA Fertilità; PDTA Follow-up oncologico; PDTA Gastrico; PDTA Mammella; PDTA Melanoma; PDTA Metastasi scheletriche; PDTA Pancreas; PDTA Polmone;; PDTA Prostata; PDTA Rene; PDTA Sarcoma; PDTA Terapie di Supporto; PDTA Testa-Collo; PDTA Testicolo; PDTA Tumore a cellule di Merkel; PDTA Tumori Cerebrali; PDTA Tumori Endocrini; PDTA Ipofisi; PDTA Paratiroidi; PDTA Surrene; PDTA Tiroide; PDTA Tumori ereditari della mammella e ovaio; PDTA Tumori Ginecologici; PDTA Cervice uterina, Endometrio e Vulva; PDTA Ovaio; PDTA Tumori neuroendocrini; PDTA Tumori del Peritoneo; PDTA Vescica; PDTA Carcinoma Basocellulare; PDTA Carcinoma squamoso della cute <i>(dal sito è raggiungibile la documentazione sui PDTA sopraelencati)</i></p> <p>https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=329663</p> <p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) regionale per la gestione della terapia anticoagulante orale (TAO) in pazienti adulti con fibrillazione atriale non-valvolare (FANV).</p> <p>https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=298814</p> <p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) regionale per la gestione integrata della persona con Diabete Tipo 2.</p> <p>https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=293105</p> <p>Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per la gestione della Bronco - Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO).</p> <p>https://18de3935-a-25ee4ffc-s-sites.googlegroups.com/a/regione.veneto.it/cureintermedie/provvedimenti/dgr_2015_0758_AllegatoA.pdf?attachauth=ANoY7cqYTyP6ZL7G8U8MUc9DaAqU3Mou6dgS6XwZCniK_aP9K5koluWfjZT36V7d5WMsyuhv-waXVer6ObcLxoDS_ZgDQ9RiYuNf0eSobK_GkDH93VqXZOUpbmBDhVuH_YRmrC0luBickPFP3KdWHwXBEQZPmTIS4tpJFrLYSrlVLBc0R9NQZEZ58GQGmi7cOzJuz5Dcf5jGK44Xna5cCy4LZgX2rnQINGs9OSzDWUvvhvfKnj_zvA8jXEjPLwCCzKTZo87k1J&attredirects=0</p> <p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la Sclerosi Multipla nella Regione del Veneto https://www.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=f1dd0eb8-06ae-45d5-9217-7cc567043467&groupId=10793</p> <p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) del paziente adulto affetto da infezione da HIV/AIDS nella Regione Veneto – aggiornamento a febbraio 2016 https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=245256</p> <p>Linee di indirizzo per la gestione della fase post-acuta dell'ictus (Allegato A alla DGR n. 7 del 09 gennaio 2013) https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/Pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=398039</p> <p>Tutela della fertilità nei pazienti oncologici per la definizione di un percorso diagnostico assistenziale (PDTA) per pazienti oncologici che desiderino preservare la fertilità</p>
----------------------	--

- COR6 I pazienti/familiari ricevono le informazioni sulla loro condizione di salute in modo chiaro (aperto, semplice, ecc.)
- COR7 Le dimissioni vengono comunicate in tempo utile al paziente e ai familiari in modo possano organizzarsi di conseguenza

Comunicazione con il paziente e la famiglia		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
--	--	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

- COM1 Durante il processo di cura è esplicitamente previsto ascoltare il paziente e la sua famiglia
- COM2 Durante il processo di cura è esplicitamente programmata la comunicazione tra l'operatore sanitario e il paziente
- COM3 Nell'ambito del processo di cura è previsto un tempo sufficiente per fornire informazioni
- COM4 Al paziente viene chiesto esplicitamente il consenso alla cura proposta

Collaborazione con le cure primarie territoriali		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	--	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

- SE1 L'assistenza primaria è considerata dall'ospedale un partner paritetico
- SE2 Esiste una buona cooperazione tra l'ospedale e l'assistenza primaria
- SE3 Nel complesso, si svolge consultazione per situazioni di cura tra lo specialista ospedaliero e il medico di medicina generale

Monitoraggio e follow-up del processo assistenziale		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
--	--	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

- OP1 Quando si (ri)progetta il processo assistenziale, sono definiti gli indicatori di qualità

- OP2 L'assistenza prestata è adeguata alle esigenze del paziente ed è monitorata e seguita nel tempo sistematicamente
- OP3 La soddisfazione del paziente nel processo assistenziale è monitorata/ seguita sistematicamente.
- OP4 Gli obiettivi del processo di cura sono descritti in modo chiaro
- OP5 Nel monitoraggio del processo di cura è svolta una verifica affinché le attività pianificate siano effettivamente svolte
- OP6 I risultati sono sistematicamente monitorati/seguiti nel tempo
- OP7 Le variazioni possono essere monitorate nel processo di cura
- OP8 All'interno del processo di cura i rischi di complicanze sono monitorati/seguiti nel tempo sistematicamente
- OP9 I progressi nel processo di cura sono continuamente monitorati/seguiti nel tempo e adattati

RELATIONAL COORDINATION

Questionario di valutazione della capacità di team-working

Assegnare un punteggio da 1 (mai/per nulla) a 5 (sempre/completamente) rispetto al proprio coordinamento relazionale con i gruppi professionali indicati, compresi gli altri membri del proprio team di disciplina.

Mai	Raramente	Occasionalmente	Spesso	Sempre
1	2	3	4	5
Per nulla	Poco	Qualche volta	Molto	Completamente

1	Con quale frequenza comunica con gli operatori di questi gruppi professionali riguardo a [processo in esame o popolazione target]?	Medici Infermieri Fisioterapisti Assistenti sociali Case Manager [altri gruppi professionali]	1 2 3 4 5 1 2 3 4 5
2	Gli operatori di questi gruppi professionali comunicano in modo tempestivo con lei rispetto a [processo in esame o popolazione target]?	Medici Infermieri Fisioterapisti Assistenti sociali Case Manager [altri gruppi professionali]	1 2 3 4 5 1 2 3 4 5
3	Gli operatori di questi gruppi professionali comunicano con Lei accuratamente rispetto a [processo in esame o popolazione target]?	Medici Infermieri Fisioterapisti Assistenti sociali Case Manager [altri gruppi professionali]	1 2 3 4 5 1 2 3 4 5
4	Quando sorgono problemi per quanto riguarda [processo in esame o popolazione target], gli operatori di questi team collaborano con lei per risolvere i problemi quando è stato commesso un errore?	Medici Infermieri Fisioterapisti Assistenti sociali Case Manager [altri gruppi professionali]	1 2 3 4 5 1 2 3 4 5
5	Gli operatori di questi gruppi professionali quanto conoscono del suo ruolo riguardo a [processo in esame o popolazione target]?	Medici Infermieri Fisioterapisti Assistenti sociali Case Manager [altri gruppi professionali]	1 2 3 4 5 1 2 3 4 5
6	Gli operatori all'interno di questi gruppi quanto rispettano il suo ruolo riguardo a [processo in esame o popolazione target]?	Medici Infermieri Fisioterapisti Assistenti sociali Case Manager [altri gruppi professionali]	1 2 3 4 5 1 2 3 4 5

7	Gli operatori in questi gruppi quanto condividono i suoi obiettivi riguardo a [processo in esame o popolazione target]?	Medici	1	2	3	4	5
		Infermieri	1	2	3	4	5
		Fisioterapisti	1	2	3	4	5
		Assistenti sociali	1	2	3	4	5
		Case Manager	1	2	3	4	5
		[altri gruppi professionali]	1	2	3	4	5

ALLEGATO 17 - ESPERIENZE DI EMPOWERMENT DEI CITTADINI

La Carta dei Pazienti sull'empowerment del paziente (European Patients' Forum)

1) Sono più che il mio stato di salute

L'assistenza sanitaria ha a che fare fundamentalmente con interazioni umane. Essere trattati con rispetto, dignità ed empatia ed essere visti come un essere umano con una vita che va al di là della propria condizione o stato di salute sono il punto di partenza per l'empowerment.

2) Sono empowered nella misura in cui desidero esserlo

Nessuno è oltre l'empowerment, sebbene alcune persone possano avere bisogno di maggiore supporto rispetto ad altre. Si devono adottare le strategie appropriate per le esigenze specifiche, in particolare per incoraggiare la voce di coloro che possono trovarsi in una situazione di vulnerabilità o di emarginazione. Tutti i pazienti devono essere sostenuti e messi nella condizione di avere voce in capitolo nella loro cura, secondo le loro capacità e desideri, e indipendentemente da età, sesso, abilità, origine etnica, religione o credo, situazione socio-economica, orientamento sessuale/di genere, identità, espressione o caratteristiche. Se i pazienti desiderano delegare la decisione a qualcun altro, questo va rispettato.

3) Sono un partner alla pari in tutte le decisioni relative alla mia salute

Tutte le decisioni correlate alla salute, sia la pianificazione dell'assistenza a lungo termine per esigenze complesse sia le decisioni di terapia/prevenzione una tantum, dovrebbero essere il risultato di un processo decisionale condiviso tra il paziente e il team di assistenza sanitaria. I pazienti gestiscono la propria condizione cronica in prima persona per la maggior parte del tempo. È necessario che pazienti e professionisti costruiscano un rapporto basato sul rispetto reciproco, condividano le informazioni e siano coinvolti come partner alla pari nel dialogo in merito alle preferenze di terapia, alle priorità e ai valori.

4) Ricevo tutte le informazioni di cui ho bisogno, incluse le mie cartelle cliniche, in un formato facilmente comprensibile

I pazienti hanno il diritto di ricevere le informazioni di cui hanno bisogno e che desiderano, nella giusta quantità e nel giusto formato, e al momento giusto, in un linguaggio abbastanza semplice da metterli in grado di operare scelte in accordo ai loro desideri. Il diritto di non ricevere informazioni deve essere rispettato. Inoltre, i pazienti devono essere in grado di accedere liberamente alle proprie cartelle cliniche e vanno considerati co-titolari dei dati, dotati di voce in capitolo sul modo

in cui i dati sono condivisi e utilizzati. Le informazioni per i pazienti devono essere costruite insieme ai pazienti stessi per garantire che siano di buona qualità.

5) I miei operatori sanitari e il nostro sistema sanitario promuovono attivamente l'alfabetizzazione sanitaria di tutti

L'alfabetizzazione sanitaria è più dell'informazione: si tratta di essere in grado di ricercare, valutare e utilizzare l'informazione sanitaria per prendere buone decisioni per la salute in tutti i settori della vita. Un'alfabetizzazione sanitaria scarsa influisce sulla salute e può rafforzare altre disuguaglianze. È una sfida individuale, ma anche una sfida del sistema: spesso per le persone è difficile "navigare" attraverso gli operatori sanitari, le organizzazioni e i sistemi. C'è bisogno quindi che questi si adeguino in modo che tutti gli utenti, comprese le persone con una scarsa alfabetizzazione sanitaria, siano in grado di capire i servizi di cui hanno bisogno e di accedervi facilmente.

6) Ho il supporto continuo di cui ho bisogno per gestire la mia terapia e la cura di me stesso

I singoli pazienti hanno bisogno di gestire la propria terapia e la propria vita nel contesto dei propri valori personali, obiettivi, famiglia e altre variabili, che devono essere al centro di un approccio integrato alla cura. Ai pazienti e alle famiglie devono essere offerte tutte le opzioni rilevanti perché possano fare le scelte significative, e lo staff sanitario/sociale deve includere i giusti ruoli, competenze e conoscenze per sostenere un'efficace autogestione. L'educazione all'autogestione dovrebbe essere ampiamente disponibile nella società come parte della cura integrata delle patologie croniche.

7) La mia esperienza è una misura fondamentale della qualità sanitaria

L'esperienza del paziente va adottata come una metrica chiave nella valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria. Questo non significa esercizi con le caselle da spuntare come ad esempio i "questionari di soddisfazione", ma misure significative – comprese quelle qualitative – centrate sul paziente. Gli indicatori per la valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria devono essere definiti anche dai pazienti stessi, e non soltanto da ciò che i prestatori dei servizi assumono sia importante per i pazienti. Il feedback dei pazienti va attivamente incoraggiato, ascoltato e messo in pratica.

8) Posso partecipare alla valutazione e alla co-progettazione dei servizi sanitari in modo che funzionino meglio per tutti

Il significativo coinvolgimento del paziente, come definito dall'EPF, è basto sulla premessa che i pazienti hanno un expertise e una conoscenza unici: solo il paziente vede "l'intero viaggio". I pazienti possono identificare le lacune nella fornitura dei servizi, ma anche i servizi superflui o indesiderati, contribuendo a

rendere l'assistenza sanitaria più efficace ed efficiente. I pazienti inoltre hanno il diritto democratico fondamentale di essere rappresentati a tutti i livelli della pianificazione, dell'erogazione e della revisione dei servizi, della politica e della legislazione in ambito sanitario. il loro coinvolgimento va articolato in strutture e processi formali, e va valorizzato.

9) Attraverso le associazioni di pazienti , la mia voce diventa parte di una voce più grande, unica

I singoli pazienti possono essere sostenitori potenti, sulla base delle loro esperienze e situazioni personali. Al contempo, le associazioni di pazienti propugnano punti di vista che sono rappresentativi di un gruppo di pazienti, attraverso un processo democratico di consultazione. I rappresentanti delle associazioni di pazienti sono scelti per rappresentare i punti di vista dei pazienti a livello politico e sono consapevoli di essere i rappresentanti di una prospettiva più ampia. Le associazioni di pazienti devono essere sostenute in modo sistematico, anche dal punto di vista di finanziario, in modo che possano adempiere efficacemente a questi compiti.

10) Equità ed empowerment procedono mano nella mano - Voglio un trattamento equo per tutti

Per essere un paziente empowered, in primo luogo è necessario l'accesso a cure di elevata qualità. Molti pazienti attualmente non ricevono nemmeno la terapia di base. La nostra vision come comunità dei pazienti è che tutti i pazienti abbiano un accesso equo, senza discriminazioni, a un'assistenza sanitaria e sociale di elevata qualità, progettata per soddisfare le loro esigenze. Questo richiede un cambiamento politico per garantire che i diritti di tutti i pazienti siano rispettati, per combattere le disuguaglianze che persistono in materia di salute in tutta l'UE e per rendere la salute una priorità in tutte le politiche a livello nazionale e a livello europeo.

PARTECIPASALUTE (Istituto Mario Negri di Milano)

Tra le iniziative di particolare rilevanza si segnala il sito Partecipa^salute dell'Istituto Mario Negri di Milano

Il sito **Partecipasalute** promosso dal Laboratorio Ricerca per il Coinvolgimento dei Cittadini in Sanità dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri- IRCCS è nato come uno dei prodotti di un progetto coordinato dal Laboratorio di ricerca per il coinvolgimento dei cittadini in sanità insieme ad un gruppo collaborativo di ricercatori del Centro Cochrane Italiano, di giornalisti dell'Agenzia di giornalismo scientifico Zadig, ma anche di cittadini e rappresentanti di associazioni di pazienti.

PartecipaSalute fin dall'inizio (anno 2003!), è stato riconosciuto come una voce e un esperimento unico e innovativo nel panorama italiano permettendo, anche ispirando altri gruppi, iniziative che avessero lo spirito di creare - attraverso

una informazione indipendente, percorsi di formazione per cittadini e rappresentanti di associazioni nonché la sperimentazione di nuove metodologie di coinvolgimento - le condizioni perché i principi di partecipazione e consapevolezza dei cosiddetti consumatori fossero integrati nel Servizio Sanitario Nazionale e nella ricerca clinica.

Del sito *PartecipaSalute* si sottolineano alcuni contenuti che sono ancora importanti pagine di riferimento e che, ancora oggi, sono valide e utili:

- **la batteria dei “Misura”.** Misura aiuta a valutare la bontà, l’indipendenza, la coerenza di un sito, un testo, un’associazione o una campagna di informazione. (Misura Associazioni, Misura Campagna, Misura siti, Misura testi, Misura salute)
- **il generatore di comunicati stampa.** : I comunicati stampa sono uno degli strumenti più comuni attraverso cui i mass media ricevono le informazioni anche in campo medico. In molti casi però dietro i firmatari dei comunicati si celano uno o più sponsor che hanno forti interessi commerciali. I comunicati di questo genere si articolano tutti secondo uno stesso schema dettato dalle regole del marketing e adatto a colpire l’attenzione del lettore:
 - ◇ ingigantire il problema affermando che tocca milioni di persone per lo più inconsapevoli
 - ◇ suscitare timori inducendo a credere che i rischi siano gravi, soprattutto se non si interviene tempestivamente
 - ◇ indurre a visite ed esami per creare potenziali malati/clienti.
 - ◇ banalizzare la soluzione, sostenendo che un nuovo prodotto è in grado di risolvere facilmente il problema.
 - ◇ Informazioni che vengono poi trasmesse ai lettori o agli ascoltatori che riporta sempre valido, sempre attuale perché in fondo le logiche della comunicazione sono, purtroppo, poco cambiate
 - ◇ https://www.partecipasalute.it/cms_2/node/43
- **il programma di formazione** - e tutto il relativo materiale disponibile compresa la dispensa *“Orientarsi in salute e sanità: un percorso di formazione alle scelte su ricerca clinica e salute pubblica”* può ispirare nuovi percorsi, così come è successo negli ultimi anni con le iniziative della regione Toscana e regione Sardegna. Il percorso si articola in più moduli, secondo un metodo che parte da esempi concreti per arrivare a una formalizzazione teorica generale. I moduli iniziano con gruppi di lavoro paralleli che trattano esempi diversi dello stesso argomento, discussi successivamente in plenaria. L’argomento in questione viene poi formalizzato attraverso lezioni frontali collettive tenute da docenti. I docenti e i tutor dei gruppi di lavoro sono ricercatori, medici, giornalisti, comunicatori, rappresentanti di associazioni di cittadini e pazienti, componenti di comitati etici.

ALLEGATO 18 - PORTALE “TRASPARENZA DEI SERVIZI DELLA SALUTE”

Obiettivo generale del progetto è offrire ai cittadini un Portale di facile accesso sul tema della salute che offra informazioni semplici, chiare, univoche e di qualità, assicurando la necessaria integrazione tra le differenti fonti informative già esistenti, a livello nazionale, regionale e locale. Ciò contribuirà, quindi, ad innalzare il livello della trasparenza della comunicazione e dell’informazione, in un’ottica di promozione dei 21 sistemi sanitari regionali, nonché della cultura, dell’etica, dell’integrità e della legalità.

Il progetto è articolato in **tre Linee di intervento** che riguardano:

- 1) **il Portale della Trasparenza dei Servizi della salute,**
- 2) **il Programma nazionale esiti (PNE),**
- 3) **la Direttiva 2011/24 –Applicazione dei diritti dei pazienti relativi all’assistenza sanitaria transfrontaliera.**

Le suddette linee corrispondono ai tre obiettivi specifici individuati e alle relative attività, come esplicitato di seguito.

- 3.2. Obiettivi specifici. Il progetto risponde ai seguenti obiettivi specifici:
- 3.2.1 Creazione del Portale della trasparenza dei Servizi per la Salute

L’obiettivo è la creazione di un “Portale”, accessibile dal sito del Ministero della Salute opportunamente potenziato, e dal quale poi si attivano i diversi link in un percorso continuativo, aperto a tutti, finalizzato a rispondere alle esigenze informative e comunicative dei cittadini dettagliate in base a ciascuna Regione e P.A.. Il Portale dovrà razionalizzare, integrare e/o ampliare le informazioni detenute dalle Regioni, dalle Province Autonome, dalle ASL e dagli altri enti ed operatori dei Servizi Sanitari Regionali. Nello specifico il Portale si propone di:

- ◊ contribuire a sviluppare l’autonomia e l’empowerment dei cittadini attraverso l’alfabetizzazione sulla salute e sui singoli sistemi sanitari regionali.
 - ◊ diffondere la conoscenza dei 21 Servizi Sanitari Regionali e facilitare l’utilizzabilità dei relativi servizi, attraverso l’aggiornamento continuo dei dati di attività e di funzionamento.
 - ◊ diffondere la cultura della valutazione, anche partecipata da tutti gli interessati, degli interventi sanitari e socio sanitari regionali.
 - ◊ favorire la partecipazione dei cittadini attraverso l’utilizzo di sistemi interattivi.
- 3.2.2 Rafforzamento del Programma Nazionale Esiti (PNE)

La diffusione dei dati del PNE attraverso il Portale dovrà essere realizzata mediante strumenti e format di comunicazione disegnati per tale diffusione secondo le caratteristiche proprie degli utenti, consentendo in tal modo a tutti di poter accedere al Programma e di consultarne i dati, scientificamente validati, ma allo stesso tempo semplici, chiari e immediatamente comprensibili.

Tale azione risponde agli obiettivi di:

- diffondere la cultura della qualità (efficacia, sicurezza, personalizzazione/ accettabilità, accessibilità, efficienza, equità) dei 21 Sistemi Sanitari Regionali (SSR) e delle modalità di valutazione degli esiti degli interventi sanitari.
- diffondere l'approccio della validità scientifica EBM (Evidence Based Medicine) degli interventi sanitari e socio sanitari regionali.
- 3.2.3 Attuazione della Direttiva 2011/24/ UE – Applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera

I temi della “comunicazione” e della “trasparenza” assumono una centralità rilevante in ambito sanitario quali punti cardine della tutela dei valori e dei principi comuni condivisi dai sistemi sanitari di tutti i Paesi dell'Unione Europea, ovvero:

- universalità ed accesso ad un'assistenza sanitaria di elevata qualità.
- equità e solidarietà.
- non discriminazione nel trattamento dei pazienti.

Appare, quindi, importante sviluppare l'autonomia e l'*empowerment* dei cittadini su tale specifico aspetto attraverso la realizzazione e l'implementazione di un sistema integrato tra banche dati, il Punto di Contatto Nazionale ed i Punti di Contatto Regionali/referenti regionali per la mobilità transfrontaliera, collegati a loro volta con tutto il territorio nazionale.

4) Linee di Intervento e articolazione delle attività

4.1 - Linea 1- Creazione del Portale della trasparenza dei servizi per la salute

Vive....

I contenuti del Portale vanno ad integrare le informazioni detenute dal Ministero della Salute con quelle provenienti dalle Regioni, dalle Province autonome e dagli altri enti ed operatori dei Servizi Sanitari Regionali e vengono aggregati sui seguenti tre Assi portanti:

- **la salute.**
- **i servizi per la salute.**
- **il forum su salute e servizi.**

All'interno di questi tre macro contenitori individuati si collocano i seguenti contenuti:

Il primo Asse – La Salute sarà sviluppato selezionando il materiale più rilevante disponibile, per le seguenti sotto aree: NEWS attualità sanitarie. Promozione della salute- Prevenzione (vaccinazioni, screening, ecc.). Stili di vita salutari. Dizionario medico (Malattie, Farmaci, Tecnologie diagnostiche, ecc.). Innovazioni diagnostiche, terapeutiche, assistenziali. Normativa e linee guida (diagnostiche- terapeutiche- assistenziali- accessibilità (indicando il link all'ISS)

Il secondo Asse – I Servizi per la Salute, comprende:

- I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) come recepiti dalle Regioni e P.A.
 - I Servizi Sanitari Regionali (per LEA)
 - ◊ Descrizione delle funzioni
 - ◊ Articolazione organizzativa territoriale

- I dati generali/macro dei servizi nei diversi SSR
- ◇ *Dati strutturali (es.: n° strutture – posti letto – ecc)*
- ◇ *Dati di funzionamento (es.: ricoveri. gg degenza. ecc)*
- ◇ *Personale*
- ◇ *Finanziamento attuale e trend*
- ◇ *Spesa*
 - *trend*
 - *per funzioni e livelli di assistenza, spesa pro-capite*
 - *farmaceutica*
- ◇ *Formazione (caratteristiche e spesa)*
- ◇ *Ricerca e Innovazione (caratteristiche e spesa)*
- *Anagrafe Servizi Regionali*
 - ◇ *Anagrafe Aziende sanitarie (ASL – AO – AOU – IRCCS, ecc)*
 - ◇ *Anagrafe Ospedali*
 - *Caratteristiche generali*
 - *Denominazione*
 - *Tipologia (AO/presidio ASL/priv accreditati, classificati)*
 - *Indirizzo, recapiti e link WEB*
 - *Georeferenziazione*
 - *Articolazione organizzativa (Dipartimenti, UOC, UOS, servizi, ecc) e per ognuna*
 - *Posti letto*
 - *Personale (Numero, tipologia, ecc.)*
 - *Ricoveri, trend, attrazione extra-regionale, ecc.*
 - *Prestazioni offerte*
 - *Volumi attività per specifici interventi (es by-pass coronarie)*
 - *Curricula dei Responsabili UOC*
 - *Pareri dei cittadini*
 - *Tempi di attesa*
 - *esami diagnostici*
 - *ricoveri*
 - *interventi*
 - *Modalità di prenotazione*
 - *Carta dei Servizi*
 - *Accesso modulistica on-line*
 - *Indicatori qualità*
 - *Riconoscimenti - Premi - Certificazioni*
- *Anagrafe Assistenza Territoriale (cfr. schema anagrafe ospedali per quanto applicabile)*
 - ◇ *Il sistema dell'Assistenza Primaria*
 - ◇ *L'Assistenza Specialistica ambulatoriale*
 - ◇ *I servizi territoriali*

- *L'assistenza domiciliare*
- *I Consultori familiari*
- *Gli Hospice*
- *Il sistema di riabilitazione*
 - *Istituti di riabilitazione territoriale Servizi residenziali e semiresidenziali*
- *I servizi residenziali e semiresidenziali*
 - *Anziani non autosufficienti e demenze senili*
 - *Salute mentale adulti e minori*
 - *Disabilità psichica*
 - *Dipendenze patologiche*
- Anagrafe Dipartimenti Prevenzione (cfr. schema anagrafe ospedali per quanto applicabile)
 - ◊ *Sanità Pubblica*
 - ◊ *Sicurezza alimentare e nutrizione* (link Epicentro, link Coldiretti "Il MIO CIBO".it)
 - ◊ *Tutela della salute e sicurezza dei lavoratori*
 - ◊ *Sanità veterinaria*

Centri riferimento

- Servizi di Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN)
- Istituti di ricerca (IRCCS)
- Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS)
- Centri per interventi di alta specializzazione o malattie rare

2.2 Valutazione qualità servizi

- Salute
 - ◊ *Accessibilità*
 - ◊ *Sicurezza*
 - ◊ *Efficacia*
 - *volumi*
 - *appropriatezza*
 - *esiti*
- Risorse
 - *Efficienza*
- Diritti
 - ◊ *Centratura sul paziente*
 - ◊ *Qualità percepita cittadini e utenti*
- Equità

Il terzo Asse: Forum su Salute e Servizi

4.2 Linea 2 - Rafforzamento e diffusione del PNE

4.3 Linea 3 - Attuazione dell'Assistenza Transfrontaliera

5. Risultati Attesi

...vive..

6. Struttura organizzativa del Portale

Il progetto prevede la partecipazione della Regione del Veneto in qualità di Amministrazione capofila, del Ministero della Salute, delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'Agenzia Italiana del Farmaco.

La struttura di *governance* del sistema del "Portale" è assicurata da precisi ruoli e responsabilità assegnati a diverse categorie di attori ed è strutturata come segue.

La **Cabina di Regia**, coordinata dal Ministero della Salute, istituita con Decreto del Ministro della Salute del 21 novembre 2016, è composta da 5 membri, così individuati:

La Cabina di Regia svolge funzioni di indirizzo, monitoraggio, validazione e revisione delle attività previste nel progetto. La Cabina di Regia ha il compito di individuare i requisiti scientifici, editoriali e gestionali/operativi per la realizzazione del progetto. La Cabina di Regia decide, inoltre, sull'uso del finanziamento assegnato al progetto e supervisiona la gestione e l'uso delle informazioni ricevute dai diversi soggetti partecipanti, nonché le modalità di esecuzione del progetto stesso e verifica l'attuazione degli obiettivi del crono programma.

Il Comitato Editoriale e Scientifico,

Il Comitato Editoriale e Scientifico definisce i tempi di realizzazione del progetto e ne segue le fasi attuative monitorando la coerenza con gli obiettivi da perseguire. Il Comitato Editoriale e Scientifico elabora le linee generali tracciate dalla Cabina di Regia con maggiore dettaglio, producendo documenti e specifiche tecniche più approfondite rispetto ai prodotti attesi. Si rapporta con i partner di progetto e, qualora necessario, con altri enti del SSN e società scientifiche di settore, per gli aspetti di tipo scientifico. Lo stesso risponde alla Cabina di Regia.

L'**Ente Capofila** del progetto, nonché coordinatore progettuale e referente finanziario è rappresentato dalla **Regione Veneto**. La stessa è incaricata del coordinamento e dell'approvazione dei piani attuativi finalizzati alla realizzazione del progetto, della approvazione di ogni documento progettuale, nonché della predisposizione e sottoscrizione degli atti che disciplinano i rapporti tra le parti. La Regione provvederà alla acquisizione dei servizi e delle forniture (integrazioni delle fonti informative, hardware e software, ecc.), finalizzate alla realizzazione ed alla gestione della struttura tecnologica-informatica.

Il **Ministero della Salute** avrà il compito di incaricare formalmente e coordinare la Cabina di Regia oltre a garantire la presenza e la partecipazione nei gruppi di lavoro e nei comitati di progetto.

Inoltre attraverso competenti figure professionali, il Ministero della Salute collaborerà con gli organi individuati per la conduzione del progetto al fine di definire e validare i contenuti scientifici progettuati, mettendo a disposizione le proprie

conoscenze e le fonti informative istituzionali, nel rispetto della normativa vigente. Inoltre il Ministero della Salute collaborerà con gli organi deputati alla conduzione del progetto attraverso le figure professionali rispettivamente competenti nelle tematiche sopracitate.

Il Soggetto Attuatore responsabile dell'implementazione del Portale è l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali-AGENAS.

AGENAS elabora il programma esecutivo, il cronoprogramma e il progetto operativo del Portale, lo sottopone al Comitato Editoriale e Scientifico per l'approvazione e ne cura l'attuazione. Il Soggetto Attuatore è preposto alla produzione delle specifiche per la realizzazione del portale. monitora e verifica lo stato di avanzamento delle implementazioni e l'adozione da parte degli attori individuati degli strumenti realizzati. si rapporta con i Team Operativi per i quali deve garantire il raccordo ed il coordinamento. propone al Comitato Editoriale e Scientifico (il quale deve approvarli) la creazione e la composizione dei Team Operativi. risponde al Comitato Editoriale e Scientifico. cura altresì la predisposizione di relazione illustrative sullo stato di avanzamento dei lavori e sui relativi costi, compresa la relazione finale attestante i risultati raggiunti, nonché la collaborazione con gli altri partner istituzionali.

Le **Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano** metteranno a disposizione le competenze, esperienze e conoscenze dei livelli locali, utili alla gestione e realizzazione del progetto.

L'**Istituto Superiore di Sanità** collabora con gli organi individuati per la conduzione del progetto al fine di definire e validare i contenuti scientifici progettuali, anche mettendo a disposizione le proprie banche dati.

L'**Agenzia Italiana del Farmaco** collabora con gli organi individuati per la conduzione del progetto al fine di definire e validare i contenuti scientifici progettuali, mettendo a disposizione le proprie competenze e le proprie banche dati.

I Team Operativi: hanno il compito di esaminare le caratteristiche dei prodotti attesi e tradurli in specifiche tecniche necessarie alla realizzazione. hanno compiti determinati, ripartiti in base agli obiettivi stabiliti nel progetto Portale. I componenti dei Team Operativi vengono proposti dal Soggetto Attuatore ed approvati dal Comitato Editoriale

ALLEGATO 19 - DISCIPLINARE ACCREDITAMENTO 2015

1° Criterio - Attuazione di un sistema di gestione delle Strutture sanitarie
: “Fornisce garanzia di buona qualità dell’assistenza socio-sanitaria, una gestione della organizzazione sanitaria che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo”

Requisito 1.1: modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto

- 1.1.1. presenza del Piano Strategico, che contenga obiettivi basati sull’analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni sanitarie
- 1.1.2. presenza del piano annuale delle attività (obiettivi di budget, di attività, di qualità) per ciascuna articolazione organizzativa di assistenza e di supporto
- 1.1.3. presenza di procedure e indicatori per la verifica degli obiettivi definiti nei piani annuali

Requisito 1.2: programmi per lo sviluppo di reti assistenziali

- 1.2.1. realizzazione di reti assistenziali per la gestione dei pazienti in condizioni di emergenza (traumi, ictus, infarto, ecc.)
- 1.2.2. realizzazione di reti assistenziali che contemplino l’integrazione tra ospedale e territorio (residenzialità, semiresidenzialità, domiciliarità) e promozione di modelli di continuità garantendo costante e reciproca comunicazione e sviluppando specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture socio-sanitarie
- 1.2.3. realizzazione di reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico in attuazione della legge 15 marzo 2010 n. 38 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”;
- 1.2.4. partecipazione a programmi di realizzazione di reti tra centri regionali, nazionali ed internazionali

Requisito 1.3: definizione delle responsabilità

- 1.3.1. presenza nella struttura sanitaria di documenti che descrivano i processi e le relative responsabilità clinico-organizzative, contenenti anche le indicazioni per la valutazione dei dirigenti
- 1.3.2. presenza di una documentabile un’attività di rivalutazione dell’organizzazione, delle responsabilità e del sistema di delega da effettuare periodicamente ed ogni qualvolta si presenti un cambiamento significativo nell’organizzazione e nell’erogazione dei servizi della struttura

Requisito 1.4: modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)

- 1.4.1. presenza nelle strutture sanitarie di sistemi informativi che consentano la tracciatura dei dati sanitari e forniscano il supporto alle attività di pianificazione e controllo che tengano conto anche del debito informativo verso il Ministero della Salute (NSIS). Tali sistemi devono garantire sicurezza nell'accesso e nella tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia
- 1.4.2. presenza di un sistema che garantisca la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa
- 1.4.3. presenza di un sistema che garantisca informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitari
- 1.4.4. formalizzazione e messa in atto di attività per la valutazione della qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne
-

Requisito 1.5: modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi

- 1.5.1. presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma e di procedure (strumenti, modalità e tempi per la valutazione) per la valutazione di qualità delle prestazioni e dei servizi all'interno dei dipartimenti/articolazioni organizzative che includa la definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo e dei relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti)
- 1.5.2. assegnazione da parte della Direzione delle responsabilità relative alla valutazione delle prestazioni e dei servizi
- 1.5.3. impiego di strumenti di valutazione scientificamente riconosciuti quali audit clinico, misurazione di aderenza alle linee guida, verifiche specifiche quali controlli di qualità e verifiche esterne di qualità, *mortality & morbidity review*
- 1.5.4. documentazione delle attività di valutazione;
- 1.5.5. esistenza di procedure per la comunicazione dei risultati delle valutazioni ai livelli adeguati ed il confronto con le parti interessate (es: diffusione di report sulla qualità dei servizi erogati, sia all'interno della struttura sia all'esterno e in particolare all'utenza
- 1.5.6. partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione;
- 1.5.7. utilizzo dei dati derivanti dalla valutazione delle prestazioni e dei servizi per il miglioramento delle performance
-

Requisito 1.6: modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi

- 1.6.1. procedure per la raccolta, la tracciabilità dei disservizi e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento
- 1.6.2. utilizzo dei dati derivanti dall'analisi dei disservizi per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate

1.6.3. monitoraggio delle azioni di miglioramento

1.6.4. procedura di comunicazione esterna formulata anche sulla base delle indicazioni che derivano dalle segnalazioni e dai reclami dei cittadini

1.6.5. attività di analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi (ad es. errori, ritardi, incomprensioni tra operatore e utente)

2° Criterio - Prestazioni e Servizi: *“E’ buona prassi che l’organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini”*

Requisito 2.1: tipologia di prestazioni e di servizi erogati

2.1.1. presenza nelle strutture di una Carta dei servizi che assicuri la piena informazione circa le modalità erogative, i contenuti e la capacità delle prestazioni di servizio e gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini nonché la presenza di materiale informativo a disposizione dell’utenza

2.1.2. periodica rivalutazione da parte della Direzione della struttura della Carta dei servizi, con l’apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati e del volontariato

Requisito 2.2 eleggibilità e presa in carico dei pazienti

2.2.1 formalizzazione di protocolli per l’eleggibilità dei pazienti

2.2.2 presenza di protocolli, linee guida e procedure per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intra ed extraospedalieri)

2.2.3 definizione delle responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti

2.2.4 tracciabilità della presa in carico dei pazienti all’interno della documentazione sanitaria, compreso la riconciliazione

2.2.5 gestione del trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all’interno del processo di cura

2.2.6 verifica della conoscenza e dell’applicazione dei protocolli e procedure da parte del personale e il loro miglioramento se necessario

Requisito 2.3: continuità assistenziale

2.3.1 definizione delle responsabilità per la supervisione dell’assistenza per tutta la durata della degenza

2.3.2 formalizzazione e messa in atto di protocolli e linee guida per la continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti all’interno dell’organizzazione, della dimissione dei pazienti e del follow up)

2.3.3 adozione da parte dell'organizzazione di processi a supporto di continuità e coordinamento delle cure

2.3.4 definizione dei collegamenti funzionali tra i servizi interni e con le strutture esterne coinvolte nell'assistenza

2.3.5 adozione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione

2.3.6 adozione e diffusione di procedure per consentire che tutta la documentazione clinica del paziente sia a disposizione degli operatori sanitari in ogni momento, al fine di favorire lo scambio di informazioni per la corretta gestione dei pazienti

Requisito 2.4: il monitoraggio e la valutazione

2.4.1 valutazione del grado di conformità delle attività a protocolli e linee guida;

2.4.2 valutazione della qualità del percorso di assistenza, dalla presa in carico alla dimissione anche tramite audit clinici con identificazione degli interventi di miglioramento e ritorno delle informazioni a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso

2.4.3 valutazione del percorso di cura da parte dei pazienti e dei familiari

2.4.4 evidenza di risultati di analisi su eventi avversi, incidenti, near miss manifestati durante l'episodio di cura

2.4.5 presenza di report degli audit e la diffusione degli stessi a tutti gli operatori che hanno partecipato alla implementazione del percorso

2.4.6 esistenza e messa in atto di una procedura per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di famiglia;

2.4.7 identificazione degli interventi di miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate.

Requisito 2.5: La modalità di gestione della documentazione sanitaria

2.5.1. formalizzazione e messa in atto di un protocollo che definisca i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le modalità di controllo;

2.5.2. procedure per la predisposizione della documentazione clinica tenendo conto di problematiche quali la riconciliazione dei farmaci e di altre tecnologie (transition) ai fini della sicurezza dei pazienti nei trasferimenti di setting assistenziali;

2.5.3. formalizzazione e la messa in atto di una politica per la privacy e la riservatezza delle informazioni, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia;

2.5.4. formalizzazione e la messa in atto di procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e tenuta della documentazione sanitaria, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia;

2.5.5. evidenza dei risultati della valutazione della qualità della documentazione sanitaria e l'implementazione di azioni correttive se necessario

2.5.6. predefinizione dei tempi di accesso alla documentazione sanitaria

3° Criterio - Aspetti Strutturali: *“L'organizzazione cura la idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature; è buona prassi che dia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse”*

Requisito 3.1: l'idoneità all'uso delle strutture

3.1.1. Evidenza della pianificazione e dell'inserimento a bilancio del potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione

3.1.2. Presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture

3.1.3. Presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di monitoraggio dell'idoneità della struttura che fornisca i dati relativi ad incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi (es. report, audit ed incontri periodici relativi alla identificazione dei rischi e alla gestione della sicurezza)

3.1.4. Presenza di piani di azione per la risoluzione delle criticità individuate e utilizzo dei dati del monitoraggio per migliorare il programma di gestione del rischio ambientale;

3.1.5. Formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro

Requisito 3.2: gestione e manutenzione delle attrezzature

3.2.1. esistenza di un inventario di tutte le attrezzature utilizzate e di una procedura per l'identificazione delle stesse

3.2.2. presenza di un regolamento a garanzia che la documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, sia a corredo delle stesse e resa disponibile alla funzione preposta per la manutenzione

3.2.3. esistenza, formalizzazione e messa in atto di un piano per la gestione e la manutenzione (straordinaria e preventiva) delle attrezzature e la comunicazione dello stesso piano ai diversi livelli operativi

3.2.4. documentazione delle ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione

3.2.5. programmi aziendali di formazione che includano periodi di addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo, manutenzione e dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali e verifica della conoscenza da parte del personale utilizzatore

4° Criterio - Competenze del Personale : *“La organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività”*

Requisito 4.1: la programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica

- 4.1.1. individuazione di un responsabile per la formazione
- 4.1.2. esistenza di un Piano di Formazione che preveda: definizione degli standard di competenza per posizione, criteri di scelta delle priorità, monitoraggio delle competenze professionali e rilevazione dei fabbisogni formativi, programmazione delle attività formative
- 4.1.3. valutazione dell'efficacia dei programmi di formazione continua, aggiornamento e addestramento e la valutazione della soddisfazione da parte del personale e l'eventuale miglioramento degli stessi se necessario
- 4.1.4. coinvolgimento degli operatori nella programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento
- 4.1.5. condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno della struttura
- 4.1.6. verifica dei requisiti previsti per l'accreditamento dalla normativa vigente della funzione di provider

Requisito 4.2: inserimento e addestramento di nuovo personale

- 4.2.1. messa in atto di un piano di accoglienza e affiancamento/addestramento per il nuovo personale – neo assunto/trasferito - compreso il personale volontario
- 4.2.2. formalizzazione e messa in atto di un processo per la valutazione dell'idoneità al ruolo dei neo assunti
- 4.2.3. adozione e messa in atto un piano di formazione strutturata sul rischio clinico ed occupazionale verso i neo assunti, entro il 1° anno
- 4.2.4. valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento dei nuovi addetti e l'eventuale miglioramento degli stessi se necessario

5° Criterio - Comunicazione : *“Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento”*

Requisito 5.1 modalità di comunicazione interna alla struttura, che favoriscano la partecipazione degli operatori

- 5.1.1. definizione, formalizzazione ed implementazione di processi finalizzati alla circolazione delle informazioni e presenza di documentazione attestante la comunicazione della missione, politiche, piani, obiettivi, budget, programmi di attività/risorse, diffusi a tutto il personale

5.1.2. definizione di flussi informativi e reportistica in merito agli obiettivi, dati e informazioni relative alla performance, agli esiti e ai programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente;

5.1.3. presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione e del singolo dipartimento

5.1.4. valutazione dell'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura ed eventuale miglioramento se necessario

Requisito 5.2: modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori

5.2.1. effettuazione di indagini periodiche di valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale con i risultati diffusi al personale

5.2.2. implementazione di processi e flussi che consentono la segnalazione/ascolto di suggerimenti da parte del personale

5.2.3. identificazione e facilitazione di momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità

Requisito 5.3: modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver

5.3.1. disponibilità di una Carta dei Servizi aggiornata e redatta con l'apporto di categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative della collettività e dell'utenza

5.3.2. predisposizione di strumenti informativi sintetici da mettere a disposizione dei cittadini

5.3.3. procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con parenti e caregiver

5.3.4. informazione al paziente e ai suoi familiari sulla donazione di organi e tessuti

5.3.5. informazione al paziente e ai suoi familiari sulle precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza

5.3.6. modalità di informazione al paziente e ai suoi familiari sugli elementi di tutela nella partecipazione a ricerche cliniche

Requisito 5.4: coinvolgimento dei pazienti, dei suoi familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali

5.4.1. presenza, formalizzazione e messa in atto di una procedura per l'informazione al paziente e ai suoi familiari sui diritti e le responsabilità, per l'ascolto, l'educazione e il coinvolgimento dei pazienti al processo di cura

5.4.2. presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per l'informazione partecipata del paziente e l'acquisizione del consenso informato

5.4.3. addestramento del personale sulle politiche e procedure per il coinvolgimento

5.4.4. valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e caregiver ed i miglioramenti degli stessi se necessario

Requisito 5.5: modalità di ascolto dei pazienti

5.5.1. presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la presentazione e gestione dei reclami, osservazioni e suggerimenti

5.5.2. presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità e strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti

5.5.3. presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti (indagini di customer satisfaction)

5.5.4. utilizzo dei dati derivanti dall'analisi dei reclami e dei risultati delle valutazioni della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate

5.5.5. diffusione dei risultati delle indagini di customer satisfaction e delle misure di miglioramento adottate sul sito web aziendale

5.5.6. formazione del personale di contatto con il pubblico che includa comunicazione, negoziazione, tecniche strutturata di gestione dei conflitti

6° Criterio - Appropriatezza clinica e sicurezza : "La efficacia, la appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati"

Requisito 6.1: approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche

6.1.1. presenza, formalizzazione e messa in atto di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della evidence based medicine

6.1.2. accessibilità al personale della raccolta dei regolamenti interni e delle linee guida;

6.1.3. aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili

6.1.4. coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza, attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad esse correlati

6.1.5. valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni ed attivazione di programmi di miglioramento se necessario

Requisito 6.2: promozione della sicurezza e gestione dei rischi

6.2.1. esistenza di un piano aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e contempli ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione

Requisito 6.3: programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi

- 6.3.1. esistenza di un sistema per l'identificazione e la segnalazione di: near miss, eventi avversi ed eventi sentinella
- 6.3.2. partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale;
- 6.3.3. identificazione dei fattori causali e/o contribuenti attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (Root cause analysis, Audit clinico, Significant event audit) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (Safety walkround)
- 6.3.4. presenza di piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio;
- 6.3.5. applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, check-list ed altri strumenti per la sicurezza
- 6.3.6. definizione di modalità e procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi
- 6.3.7. presenza di un Piano di formazione
- 6.3.8. Adozione di metodologie sistematiche proattive per la valutazione dei rischi (almeno 1 FMEA- Failure Mode and Effect Analysis per anno)

Requisito 6.4: strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze

- 6.4.1. Sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività
- 6.4.2. Produzione e diffusione di buone pratiche
- 6.4.3. Garanzia di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi da rendere disponibili per livelli regionali e nazionali
- 6.4.4. Presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico

7° Criterio/fattore di qualità - Processi di miglioramento ed innovazione: *Il governo delle azioni di miglioramento, dell'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili*

Requisito 7.1: Progetti di miglioramento

- 7.1.1. approvazione del programma aziendale per il miglioramento della qualità che includa le specifiche risorse, ruoli e le responsabilità, valutazione e misurazione dei risultati conseguiti e degli esiti attraverso l'utilizzo di indicatori, la comunicazione periodica delle informazioni, la formazione con particolare riferimento al miglioramento della qualità in aree specifiche (es: emergenza, materno infantile, oncologico, cardio-vascolare.)

Requisito 7.2: Applicazione di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi

7.2.1. presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la valutazione delle tecnologie ai fini della selezione, acquisizione e allocazione

Requisito 7.3: Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa

7.3.1. presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative

7.3.2. coinvolgimento del personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative

7.3.3. monitoraggio dell'efficacia dell'intero percorso dell'innovazione-valutazione-adozione

7.3.4. sviluppo di modalità di integrazione assistenza-didattica-ricerca

8° Criterio/fattore di qualità - Umanizzazione : *“L’impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è, un impegno comune a tutte le strutture”*

Requisito 8.1: programmi per l’umanizzazione delle cure

8.1.1. attività assistenziali-organizzative orientate all'accoglienza di pazienti considerando le diverse esigenze relative all'età, al genere e a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica e tenendo conto delle specificità religiose, etniche e linguistiche; (es: bambino in ospedale, in assistenza domiciliare e residenziale; percorso nascita; assistenza agli anziani; supporto psicologico in situazioni specifiche quali oncologia, trapianti, malati terminali, donne che hanno subito violenza; ampliamento degli orari di visita e permanenza dei familiari nelle terapie intensive; ampliamento degli orari di visita nelle strutture residenziali/ospedaliere; assistenza sanitaria e multiculturalità; adeguamento degli orari dell'organizzazione sanitaria ai ritmi fisiologici della persona

8.1.2. presenza di un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari che preveda la formazione degli operatori sanitari alle abilità procedurali di counselling (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di “cattive notizie”)

8.1.3. adozione di modalità di lavoro secondo le logiche dell'équipe multidisciplinare e la partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione

8.1.4. presenza di procedure per l'accesso agevolato alle prestazioni assistenziali, semplificando gli adempimenti amministrativi ed assicurando un'informazione tempestiva e trasparente, con particolare riferimento all'accesso alla documentazione sanitaria entro tempi predefiniti

ALLEGATO 20 - LE RISORSE UMANE IN SANITÀ NELLA LEGISLAZIONE

D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128. Ordinamento interno dei servizi ospedalieri. Capo III SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA - Sezione I, NORME GENERALI

Art. 8. Entità numerica del personale dei servizi di diagnosi e cura

La dotazione organica del **personale medico** addetto alle divisioni e servizi di diagnosi e cura deve prevedere:

- un primario;
- un aiuto fino a due sezioni;
- almeno un assistente per sezione.

La dotazione organica del **personale sanitario ausiliario** deve assicurare un tempo minimo di assistenza effettiva per malato di 120 minuti nelle 24 ore e deve prevedere:

- un capo-sala;
- un infermiere professionale sempre presente in ogni sezione e, inoltre, un adeguato numero di infermieri professionali e generici.

La dotazione organica del personale sanitario ausiliario addetto alla divisione di ostetricia e ginecologia deve prevedere:

- una ostetrica capo;
- ostetriche nella proporzione complessiva di una per ogni 10 posti-letto;
- puericultrici nella proporzione complessiva di una per ogni 5 culle per neonati.

Le suddette entità numeriche devono essere adeguate, con deliberazione del consiglio di amministrazione, adottata sentito il consiglio dei sanitari o il consiglio sanitario centrale e consultate le organizzazioni sindacali interessate, alle effettive esigenze del servizio, tenendo conto dei seguenti elementi:

- numero effettivo dei posti-letto;
- necessità dei servizi ambulatoriali e di guardia;
- turni di ferie e riposi settimanali e festivi;
- **nosologia e impegno ad essa inerente;**
- quantità e qualità dell'attività medica;
- orari di servizio del personale sanitario;
- attività didattica e scientifica richiesta ai medici ospedalieri;
- attrezzatura tecnico-sanitaria e scientifica;
- attività di consulenza interna.

Capo III SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA - Sezione II, SERVIZI SPECIALI DI DIAGNOSI E CURA

Art. 12. - Specificazione

I servizi di diagnosi e cura si distinguono in:

- a. **servizi previsti obbligatoriamente per tutti gli ospedali**, quali il servizio di accettazione, di pronto soccorso, di radiologia, di analisi, di trasfusione, di anestesia e rianimazione e i poliambulatori;
- b. **servizi previsti obbligatoriamente per gli ospedali generali sia provinciali che regionali e per gli ospedali specializzati sia provinciali che regionali** in quanto necessari alla loro natura, quali il servizio di radiologia e fisioterapia, di anatomia e istologia patologica, di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, di anestesia e rianimazione e la farmacia interna;
- c. **servizi previsti obbligatoriamente per gli ospedali regionali o per gli ospedali specializzati regionali** in quanto necessari alla loro natura, quali il servizio di virologia, di prelevamento e conservazione di parti del cadavere e di medicina legale e delle assicurazioni sociali e le scuole di addestramento del personale ausiliario e tecnico;
- d. **servizi previsti facoltativamente per gli ospedali generali e specializzati sia provinciali che regionali** quali il servizio di recupero e rieducazione funzionale, di neuropsichiatria infantile, di dietetica, di assistenza sanitaria e sociale.
- e. **Il servizio di medicina legale, obbligatorio negli ospedali regionali, è facoltativo negli ospedali provinciali.**
- a. **servizi previsti obbligatoriamente per tutti gli ospedali;**
 - Art. 13.** Servizio di pronto soccorso
 - Art. 14.** Servizio di accettazione
 - Art. 15.** Servizio di radiologia
 - Art. 16.** Servizio di analisi
 - Art. 17.** Servizio di trasfusione
 - Art. 18.** Servizio di anestesia
 - Art. 19.** Poliambulatori
 - Art. 31.** Servizio di cardiologia
 - Art. 35.** Servizio di assistenza religiosa
- b. **servizi previsti obbligatoriamente per gli ospedali generali sia provinciali che regionali e per gli ospedali specializzati sia provinciali che regionali**
 - Art. 20.** Servizio di recupero e rieducazione funzionale
 - Art. 21.** Servizio di istologia e di anatomia patologica
 - Art. 22.** Farmacia interna
- c. **servizi previsti obbligatoriamente per gli ospedali regionali o per gli ospedali specializzati regionali**
 - Art. 23.** Servizio di virologia
 - Art. 24.** Servizio di prelevamento e conservazione di parti di cadavere
 - Art. 25.** Servizio di medicina legale e delle assicurazioni sociali
- d. **servizi previsti facoltativamente per gli ospedali generali e specializzati sia provinciali che regionali.**
 - Art. 26.** Servizio di neuropsichiatria infantile

Art. 27. Servizio di dietetica

Art. 28. Servizi di assistenza sanitaria e sociale

Art. 29. Servizio di emodialisi

Art. 30. Servizio di medicina nucleare

Art. 32. Servizio di fisiopatologia respiratoria

Art. 33. Servizio di neurofisiopatologia

Art. 34. Servizio di fisica sanitaria

- e. **Il servizio di medicina legale, obbligatorio negli ospedali regionali, è facoltativo negli ospedali provinciali.**

MINISTERO DELLA SANITA' DECRETO 13 settembre 1988 - Determinazione degli standards del personale ospedaliero.

Nel decreto vengono previste le unità di personale (medico e infermieristico) per le unità operative di degenza.

A. TERAPIA INTENSIVA E SUBINTENSIVA (rianimazione; grandi ustionati; terapia intensiva cardiologica; terapia intensiva neonatale; terapia intensiva post-trapianto)

B. SPECIALITA' AD ELEVATA ASSISTENZA (cardiochirurgia; ematologia con trapianto; nefrologia con trapianto ed emodialisi; neurochirurgia; malattie infettive; psichiatria; unità spinali).

C. SPECIALITA' A MEDIA ASSISTENZA (cardiologia; chirurgia maxillo facciale; chirurgia pediatrica; chirurgia plastica; chirurgia toracica; chirurgia vascolare; ematologia; nefrologia; neurologia; neuropsichiatria infantile; oncologia; pediatria; urologia pediatrica.

D. SPECIALITA' DI BASE

a) a larga diffusione (chirurgia generale e astanteria; medicina generale e astanteria; ortopedia e traumatologia; ostetricia e ginecologia);

b) a media diffusione (allergologia; angiologia; broncopneumologia; dermosifilopatia; diabetologia e malattie del ricambio; endocrinologia; gastroenterologia; geriatria; medicina del lavoro; oculistica; odontostomatologia; otorinolaringoiatria; reumatologia; urologia)

E. RIABILITAZIONE.

F. LUNGODEGENZA.

Le unità di personale medici, infermieristico, riabilitativo vengono indicate, per ciascuna unità operativa, in rapporto al numero dei posti letto.

A titolo di esempio per le SPECIALITA' DI BASE a larga diffusione si prevede:

Per un modulo tipo di 20 posti letto:

- unità di personale medico:
 - ◊ nelle specialita' chirurgiche: 5;
 - ◊ nelle specialita' mediche: 4;
- unità di personale infermieristico: 12.

Per ogni modulo successivo di 20 posti letto:

- unita' di personale medico:
 - ◊ nelle specialita' chirurgiche: 3;
 - ◊ nelle specialita' mediche: 3;
- unita' di personale infermieristico: 12.

ALLEGATO 21 – RESIDENZIALITÀ: ATTIVITÀ, STANDARD, INDICATORI

1) ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Codice	descrizione
R1	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) a pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti Intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali come ad esempio: ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (tipologie di utenti: stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive, etc.).
R2	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde etc.
R2D	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (<i>Nuclei Alzheimer</i>) a pazienti con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente "protesico".
R3	Prestazioni di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela Sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento)
SR	Prestazioni Semiresidenziali – Trattamenti di mantenimento per anziani erogate in centri diurni
SRD	Prestazioni Semiresidenziali Demenze – Prestazioni di cure estensive erogate in centri diurni a pazienti con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale.

Prestazioni *	Standard qualificanti **
R1	Guardia medica: h 24 Assistenza medica: 300 minuti / die per nucleo Infermiere: h 24 Assistenza globale > 210 min. Assistenza infermieristica > 90 min
R2	Assistenza medica: 160 minuti / die per nucleo Infermiere h 24 Assistenza globale > 140 min. Assistenza infermieristica > 45 min
R2D	Assistenza: 120 minuti / die per nucleo Infermiere h 12 Assistenza globale > 140 min. Assistenza infermieristica > 36 min
R3	Assistenza medica: 80 minuti / die per nucleo Infermiere h 8 Assistenza globale > 100 min. Assistenza infermieristica > 20 min
SR	Staff: Infermiere, OSS, Animazione Assistenza globale > 50 min.
SRD	Staff: Infermiere, OSS, Psicologo Terapia cognitiva e orientamento Assistenza globale > 80 min.

2) Persone disabili giovani e adulti

Codice Descrizione

- RD1** prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative in regime residenziale *a persone disabili che necessitano di riabilitazione intensiva o estensiva, nonché trattamenti di mantenimento per soggetti con problemi ad alta intensità assistenziale, inclusi i soggetti a responsabilità minimale.*
- RD2** prestazioni diagnostiche, terapeutiche *riabilitative e socioriabilitative* a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico;
- RD3** prestazioni terapeutiche, *riabilitative e socioriabilitative di mantenimento*, in regime residenziale *congiuntamente a prestazioni tutelari* per disabili gravi
- RD4** prestazioni terapeutiche, *riabilitative e socioriabilitative di mantenimento*, in regime residenziale *congiuntamente a prestazioni tutelari* per disabili privi di sostegno familiare

Prestazioni	standard qualificanti *	indicatori
Livello a)	<i>Riabilitazione :</i> Infermiere h 24 Assistenza medica: 180 minuti / die per nucleo Assistenza globale > 130 min/pz/die Terapia Riab > 180 min/pz/die Intensiva Terapia Riab > 60 min/pz/die Estensiva <i>Responsività minimale :</i> Infermiere h 24 Assistenza medica: 180 minuti / die per nucleo Assistenza globale > 210 min/pz/die Terapia Riab > 30 min/pz/die	- Numero p.l. per 1.000 abitanti - % di strutture che rispettano gli standard - N. pz in lista di attesa - Durata media attesa
Livello b)	Assistenza globale > 180 min Assistenza medica: 160 minuti / die per nucleo Terapia psico-educativa > 120 min/pz/die Terapia riabilitativa > 60 min/pz/die	- Numero p.l. per 1.000 abitanti - % di strutture che rispettano gli standard - N. pz in lista di attesa - Durata media attesa
Livello c) gravi privi di supporto	Assistenza medica: 80 minuti / die per nucleo Assistenza globale > 160 min/pz/die Terapia Riab > 30 min/pz/die Assistenza globale > 130 min/pz/die Terapia Riab > 30 min/pz/die	- Numero p.l. per 1.000 abitanti - % di strutture che rispettano gli standard - N. pz in lista di attesa - Durata media attesa

3) Persone con patologie psichiatriche

RP1 Prestazioni terapeutico-riabilitative.

Sono erogate in strutture per pazienti che, anche nella fase della post-acuzie, necessitano di progetti terapeutici riabilitativi. Deve essere definita la durata massima di degenza sulla base degli specifici obiettivi terapeutici.

RP1.1 Prestazioni terapeutiche riabilitative intensive.

Sono erogate in strutture nelle quali vengono accolti pazienti, anche nella fase della post-acuzie, che richiedono interventi terapeutico-riabilitativi di carattere intensivo e l'attuazione di programmi di reinserimento sociale. Il personale sanitario è presente nelle 24 ore. La durata massima della degenza è fissata dal progetto terapeutico, non superiore a 18 mesi.

RP1.2 Prestazioni terapeutico-riabilitative estensive.

Sono erogate in strutture che accolgono pazienti con problematiche croniche per i quali non è opportuno un trattamento intensivo sotto il profilo riabilitativo ma che necessitano comunque di assistenza e di trattamenti terapeutico-riabilitativi di tipo estensivo. Le strutture sono differenziate in base al numero di ore di presenza del personale, calcolato in ragione dei bisogni assistenziali degli ospiti:

RP1.2.1 Il personale socio-sanitario è presente sulle 24 ore. E' definita una durata massima della degenza di 36 mesi, eventualmente prorogabile nei casi in cui l'equipe curante ne motivi la proroga.

RP1.2.2 Il personale socio-sanitario è presente sulle 12 ore. E' definita una durata massima della degenza di 36 mesi, eventualmente prorogabile nei casi in cui l'equipe curante ne motivi la proroga.

RP2 Prestazioni socio-riabilitative.

Sono erogate in strutture che rispondono ai bisogni di soggetti parzialmente non autosufficienti ma non assistibili nel proprio contesto familiare che necessitano di una soluzione abitativa a vario grado di tutela sanitaria. Non viene definita la durata massima dell'ospitalità.

RP2.1 Il personale socio-sanitario è presente sulle 24 ore.

RP2.2 Il personale socio-sanitario è presente sulle 12 ore..

SRP Prestazioni semiresidenziali (SRP)

L'attività semiresidenziale è erogata in strutture collocate nel contesto territoriale che accolgono i pazienti durante le ore diurne. Sono strutture gestite direttamente da soggetti erogatori pubblici (Dipartimento di Salute Mentale) o da soggetti erogatori privati accreditati, accreditati che operano comunque nell'ambito del sistema di offerta del DSM, attive almeno 6 ore al giorno per 6 giorni la settimana, dotate di équipe multiprofessionali.

Prestazioni	Standard qualificanti
R.P.1.1	Assistenza medica > h 4 Infermiere h 24 Psicologo > 30 min / pz / die Attività terapeutico-riabilitative > 210 min/pz/die
R.P.1.2.1	Assistenza medica > h 2 Infermiere h 24 Psicologo > 20 min / pz / die Attività terapeutico-riabilitative > 90 min/pz/die
R.P.1.2.2	Assistenza medica > h 2 Infermiere h 12 Psicologo > 20 min / pz / die Attività terapeutico-riabilitative > 90 min/pz/die
R.P.2.1	Infermiere h 24 Attività socio-riabilitative > 90 min/pz/die
R.P.2.2	Infermiere h 12 Attività socio-riabilitative > 90 min/pz/die
SRP	Staff. Infermiere, OSS, Psicologo Ass. sociale, Animatore

4) Prestazioni nei Centri Residenziali per Cure Palliative / Hospice

Qualità	Complessità	Intensità
<p>Presenza di:</p> <p>1. <i>specifici Protocolli formalizzati per il controllo del dolore e dei sintomi, per la sedazione, per l'alimentazione e l'idratazione, per il nursing.</i></p> <p>2. <i>Programmi formalizzati:</i></p> <p>a. <i>per l'informazione, la comunicazione e il sostegno al paziente e alla famiglia;</i></p> <p>b. <i>l'accompagnamento alla morte e assistenza al lutto;</i></p> <p>c. <i>per l'audit clinico e il sostegno psico-emotivo all'equipe;</i></p> <p>d. <i>per la formazione continua del personale.</i></p> <p>3. <i>specifici Criteri per il reclutamento e la valutazione periodica del personale.</i></p> <p>4. <i>Accordi formalizzati con i Soggetti erogatori di cure palliative domiciliari accreditati nell'ASL di riferimento, all'interno della rete di cure palliative, a garanzia della continuità del percorso di cura.</i></p>	<p><i>Presenza di una Equipe multidisciplinare e multiprofessionale, composta almeno da:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - medico - infermiere - operatore tecnico dell'assistenza - fisioterapista - psicologo - assistente sociale - assistente spirituale 	<p><i>Sette giorni su sette</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - assistenza medica sulle 24 ore - presenza infermieristica continuativa nelle 24 ore - presenza continuativa di operatori tecnici della assistenza sulle 24 ore <p><i>Minuti assistenza paziente die:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - medico 30' - infermiere 180' - personale di assistenza 180' - fisioterapista 7' - psicologo 8' - assistente sociale 8' - assistente spirituale 5'

Qualità	Complessità	Intensità
<p>Presenza di:</p> <p>1. <i>Specifici Protocolli Formalizzati</i> per il controllo del dolore e dei sintomi, per la sedazione, per l'alimentazione e l'idratazione, per il nursing anche per la gestione di malattie rare e di minori ventilatori dipendenti</p> <p>3. <i>Accordi formalizzati</i> con tutti i Soggetti ed Istituzioni della rete a garanzia della continuità del percorso di cura.</p> <p>5. <i>Programmi formalizzati</i>:</p> <p>a. per l'informazione, la comunicazione e il sostegno al bambino e alla famiglia ed alle altre agenzie della comunità con cui il bambino può avere interazione;</p> <p>b. l'accompagnamento alla morte e assistenza al lutto;</p> <p>c. per l'audit clinico e il sostegno psico-emotivo alle equipe;</p> <p>d. per la formazione continua del personale.</p> <p>6. <i>Definizione di criteri ed indicatori</i> per monitoraggio dell'assistenza e della qualità percepita, valutati anche dopo la fase di lutto</p> <p>7. <i>Definizione di specifici criteri di conoscenza, competenza ed esperienza professionale per il reclutamento del personale</i> e selezione di indicatori di risultato da utilizzarsi anche per la valutazione periodica del personale</p>	<p><i>Presenza di una Equipe multidisciplinare e multiprofessionale, composta almeno da:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - medico - infermiere - operatore tecnico dell'assistenza - fisioterapista - psicologo - assistente sociale - assistente spirituale - educatore 	<p><i>Sette giorni su sette</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - assistenza medica sulle 24 ore - presenza infermieristica continuativa nelle 24 ore - presenza continuativa di <p><i>Minuti assistenza e supporto alla famiglia (paziente/die)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - medico 30' - infermiere 180' - personale assistenza 180' - fisioterapista 15' - psicologo 30' - educatore 60' - assistente sociale 10' - assistente spirituale 10'

ALLEGATO 22 - PROGETTO MATTONI

Prestazioni Resid. e Semires.

Il Progetto “MATTONI SSN” è stato sviluppato⁶²⁵ con l’obiettivo di definire e creare un linguaggio comune a livello nazionale per garantire la confrontabilità delle informazioni condivise nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). La corretta progettazione e sviluppo del NSIS ha richiesto la disponibilità di un linguaggio comune che consentisse l’interscambio tra il sistema informativo e i sistemi sanitari regionali.

La definizione di questo linguaggio comune ha implicato la nascita del Progetto Mattoni SSN, in cui numerosi professionisti impegnati in 15 diverse linee progettuali hanno elaborato metodiche con l’intento di rispondere alle esigenze informative del NSIS.

I 15 Mattoni del SSN

- 01 - Classificazione delle strutture
- 02 – Classificazione delle prestazioni ambulatoriali
- 03 - Evoluzione del sistema DRG nazionale
- 04 – Ospedali di Riferimento
- 05 - Standard minimi di quantità di prestazioni
- 06 – Tempi di attesa
- 07 - Misura dell’appropriatezza
- 08 – Misura dell’Outcome
- 09 - Realizzazione del Patient File
- 10 – Prestazioni farmaceutiche
- 11 - Pronto soccorso e sistema 118
- 12 – Assistenza residenziale e semiresidenziale**
- 13 - Assistenza primaria e prestazioni domiciliari
- 14 - Misura dei costi del SSN
- 15 – Assistenza sanitaria collettiva

Assistenza Residenziale e Semiresidenziale (per Anziani)

⁶²⁵ Repertorio Atti n. 1895 del 10 dicembre 2003 CONFERENZA STATO REGIONI SEDUTA DEL 10 DICEMBRE 2003

Classificazione delle prestazioni e codici di attività

Codice	Descrizione
R1	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) a persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale, essenziale per il supporto alle funzioni vitali ed in particolare: ventilazione meccanica, ossigenoterapia continua, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (riferiti a persone in condizione di stato vegetativo o coma prolungato, persone con gravi insufficienze respiratorie, pazienti terminali etc.).
R2	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) a persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria Risposta - cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione entrale etc.
R2D	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (<i>Nuclei Alzheimer</i>) a pazienti con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente "protesico"
R3	Prestazioni erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento).
SR 1	Prestazioni Semiresidenziali – Prestazioni di cure estensive o di mantenimento per anziani erogate in centri diurni
SR 2	Prestazioni Semiresidenziali Demenze – Prestazioni di cure estensive o di mantenimento per persone con demenza senile erogate in centri diurni.

Standard qualificanti del servizio

Prestazioni	Standard qualificanti
R1	Guardia medicRisposta - h 24 Assistenza medicRisposta - 300 minuti / die per nucleo Infermiere: h 24 Assistenza globale > 210 min. Assistenza infermieristica > 90 min
R2	Assistenza medicRisposta - 160 minuti / die per nucleo Infermiere h 24 Assistenza globale > 140 min Assistenza infermieristica > 45 min

R2D	AssistenzRisposta - 120 minuti / die per nucleo Infermiere h 12 Assistenza globale > 140 min. Assistenza infermieristica > 36 min
R3	Assistenza medicRisposta - 80 minuti / die per nucleo Infermiere h 8 Assistenza globale > 100 min. Assistenza infermieristica > 20 min
SR	Staff: Infermiere, OSS, Animazione Assistenza globale > 50 min.
SRD	Staff: Infermiere, OSS, Psicologo Terapia cognitiva e orientamento Assistenza globale > 80 min

Indicatori

Prestazioni	Indicatori
R1	Numero p.l. per 1.000 anziani Numero di assistiti Tasso occupazione annuo medio N. pz in lista di attesa Durata media attesa
R2	Numero p.l. per 1.000 anziani Numero di assistiti Tasso occupazione annuo medio N. pz in lista di attesa Durata media attesa
R2D	Numero p.l. per 1.000 anziani N. pz in lista di attesa Durata media attesa
R3	Numero p.l. per 1.000 anziani N. pz in lista di attesa Durata media attesa
SR	Numero p.l. per 1.000 anziani N. pz in lista di attesa Durata media attesa
SRD	Numero p.l. per 1.000 anziani N. pz in lista di attesa - Durata media attesa

Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali per Disabili.

Classificazione delle prestazioni e codici di attività

Codice	Descrizione
RD1	prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative in regime residenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione intensiva o estensiva, nonché trattamenti di mantenimento per soggetti con problemi ad alta intensità assistenziale, inclusi i soggetti a responsabilità minimale
RD2	prestazioni diagnostiche, terapeutiche riabilitative e socioriabilitative a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico.
RD3	prestazioni terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative di mantenimento, in regime residenziale congiuntamente a prestazioni tutelari per disabili gravi
RD4	prestazioni terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative di mantenimento, in regime residenziale congiuntamente a prestazioni tutelari per disabili privi di sostegno familiari

Standard qualificanti del servizio e indicatori

Codice	Standard Qualificanti	Indicatori
Livello A)	<p><i>Riabilitazione :</i> Infermiere h 24 Assistenza medicRisposta - 180 minuti / die per nucleo Assistenza globale > 130 min/pz/die Terapia Riab > 180 min/pz/die Intensiva Terapia Riab > 60 min/pz/die</p> <p><i>Estensiva Responsività minimale :</i> Infermiere h 24 Assistenza medicRisposta - 180 minuti / die per nucleo Assistenza globale > 210 min/pz/die Terapia Riab > 30 min/pz/die</p>	<p>Numero p.l. per 1.000 abitanti % di strutture che rispettano gli standard N. pz in lista di attesa Durata media attesa</p>

Livello B)	Assistenza globale > 180 min Assistenza medicRisposta - 160 minuti / die per nucleo Terapia psico-educativa > 120 min/pz/die Terapia riabilitativa > 60 min/pz/die	Numero p.l. per 1.000 abitanti % di strutture che rispettano gli standard N. pz in lista di attesa Durata media attesa
Livello C)	Assistenza medicRisposta - 80 minuti / die per nucleo Gravi Privi di supporto Assistenza globale > 160 min/pz/die Terapia Riab > 30 min/pz/die Assistenza globale > 130 min/pz/die Terapia Riab > 30 min/pz/die	Numero p.l. per 1.000 abitanti % di strutture che rispettano gli standard N. pz in lista di attesa Durata media attesa

* L'assistenza indicata come copertura oraria h 24 è riferita alla presenza nelle 24 ore nel nucleo della figura professionale indicata. L'assistenza globale è riferita al totale dei minuti lavorati giornalmente da infermieri, OSS, terapisti, per nucleo per ospite (totale minuti / 20).

Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali Psichiatriche.

Classificazione delle prestazioni e codici di attività

Codice	Descrizione
RP1.1	Prestazioni terapeutiche riabilitative INTENSIVE. sono erogate in strutture nelle quali vengono accolti pazienti, anche nella fase della post-acuzie, che richiedono interventi terapeutico-riabilitativi di carattere intensivo e l'attuazione di programmi di reinserimento sociale. Il personale sanitario è presente nelle 24 ore. La durata massima della degenza è fissata dal progetto terapeutico, non superiore a 18 mesi.
RP1.2	Prestazioni terapeutico-riabilitative ESTENSIVE. Sono erogate in strutture che accolgono pazienti con problematiche croniche per i quali non è opportuno un trattamento intensivo sotto il profilo riabilitativo ma che necessitano comunque di assistenza e di trattamenti terapeutico-riabilitativi di tipo estensivo. Le strutture sono differenziate in base al numero di ore di presenza del personale, calcolato in ragione dei bisogni assistenziali degli ospiti RP1.2.1 Il personale sociosanitario è presente sulle 24 ore. È definita una durata massima della degenza di 36 mesi, eventualmente prorogabile nei casi in cui l'equipe curante ne motivi la proroga. RP1.2.2 Il personale sociosanitario è presente sulle 12 ore. È definita una durata massima della degenza di 36 mesi, eventualmente prorogabile nei casi in cui l'equipe curante ne motivi la proroga

RP2	<p>Prestazioni socio-riabilitative. Sono erogate in strutture che rispondono ai bisogni di soggetti parzialmente non autosufficienti ma non assistibili nel proprio contesto familiare che necessitano di una soluzione abitativa a vario grado di tutela sanitaria. Non viene definita la durata massima dell'ospitalità.</p> <p>RP2.1 Il personale sociosanitario è presente sulle 24 ore. RP2.2 Il personale sociosanitario è presente sulle 12 ore.</p>
SRP	<p>Prestazioni semiresidenziali (SRP. L'attività semiresidenziale è erogata in strutture collocate nel contesto territoriale che accolgono i pazienti durante le ore diurne. Sono strutture gestite direttamente da soggetti erogatori pubblici (Dipartimento di Salute Mentale) o da soggetti erogatori privati accreditati, accreditati che operano comunque nell'ambito del sistema di offerta del DSM, attive almeno 6 ore al giorno per 6 giorni la settimana, dotate di équipe multiprofessionali. Per le prestazioni semiresidenziali devono essere attuate le stesse modalità operative previste per la residenzialità</p>

Prestazioni	Standard qualificanti
RP1.1	Assistenza medica > h 4 Infermiere h 24 Psicologo > 30 min / pz / die Attività terapeutico-riabilitative > 210 min/pz/die
RP1.2.1	Assistenza medica > h 2 Infermiere h 24 Psicologo > 20 min / pz / die Attività terapeutico-riabilitative > 90 min/pz/die
RP1.2.2	Assistenza medica > h 2 Infermiere h 12 Psicologo > 20 min / pz / die Attività terapeutico-riabilitative > 90 min/pz/die
R.P.2.1 I	Infermiere h 24 Attività socio-riabilitative > 90 min/pz/die
R.P.2.2	Infermiere h 12 Attività socio-riabilitative > 90 min/pz/die
SRP	Infermiere, OSS, Psicologo Ass. sociale Animatore

Gli **indicatori di verifica** vengono sviluppati con criteri simili a quelli adottati per gli anziani.

- N. di Posti Letto accreditati per le diverse tipologie su popolazione –
- N. di nuove ammissioni annue su popolazione
- Giornate di Degenza su popolazione
- Durata media della degenza
- % di ospiti provenienti da degenza SPDC
- % di ospiti provenienti dal domicilio
- % di ospiti dimessi e reinseriti a domicilio
- N. dei pazienti in lista di attesa per ricovero su totale posti accreditati
- Durata media della attesa prima del ricovero

Prestazioni nei Centri Residenziali per Cure Palliative / Hospice

Caratteristiche qualificanti il LEA Hospice

Qualità	Complessità	Intensità
<p>Presenza di:</p> <p>1. specifici Protocolli formalizzati per il controllo del dolore e dei sintomi, per la sedazione, per l'alimentazione e l'idratazione, per il nursing.</p> <p>2. Programmi formalizzati:</p> <p>a. per l'informazione, la comunicazione e il sostegno al paziente e alla famiglia.</p> <p>b. l'accompagnamento alla morte e assistenza al lutto.</p> <p>c. per l'audit clinico e il sostegno psico-emotivo all'equipe. d. per la formazione continua del personale.</p> <p>3. specifici Criteri per il reclutamento e la valutazione periodica del personale.</p> <p>4. Accordi formalizzati con i Soggetti erogatori di cure palliative domiciliari accreditati nell'ASL di riferimento, all'interno della rete di cure palliative, a garanzia della continuità del percorso di cura.)</p>	<p>Presenza di una Equipe multidisciplinare e multiprofessionale, composta almeno</p> <p>dRisposta - - medico - infermiere</p> <p>- operatore tecnico dell'assistenza</p> <p>- fisioterapista</p> <p>- psicologo</p> <p>-assistente sociale</p> <p>- assistente spirituale</p>	<p>Sette giorni su sette - assistenza medica sulle 24 ore</p> <p>- presenza infermieristica continuativa nelle 24 ore</p> <p>- presenza continuativa di operatori tecnici della assistenza sulle 24 ore</p> <p>Minuti assistenza paziente die:</p> <p>- medico 30'</p> <p>- infermiere 180'</p> <p>- personale di assistenza 180' - fisioterapista 7'</p> <p>- psicologo 8'</p> <p>- assistente sociale 8'</p> <p>- assistente spirituale 5'</p>

Prestazioni di Cure palliative nei Centri residenziali per minori (0-18 anni)

Qualità	Complessità	Intensità
<p>Presenza di:</p> <p>1. Specifici Protocolli Formalizzati per il controllo del dolore e dei sintomi, per la sedazione, per l'alimentazione e l'idratazione, per il nursing anche per la gestione di malattie rare e di minori ventilatori dipendenti</p> <p>3. Accordi formalizzati con tutti i Soggetti ed Istituzioni della rete a garanzia della continuità del percorso di cura.</p> <p>5. Programmi formalizzati:</p> <p>a. per l'informazione, la comunicazione e il sostegno al bambino e alla famiglia ed alle altre agenzie della comunità con cui il bambino può avere interazione.</p> <p>b. l'accompagnamento alla morte e assistenza al lutto.</p> <p>c. per l'audit clinico e il sostegno psico- emotivo alle equipe. d. per la formazione continua del personale.</p> <p>6. Definizione di criteri ed indicatori per monitoraggio dell'assistenza e della qualità percepita, valutati anche dopo la fase di lutto</p> <p>7. Definizione di specifici criteri di conoscenza, competenza ed esperienza professionale per il reclutamento del personale e selezione di indicatori di risultato da utilizzarsi anche per la valutazione periodica del personale</p>	<p>Presenza di una Equipe multidisciplinare e multiprofessionale, composta almeno dRisposta -</p> <ul style="list-style-type: none"> - medico - infermiere - operatore tecnico dell'assistenza - fisioterapista - psicologo - assistente sociale - assistente spirituale - educatore 	<p>Sette giorni su sette</p> <ul style="list-style-type: none"> - assistenza medica sulle 24 ore - presenza infermieristica continuativa nelle 24 ore <p>Minuti assistenza e supporto alla famiglia (paziente/die)</p> <ul style="list-style-type: none"> - medico 30' - infermiere 180' - personale assistenza 180' - fisioterapista 15' - psicologo 30' - educatore 60' - assistente sociale 10' - assistente spirituale 10''

ALLEGATO 23 - ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE

NOTE PER LA COMPILAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SUI SINGOLI ADEMPIMENTI PER L'ANNO 2018

In via preliminare verrà verificato il superamento delle inadempienze e degli eventuali impegni derivanti dalla verifica degli anni precedenti.

Le Regioni valutate con punteggio inferiore a 4 alla domanda S.1.2 del Questionario 2017 devono fornire risposta al corrispondente quesito riportato nel Questionario 2018, domanda S.1.2.

La certificazione sintetica terrà conto dei seguenti punti: presenza sul territorio delle diverse tipologie di offerta assistenziale extra ospedaliera (fissazione delle quote a carico delle ASL e dei Comuni per tutte le tipologie di assistenza), erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare e assistenza residenziale e semiresidenziale rilevata attraverso i flussi NSIS.

Per le Regioni valutate inadempienti o adempienti con impegno sarà verificato il potenziamento dell'assistenza di cure domiciliari, residenziali e semiresidenziali nei livelli di intensità che nel 2016 presentavano un valore inferiore alla mediana. In presenza di un incremento dell'assistenza (che comporti almeno l'attribuzione del punteggio minimo) l'eventuale inadempienza o adempienza con impegno degli anni precedenti sarà rivalutata.

S.1.1.

Presenza sul territorio delle seguenti tipologie di offerta assistenziale extra ospedaliera - Risposta - **max 9 punti**.

La valutazione prevede l'attribuzione di **1 punto** per ciascuna voce. Si considera condizione necessaria per la valutazione positiva la presenza sul territorio regionale di almeno 4 delle seguenti tipologie di assistenza -

- Trattamenti residenziali di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale a malati cronici non autosufficienti R3 (a cura del Ministero tramite FAR)
- Trattamenti semiresidenziali di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale a malati cronici totalmente o parzialmente non autosufficienti SR (a cura del Ministero tramite FAR)
- Trattamenti residenziali socio-riabilitativi di mantenimento a persone con disabilità
- Trattamenti semiresidenziali socio-riabilitativi a persone con disabilità
- Trattamenti residenziali socio-riabilitativi a persone con disturbi mentali.

S.1.2 (solo per le Regioni con criticità sul punto S.1.2 del Questionario 2017)

Ripartizione degli oneri: **max 9 punti**.

La valutazione prevede l'attribuzione di 1 punto per ciascuna delle tipologie di assistenza per la quale il Comune/assistito effettivamente sostiene la quota di oneri relativa alla componente socio-assistenziale in conformità al Capo IV del DPCM 12 gennaio 2017 (salvo che la Regione non abbia deliberato di assumere a proprio carico tali quote come "livello superiore regionale" documentato al punto y) del Questionario).

Per l'assegnazione del punteggio sarà considerata condizione necessaria per la valutazione positiva la presenza/assenza delle quote di compartecipazione per almeno 4 delle seguenti tipologie di trattamenti

- presenza della quota di compartecipazione per:
 - Trattamenti residenziali di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale a malati cronici non autosufficienti R3
 - Trattamenti residenziali socio-riabilitativi di mantenimento a persone con disabilità
 - Trattamenti socio-riabilitativi residenziali a persone con disturbi mentali
- assenza della quota di compartecipazione per:
 - Trattamenti residenziali intensivi a malati cronici non autosufficienti R1
 - Trattamenti residenziali di riabilitazione intensiva a persone con disabilità.

S.2

Cure domiciliari e residenziali: la sezione è compilata dal Ministero attraverso i flussi NSIS.

S.2.1.1

Sono considerate le Prese In Carico (PIC) per le quali si è registrato almeno un accesso nell'anno 2018 e un Coefficiente d'Intensità Assistenziale (CIA) > 0,13.

La valutazione prevede l'attribuzione di un punteggio per le Regioni che presentano, nell'anno 2018, un valore uguale o superiore ai seguenti valori (corrispondenti alla mediana della distribuzione dei tassi regionali per ciascun livello di cure domiciliari nell'anno 2016):

Livello I (CIA 1): >2,93 = 1 punto

Livello II (CIA 2): >2,18 = 2 punti

Livello III (CIA 3>0,50): >0,40 = 3 punti

Punteggio max 6 punti.

Perché la domanda sia valutata positivamente è necessario che la Regione abbia ottenuto un **punteggio minimo** totale di almeno **3 punti**.

S.2.2.1

Sono considerate le ammissioni attive aperte al primo gennaio 2018 e quelle aperte nel corso dell'anno.

La valutazione prevede l'attribuzione di un punteggio per le Regioni che presentano, nell'anno 2018, un valore uguale o superiore alla mediana della distribuzione

dei tassi regionali per ciascuna tipologia di struttura nell'anno 2016, come di seguito indicato:

R1: $>0,11 = 3$ punti

R2: $>1,52 = 2$ punti

R2 D: $>0,23 = 2$ punti

R3: $>1,40 = 1$ punto

Punteggio max 8 punti.

La valutazione prevede l'attribuzione di un punteggio in base al posizionamento della Regione rispetto al valore soglia in ciascun livello di intensità. Perché la domanda sia valutata positivamente è necessario che la Regione abbia ottenuto in totale almeno **4 punti**.

S.2.2.2

Sono considerate le ammissioni attive nelle due tipologie di strutture (SR1+SR2) aperte al primo gennaio **2018** e quelle aperte nel corso dell'anno.

La valutazione prevede l'attribuzione di **1 punto** per le Regioni che presentano, nell'anno 2018, un valore uguale o superiore a 0,08.

PUNTEGGIO MASSIMO ATTRIBUITO: 24 PUNTI

Offerta assistenziale: 9 punti (minimo 4 punti)

Cure domiciliari: 6 punti (minimo 3)

Cure residenziali: 8 punti (minimo 4 punti)

Cure semiresidenziali: 1 punto (minimo)

La Regione si considera inadempiente nei seguenti casi:

- non raggiunge il punteggio totale di almeno 15
- non raggiunge il punteggio minimo sia nell'assistenza domiciliare sia nell'assistenza residenziale.

Se la Regione presenta un punteggio inferiore al minimo in una sola delle aree assistenziali territoriali (cure domiciliari, residenziali, semiresidenziali), l'eventuale adempienza sarà accompagnata dall'impegno della Regione a migliorare l'offerta nell'area indicata.

ALLEGATO 24 - PIANO NAZIONALE GOVERNO LISTE Attesa (Allegati)

(PNGLA) 2019-2021

- 1) Introduzione
- 2) Linee di intervento che le regioni garantiscono per il governo delle liste di attesa nei piani regionali
- 3) Elenco delle prestazioni e tempi massimi di attesa oggetto di monitoraggio
 - 3.1) Prestazioni ambulatoriali
 - 3.2) Prestazioni in regime di ricovero
 - 3.3) Prestazioni inserite in Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali nell'area cardiovascolare e oncologica
- 4) Programmi attuativi aziendali
- 5) Attività libero professionale intramuraria (ALPI)
- 6) Monitoraggi e relativi flussi informativi
 - 6.1 Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali in modalità ex post
 - 6.2. Monitoraggio ex ante per le prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale
 - 6.3. Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero programmate
 - 6.4. Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale
 - 6.5. Monitoraggio dei percorsi dei pazienti con patologie oncologiche e cardiovascolari
 - 6.6. Monitoraggio dell'Attività Libero Professionale Intramuraria erogata a carico dell'utente
 - 6.7. Monitoraggio della presenza sui siti Web della sezione su liste e tempi di attesa

Allegato B: Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa.

- 1) Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali.
- 2) Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali.
- 3) Monitoraggio ex post dei tempi di attesa per ricoveri programmati.
- 4) Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Allegato C: Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO"

Il manuale è strutturato nei seguenti capitoli:

Indice

- 1) PREMESSA ALLA FASE II
 - 1.1. Ambiti territoriali di applicazione
 - 1.2. Regioni/PA partecipanti all'applicazione
- 2) VINCOLI STRUTTURALI
 - 2.1. Strumenti di prenotazione
 - 2.2. Referenti
- 3) VINCOLI DI PROCESSO
 - 3.1. Prestazioni previste dall'applicazione
 - 3.2. Indicazioni cliniche condivise dai gruppi tematici Agenas
 - 3.2.1. Regioni che intraprendono o riavviano l'implementazione⁴
 - 3.2.2. Regioni che già applicano il modello
 - 3.2.3. Tutte le Regioni partecipanti
 - 3.2.4. Quali indicazioni cliniche?
 - 3.2.5. Quali classi temporali?
 - 3.2.6. Valutazione concordanza
 - 3.2.7. Numerosità
 - 3.2.8. Audit clinici
 - 3.3. Riassunto dati necessari da raccogliere per l'applicazione
 - 3.4. Procedura operativa

Allegati

Allegato 1 Manuale RAO AGENAS

- a. Procedura operativa per l'applicazione (Fase II) Progetto AGENAS
- b. Tabelle RAO

Allegato 2 - Dati da raccogliere in fase di erogazione su supporto cartaceo

Allegato 3 - Tracciato record

Allegato 4 - Tabella per la raccolta dati AGENAS

Allegato D: Glossario in materia di liste di attesa.

Di seguito si forniscono 3 esempi di indicazioni presenti nel PNGLA 2019-21:

1) Prestazioni e tempi massima di attesa oggetto di monitoraggio**Le prestazioni ambulatoriali**

Nella prescrizione devono essere presenti i seguenti elementi: Indicazione di prima visita/prestazione diagnostica o degli accessi successivi. Quesito diagnostico. Classi di priorità: A (Urgente) da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore. B (Breve) da eseguire entro 10 giorni. D (Differibile) da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici. P (Programmata) da eseguire entro 120 giorni].

Prestazioni in regime di ricovero

(A – ricovero entro 30 gg.. B – ricovero entro 60 gg.. C – ricovero entro 180 gg..
D - Ricovero senza attesa massima definita)

2) Monitoraggi e relativi flussi informativi

Per la rilevazione dei tempi di attesa e la corretta gestione delle liste di attesa, vengono confermati i seguenti monitoraggi:

- 1) Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale.
- 2) Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale.
- 3) Monitoraggio ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale.
- 4) Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione.
- 5) Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche.
- 6) Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria – ALPI (per conto e a carico dell'utente) in libera professione intramuraria ed intramuraria allargata, effettuata attraverso il portale di Agenas (<http://alpi.agenas.it>), secondo le relative Linee Guida ad oggi in fase di revisione.
- 7) Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa.
- 8) Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende di prenotazione (delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria) nel sistema CUP.

I risultati del Monitoraggio saranno diffusi attraverso il Portale del Ministero della Salute.

ALLEGATO 25 - I BUNDLES (PACCHETTI ASSISTENZIALI)

Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia - Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità. *Bundle per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza connesse alle pratiche assistenziali* (05/08/2019)

https://arcs.sanita.fvg.it/media/uploads/2020/05/15/Bundle%2005%2008%202019_2.pdf

Allegato 1 - Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (ISC)

Fase pre e post-operatoria

- 1) Per gli interventi in elezione di chirurgia cardiotoracica e di artroprotesi ortopedica effettuare lo screening per la presenza nasale di *S. aureus* (MSSA e MRSA) e in caso di positività effettuare la bonifica nasale con mupirocina pomata 2%
- 2) Assicurarsi che il paziente si sia fatto la doccia (se non è possibile, procedere con bagno o igiene al letto del paziente) lo stesso giorno o quello precedente l'intervento chirurgico, usando sapone o detergente liquido
- 3) Evitare la tricotomia; nel caso fosse indispensabile utilizzare il clipper
- 4) Non toccare o rimuovere, salvo diversa indicazione clinica (es. garza sporca, bagnata), la medicazione della ferita nelle 48 ore successive l'intervento
- 5) Usare una tecnica asettica per l'ispezione della ferita e/o in caso di necessità di cambio della medicazione.

Fase intra-operatoria:

- 1) Prescrivere la profilassi chirurgica secondo i protocolli/procedure aziendali (molecola, dosaggio, redosing e durata) §
- 2) Somministrare la profilassi chirurgica entro i 60 minuti che precedono l'incisione chirurgica#°
- 3) Eseguire l'antisepsi della cute con clorexidina gluconata al 2% in alcool 70% (in caso di sensibilità del paziente alla clorexidina utilizzare iodopovidone in base alcolica) e lasciare asciugare prima dell'incisione
- 4) Mantenere il livello della glicemia peri-operatoria inferiore a < 200 mg/dl
- 5) Mantenere la temperatura corporea del paziente sopra i 36°C durante tutto il periodo peri-operatorio

§ Non applicabile nei casi in cui l'antibiotico-profilassi non sia prevista dal protocollo aziendale

Anche nei tagli cesarei

° Per alcuni antibiotici la finestra potrebbe essere più ampia e dovuta alle modalità di omministrazione: considerare in questi casi l'emivita del farmaco secondo il protocollo/procedura aziendale

Gli altri bundle

- Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (ISC)
- Posizionamento del catetere vescicale (CV) a permanenza
- Gestione del catetere vescicale (CV) a permanenza
- Posizionamento del catetere venoso periferico (CVP)
- Gestione del catetere venoso periferico (CVP)
- Posizionamento del catetere venoso centrale di qualsiasi tipo e del catetere periferico Midline
- Gestione del catetere venoso centrale di qualsiasi tipo del catetere periferico Midline
- Prevenzione della polmonite nei pazienti sottoposti a ventilazione meccanica
- Prevenzione della contaminazione nel prelievo per l'emocoltura

ALLEGATO 26 - REVISIONI SISTEMATICHE

Revisioni Sistematiche

Le Revisioni Sistematiche (RS) sono progetti di ricerca che sintetizzano e valutano criticamente in un unico documento gli esiti di tutti gli studi condotti riguardo ad un determinato e ben definito quesito clinico o intervento sanitario.

Le RS hanno importanti ricadute pratiche: sono utilizzate per sviluppare linee guida, possono orientare le scelte in ambito sanitario e, in generale, fornendo una sintesi esaustiva delle conoscenze in merito ad un determinato argomento, permettono ai professionisti di orientarsi meglio nell'enorme mole di letteratura scientifica ad oggi disponibile.

Per valutare una RS sono disponibili due strumenti complementari:

- la Checklist AMSTAR 2, che permette di valutare la metodologia di conduzione di una RS (Shea, 2017).
- la Checklist PRISMA, per la valutazione della qualità del reporting dei risultati della RS (Moher, 2009).

Attualmente la metodologia più accreditata per la conduzione di RS e per la produzione di linee-guida è il metodo GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) (Schünemann, 2013).

I passi fondamentali per la conduzione di una RS sono i seguenti:

- 1) Formulazione del quesito
- 2) Traduzione del quesito in strategia di ricerca
- 3) Ricerca della letteratura
- 4) Screening della letteratura
- 5) Valutazione di eleggibilità
- 6) Valutazione della qualità delle evidenze
- 7) Sintesi dei risultati

1) Formulazione del quesito

È necessario formulare una ben precisa domanda di ricerca cui la RS dovrà rispondere. Per schematizzare il quesito di ricerca si fa riferimento al "PICO framework", che richiede di definire attentamente almeno 4 componenti essenziali della ricerca:

P – Patient: pazienti/popolazione/condizione in esame

I – Intervention: intervento (in studi sperimentali) / esposizione (in studi osservazionali) che si intende indagare

C – Comparison: intervento alternativo / gruppo di controllo

O – Outcome: esito in studio⁶²⁶

⁶²⁶ A proposito di outcome, è importante categorizzare i vari outcome in categorie diverse in base alla rilevanza che questi possono avere sulle decisioni cliniche. Per farlo si posizionano i vari outcome su una scala da 1 (minore importanza) a 9 (massima importanza) e si considerano come outcome critici quelli con punteggio 7 – 9 (ad es. mortalità), importanti ma non critici quelli con punteggio 4 – 6, e di limitata importanza se il punteggio va da 1 a 3 (ad es. nausea). Per assegnare il punteggio ad ogni outcome andrebbero presi in considerazione più punti di vista, e quindi coinvolgere non solo i professionisti ma anche i pazienti.

Altre componenti che possono essere definite facoltativamente sono:

S – Study design / Setting

T – Time

2) Traduzione del quesito in strategia di ricerca

La strategia di ricerca ideale è quella che consente di reperire, su scala internazionale, tutti gli studi, pubblicati e non, che riguardano l'argomento della revisione. Per fare questo, è necessario strutturare una strategia di ricerca che permetta di individuare tutti gli elementi definiti nel PICO, tramite l'utilizzo degli operatori Booleani⁶²⁷. Bisognerà quindi costruire stringhe di ricerca separate per descrivere i 4 concetti di patient, intervention, comparison ed outcome individuati nel PICO. In queste stringhe i vari sinonimi andranno uniti tra loro con l'operatore "OR". Infine, sarà necessario unire le 4 stringhe di ricerca così formulate in una stringa unica, utilizzando l'operatore "AND".

3) Ricerca della letteratura

Le stringhe di ricerca costruite secondo i criteri suesposti devono essere utilizzate per la ricerca di evidenze su più database. La ricerca può essere condotta su banche dati generiche (PubMed, Web of Science, Embase, The Cochrane Library, Scopus, HSTAT, eMedicine, SUMSearch, Clinical Evidence, Biosis, LILACS), su banche dati specifiche (CINAHL - infermieristica, PsycINFO - psicologia, CANCELIT - oncologia, TOXNET - tossicologia, AIDSLINE - AIDS) o da altre fonti (registri di trial, letteratura grigia, conference proceedings, ricerca manuale su riviste del settore non indicizzate, reference lists degli studi inclusi o di precedenti revisioni sistematiche, contatti con esperti dell'area). Affinché una revisione sia considerata sistematica, è necessario che la ricerca venga condotta su almeno 2 database e che a questa si associ la valutazione della bibliografia degli articoli inclusi, dei registri di trial e della letteratura grigia, nonché il consulto con esperti del settore. Dalle evidenze individuate nei vari database andranno eliminati i doppioni prima di procedere alla fase successiva (esistono specifici software atti allo scopo, ad es. RevMan)

4) Screening della letteratura

Questa fase ha l'obiettivo di individuare, tramite la lettura di titoli ed abstract, gli studi che affrontano il quesito di ricerca. Questo processo è condotto da almeno 2 reviewers indipendentemente sugli stessi articoli o separatamente, dopo aver testato una concordanza tra reviewer di almeno l'80%. La selezione degli studi individuati è condotta sulla base di criteri di inclusione ed esclusione espliciti, definiti a priori.

⁶²⁷ Nell'algebra di Boole le variabili possono assumere solamente i valori di vero e falso (valori di verità), generalmente denotati rispettivamente con 1 o 0.

5) **Valutazione di eleggibilità**

Consiste nella lettura dei full text degli articoli selezionati nella fase di screening, per valutare l'attinenza degli studi rispetto al PICO ed ai criteri di inclusione ed esclusione. Il processo può essere condotto da almeno due reviewer in consenso o singolarmente dopo aver testato una concordanza tra reviewer di almeno l'80%.

6) **Valutazione della qualità delle evidenze**

È importante valutare la qualità delle evidenze rintracciate nei vari articoli scientifici. Il metodo GRADE prevede che venga analizzata la qualità delle evidenze per ogni singola misura di esito presa in considerazione, analizzando gli studi individuati rispetto al disegno (RCT, studi di coorte, ecc.), ai possibili bias (ad es. modalità di assegnazione, cecità, follow-up), alla precisione dei risultati, alla corrispondenza e applicabilità dei risultati al PICO di interesse, alla coerenza fra i risultati di studi diversi.

Il primo determinante della valutazione di qualità, secondo il metodo GRADE, è il disegno di studio:

- gli RCT partono con una valutazione di qualità alta.
- gli studi osservazionali con una valutazione di qualità bassa.

Si procede poi alla valutazione dell'impatto di altri fattori che possono abbassare o alzare la qualità degli studi:

Fattori che possono abbassare la qualità degli studi:

- Rischio di bias:

Per ogni rischio di bias esposto di seguito dovrà essere dato un giudizio (rischio presente/assente/non chiaro).

Per RCT:

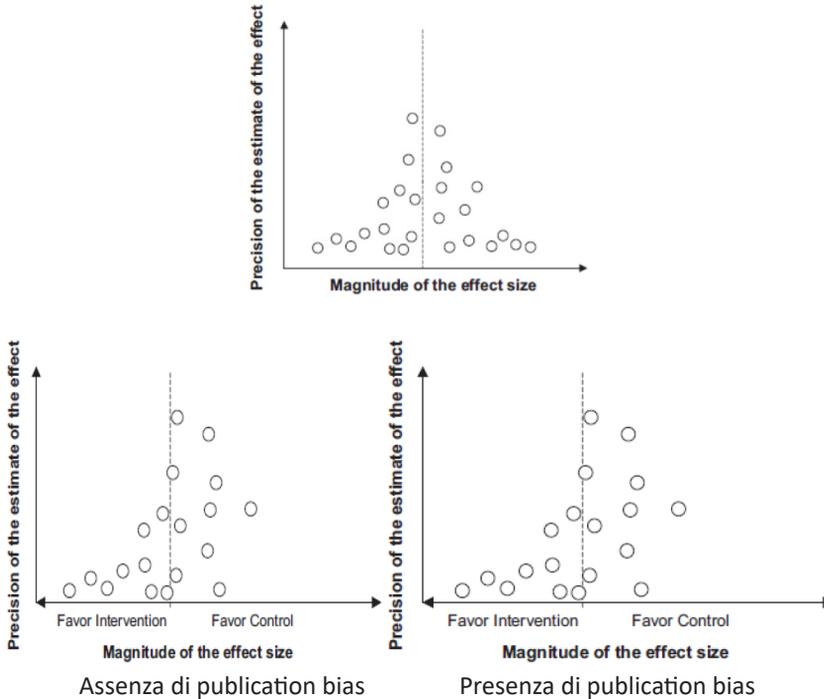
- modalità con cui è stata eseguita la randomizzazione (assegnazione dei pazienti ai bracci di trattamento).
- allocation concealment (mancanza o problemi di mascheramento nell'assegnazione al braccio di trattamento o di controllo).
- performance bias (mancanza o problemi nella cecità dei pazienti e/o del personale).
- detection bias (mancanza o problemi nella cecità per esiti influenzabili dal giudizio di chi valuta gli effetti del trattamento).
- attrition bias (ampie perdite al follow-up o perdite al follow-up asimmetriche nei due gruppi, o interruzioni precoci a vantaggio del trattamento in mancanza dell'analisi intention to treat).
- reporting bias (relazione incompleta o assente in merito ad alcuni risultati)

Per studi osservazionali:

- problemi nell'applicare appropriatamente i criteri di eleggibilità nei due gruppi in studio (es. selezione di esposti e non esposti, negli studi di coorte, provenienti da popolazioni diverse).

- imperfetta rilevazione di esposizione e outcome (es. recall bias negli studi caso controllo, diversa sorveglianza per l'individuazione degli outcome in esposti e non esposti).
- non adeguato controllo dei fattori di confondimento.
- follow-up incompleto o inadeguatamente breve.
- Inconsistency:
Variabilità nelle stime di efficacia degli studi inclusi, valutabile attraverso l'utilizzo di test di eterogeneità. L'inconsistency può essere dovuta a differenze cliniche (alcuni sottogruppi di pazienti manifestano effetti diversi, sono sottoposti a diverso intervento) o metodologiche (studi condotti in modi diversi) tra gli studi, o all'effetto del caso.
- Indirectness:
Non diretta trasferibilità dei risultati al contesto di interesse per scarsa aderenza degli studi individuati al PICO. Si può verificare nei seguenti casi:
 - confronto indiretto: non si hanno studi che confrontano direttamente A con B ma solo studi che confrontano A con C e B con C. I dati estratti da questi studi permettono un confronto indiretto di A e B, ma la qualità della prova sarà ridotta.
 - popolazione, intervento, controllo o esiti indiretti: il quesito per il quale si deve produrre la raccomandazione si riferisce a una popolazione, un intervento, un controllo o considera esiti diversi da quelli per i quali sono disponibili prove di efficacia (es. la popolazione in studio è quella pediatrica, ma tutti i trial sull'intervento specifico sono stati svolti solo su soggetti adulti).
 - ricorso a esiti surrogati (es. densità ossea al posto dell'esito "frattura").
- Imprecision:
I risultati possono essere «imprecisi» quando gli studi includono pochi pazienti (dimensione campionaria troppo ridotta) e/o si verificano pochi eventi, producendo così stime con intervalli di confidenza molto ampi.
- Publication bias:
Distorsione che si verifica quando la probabilità che uno studio scientifico venga pubblicato dipende dal tipo di risultato: studi con risultati statisticamente significativi a favore di un intervento sanitario vengono pubblicati più facilmente rispetto a studi con risultati negativi. In questo senso bisogna considerare che studi condotti su campioni più ampi restano non pubblicati meno frequentemente, mentre studi di piccole dimensioni che non apportano novità rispetto a quanto già noto restano più di frequentemente non pubblicati. Per individuare la presenza di publication bias è utile la costruzione di un funnel plot (grafico che riporta sulle ascisse la dimensione dell'effetto, e sulle ordinate la precisione della stima): se il funnel plot è simmetrico non c'è publication bias. Per minimizzare il rischio di

publication bias è importante condurre con cura la ricerca, verificando, per quanto possibile, anche l'esistenza di studi non pubblicati.



Fattori che possono alzare la qualità degli studi:

- **Effetti molto grandi:**
Se il Rischio Relativo di un effetto riportato su uno studio osservazionale è grande ($RR > 2$ o $< 0,5$) o molto grande ($RR > 5$ o $< 0,2$).
- **Gradiente dose-risposta:**
La presenza di un gradiente dose-risposta è un criterio che permette di presumere l'esistenza di una relazione causa-effetto.
- **Effetto di confondenti residuali**⁶²⁸:
La qualità dello studio può essere incrementata se è plausibile che gli effetti di confondenti residuali possano ridurre l'effetto dimostrato dallo studio o aumentarne l'effetto (se lo studio non ha dimostrato effetti).

⁶²⁸ I confondenti residuali sono tutti i possibili confondenti che non sono stati tenuti in conto per l'aggiustamento dell'analisi, e che sono quindi potenzialmente distribuiti in modo diverso tra gruppo d'intervento e gruppo di controllo.

7) Sintesi dei risultati

Il metodo GRADE prevede due modalità di sintesi dei dati:

– *Evidence Profile* (EP)

Tabella che contiene informazioni dettagliate sulla qualità delle evidenze e la sintesi dei risultati per ogni outcome considerato. Nello specifico l'EP contiene una lista degli outcome d'interesse, numero degli studi e loro disegno, risultato di ogni singola voce della valutazione di qualità (rischio di bias, inconcistenza, indirettness, imprecision, altre considerazioni), numero di eventi sul totale nel gruppo d'intervento e nel gruppo di controllo, RR, valutazione complessiva della qualità delle evidenze, giudizio sull'importanza dell'outcome (vedi Tabella 1).

– *Summary of Findings* (SoF)

Quadro con le informazioni chiave utili per i decisori: lista degli outcome, numero di eventi sul totale nel gruppo d'intervento e nel gruppo di controllo, RR, numero di partecipanti, numero di studi e loro disegno, valutazione complessiva della qualità delle evidenze (vedi Tabella 2).

Tabella 1. Esempio di Evidence Profile (tratto da: Guyatt, 2011)

Table 1
GRADE evidence profile: antibiotics for children with acute otitis media

Quality assessment					Summary of findings						
No of studies (Design)	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Publication bias	Number of patients		Relative risk (95% CI)	Absolute risk		Quality
						Placebo	Antibiotics		Control risk*	Risk difference (95% CI)	
Pain at 24h 5 (RCT)	No serious limitations	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	Undetected	241/605	223/624	RR 0.9 (0.78–1.04)	367/1,000	Not Significant	⊕⊕⊕⊕ High
Pain at 2–7 d 10 (RCT)	No serious limitations	No serious inconsistency	No serious indirectness	No serious imprecision	Undetected	303/1,366	228/1,425	RR 0.72 (0.62–0.83)	257/1,000	72 fewer per 1,000 (44–98)	⊕⊕⊕⊕ High
Hearing, inferred from the surrogate outcome abnormal tympanometry—1 mo 4 (RCT)	No serious limitations	No serious inconsistency	Serious indirectness (because of indirectness of outcome)	No serious imprecision	Undetected	168/460	153/467	RR 0.89 (0.75–1.07)	350/1,000	Not Significant	⊕⊕⊕○ Moderate
Hearing, inferred from the surrogate outcome abnormal tympanometry—3 mo 3 (RCT)	No serious limitations	No serious inconsistency	Serious indirectness (because of indirectness of outcome)	No serious imprecision	Undetected	96/398	96/410	RR 0.97 (0.76–1.24)	234/1,000	Not Significant	⊕⊕⊕○ Moderate
Vomiting, diarrhea, or rash 5 (RCT)	No serious limitations	Serious inconsistency (because of inconsistency in absolute effects)	No serious indirectness	No serious imprecision	Undetected	83/711	110/690	RR 1.38 (1.09–1.76)	113/1,000	43 more per 1,000 (10–86)	⊕⊕⊕○ Moderate

Abbreviations: GRADE, Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation; RCT, randomized controlled trials; CI, confidence interval; RR, risk ratio.
* The control rate is based on the median control group risk across studies.

Tabella 2. Esempio di Summary of findings (tratto da: Guyatt, 2011)

Summary of finding: antibiotics for acute otitis media in children						
Antibiotics compared with placebo for acute otitis media in children						
Patient or population: Children with acute otitis media						
Setting: High- and middle-income countries						
Intervention: Antibiotics						
Comparison: Placebo						
Outcomes	Estimated risks (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No. of Participants (studies)	Quality of the evidence (GRADE)	Comments
	Control risk ^a Placebo	Intervention risk Antibiotics				
Pain at 24h	367 per 1,000	330 per 1,000 (286–382)	RR 0.9 (0.78–1.04)	1229 (5)	⊕⊕⊕⊕ High	
Pain at 2–7 d	257 per 1,000	185 per 1,000 (159–213)	RR 0.72 (0.62–0.83)	2791 (10)	⊕⊕⊕⊕ High	
Hearing, inferred from the surrogate outcome abnormal tympanometry—1 mo	350 per 1,000	311 per 1,000 (262–375)	RR 0.89 (0.75–1.07)	927 (4)	⊕⊕⊕○ Moderate ^b	
Hearing, inferred from the surrogate outcome abnormal tympanometry—3 mo	234 per 1,000	227 per 1,000 (178–290)	RR 0.97 (0.76–1.24)	808 (3)	⊕⊕⊕○ Moderate ^b	
Vomiting, diarrhea, or rash	113 per 1,000	156 per 1,000 (123–199)	RR 1.38 (1.09–1.76)	1,401 (5)	⊕⊕⊕○ Moderate ^c	Ideally, evidence from nonotitis trials with similar ages and doses (not obtained) might improve the quality of the evidence.

Abbreviations: CI, confidence interval; RR, risk ratio; GRADE, Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation.

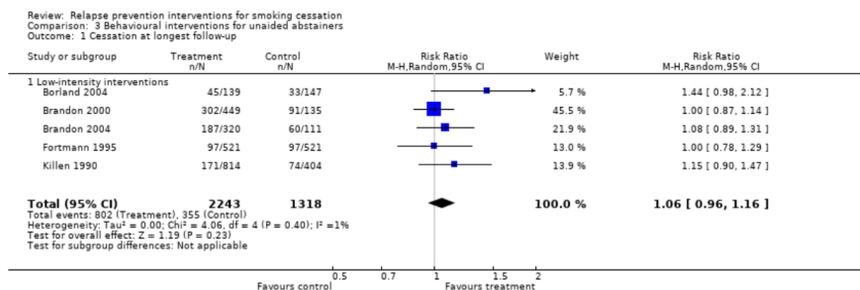
^a The basis for the control risk is the median control group risk across studies. The intervention risk (and its 95% CI) is based on the control risk in the comparison group and the relative effect of the intervention (and its 95% CI).

^b Because of indirectness of outcome.

^c Generally, GRADE rates down for inconsistency in relative effects (which are not inconsistent in this case). Inconsistency here is in absolute effects, which range from 1% to 56%. Contributing factors to the decision to rate down in quality include the likely variation between antibiotics and the fact that most of the adverse events come from a single study. Consideration of indirect evidence from other trials of antibiotics in children (not undertaken) would likely further inform this issue.

In un sottogruppo di RS, laddove l'eterogeneità tra gli studi non è troppo ampia, è possibile condurre anche una sintesi quantitativa delle evidenze, ossia una **metanalisi**. I risultati di ogni singolo studio incluso ed il risultato complessivo della metanalisi vengono convenzionalmente rappresentati in un Forest Plot (Figura 1), in cui vengono confrontati gli effetti di trattamento/intervento in esame con un trattamento/intervento alternativo. Il grafico è diviso in due da una linea verticale che rappresenta la non significatività statistica, cioè l'assenza di differenze tra gli effetti dei due trattamenti a confronto. Il risultato di ogni studio è rappresentato da un quadratino (la cui collocazione indica la stima puntuale dell'effetto e la cui grandezza è proporzionale alla numerosità campionaria dello studio) e una linea orizzontale (l'intervallo di confidenza associato alla misura di effetto, tanto più ampia è questa linea, tanto più i risultati dello studio in esame sono incerti, cioè potenzialmente attribuibili all'effetto del caso. Se la linea che indica l'intervallo di confidenza attraversa la linea verticale, i risultati dello studio vengono considerati statisticamente non significativi). La metanalisi combina insieme i risultati di tutti gli studi, permettendo una valutazione quantitativa globale degli effetti del trattamento/intervento, riducendo al contempo l'incertezza dei risultati. Il risultato della metanalisi viene rappresentato con un diamante, il cui centro rappresenta la stima puntuale dell'effetto, mentre la distanza tra i lati rappresenta l'intervallo di confidenza.

Figura 1. Esempio di Forest plot (tratto da: Livingstone-Banks, 2019)



Bibliografia

Guyatt et al. 2011. GRADE guidelines: 1. Introduction - GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*.

Livingstone-Banks et al. 2019. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Moher et al. 2009. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ*.

Schünemann et al. 2013. *GRADE Handbook*.

Shea et al. 2017. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*.

ALLEGATO 27 - LINEE GUIDA

MANUALE METODOLOGICO PER LA PRODUZIONE DI LINEE GUIDA DI PRATICA CLINICA (vers. 1.3.2. luglio 2019)

1) Introduzione

- 1.1 Le linee guida: cosa sono e a cosa servono
- 1.2 Informazioni su questo manuale
- 1.3 Finalità e destinatari del manuale
- 1.4 Criteri di prioritizzazione delle tematiche oggetto di LG
- 1.5 Principi chiave per la produzione di una LG ISS

2) Gruppi coinvolti nella produzione di una LG e conflitto di interessi

- 2.1 Comitato tecnico-scientifico
- 2.2 Quality Assurance team
- 2.3 Panel di esperti
 - 2.3.1 Modalità di costituzione del Pane
 - 2.3.2 Formazione dei panellisti
 - 2.3.3 Organizzazione e svolgimento dei meeting
 - 2.3.4 Processo decisionale e raggiungimento del consenso tra i panellisti
- 2.4 Gruppo di lavoro per la linea guida
 - 2.4.1 Developer
 - 2.4.2 Evidence Review Team
 - 2.4.3 Team per l'analisi economica
 - 2.4.4 Documentalisti
 - 2.4.5 Esperti di bioetica
 - 2.4.6 Segreteria scientifica
 - 2.4.7 Segreteria tecnico-organizzativa
- 2.5 Referee esterni indipendenti
- 2.6 Stakeholder
- 2.7 Conflitto di interesse
 - 2.7.1 Riconoscere il conflitto d'interesse
 - 2.7.2 Tipologie di interesse
 - 2.7.3 Disclosure degli interessi
 - 2.7.4 Valutazione e gestione degli interessi concorrenti
 - 2.7.5 Trasparenza
- 2.8 Codice di riservatezza

3) Sviluppo dello scope

4) Dal quesito clinico alle raccomandazioni: il metodo GRADE-ADOLPMENT

- 4.1 Definizione dei quesiti clinici.
- 4.2 Individuazione e classificazione degli outcome

- 4.3 Ricerca e valutazione delle evidenze
- 4.4 Sintesi delle evidenze
- 4.5 Valutazione della qualità delle prove per singolo outcome
- 4.6 Valutazione economica
- 4.7 Applicazione del GRADE EtD Framework: dalle evidenze alle raccomandazioni

5) Schemi di PDTA e indicatori di audit

6) Validazione della bozza della LG e risposta ai commenti degli stakeholder

- 6.1 La consultazione con gli stakeholder
- 6.2 Risposta ai commenti degli stakeholder
- 6.3 Quando può essere necessaria un'altra consultazione

7) Revisione della LG da parte di referee esterni indipendenti

8) Finalizzazione, pubblicazione e disseminazione della LG5

- 8.1 Finalizzazione della LG
- 8.2 Firma della versione finale della LG
- 8.3 Rilascio agli stakeholder di una copia non ufficiale della LG
- 8.4 Pubblicazione
- 8.5 Disseminazione della LG
- 8.6 Comunicazione: versione per i pazienti

9) Aggiornamento della LG

10) Lista delle appendici

Bibliografia

ALLEGATO 28 - BUONE PRATICHE

- [Documenti Ministero della Salute](#)
 - ◇ [Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni](#)
- [Raccomandazioni del Gruppo regionale sui farmaci oncologici \(GReFO\)](#)
 - Regione Emilia Romagna
 - ◇ [GREFO n. 51 Ca gastrico- Chemio con platino e fluoropirimidine](#)
 - ◇ [GREFO n. 53 Ca ovarico epiteliale-Olaparib](#)
 - ◇ [GREFO n. 53 Tumore neuroendocrino del pancreas](#)
 - ◇ [GREFO n. 54 Melanoma avanzato](#)
 - ◇ [GREFO n. 56 Linfoma mantellare-Ibrutinib, temsirolimus](#)
 - ◇ [GREFO n. 58 Tumore differenziato tiroide](#)
- [Raccomandazioni AGENAS](#)
 - ◇ [Marcatori circolanti in oncologia. Guida all'uso clinico appropriato](#)
- [Sintesi LG NICE](#) (Credits: traduzione italiana a cura della Fondazione GIMBE)
 - ◇ [Diagnosi e terapia dello scompenso cardiaco cronico negli adulti](#) – (2019)
 - ◇ [Diagnosi e terapia dell'artrite reumatoide negli adulti](#) – (2019)
 - ◇ [Diagnosi, trattamento e supporto dei pazienti affetti da demenza](#) – (2018)
 - ◇ [Diagnosi e trattamento della malattia di Lyme](#) – (2018)
 - ◇ [Assistenza al fine vita di neonati, bambini e giovani con patologie disabilitanti](#) – (2018)
 - ◇ [Diagnosi e trattamento della malattia di Parkinson](#) – (2018)
 - ◇ [Diagnosi e terapia della fibrosi cistica](#) – (2017)
 - ◇ [Diagnosi e terapia delle spondiloartriti](#) – (2017)
 - ◇ [Diagnosi e trattamento dell'endometriosi](#) – (2017)
 - ◇ [Diagnosi, valutazione e trattamento della celiachia](#) – (2016, rev maggio 2019)
 - ◇ [Assistenza agli adulti nel fine vita](#) – (2016)
 - ◇ [Diagnosi e trattamento della menopausa](#) – (2016)
 - ◇ [Diagnosi, terapia, prevenzione e controllo della tubercolosi](#) – (2016)
 - ◇ [Valutazione clinica e trattamento dei pazienti con multimorbidità](#) – (2016)
 - ◇ [Valutazione e trattamento iniziale dei pazienti con trauma maggiore](#) – (2016)
 - ◇ [Riconoscimento e gestione della sepsi in setting non intensivi](#) – (2016)
 - ◇ [Trattamento del diabete tipo 2 negli adulti](#) – (2016)
 - ◇ [Diagnosi e trattamento del melanoma](#) – (2015)
 - ◇ [Diagnosi e trattamento della bronchiolite nei bambini](#) – (2015)
 - ◇ [Gestione del travaglio e del parto pretermine](#) – (2015)
 - ◇ [Gestione della sindrome dell'intestino irritabile negli adulti](#) – (2015)
 - ◇ [Malattia da reflusso gastroesofageo in età pediatrica](#) – (2015)
 - ◇ [Somministrazione fluidi per via endovenosa nei bambini e giovani](#) – (2015)
 - ◇ [Trattamento dell'anemia nella malattia renale cronica](#) – (2015)
 - ◇ [Uso appropriato delle trasfusioni di sangue](#) – (2015)

-
- ◇ [Diagnosi e trattamento dello scompenso cardiaco acuto](#) – (2014. ultima revisione NICE nel 2017: non sono emerse evidenze che modificano le raccomandazioni originali)
 - ◇ [Somministrazione endovenosa di liquidi nei pazienti adulti ospedalizzati](#) – (2013. ultima revisione NICE nel 2017: non sono emerse evidenze che modificano le raccomandazioni originali)
 - ◇ [Richiesta appropriata dei test preparatori nella chirurgia elettiva](#) – (2012. ultima revisione NICE nel 2017: non sono emerse evidenze che modificano le raccomandazioni originali)

ALLEGATO 29 –CHOOSING WISELY ITALY

1) ACP Associazione Culturale Pediatri

- 1) [Evitare l'uso abituale dei cortisonici inalatori nelle flogosi delle prime vie respiratorie dei bambini.](#)
- 2) [Astenersi dal prescrivere aggiunte di latte artificiale nei primi giorni di vita ai neonati in assenza di provate indicazioni mediche.](#)
- 3) [Non prescrivere antibiotici nelle patologie delle vie respiratorie presumibilmente virali in età pediatrica \(sinusiti, faringiti, bronchiti\).](#)
- 4) [Non effettuare Rx torace per la diagnosi e il follow up di polmonite non complicata nel bambino.](#)
- 5) [Evitare la somministrazione di farmaci \(anti H2, procinetici, inibitori di pompa protonica-PPI\) nel Reflusso Gastro Esofageo \(GER\) fisiologico, che non compromette la crescita e non si associa a segni o sintomi sospetti di Malattia da GER. Non prescrivere medicinali ai "vomitatori felici".](#)

2) ADI -Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica - ONLUS Fondazione Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica

- 1) [Non utilizzare i cosiddetti "test di intolleranza alimentare" come strumento per la terapia dietetica dell'obesità né per diagnosticare sospette intolleranze alimentari.](#)
- 2) [Evitare di trattare obesità e disturbi dell'alimentazione con diete pre-stampate e in assenza di competenze multidimensionali.](#)
- 3) [Non incoraggiare un uso estensivo e indiscriminato di integratori alimentari come fattori preventivi delle neoplasie e della patologia cardiovascolare.](#)
- 4) [Evitare in età evolutiva approcci a sovrappeso e obesità, restrittivi, di non dimostrata efficacia e non coinvolgenti la famiglia.](#)
- 5) [Evitare la Nutrizione Artificiale \(NA\) nelle situazioni cliniche in cui un approccio evidence-based non ha dimostrato beneficio, come nei pazienti con demenza in fase avanzata o oncologici in fase terminale.](#)

3) AICPR - Associazione Italiana di Cardiologia Clinica, Preventiva e Riabilitativa

- 1) [Non richiedere di routine una radiografia del torace nei pazienti cardio-operati all'ingresso in cardiologia riabilitativa.](#)
- 2) [Non richiedere tomografia computerizzata \(TC\) coronarica per ricerca di calcificazioni coronariche \(coronary calcium scoring\) nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare.](#)
- 3) [Non richiedere un ECG-Holter nei soggetti con sincope, presincope o sintomatologia vertiginosa in cui sia stata identificata una causa non aritmica.](#)

- 4) [Non associare di routine un inibitore di pompa protonica alla terapia con un singolo farmaco antiaggregante, in assenza di fattori di rischio di sanguinamento.](#)
- 5) [Non fare profilassi antibiotica dell'endocardite infettiva nelle valvulopatie di grado lieve-moderato.](#)

4) AICPR - Associazione Italiana di Cardiologia Clinica, Preventiva e Riabilitativa

- 1) Non richiedere di routine una radiografia del torace nei pazienti cardio-operati all'ingresso in cardiologia riabilitativa.
- 2) Non richiedere tomografia computerizzata (TC) coronarica per ricerca di calcificazioni coronariche (coronary calcium scoring) nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare.
- 3) Non richiedere un ECG-Holter nei soggetti con sincope, presincope o sintomatologia vertiginosa in cui sia stata identificata una causa non aritmica.
- 4) Non associare di routine un inibitore di pompa protonica alla terapia con un singolo farmaco antiaggregante, in assenza di fattori di rischio di sanguinamento.
- 5) Non fare profilassi antibiotica dell'endocardite infettiva nelle valvulopatie di grado lieve-moderato.

5) AIFI - Associazione Italiana Fisioterapisti

- 1) [Non utilizzare apparecchiature di mobilizzazione continua passiva per il trattamento postchirurgico delle ricostruzioni legamentose nel ginocchio o delle protesi non complicate di anca o ginocchio.](#)
- 2) [Non utilizzare trazioni meccaniche o manuali, come unico trattamento o in associazione ad altri trattamenti, in pazienti con lombalgia, in presenza o assenza di dolore radicolare.](#)
- 3) [Non utilizzare esercizi specifici di rinforzo selettivo del Vasto Mediale Obliquo \(VMO\) nella sindrome femoro-rotulea.](#)
- 4) [Non applicare ultrasuonoterapia nelle tendinopatie della cuffia dei rotatori, nelle distorsioni tibiotalarsiche e nella lombalgia.](#)
- 5) [Non insegnare e far praticare la Respirazione Diaframmatica ai pazienti affetti da patologie respiratorie acute o croniche.](#)

6) AIGO - Associazione Italiana Gastroenterologi ed Endoscopisti Digestivi Ospedalieri

- 1) [Non prescrivere la ricerca del sangue occulto fecale \(SOF\), in alcun contesto al di fuori del programma di screening del cancro del colon-retto.](#)
- 2) [Non eseguire colonscopia di sorveglianza per polipi del colon, dopo un esame di qualità, con intervallo differente rispetto a quanto indicato dal](#)

gastroenterologo in calce all'esame o dopo valutazione dell'istologia del polipo.

- 3) Non ripetere esofagogastroduodenoscopia (EGDS) in paziente con diagnosi di malattia da reflusso gastroesofageo, con o senza ernia iatale, in assenza di nuovi sintomi.
- 4) Non prescrivere controllo ecografico addominale sistematico, una volta stabilita la diagnosi, in pazienti asintomatici portatori di angiomi epatici < 30 mm di diametro.
- 5) Non prescrivere farmaci inibitori della pompa protonica (IPP) in corso di terapia steroidea o per lungo periodo in pazienti con sintomi dispeptici.

7) AIMN - Associazione Italiana di Medicina Nucleare e Imaging Molecolare

- 1) Non usare la SPECT (Tomoscintigrafia a emissione di fotone singolo) cerebrale con traccianti per i DAT (trasportatori dopaminergici) nella diagnosi differenziale dei Parkinsonismi degenerativi o per convincere il paziente con morbo di Parkinson che ha davvero la malattia.
- 2) Non utilizzare la PET-TC con 18F-FDG come tecnica di "screening" per le neoplasie in soggetti sani.
- 3) Non eseguire studi PET-TC con 18F-FDG per la diagnosi delle osteomieliti periferiche, né per la diagnosi differenziale tra flogosi acuta vs cronica.
- 4) Non eseguire la linfoscintigrafia e la biopsia radioguidata del "linfonodo sentinella" nei pazienti affetti da un melanoma cutaneo di spessore inferiore a 0.75 mm, non ulcerato e con numero di mitosi < 1/mm².
- 5) Non trattare con radioiodio, dopo tiroidectomia totale, i carcinomi differenziati della tiroide a basso rischio ("microcarcinomi" ovvero carcinomi di dimensioni < 1 cm, in assenza di fattori prognostici sfavorevoli)

8) AIRO - Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica

- 1) Non definire un programma terapeutico che comprenda la radioterapia senza che l'oncologo radioterapista sia coinvolto fin dall'inizio (e cioè subito dopo la diagnosi della malattia) nella definizione del programma stesso.
- 2) Non raccomandare l'impiego di tecniche o apparecchiature radioterapiche "speciali" senza un parere motivato dell'oncologo radioterapista.
- 3) Non utilizzare, per quanto possibile, trattamenti radioterapici prolungati quando la finalità della radioterapia è quella sintomatico-palliativa ed in persone malate con aspettativa di vita ridotta.
- 4) Non eseguire un trattamento radioterapico per patologie articolari degenerative (benigne), specie al di sotto dei 60 anni.
- 5) Al di fuori di studi clinici, non eseguire PET, TC e scintigrafia ossea per la stadiazione del tumore della prostata, in pazienti candidati a trattamento radioterapico radicale, per i quali il rischio di metastasi è minimo.

9) AIURO - Associazione Infermieri di Urologia - Società scientifica di FNOPI

- 1) [Non utilizzare il cateterismo vescicale in assenza di specifica indicazione. Se indispensabile, attenersi alle linee guida in materia di scelta dei presidi, procedura di inserzione, gestione, precoce rimozione ed educazione al paziente.](#)
- 2) [Non praticare cateterismo vescicale con presidi in lattice e a due vie, di calibro inferiore a 22 ch per gli uomini e 20 ch per le donne, in pazienti con diagnosi sospetta e/o accertata di macroematuria.](#)
- 3) [Non effettuare la valutazione del dolore senza l'utilizzo di scale standardizzate nell'immediato periodo post-operatorio.](#)
- 4) [Non rinnovare la medicazione del sito chirurgico nelle prime 48 ore dopo l'intervento in assenza di complicanze.](#)
- 5) [Non rinnovare le medicazioni avanzate poste su sito chirurgico complicato e/o infetto con tempistiche differenti rispetto a quanto indicato dalle linee guida e dalle specifiche del prodotto.](#)

10) AMD - Associazione Medici Diabetologi

- 1) [Non utilizzare la terapia insulinica "al bisogno" \(sliding scale\) per il trattamento dell'iperglicemia nel paziente ricoverato in ospedale.](#)
- 2) [Non prescrivere di routine l'auto misurazione domiciliare quotidiana della glicemia nelle persone con diabete tipo 2 in trattamento con farmaci che non causano ipoglicemia.](#)
- 3) [Non fare lo screening indiscriminato delle complicanze croniche del diabetico con modalità e tempi diversi da quelli indicati dalle linee guida nazionali.](#)
- 4) [Non trattare in modo indiscriminato i pazienti diabetici con farmaci antiaggreganti piastrinici.](#)
- 5) [Non eseguire nei pazienti con diabete il dosaggio routinario di C-peptide ematico.](#)

11) AME - Associazione Medici Endocrinologi

- 1) [Non richiedere di routine l'ecografia tiroidea nei soggetti senza segni e/o sintomi di patologie tiroidee e non appartenenti a gruppi a rischio per carcinoma tiroideo.](#)
- 2) [La ripetizione dell'indagine densitometrica ossea è raramente giustificata a intervalli minori di due anni.](#)
- 3) [Non richiedere il dosaggio del testosterone libero nel sospetto diagnostico di ipogonadismo e di iperandrogenismo.](#)
- 4) [Non richiedere di routine il dosaggio della FT3 nei pazienti con patologia tiroidea.](#)
- 5) [Non trattare con l-tiroxina i pazienti con gozzo nodulare se non in casi selezionati.](#)

12) AMGe - Associazione Scientifica Nazionale Multidisciplinare di Geriatria

- 1) [Non prescrivere un nuovo farmaco senza aver condotto una attenta revisione della terapia già in essere \(riconciliazione farmacologica\).](#)
- 2) [Non posizionare o lasciare in sede un catetere urinario senza una reale indicazione.](#)
- 3) [Non prescrivere le statine in prevenzione primaria in pazienti con più di 80 anni; non trattare con statine i pazienti anziani in condizioni di fragilità grave.](#)
- 4) [Non usare gli antibiotici per trattare la batteriuria asintomatica negli anziani.](#)
- 5) [Non permettere che in regime di ricovero il paziente anziano rimanga allettato durante il giorno, a meno che non sia nella fase terminale della malattia o vi sia una precisa prescrizione medica.](#)

13) ANDRIA - Associazione Scientifica ANDRIA

- 1) [Non clampare il cordone ombelicale nel primo minuto dalla nascita nei neonati che non necessitano di immediata assistenza.](#)
- 2) [Non utilizzare di routine la cardiocografia \(CTG\) in continuum in travaglio nelle gravide a basso rischio ipossico.](#)
- 3) [Non richiedere di routine esami ematochimici generici, test generici di coagulazione o test specifici di trombofilia \(compresi test genetici\) prima di prescrivere un contraccettivo estro-progestinico o durante il suo uso.](#)
- 4) [Non richiedere la visita ginecologica pelvica o altro esame fisico prima di prescrivere i contraccettivi orali.](#)
- 5) [Non programmare induzioni o tagli cesarei elettivi senza indicazione medica prima delle 39+0 settimane di gestazione.](#)

14) ANIARTI - Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica - Società scientifica di FNOPI

- 1) [Non sostituire a intervalli regolari i circuiti del ventilatore meccanico per ridurre il rischio VAP \(Ventilator Associated Pneumonia\)](#)
- 2) [Non utilizzare routinariamente presidi di protezione individuale \(camici, mascherine, copricapo, guanti,...\) per l'accesso dei familiari nei reparti di terapia intensiva](#)
- 3) [Non eseguire aspirazioni endotracheali a intervalli regolari ma in base a indicatori precoci di ritenzione di secrezioni bronchiali.](#)
- 4) [Non sostituire i cateteri venosi periferici a intervalli regolari ma in base a valutazione clinica.](#)
- 5) [Non mantenere routinariamente il digiuno pre-operatorio dalla mezzanotte antecedente l'intervento chirurgico d'elezione.](#)

15) ANIMO - Associazione Nazionale Infermieri di Medicina - Società scientifica di FNOPI

- 1) Non tritare e camuffare negli alimenti i farmaci prima di somministrarli a pazienti con difficoltà di deglutizione e/o tramite SNG (Sondino Naso Gastrico) e/o PEG (Gastrostomia Endoscopica Percutanea), se non specificato dalle indicazioni farmacologiche.
- 2) Non fare ricorso abituale alla contenzione come strumento di gestione del rischio cadute
- 3) Non fare ricorso al cateterismo vescicale per la gestione dell'incontinenza o per l'esecuzione di semplici test diagnostici.
- 4) Non lasciare in sede qualsiasi tipo di catetere venoso (centrale, periferico, a breve, medio e lungo termine) se non è più presente il problema per cui vi si è fatto ricorso.
- 5) Non seguire protocolli di mobilizzazione e di cura delle lesioni da pressione (LDP) secondo protocolli "standard" nel paziente morente.

16) ANIPIO - Società Scientifica Nazionale Infermieri Specialisti del Rischio Infettivo - Società scientifica di FNOPI

- 1) Non utilizzare i guanti in alternativa all'igiene delle mani con soluzione alcolica per l'esecuzione di manovre assistenziali prive di rischio biologico ed in particolare in presenza di un paziente portatore di batteri multiresistenti agli antibiotici (MDRO).
- 2) Non utilizzare prodotti antisettici routinariamente in aggiunta o in sostituzione a un normale detergente nel bagno/ doccia pre operatorio.
- 3) Non applicare precauzioni standard e aggiuntive nell'assistenza a un paziente affetto da un microorganismo "alert" multiresistente senza aver valutato la tipologia del microorganismo "alert" multiresistente coinvolto.
- 4) Non mantenere l'isolamento precauzionale alla risoluzione dei sintomi nei pazienti con diarrea da Clostridium difficile.
- 5) Non sostituire la medicazione della ferita chirurgica prima che siano trascorse 48 ore dall'intervento.

17) ANMCO -Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

- 1) Non richiedere ecocardiografia di controllo in pazienti con valvulopatia lieve-moderata o con disfunzione ventricolare sinistra, in assenza di nuovi sintomi, segni o eventi clinici.
- 2) Non richiedere di routine prova elettrocardiografica da sforzo di controllo in pazienti asintomatici dopo rivascolarizzazione chirurgica o percutanea.
- 3) Non richiedere registrazione Holter in pazienti con dolore toracico da sforzo che siano in grado di eseguire prova da sforzo, a meno che non vi sia anche il sospetto di aritmie.

- 4) [Non richiedere di routine test di imaging associato a test provocativo in fase di valutazione iniziale di sospetta cardiopatia ischemica.](#)
- 5) [Non richiedere prova elettrocardiografica da sforzo per screening di cardiopatia ischemica in pazienti asintomatici a basso rischio cardiovascolare.](#)

18) ANMDO - Associazione Nazionale Medici delle Direzioni Ospedaliere - SITI Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

- 1) [Non sostituire l'igiene delle mani con l'utilizzo dei guanti monouso non sterili. Utilizzare il prodotto a base alcolica come prima scelta per l'igiene delle mani routinaria.](#)
- 2) [Non somministrare l'antibiotico per la profilassi perioperatoria prima dei 60 minuti precedenti l'incisione chirurgica*; il momento ideale è all'induzione dell'anestesia.](#)
- 3) [Non somministrare l'antibiotico per profilassi perioperatoria oltre le 24 ore dall'intervento. La profilassi antibiotica deve essere limitata al periodo perioperatorio. La scelta di continuare la profilassi oltre le prime 24 ore del postoperatorio non è giustificata.](#)
- 4) [Non aprire le porte della sala operatoria durante l'attività chirurgica, a eccezione di quando necessario per il passaggio del paziente, del personale e di attrezzature.](#)
- 5) [Non tralasciare di comunicare nella documentazione sanitaria \(lettera di dimissione o documento di trasferimento in altra struttura\) del paziente l'eventuale positività a microrganismi alert*.](#)

19) AOGOI - Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

- 1) [Non clampare precocemente \(prima di un minuto\) il cordone ombelicale \(CO\).](#)
- 2) [Non eseguire l'episiotomia di routine, ma solo quando sussistono precise indicazioni cliniche.](#)
- 3) [Non procedere all'induzione del travaglio di parto prima di 39 settimane + 0 giorni se non vi sono appropriate indicazioni materne o fetali.](#)
- 4) [Non programmare il taglio cesareo \(TC\) di routine \(iterativo\) in tutte le gravide con un pregresso taglio cesareo.](#)
- 5) [Non obbligare al digiuno e non proibire l'assunzione di liquidi alle donne in travaglio.](#)

20) CIPOMO - Collegio Italiano Primari di Oncologia Medica – Green Oncology

- 1) [Non prescrivere antibiotici allo scopo di prevenire le complicanze infettive da neutropenia, in pazienti neoplastici trattati con chemioterapia a dosi standard.](#)
- 2) [Di norma non prescrivere markers tumorali sierici in corso di processo diagnostico o per la stadiazione dei tumori.](#)

- 3) [Non effettuare di routine terapia antitumorale nei pazienti affetti da tumori solidi con Performance Status \(PS\) compromesso \(3-4\) o in progressione dopo 2-3 linee terapeutiche, ma privilegiare le cure palliative.](#)
- 4) [Non eseguire esami del sangue incluso il profilo biochimico, scansioni ossee, radiografie toraciche, ecografie epatica e pelvica, TAC, PET e marker tumorali, dopo terapia sistemica precauzionale, in pazienti operate per cancro della mammella, asintomatiche e in assenza di risultati specifici all'esame clinico.](#)
- 5) [Non prescrivere né la chemioterapia né la radioterapia nel trattamento del carcinoma duttale in situ della mammella](#)

21) CNF - Cochrane Neurological Sciences Field

- 1) [Non prescrivere la nutrizione artificiale enterale \(PEG, percutaneous endoscopic gastrostomy, o sonda naso-gastrica\) ai pazienti affetti da demenza in fase avanzata, ma contribuire, invece, a favorire l'alimentazione fisiologica assistita.](#)
- 2) [Non usare gli antipsicotici come farmaci di prima scelta nei disturbi comportamentali in corso di demenza, evitando di prescriverli prima di un'attenta valutazione delle cause scatenanti la cui rimozione potrebbe rendere inutile il trattamento.](#)
- 3) [Non usare le benzodiazepine o altri ipnotici negli anziani come prima scelta nell'insonnia.](#)
- 4) [Non richiedere la SPECT \(tomografia a emissione di fotone singolo\) cerebrale oppure la 18-FDG PET \(tomografia a emissione di positroni\) oppure la PET con i traccianti dell'amiloide nella diagnostica della demenza se la diagnosi clinica e radiologica è adeguatamente documentata.](#)
- 5) [Non sottoporre a PET \(tomografia a emissione di positroni\) con i traccianti dell'amiloide soggetti asintomatici per deterioramento cognitivo, neanche in presenza di familiarità, nonché soggetti che lamentino disturbi di memoria non confermati dalla valutazione neuropsicologica.](#)

22) Collegio Italiano dei Primari di Chirurgia Vascolare

- 1) [Non richiedere ecocolordoppler come esame di primo livello per arteriopatia arti inferiori, in pazienti asintomatici o con claudicatio intermittens di grado lieve/moderata e sostituirlo con la misurazione dell'Ankle Brachial Index \(ABI\).](#)
- 2) [Non eseguire Test di imaging \(ecocolordoppler – angioTC polmonare\) come test diagnostico iniziale in pazienti con bassa probabilità di Trombo Embolismo Venoso \(TEV\), secondo Scala di Wells o Scala di Ginevra. Eseguire invece una misurazione del D-dimero che ha un'alta sensibilità come test diagnostico iniziale.](#)

- 3) [Non richiedere ecocolordoppler dei tronchi sopra-aortici per vertigini, acufeni, cefalea, cervicalgia se non in presenza di segni neurologici.](#)
- 4) [Non eseguire un trattamento chirurgico aperto o endovascolare in lesioni steno/occlusive delle arterie degli arti inferiori, a meno che non si sia in presenza di claudicatio limitante la vita di relazione del soggetto o caso di ischemia critica/piede diabetico.](#)
- 5) [Non eseguire stenting di stenosi di arteria renale se non in presenza di ipertensione arteriosa resistente alla terapia o di deterioramento della funzione renale.](#)

23) COMLAS - Società Scientifica dei Medici Legali delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale

- 1) [Non promuovere la cultura del “consenso informato” come mero strumento burocratico e di autotutela del professionista.](#)
- 2) [Non prescrivere accertamenti clinici e strumentali finalizzati alla valutazione della disabilità già clinicamente accertata.](#)
- 3) [Non favorire il ricorso a pratiche di medicina difensiva.](#)
- 4) [Non redigere consulenze e perizie non aderenti alla criteriologia* medico-legale e incompleti nell’analisi tecnico-scientifica dei problemi clinici.](#)
- 5) [Non redigere pareri di parte in tema di responsabilità professionale sanitaria tali da indurre false aspettative nella parte assistita.](#)

24) CReI - Collegio dei Reumatologi Italiani

- 1) [Non richiedere il dosaggio degli anticorpi anti CCP \(peptidi ciclici citrullinati\) semplicemente in base alla presenza di artralgie.](#)
- 2) [Non richiedere il dosaggio degli ANCA \(anticorpi contro il citoplasma dei neutrofili\) in presenza solamente di un sospetto clinico di connettivite, senza adeguata e documentata valutazione o evidente sospetto clinico di una vasculite.](#)
- 3) [Non richiedere il dosaggio di ENA \(Antigeni Nucleari Estrainnati\) /ENA profile in pazienti con fenomeno di Raynaud prima di avere effettuato una capillaroscopia.](#)
- 4) [Non richiedere una radiografia standard a scopo diagnostico nel sospetto clinico di una artrite in fase precoce.](#)
- 5) [Non richiedere il dosaggio degli ANA \(autoanticorpi antinucleo\) e del fattore reumatoide a un bambino quando questi presenti artralgie, senza alcuna obiettività clinica.](#)

25) FADOI - Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti

- 1) [Non prescrivere “gastroprotezione” per la profilassi di ulcere da stress ai pazienti medici, a meno di alto rischio di sanguinamento.](#)

- 2) [Non trattare con antibiotici la batteriuria nei soggetti anziani, in assenza di sintomi urinari.](#)
- 3) [Non raccomandare la PEG \(Percutaneous Endoscopic Gastrostomy\) nella demenza avanzata; invece, preferire la alimentazione orale assistita.](#)
- 4) [Non eseguire esami di laboratorio ripetitivi di fronte a stabilità clinica e di laboratorio.](#)
- 5) [Non trasfondere emazie concentrate per livelli arbitrari di Hb \(emoglobina\) in assenza di sintomi di malattia coronarica attiva, scompenso, stroke.](#)

26) FIMP - Federazione Italiana Medici Pediatri

- 1) [Non prescrivere farmaci \(per aerosol e/o sistemici\) in caso di Bronchiolite.](#)
- 2) [Non fare diagnosi di Infezione delle Vie Urinarie in base al solo esame colturale delle urine.](#)
- 3) [Non trattare sistematicamente una febbre, in assenza di altri sintomi. Se si decide di trattare, fare ricorso a dosaggi appropriati, evitando l'uso combinato/alternato di paracetamolo e ibuprofene.](#)
- 4) [Non utilizzare farmaci cortisonici per via sistemica per il trattamento della febbre.](#)
- 5) [Non utilizzare terapia nasale topica attraverso doccia nasale micro-nizzata con farmaci non specificamente autorizzati per questa via di somministrazione.](#)

27) FNOPI - Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche

- 1) [Non eseguire la tricotomia pre-operatoria con rasoio a lama in previsione di un intervento chirurgico \(AICO\)](#)
- 2) [Non utilizzare in modo improprio dispositivi di raccolta per stomie con placca convessa. \(AIOSS\)](#)
- 3) [Non utilizzare in modo improprio sostanze chimiche per la detersione del complesso stomale. \(AIOSS\)](#)
- 4) [Non utilizzare disinfettanti istiolesivi sulla cute integra nei soggetti anziani, allattati, con cute fragile e/o compromessa. \(AIUC\)](#)
- 5) [Non fare ricorso alla ginnastica vescicale \(chiusura ripetuta del catetere\) prima della rimozione del catetere vescicale. \(AIURO – ANIMO\)](#)

28) FNOPI Assistenza Pediatrica - Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche

- 1) [Non eseguire lo screening uditivo alla nascita ma almeno dopo 48 ore di vita in un centro nascita di 1° livello.](#)
- 2) [Non sostituire dispositivi senza avere prima verificato l'integrità cutanea.](#)
- 3) [Non riscaldare più volte il latte artificiale e materno prima di somministrarlo al bambino.](#)

- 4) [Non riscaldare il latte a temperature inadeguate per evitare la decomposizione nutritiva e conservarlo in maniera adeguata.](#)
- 5) [Non utilizzare la contenzione fisica come prima scelta durante le procedure dolorose nel bambino](#)

29) ISDE - Associazione Medici per l'Ambiente

- 1) [Aria: non consumare energie di derivazione "fossile" \(carbone, petrolio, gas\). Quando possibile ricorrere a energie rinnovabili \(solare, fotovoltaico, eolico, geotermico, edifici a risparmio energetico\) e ridurre l'uso di auto-veicoli privati in città favorendo l'impiego di: biciclette, mezzi pubblici, mezzi privati condivisi, mobilità pedonale.](#)
- 2) [Acqua: non bere acqua in bottiglia ma, ove possibile, scegliere quella del rubinetto che spesso ha caratteristiche organolettiche migliori ed è sottoposta a rigorosi controlli di qualità.](#)
- 3) [Biodiversità: Antibiotici: solo quando indispensabili! Per comuni infezioni respiratorie \(raffreddore, rinosinusite, tosse/bronchite, sindromi influenzali\) e batteri nelle urine senza sintomi non prescrivere antibiotici. Di regola sono inutili, ed espongono a rischi, presenti e futuri, paziente e familiari. La norma è evitarli, lasciando all'autonomia del medico decidere eventuali eccezioni.](#)
- 4) [Radiazioni ionizzanti: non eseguire radiografie senza una specifica indicazione clinica.](#)
- 5) [Alimentazione: limitare i cibi di origine animale e quelli trasformati di produzione industriale. Privilegiare frutta, verdura, cereali e legumi integrali, meglio se freschi, locali, di stagione e coltivati in modo biologico.](#)

30) LIMPE-DISMOV - Accademia per lo Studio della Malattia di Parkinson e i Disordini del Movimento

- 1) [Non usare la SPECT \(Tomografia a emissione di fotone singolo\) cerebrale con i traccianti per i DAT \(trasportatori dopaminergici\) per la prognosi e per accertare la progressione della malattia di Parkinson.](#)
- 2) [Non usare farmaci neurolettici diversi da clozapina e quetiapina per trattare la psicosi nella malattia di Parkinson.](#)
- 3) [Non ritardare la prescrizione di Levodopa, se indicato dalle condizioni cliniche, nei pazienti affetti da malattia di Parkinson di recente diagnosi.](#)
- 4) [Non usare la scintigrafia miocardica con metaiodobenzilguanidina \(MIBG\) per eseguire diagnosi di malattia di Parkinson.](#)
- 5) [Non usare farmaci anticolinergici nella terapia dei sintomi motori dei parkinsonismi farmaco-indotti.](#)

31) SIAAIC - Società Italiana di Allergologia, Asma e Immunologia Clinica

- 1) [Non eseguire test allergometrici per farmaci \(inclusi gli anestetici\) e/o per alimenti in assenza di anamnesi e sintomi compatibili con reazioni da ipersensibilità.](#)
- 2) [Non eseguire i cosiddetti “test per le intolleranze alimentari” \(esclusi i test validati per indagare sospetta celiachia o intolleranza al lattosio\).](#)
- 3) [Non effettuare esami allergometrici sierologici \(IgE totali, IgE specifiche, ISAC\) come esami di primo livello o di “screening”.](#)
- 4) [Non trattare pazienti sensibilizzati ad allergeni o apteni per i quali non è dimostrata, nel singolo paziente, la correlazione temporale/causale tra l’esposizione e la comparsa dei sintomi. Questa raccomandazione è particolarmente valida per l’immunoterapia specifica e per le diete di eliminazione.](#)
- 5) [Non porre diagnosi di asma bronchiale senza accurate prove di funzionalità respiratoria \(inclusi test di broncodilatazione farmacologica e test di provocazione bronchiale\).](#)

32) SIAIP - Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica

- 1) [Non controindicare le vaccinazioni in caso di allergie.](#)
- 2) [Non eseguire di routine test allergologici in bambini affetti da orticaria acuta.](#)
- 3) [Non somministrare mucolitici in bambini con asma bronchiale.](#)
- 4) [Non prescrivere di routine esami immunologici in caso di infezioni respiratorie ricorrenti.](#)
- 5) [Non escludere un alimento dalla dieta solo per la positività di test cutaneo \(prick test\) e/o IgE sieriche specifiche.](#)

33) SIAMS - Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità

- 1) [Non richiedere il dosaggio del testosterone libero nel sospetto clinico di ipogonadismo maschile.](#)
- 2) [Non utilizzare terapia con nutraceutici in tutti gli uomini con alterazione dei parametri seminali.](#)
- 3) [Non prescrivere inibitori della fosfodiesterasi 5 \(PDE5i\) nella disfunzione erettile senza adeguato iter diagnostico.](#)
- 4) [Non eseguire test genetici e lo studio della frammentazione del DNA spermatico in tutti gli uomini con alterazione dei parametri seminali.](#)
- 5) [Non utilizzare fitoestrogeni per i sintomi sessuali in menopausa.](#)

34) SIBioC - Società Italiana di Biochimica Clinica e Biologia molecolare clinica

- 1) [Non eseguire elettroforesi delle sieroproteine né ricerca della proteina di Bence Jones nelle urine come esami di idoneità alla somministrazione di mezzo di contrasto.](#)

- 2) [Non richiedere AST, LDH, CK totale, CK-MB o mioglobina per la diagnosi di infarto acuto del miocardio.](#)
- 3) [Non eseguire la determinazione della glicosuria \(glucosio nelle urine\) per il monitoraggio del diabete mellito.](#)
- 4) [Non richiedere la determinazione di marcatori come CEA, CA-125, HE4, CA-15.3, \$\alpha\$ -fetoproteina o CA-19.9 per la diagnosi di patologie neoplastiche in soggetti asintomatici.](#)
- 5) [Non richiedere la misura di enzimi pancreatici in soggetti che non presentano alcun sospetto di patologia pancreatica acuta e, in caso di sospetto di pancreatite acuta, non chiedere la misura associata di amilasi e lipasi.](#)

35) SICP - Società Italiana di Cure Palliative

- 1) [Non omettere e non posticipare di prescrivere, nei pazienti con patologie croniche inguaribili con limitata aspettativa di vita, l'uso di oppioidi per via orale o sistemica per il trattamento palliativo della dispnea.](#)
- 2) [Non iniziare e non proseguire una Nutrizione Artificiale \(per via parenterale o enterale\) nei pazienti oncologici con malattia inguaribile in fase avanzata, aspettativa di vita inferiore a poche settimane e un PS < 50.](#)
- 3) [Non utilizzare, nelle apparecchiature per l'infusione continua di farmaci per via sottocutanea o endovenosa \(ad es. elastomeri\), miscele di farmaci per le quali non esistono evidenze documentate di compatibilità e stabilità chimico-fisica.](#)
- 4) [Nell'organizzazione di una Rete Locale di Cure Palliative, non omettere l'attivazione di un II° livello di assistenza domiciliare caratterizzato da personale dedicato alle cure palliative \(medici e infermieri\) con competenze di livello specialistico e con una organizzazione del lavoro in équipe.](#)
- 5) [Non implementare strumenti di miglioramento della qualità delle cure di fine vita di non provata efficacia e/o al di fuori di specifici programmi di ricerca, salvo che non siano supportati e monitorati da professionisti facenti parte di Strutture Organizzative Specialistiche di Cure Palliative.](#)

36) SidCO - Società Italiana di Chirurgia Odontostomatologica

- 1) [Non prescrivere di routine antibiotici in caso di estrazioni dentarie.](#)
- 2) [Non rinviare le cure odontoiatriche durante il periodo di gravidanza.](#)
- 3) [Non estrarre di routine i terzi molari inclusi.](#)
- 4) [Non sospendere di routine gli antiaggreganti piastrinici nelle procedure di chirurgia orale e non sostituirli con eparine a basso peso molecolare.](#)
- 5) [Non prescrivere esami radiografici in ambito odontoiatrico senza un valido quesito diagnostico espresso nella richiesta clinica.](#)

37) SIFACT - Società Italiana di Farmacia Clinica e Terapia

- 1) [Non utilizzare farmaci costosi quando sono disponibili farmaci equivalenti a più basso costo, favorendo, ove possibile, la corretta informazione dei cittadini.](#)
- 2) [Non proporre la chemioterapia a scopo palliativo al termine della vita.](#)
- 3) [Non prescrivere il vaccino antinfluenzale adiuvato con MF59 nella popolazione anziana.](#)
- 4) [Non preferire i moderni stent coronarici riassorbibili rispetto a quelli tradizionali.](#)
- 5) [Non utilizzare il bevacizumab per le sue varie indicazioni oncologiche.](#)

38) SIGU - Società Italiana di Genetica Umana

- 1) [Non eseguire test genetici per la ricerca di polimorfismi in geni coinvolti nei processi di detossificazione per la diagnosi di Sensibilità Chimica Multipla \(MCS\)](#)
- 2) [Non richiedere il test genetico per la ricerca di microdelezioni del cromosoma Y come test di screening per tutti i pazienti maschi con problemi di riproduzione](#)
- 3) [Non inserire il dosaggio di Glucosio 6 Fosfato Deidrogenasi \(G6PD\) nei test richiesti per la Procreazione Medicalmente Assistita \(PMA\)](#)
- 4) [Non richiedere indagini prenatali eseguibili su DNA libero fetale circolante \(cfDNA\) mediante test prenatale non invasivo \(NIPT\) senza aver preventivamente informato le donne su limiti e accuratezza delle diverse indagini prenatali eseguibili](#)
- 5) [Non richiedere test che indagano geni associati al metabolismo del cibo e alle intolleranze alimentari \(test genetici per nutrizione\) per definire un percorso dietetico](#)

39) SIMG - Società Italiana di Medicina Generale

- 1) [Non richiedere di routine esami di diagnostica per immagini in caso di lombalgia senza segni o sintomi di allarme \(bandierine rosse o red flag\)](#)
- 2) [Non prescrivere di routine antibiotici a pazienti affetti da infezioni acute delle vie aeree superiori. Valutarne l'opportunità nei pazienti a rischio di infezioni delle vie aeree inferiori o in caso di peggioramento del quadro clinico dopo qualche giorno.](#)
- 3) [Non prescrivere di routine inibitori di pompa protonica \(IPP\) a pazienti senza fattori di rischio per malattia ulcerosa. Nella malattia da reflusso gastroesofageo prescriverli alla più bassa dose in grado di controllare i sintomi, educando il paziente ad auspicabili periodi di sospensione.](#)
- 4) [Non prescrivere terapie con antinfiammatori non steroidei \(FANS\) senza valutare inizialmente e riconsiderare periodicamente la reale indicazione clinica e il rischio di effetti collaterali in quel momento e in quello specifico paziente.](#)

- 5) [Non prescrivere di routine in prima istanza benzodiazepine o Z-drugs nei pazienti anziani in caso di insonnia. Raccomandarne comunque l'uso intermittente e non continuare cronicamente la terapia senza rivalutare periodicamente l'indicazione e l'eventuale comparsa di effetti indesiderati.](#)

40) SIMPIOS - Società Italiana Multidisciplinare per la Prevenzione delle Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie

- 1) [Non visitare o assistere un paziente senza aver eseguito un'accurata igiene delle mani, da ripetere al termine della visita.](#)
- 2) [Non utilizzare dispositivi medici riutilizzabili che non siano stati adeguatamente ricondizionati.](#)
- 3) [Non eseguire urinocoltura in assenza di sintomi.](#)
- 4) [Non utilizzare antibiotici fluorochinoloni nella terapia empirica di infezioni anche gravi, ma utilizzare classi di antibiotici con minor impatto sul fenomeno dell'antibiotico resistenza e con minori effetti collaterali gravi.](#)
- 5) [Non somministrare terapia antibiotica ai pazienti colonizzati da germi multi resistenti agli antibiotici \(MDR\) senza segni di infezione.](#)

41) SIMRI- Società Italiana per le Malattie Respiratorie Infantili

- 1) [Non eseguire la radiografia del torace nel bambino nel sospetto di una polmonite acquisita in comunità non grave o in presenza di crisi d'asma non complicata.](#)
- 2) [Non somministrare farmaci a base di salmeterolo nella crisi d'asma del bambino.](#)
- 3) [Non eseguire la TC del torace nel bambino senza un preciso quesito clinico.](#)
- 4) [Non somministrare antistaminici per la prevenzione dell'asma nel bambino.](#)
- 5) [Evitare di diagnosticare e gestire l'asma nel bambino senza l'impiego della spirometria](#)

42) SIN - Società Italiana di Nefrologia

- 1) [Non eseguire clearance della creatinina in situazioni in cui non sia possibile avere un'accurata raccolta delle urine o quando non sia necessario avere un'idea della escrezione urinaria della creatinina; in questi casi è preferibile il calcolo del eGFR \(volume del filtrato calcolato\) per la valutazione della funzione renale.](#)
- 2) [Non eseguire tomografia computerizzata \(TC\) per la diagnosi di calcolosi renale, ma impiegare in prima battuta preferibilmente l'ecografia.](#)
- 3) [Non effettuare la scelta della dialisi cronica senza un processo decisionale condiviso tra pazienti, le loro famiglie e i loro medici curanti.](#)
- 4) [Non somministrare agenti stimolanti dell'eritropoiesi \(ESA\) a pazienti con malattia renale cronica \(CKD\) con livelli spontanei di emoglobina tra 10 e](#)

11 g/dL e senza sintomi di anemizzazione. Lo stesso dicasi se non si dispone almeno del dosaggio della ferritinemia e della saturazione transferrinica.

- 5) Evitare i farmaci antinfiammatori non-steroidi (FANS) in pazienti affetti da ipertensione o insufficienza cardiaca o malattia renale cronica (CKD) da qualsiasi causa, compreso il diabete.

43) SINEPe - Società Italiana di Nefrologia Pediatrica

- 1) Non eseguire uroculture come esame di routine o in assenza di sintomi tipici di infezione delle vie urinarie; evitare l'utilizzo del sacchetto per la raccolta delle urine.
- 2) Evitare di effettuare subito, in caso di proteinuria di basso grado e asintomatica, esami ematici e strumentali complessi, ma eseguire: anamnesi, visita clinica e nuovo esame delle urine per due volte, con cadenza settimanale. In caso di conferma proseguire l'iter diagnostico della proteinuria.
- 3) Non usare indiscriminatamente l'albumina nei soggetti con sindrome nefrosica all'esordio.
- 4) Non eseguire alcuna indagine biumorale e strumentale in caso di microematuria asintomatica risultata ad un esame di urine random.
- 5) Nei bambini di età inferiore a sei anni con enuresi primaria monosintomatica non è necessario richiedere una consulenza specialistica, esami laboratoristici o strumentali (eccetto uno stick urine) e iniziare una terapia farmacologica.

44) SIPeM - Società Italiana di Pedagogia Medica

- 1) Non usare la lezione frontale non interattiva come strumento didattico principale. Privilegiare invece modalità interattive.
- 2) Non trattare argomenti di clinica o organizzazione senza considerarne anche le implicazioni etiche, sociali, economiche, inter-professionali, le aspettative ed i valori dei pazienti ed il setting didattico più appropriato (ospedaliero e cure primarie).
- 3) Non utilizzare l'esame orale non strutturato e non valutare le abilità pratiche unicamente con strumenti di tipo cognitivo e con esclusiva attenzione alle competenze tecniche.
- 4) Non far apprendere le procedure direttamente sul paziente senza preparazione in appropriato modello di simulazione e senza adeguato supporto tutoriale.
- 5) Non utilizzare unicamente test di tipo cognitivo e a prevalente indirizzo biologico per la selezione all'accesso ai corsi di laurea o specializzazione.

45) SIPMeL - Società Italiana di Patologia Clinica e Medicina di Laboratorio

- 1) Non ricercare gli anticorpi anti-TPO (anti-perossidasi tiroidea) e anti-Tg (anti-tireoglobulina) in caso di tireotossicosi/ipertiroidismo autoimmune, ma gli anticorpi anti-TSHR (anti-recettore del TSH – TRAb).

- 2) [Non richiedere gli anticorpi anti-TPO \(anti-perossidasi tiroidea\) e anti-Tg \(anti-tireoglobulina\) nel monitoraggio delle tireopatie autoimmuni.](#)
- 3) [Non richiedere gli autoanticorpi specifici \(AChR, MuSK, Lrp4\) come profilo nel sospetto di miastenia gravis, ma solo anti-AChR \(anti-recettori dell'acetilcolina\) come test di ingresso.](#)
- 4) [Non eseguire l'esame endoscopico con prelievi biotici multipli in tutti i pazienti con sospetto di gastrite autoimmune.](#)
- 5) [Non eseguire la ricerca di autoanticorpi anti-cellule insulari \(ICA\) e anticorpi anti-insulina \(IAA\) nel sospetto di diabete autoimmune a insorgenza tardiva \(LADA\) e nel diabete mellito gestazionale.](#)

46) SIPPS - Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale

- 1) [Non richiedere indagini ematochimiche nei bambini con faringotonsillite acuta.](#)
- 2) [Non somministrare terapia antibiotica ai bambini con faringotonsillite acuta in assenza di conferma microbiologica di infezione da Streptococcus pyogenes a seguito di test rapido o esame colturale.](#)
- 3) [Nel caso in cui venga effettuato un esame colturale nei bambini con faringotonsillite acuta, l'antibiogramma non deve essere eseguito.](#)
- 4) [Nei bambini con faringotonsillite acuta e conferma microbiologica di infezione da Streptococcus pyogenes, non ridurre la durata della terapia antibiotica al di sotto dei 10 giorni.](#)
- 5) [Non somministrare steroidi ai bambini con faringotonsillite acuta.](#)

47) SIPPS Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale

- 1) [Non richiedere indagini ematochimiche nei bambini con faringotonsillite acuta.](#)
- 2) [Non somministrare terapia antibiotica ai bambini con faringotonsillite acuta in assenza di conferma microbiologica di infezione da Streptococcus pyogenes a seguito di test rapido o esame colturale.](#)
- 3) [Nel caso in cui venga effettuato un esame colturale nei bambini con faringotonsillite acuta, l'antibiogramma non deve essere eseguito.](#)
- 4) [Nei bambini con faringotonsillite acuta e conferma microbiologica di infezione da Streptococcus pyogenes, non ridurre la durata della terapia antibiotica al di sotto dei 10 giorni.](#)
- 5) [Non somministrare steroidi ai bambini con faringotonsillite acuta.](#)

48) SIRM -Società Italiana di Radiologia Medica e Interventistica

- 1) [Non eseguire Risonanza Magnetica \(RM\) del Rachide Lombosacrale in caso di lombalgia nelle prime sei settimane in assenza di segni/sintomi di allarme \(semafori rossi o red flags\).](#)

- 2) [Non eseguire di routine Risonanza Magnetica \(RM\) del ginocchio in caso di dolore acuto da trauma o di dolore cronico.](#)
- 3) [Non eseguire Risonanza Magnetica \(RM\) dell'encefalo per cefalea non traumatica in assenza di segni clinici di allarme.](#)
- 4) [Non eseguire radiografie del torace preoperatorie in assenza di sintomi e segni clinici che facciano sospettare patologie capaci di influire sull'esito dell'intervento.](#)
- 5) [Non eseguire di routine radiografia del cranio nel trauma cranico lieve.](#)

49) SISM - Segretariato Italiano Studenti Medicina

- 1) [Non accontentarti di ricevere insegnamenti limitati ad un mero esercizio mnemonico che non utilizzano processi di apprendimento attivo, richiedi di centrare l'insegnamento sulla visita semeiologica e sul razionale che sottende ad ogni processo diagnostico e terapeutico.](#)
- 2) [Non osservare il paziente solo dal punto di vista biologico ma considera anche la componente soggettiva della malattia, il grado di alfabetizzazione sanitaria e il contesto familiare e sociale in cui il paziente è inserito.](#)
- 3) [Non eseguire alcuna procedura diagnostico-terapeutica senza aver precedentemente raccolto l'anamnesi ed esserti informato sulle possibili allergie o patologie pregresse del paziente.](#)
- 4) [Non trascurare di informarti non solo sui benefici ma anche sulle controindicazioni o gli effetti collaterali delle procedure diagnostiche o terapeutiche.](#)
- 5) [Prima di entrare nella stanza e iniziare la visita non dimenticarti di chiedere al medico/tutor le informazioni sullo stato di salute del paziente e comunque non effettuare manovre diagnostiche senza avere ottenuto il preventivo consenso informato del paziente.](#)

50) SItI - Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica - ANMDO Associazione Nazionale Medici delle Direzioni Ospedaliere

- 1) [Non sostituire l'igiene delle mani con l'utilizzo dei guanti monouso non sterili. Utilizzare il prodotto a base alcolica come prima scelta per l'igiene delle mani routinaria.](#)
- 2) [Non somministrare l'antibiotico per la profilassi perioperatoria prima dei 60 minuti precedenti l'incisione chirurgica*; il momento ideale è all'induzione dell'anestesia.](#)
- 3) [Non somministrare l'antibiotico per profilassi perioperatoria oltre le 24 ore dall'intervento. La profilassi antibiotica deve essere limitata al periodo perioperatorio. La scelta di continuare la profilassi oltre le prime 24 ore del postoperatorio non è giustificata.](#)
- 4) [Non aprire le porte della sala operatoria durante l'attività chirurgica, a eccezione di quando necessario per il passaggio del paziente, del personale e di attrezzature.](#)

- 5) [Non tralasciare di comunicare nella documentazione sanitaria \(lettera di dimissione o documento di trasferimento in altra struttura\) del paziente l'eventuale positività a microrganismi alert](#)



Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare
Cinque raccomandazioni dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

1	<p>Non richiedere ecocardiografia di controllo in pazienti con valvulopatia lieve-moderata o con disfunzione ventricolare sinistra, in assenza di nuovi sintomi, segni o eventi clinici.</p> <p>A causa della lenta evolutività delle patologie valvolari lievi-moderate e dell'inutilità clinica di rivalutare la funzione ventricolare sinistra in pazienti clinicamente stabili, l'ecocardiografia dovrebbe essere eseguita solo in presenza di variazioni dello stato clinico.</p>
2	<p>Non richiedere di routine prova elettrocardiografica da sforzo di controllo in pazienti asintomatici dopo rivascularizzazione chirurgica o percutanea.</p> <p>Non ci sono prove di efficacia che dimostrino la riduzione di eventi con l'esecuzione di routine di una prova da sforzo dopo rivascularizzazione. La prova da sforzo dovrebbe essere eseguita solo per valutare rivascularizzazioni incomplete o in presenza di variazioni dello stato clinico.</p>
3	<p>Non richiedere registrazione Holter in pazienti con dolore toracico da sforzo che siano in grado di eseguire prova da sforzo, a meno che non vi sia anche il sospetto di aritmie.</p> <p>L'Holter ha una bassa sensibilità e specificità nell'evidenziare ischemia in pazienti con dolore toracico, non potendo calibrare l'entità dello sforzo. È preferibile eseguire prima una prova da sforzo.</p>
4	<p>Non richiedere di routine test di imaging associato a test provocativo in fase di valutazione iniziale di sospetta cardiopatia ischemica.</p> <p>Il test dovrebbe essere indicato solo in presenza di importanti fattori di rischio: diabete oltre i 40 anni, arteriopatia periferica, rischio Framingham/Cuore superiore al 20%, o in presenza di alterazioni dell'ECG di base, tali da inficiare l'interpretazione della prova da sforzo.</p>
5	<p>Non richiedere prova elettrocardiografica da sforzo per screening di cardiopatia ischemica in pazienti asintomatici a basso rischio cardiovascolare.</p> <p>In pazienti asintomatici e senza fattori di rischio, la probabilità di malattia coronarica è molto bassa, per cui l'esame aumenta il rischio di falsi positivi e di indurre ulteriori test diagnostici per escludere i dubbi sollevati dal test.</p>

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica, è necessario rivolgersi al medico curante.

Giugno 2014 – ultima revisione Giugno 2017

Come si è giunti alla creazione della lista

Il Direttivo Nazionale dell'ANMCO ha costituito un gruppo di lavoro, con il compito di individuare le 5 pratiche a maggior rischio di in appropriatezza. In un primo incontro sono state individuate 17 pratiche. Per ognuna delle 17 pratiche, i partecipanti hanno dato un punteggio da 1 a 5 sui seguenti 4 criteri: pertinente, frequente, inutile, pericoloso. Alla fine del sondaggio, è stata distribuita una tabella riassuntiva con i totali dei punteggi e una sintesi ragionata. In una successiva riunione sono state rivalutate complessivamente le 17 pratiche con i rispettivi punteggi, ed è stato deciso che:

1. è inutile raccomandare di non prescrivere le pratiche considerate inappropriate dalle linee guida;
2. le pratiche caratterizzate da aspetti molto tecnici (seguire angioplastica con FFR >0,80; impianto di PM resincronizzante con QRS < 0,12msec) riguardano un ristretto numero di operatori e non coinvolgono né la grande maggioranza dei cardiologi né i pazienti;
3. sia preferibile focalizzare l'attenzione dei cardiologi sulle aree grigie, che riguardano pratiche di frequente uso, spesso inutili, anche se poco pericolose per il paziente (se non per l'induzione di ulteriori accertamenti).

Principali fonti bibliografiche

1	1. Douglas PS, Garcia MJ, Haines DE, Lai WW, Manning WJ, Patel AR, Picard MH, Polk DM, Ragosta M, Ward RP, Weiner RB. ACCF/AHA/ASNC/HFSA/HRS/SCAI/SCCM/SCCT/SCMR 2011 Appropriate Use Criteria for Echocardiography. A Report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, American Society of Echocardiography, American Heart Association, American Society of Nuclear Cardiology, Heart Failure Society of America, Heart Rhythm Society, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Critical Care Medicine, Society of Cardiovascular Computed Tomography, and Society for Cardiovascular Magnetic Resonance Endorsed by the American College of Chest Physicians. <i>J Am Coll Cardiol</i> . 2011 Mar 15;79(9):1126-66.
2	1. Fleisher LA, Beckman JA, Brown KA, Calkins H, Chaikof EL, Fleischmann KE, Freeman WK, Froehlich JB, Kasper EK, Kersten JR, Regel B, Robb JF. ACC/AHA 2007 guidelines on perioperative cardiovascular evaluation and care for noncardiac surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery). <i>J Am Coll Cardiol</i> 2007;50:e159-24. 2. Wiens W, Koh P, Danchin N, Di Mario C, Falk V, Folliguet T, Garg S, Huber K, James S, Knuuti J, Lopez-Sendon J, Marco J, Menicanti L, Ostojic M, Piepoli MF, Pirlet C, Pomar JL, Riefart N, Ribichini FL, Scholj MJ, Sergeant P, Serruys PW, Silber S, Sousa Uva M, Taggart D. Guidelines on myocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)-ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. <i>Eur Heart J</i> 2010;31:2501-2555.
3	1. Crawford MH, Bernstein SJ, Deedwania PC, Dimarco JP, Ferrick KJ, Garson A Jr, Green LA, Greene HL, Silka MJ, Stone PH, Tracy CM, Gibbons RJ, Alpert JS, Eagle KA, Gardner TJ, Gregoratos G, Russell R, Ryan TH, Smith SC. ACC/AHA Guidelines for ambulatory electrocardiography. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines (Committee to revise the guidelines for ambulatory electrocardiography) Developed in collaboration with the North American Society for pacing and Electrophysiology. <i>J Am Coll Cardiol</i> . 1999 Sep; 34(3):912-48. 2. Zipes DP, Camm AJ, Borggrefe M, Buxton AE, Chaitman B, Fromer M, Gregoratos G, Klein G, Moss AJ, Myerburg RJ, Priori SG, Quinones MA, Roden DM, Silka MJ, Tracy C. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death). <i>Europace</i> 2006;8:746-837.
4	1. Hendel RC, Berman DS, Di Carli MF, Heidenreich PA, Hinkin RE, Pellikka PA, Pohost GM, Williams KA. ACCF/ASNC/ACR/AHA/ASE/SCCT/SCMR/SNM 2009 appropriate use criteria for cardiac radionuclide imaging: a report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, the American Society of Nuclear Cardiology, the American College of Radiology, the American Heart Association, the American Society of Echocardiography, the Society of Cardiovascular Computed Tomography, the Society for Cardiovascular Magnetic Resonance, and the Society of Nuclear Medicine. <i>J Am Coll Cardiol</i> 2009;53:2201-29.
5	1. Greenland P, Alpert JS et al. 2010 ACCF/AHA Guideline for Assessment of Cardiovascular Risk in Asymptomatic Adults: Executive Summary - A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. <i>Circulation</i> . 2010;122:2748-2764. 2. Finn SD, Gardin JM, Abrams J et al. 2012 ACCF/AHA/ACCP/AATS/PCNA/SCAI/STS guideline for the diagnosis and management of patients with stable ischemic heart disease: executive summary. A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines, and the American College of Physicians, American Association for Thoracic Surgery, preventive Cardiovascular Nurses Association, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. <i>Circulation</i> 2012; 126:3097-3137.

Slow Medicine, rete di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto **"Fare di più non significa fare meglio- Choosing Wisely Italy"** in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Il progetto ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di in appropriatezza in Italia, per giungere a scelte informate e condivise. Il progetto italiano è inserito nel movimento Choosing Wisely International. Sono partner del progetto: FNOMCeO, FNOPI, ASI, SNR, ARS Toscana, Partercoisalute, Altroconsuo, Federazione per il Sociale e la Sanità della prov. aut. di Bolzano, Zedig. Per ulteriori dettagli: www.choosingwiselyitaly.org, www.slowmedicine.it

L'ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri) è un'associazione **no profit**, con oltre 5.000 iscritti, formata da cardiologi italiani operanti nel Servizio Sanitario Nazionale. Fondata nel 1963 l'ANMCO ha come obiettivi la promozione della buona prassi clinica, la prevenzione e riabilitazione di malattie cardiovascolari attraverso proposte organizzative, l'educazione professionale e la formazione, la promozione e la conduzione di studi e ricerche, la leadership nella preparazione e sviluppo di standard e linee guida. Dal 2006 ha conseguito il Certificato di Conformità ISO 9001. <http://www.anmco.it/>

ALLEGATO 30 - CARTA DEI SERVIZI

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 19 maggio 1995.
Schema generale di riferimento della “Carta dei servizi pubblici sanitari”.(GU Serie Generale n.125 del 31-05-1995 - Suppl. Ordinario n. 65)

Si riportano di seguito alcuni paragrafi del suddetto DPCM che evidenziano la rilevanza della Carta dei Servizi come strumento di promozione e valutazione della Qualità nel SSN.

1. PRESENTAZIONE

1.1. La “Carta dei servizi”: quadro normativo e funzione

...omissis .. La “Carta” è essenzialmente volta alla **tutela dei diritti degli utenti**: non si tratta di una tutela intesa come mero riconoscimento formale di garanzie al cittadino, ma di attribuzione allo stesso di un **potere di controllo diretto sulla qualità dei servizi erogati**. In particolare l’ente erogatore:

- **adotta gli standard di quantità e di qualità** del servizio di cui assicura il rispetto: è questo il principio cardine della “Carta dei servizi”.
- **pubblicizza gli standard adottati** e ne informa il cittadino,
- **verifica il rispetto degli standard ed il grado di soddisfazione degli utenti**.
- **garantisce il rispetto dello standard adottato**, assicurando al cittadino la specifica **tutela rappresentata da forme di rimborso** nei casi in cui sia possibile dimostrare che il servizio reso è inferiore, per qualità e tempestività, allo standard pubblicato

La Carta dei servizi assegna, dunque, un ruolo forte sia agli enti erogatori di servizi, sia ai cittadini nell’orientare l’attività dei **servizi pubblici verso la loro “missione”**: **fornire un servizio di buona qualità ai cittadini-utenti**.

(omissis)

1.2 La “Carta dei servizi” e la sanità

1.2. ...vive ...Il documento base predisposto dai gruppi di lavoro coordinati dal Dipartimento della funzione pubblica riguarda per il momento alcuni aspetti dei Servizi Sanitari, quali:

- l’informazione, la tutela e la partecipazione degli utenti del Servizio Sanitario Nazionale.
- il ricovero ospedaliero.
- l’accesso alle prestazioni specialistiche
- il rapporto tra utenti delle unità sanitarie locali e i medici di base.

...vive ... È, altresì, auspicabile che le unità sanitarie locali provvedano a sviluppare, nell’ambito dell’opera di personalizzazione della “Carta”, altri settori di particolare rilevanza sociale, quali le procedure amministrative per il riconoscimento dell’invalidità civile, la disciplina per la distribuzione e l’erogazione di protesi, la valutazione di qualità del servizio di assistenza sociosanitaria riabilitativa per cittadini non autosufficienti ed altri ancora.

(omissis)

1.3 Il processo di attuazione della “Carta dei servizi pubblici sanitari”

(omissis)

Tutti i modelli di **Carta dei servizi sanitari** devono contenere i **principi fondamentali** stabiliti dalla Direttiva citata, che di seguito si richiamano:

- **Eguaglianza**
- **Imparzialità**
- **Continuità**
- **Diritto di scelta**
- **Partecipazione**
- **Efficienza ed efficacia**

2. INDICAZIONI METODOLOGICHE PER L'ADOZIONE DEGLI STANDARD

2.1. Elementi introduttivi

È opportuno chiarire soprattutto la differenza tra fattori di qualità, indicatori di qualità e standard di qualità.

I **fattori di qualità** di un servizio sono gli aspetti rilevanti per la percezione delle qualità del servizio da parte dell'utente che fa l'esperienza concreta di quel servizio. I fattori possono essere aspetti oggettivi (qualitativi o quantitativi), o **soggettivi, rilevabili cioè solo attraverso la raccolta della percezione dell'utenza.**

Gli indicatori di qualità sono variabili quantitative o parametri qualitativi che registrano un certo fenomeno, ritenuto appunto “indicativo” di un fattore di qualità.

Uno standard di qualità è un valore atteso per un certo indicatore: gli standard a loro volta si suddividono tra standard generali e standard specifici. Gli **standard generali** rappresentano obiettivi di qualità che si riferiscono al complesso delle prestazioni rese, e sono espressi in genere da valori medi statistici degli indicatori: gli **standard specifici** si riferiscono invece a ciascuna delle singole prestazioni rese all'utente, che può verificarne direttamente il rispetto, e sono espressi in genere da una soglia massima o minima relativa ai valori che l'indicatore può assumere.

Per facilitare la comprensione di queste affermazioni si consideri l'esempio contenuto nella seguente tabella -

Tab. 1 - Esempi di fattori, indicatori e standard di qualità

FATTORE DI QUALITÀ QUALITÀ	INDICATORI DI QUALITÀ	STANDARD DI QUALITÀ
Semplicità' di prenotazione visita	una	Esistenza di un centro telefonico di prenotazione
		Numero di USL con centro telefonico di prenotazione 20% del totale USL nella regione (standard generale)

Tempestività' per prenotare una visita	Tempo tra la prenotazione e la visita (in giorni)	Massimo numero di giorni per ottenere una visita = 10 (standard specifico)
--	---	--

(omissis)

A partire dall'esperienza dell'utente, dunque, devono essere individuati i fattori della qualità del servizio da cui derivare indicatori e standard.

(omissis)

Le indicazioni di metodo che seguono sono corredate da esempi relativi al ricovero in ospedale, alle prestazioni diagnostiche e specialistiche, al rapporto con il medico di base

- **Passo primo: analizzare l'esperienza dell'utente**
- **Passo secondo: individuazione dei fattori di qualità**
- **Passo terzo: strutturazione dei fattori di qualità (albero della qualità)**
- **Passo quarto: passaggio dai fattori agli indicatori di qualità**
- **Passo quinto: fissare gli standard, verificare i risultati ed aggiornare gli standard**

2.2 Metodologia per la determinazione di fattori, indicatori e standard di qualità

(omissis)

Passo primo: analizzare l'esperienza dell'utente

Il modo migliore per costruire i fattori della qualità a partire dall'esperienza dell'utente è quello di ripercorrere l'esperienza del paziente, analizzando tutti i momenti del suo percorso della sua permanenza nella struttura o del suo contatto con gli erogatori del servizio sanitario.

L'esperienza dell'utente rappresenta infatti il punto di partenza per l'analisi della qualità del servizio. La seguente tabella riporta esempi di "momenti dell'esperienza del paziente" per un caso di ricovero in una struttura ospedaliera per un caso di visita o altra prestazione in un poliambulatorio specialistico o presso un medico di base.

Tab. 2- Esempi di momenti dell'esperienza del paziente in tre casi tipici

RICOVERO IN OSPEDALE

Intervento di emergenza - Visita in pronto soccorso - Richiesta di ricovero - Ingresso in ospedale per ricovero - Alloggio . - .Distribuzione vitto - Utilizzo servizi igienici - Acquisto giornali, bevande, ecc. - Uso del telefono - Visite mediche ed accertamenti - Trattamenti terapeutici - Visite dei familiari - Assistenza alla persona - Decesso in ospedale - Relazioni con il personale - Dimissione sanitaria

- Consegna cartella clinica - Pagamenti, rimborsi, ecc. - Compilazione questionari soddisfazione - Compilazione schede reclami

VISITA IN AMBULATORIO

Scelta dell'ambulatorio - Prenotazione della prestazione - Pagamento del ticket - Accesso alla struttura – Attesa - Visita specialistica - Esami strumentali e di laboratorio - Uso dei servizi igienici - Accompagnamento parenti - Assistenza alle persone - Relazioni con il personale - Consegna documentazione sanitaria - Ritorno per ritiro referti - Consegna referti - Rimborsi o pagamenti aggiuntivi - Rilevazione della soddisfazione - Inoltro reclami

MEDICINA DI BASE

Scelta del medico di base - Attesa per visita ambulatoriale - Visita ambulatoriale - Prestazioni integrative ambulatoriali - Richiesta di visita domiciliare - Visita domiciliare - Assistenza domiciliare integrata - Revoca del medico di base

Passo secondo: individuazione dei fattori di qualità

Per individuare i fattori della qualità di un servizio sanitario è necessario ricondursi dapprima a una serie di dimensioni generali che indicano i principali aspetti di qualità nelle attese dell'utenza.

Ricordando che ***sono escluse le dimensioni relative alla qualità tecnica (competenza, affabilità, sicurezza, ecc.)*** la qualità del servizio in sanità ruota intorno alle seguenti dimensioni:

- 1) gli **aspetti legati al tempo**, come la **tempestività** (velocità del servizio, brevità delle liste e delle file di attesa, ecc.), la **puntualità**, la **regolarità** (rispetto di programmi prefissati e comunicati).
- 2) gli aspetti legati alla **semplicità delle procedure**, come la comodità di poter operare le richieste telefonicamente, o la facilità degli adempimenti amministrativi.
- 3) gli aspetti legati all'**informazione** relativa al trattamento sanitario: **comprensibilità, chiarezza, completezza**.
- 4) gli aspetti legati all'**orientamento** e all'**accoglienza** all'ingresso nelle strutture sanitarie, comprensivi della **segnaletica**, del servizio di **reception** e della necessaria informazione generale sui servizi (**orari e collocazione dei servizi, nomi dei responsabili, modalità di richiesta**, ecc.).
- 5) gli aspetti legati alle **strutture fisiche**: il **comfort** e la **pulizia** delle strutture alberghiere, dei servizi, delle sale di attesa.
- 6) gli aspetti legati alle **relazioni sociali e umane**: la **personalizzazione** e l'**umanizzazione** del trattamento, la **capacità di rassicurazione**, la **cortesia** e il **rispetto della dignità**, ecc.

Il secondo passo della metodologia consiste dunque nell'**individuare i fattori di qualità del servizio di un certo servizio attraverso l'incrocio tra i momenti dell'esperienza del paziente con le dimensioni generali della qualità del servizio suddetti**.

Le tabelle 3.1, 3.2 e 3.3 indicano questi incroci di rilevanza per i tre esempi presentati al passo precedente. Ogni incrocio corrisponde a un fattore di qualità, in cui la dimensione generale di qualità del servizio deve essere declinata sulle caratteristiche specifiche dell'esperienza in questione.

Tab. 3.1 - Aspetti rilevanti di qualità del servizio per il ricovero ospedaliero

RICOVERO OSPEDALIERO						
<i>Momenti dell'esperienza</i>	<i>Tempestività, puntualità, regolarità</i>	<i>Semplicità delle procedure</i>	<i>Orientamento accoglienza e informazione sui servizi</i>	<i>Completezza e chiarezza della informazione sanitaria</i>	<i>Comfort, pulizia e condizioni di attesa</i>	<i>Personalizzazione e umanizzazione</i>
Intervento di emergenza	X		X			
Visita in pronto soccorso			X	X	X	X
Richiesta di ricovero	X	X		X		
... ecc..						

(omissis)

Tab. 3.2 - Aspetti rilevanti di qualità del servizio per le prestazioni specialistiche

Tab. 3.3- Aspetti rilevanti di qualità del servizio per il rapporto con il medico di base

(omissis)

Passo terzo: strutturazione dei fattori di qualità (albero della qualità)

Fig. 4.1 - ALBERO DELLA QUALITA' del servizio: ricovero ospedaliero

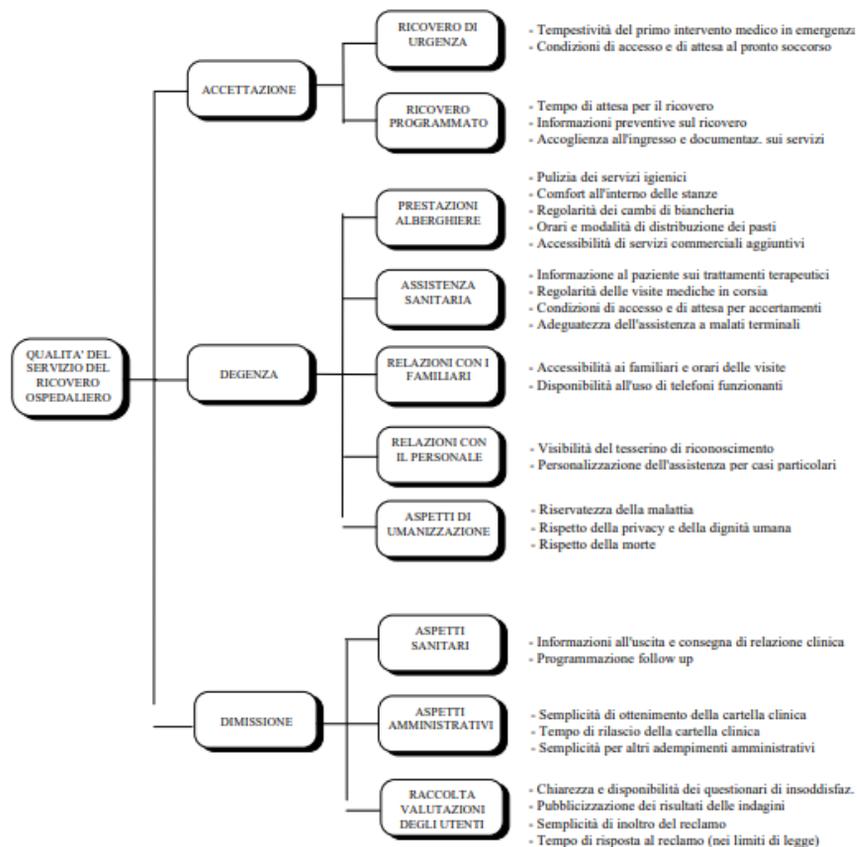
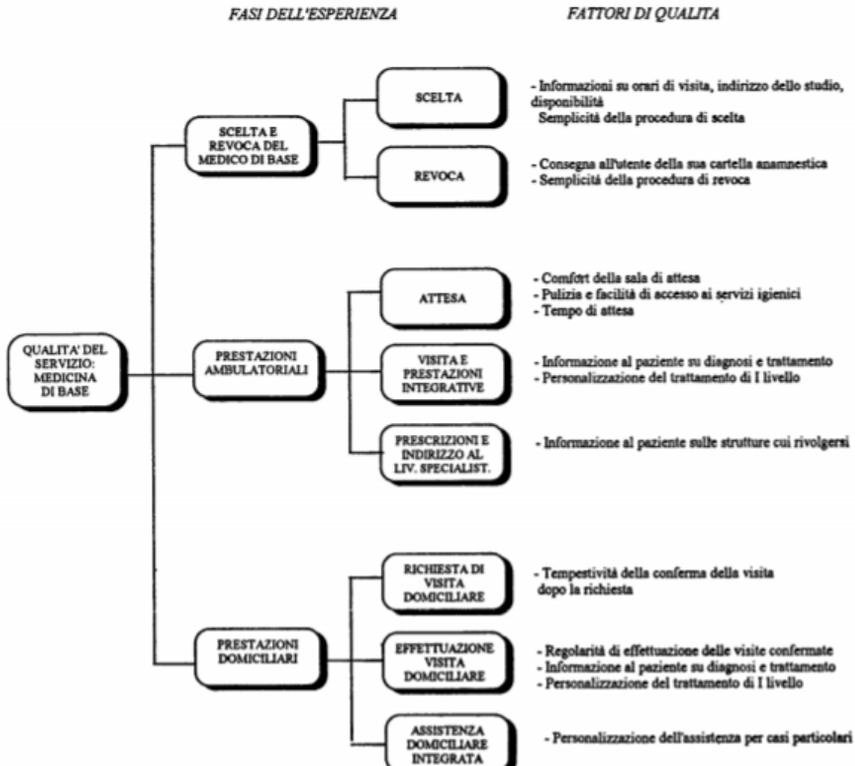


Fig. 4.3 - ALBERO DELLA QUALITA' del servizio: medicina di base



Passo quarto: passaggio dai fattori agli indicatori di qualità

(omissis)

Gli indicatori di qualità del servizio possono essere di diversi tipi:

- indicatori di processo, derivanti da misure o valutazioni effettuate in continuo sullo svolgimento delle attività;
- indicatori di struttura, derivanti da rilevazioni periodiche sullo stato delle strutture fisiche e delle procedure;
- indicatori di esito, che nel caso della qualità del servizio assumono la forma di indicatori di soddisfazione degli utenti, derivanti da valutazioni degli utenti raccolte con appositi strumenti.

(omissis)

Ovunque sia possibile si suggerisce l'introduzione sia di indicatori interni (di processo o di struttura), sia di indicatori esterni (di soddisfazione dell'utente), per effettuare confronti.

(omissis)

Passo quinto: fissare gli standard, verificare i risultati ed aggiornare gli standard

(omissis)

E' per questo che la "Carta dei servizi" si limita a fissare le linee generali del meccanismo di controllo (adozione di standard, informazione, valutazione, reclami, rimborsi, ecc.), e lascia agli enti erogatori di servizi pubblici (per esempio, le singole USL o Aziende Ospedaliere) la facoltà di individuare propri standard generali e specifici, nonché di migliorare progressivamente i livelli attesi di qualità.

(omissis)

3. INFORMAZIONE, ACCOGLIENZA, TUTELA E PARTECIPAZIONE

(omissis)

... ogni Unità Sanitaria Locale...*(omissis)*...deve garantire agli utenti le seguenti funzioni : 1) Informazione 2) Accoglienza 3) Tutela 4) Partecipazione. Tali funzioni sono assicurate tramite l'istituzione dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)

3.1 Informazione

Per facilitare l'accesso alle prestazioni e garantire l'attuazione del principio di uguaglianza e di imparzialità, **l'URP promuove l'apertura di "punti informazione"** dislocati nei presidi di maggior afflusso dell'utenza. Funzione principale dei "punti informazione" è quella di fornire le **informazioni di primo livello**, (dove devo rivolgermi per..., in quali orari, quali documenti sono necessari, ecc.)

(omissis)

Promuovono, inoltre, la **realizzazione di materiale informativo e divulgativo** (depliant, opuscoli, guide). Particolare attenzione dovrà essere assicurata anche al **monitoraggio della domanda dei cittadini** ed alla **rilevazione del gradimento dei servizi** per mantenere costantemente adeguato il livello qualitativo della prestazione erogata.

(omissis)

3.2 Accoglienza e accompagnamento

(omissis)

... deve essere individuato personale qualificato che operi all'interno della Direzione Sanitaria (personale infermieristico) in grado di:

- instaurare una relazione con l'utente tale da limitare i suoi disagi e da metterlo in grado di esprimere i propri bisogni;

- accompagnare personalmente gli utenti;
- collaborare con le Associazioni del Volontariato;
- curare l'accoglienza dell'utente, soprattutto per quanto attiene i ricoveri improvvisi, aiutandolo a risolvere i problemi inerenti i servizi erogati all'interno della struttura;
- educare l'utenza ad un corretto utilizzo dei Servizi Sanitari;

3.3 Tutela

La funzione relativa alla tutela degli utenti del Servizio Sanitario Nazionale viene assolta attraverso i seguenti strumenti:

A) Ufficio Relazioni con il Pubblico (ed eventuali sue articolazioni) che, nell'ambito del contatto diretto con il pubblico, attiva le iniziative dirette al superamento di eventuali disservizi e riceve i reclami e ne garantisce l'istruzione e la trasmissione alla Direzione delle USL per la decisione nel merito ... *omissis*...

B) Commissione Mista Conciliativa ... *omissis*...

C) Regolamento ... *omissis*...

D) Comitato permanente per l'attuazione della Carta dei servizi pubblici, istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri ... *omissis*...

... *omissis*...

Allegato 1 - Regolamento di pubblica tutela

Allegato 2 - Scheda segnalazioni

3.4 Partecipazione

... *omissis*...

La funzione della partecipazione viene realizzata... *omissis*... anche attraverso le seguenti modalità:

- concessione di spazi, che consentano agli **organismi del volontariato di poter partecipare a momenti istituzionali di indirizzo e programmazione dell'attività propria dell'Ente erogatore**;
- predisposizione di **progetti operativi** per favorire **l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini**;
- **rilevazione del gradimento**, da parte dell'utenza, **della prestazione sanitaria** (controllo di qualità) ... *omissis*...
- **attivazione della Commissione Mista Conciliativa** per l'esame congiunto da parte della USL e del Volontariato delle circostanze che hanno determinato il disservizio (vedi cap. Tutela)

4. IL RICOVERO OSPEDALIERO

4.1 Ricovero urgente ...*omissis*...

4.2 Ricovero ordinario ...*omissis*...

4.3 Ricovero programmato ...*omissis*...

4.4 Ospedalizzazione domiciliare ...*omissis*...

- 4.5 Accettazione amministrativa ...*omissis*...
- 4.6 Camere a pagamento ...*omissis*...
- 4.7 Garanzie ...*omissis*...
- 4.8 Ricoveri presso strutture di altissima specializzazione non convenzionate in Italia e all'estero ...*omissis*...
- 4.9 Procedure d'urgenza (per i ricoveri presso Centri di Altissima Specializzazione all'estero) ...*omissis*...

Allegato n. 3: Opuscolo informativo

Allegato 3/bis: Consigli ed informazioni in occasione dei ricoveri ospedalieri

Allegato 4: Scheda informativa sul reparto di degenza

Allegato 4/bis: Le informazioni relative al reparto di degenza

Allegato 5: Questionario per i degenti ospedalieri

5. ACCESSO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E DIAGNOSTICHE

- 5.1 Come richiedere la visita specialistica o la prestazione diagnostica... *omissis*...
- 5.2 Dove richiedere la visita specialistica o la prestazione diagnostica... *omissis*...
- 5.3 La prenotazione della visita o della prestazione diagnostica... *omissis*...
- 5.4 Tempi di attesa per le prestazioni specialistiche e diagnostiche... *omissis*...
- 5.5 Il pagamento della prestazione specialistica o diagnostica o del relativo ticket... *omissis*...
- 5.6 Diritto al risarcimento e sanzioni... *omissis*...
- 5.7 Tutela dei diritti del cittadino... *omissis*...

Allegato 6/A - Questionario per la raccolta del giudizio degli utenti sul funzionamento del servizio (Prenotazione)

Allegato 6/B - Questionario per la raccolta del giudizio degli utenti sul funzionamento del servizio (Accettazione, prelievo, ..)

Allegato 6/C - Questionario per la raccolta del giudizio degli utenti sul funzionamento del servizio (Ritiro risposta)

6. LA MEDICINA GENERALE E PEDIATRICA DI LIBERA SCELTA

6.1 Il medico di base della USL

Il medico di medicina generale e pediatrica è una figura cardine dell'assistenza sanitaria e partecipa all'attività della USL per programmi finalizzati ... *omissis*... il medico attua in prima persona le prestazioni di medicina individuale (prevenzione, diagnosi e cura) ... *omissis*...:

- visita medica generale, ambulatoriale e domiciliare
- prestazioni di particolare impegno professionale;
- prescrizione di farmaci;
- richiesta di visite specialistiche;
- proposte di ricovero ospedaliero;
- prestazioni di carattere certificativo e medico-legali.

6.2 Mezzi e strumenti della medicina di base ... *omissis*...

L'assistenza programmata si articola nel seguente modo:

- assistenza domiciliare nei confronti dei pazienti non trasportabili;
- assistenza nei confronti di utenti ospiti in residenze protette;
- assistenza domiciliare integrata;
- accesso facoltativo in ospedale in fase di accettazione, degenza o dimissione del proprio assistito.

Il medico di medicina generale pediatrica partecipa inoltre alle forme di ospedalizzazione domiciliare.

6.3 Diritti e garanzia del servizio

L'assistenza di medicina generale e pediatrica è garantita nell'ambito di residenza dei cittadini **dalle ore 8 alle ore 20 nei giorni feriali e dalle ore 8 alle ore 14 nei giorni prefestivi**, salvo diverse disposizioni previste dalla prossima Convenzione nazionale. ... *omissis*... L'USL assicura il rigoroso rispetto del **numero massimo di assistiti per medico stabilito dalla convenzione, ossia 1500 per la medicina generale ed 800 per la pediatria.**

6.4 Attività ambulatoriale

... *omissis*... **Lo studio deve essere aperto almeno 5 giorni la settimana e l'orario di apertura deve essere correlato al numero degli assistiti in carico**, al fine di assicurare un'efficace ed efficiente assistenza ... *omissis*...

6.5 Diritti e doveri del medico di base e della USL

... *omissis*... Il medico deve attuare un **sistema di prenotazione delle visite ambulatoriali tale da eliminare lunghi tempi di attesa e affollamento dei locali.** Deve, inoltre, **differenziare l'orario dedicato alla informazione medicoscientifica** da quello dedicato all'attività ambulatoriale vera e propria. ... *omissis*...

La USL si impegna a rilasciare ad ogni utente un tesserino magnetico contenente tutte le informazioni anagrafiche. Si impegna, inoltre, a rilasciare, in via sperimentale, un certo numero di etichette adesive con codice identificativo e dati anagrafici da apporre su ricette e prestazioni specialistiche per facilitare le prenotazioni. **In caso di ricovero dell'assistito, il medico di medicina generale e pediatrica collabora con i medici di reparto fornendo tutti gli elementi utili in suo possesso.** Inoltre redige la scheda di accesso che l'assistito consegnerà ai medici ospedalieri. Al momento delle dimissioni il reparto invierà al medico di medicina generale e pediatrica un'informazione dettagliata del decorso ospedaliero e una sintesi diagnostica e terapeutica.

L'utente ha diritto a presentare reclami ... *omissis*...

6.6 Assistenza ai non residenti

- 1 - Stranieri non residenti in Italia ... *omissis*...
- 2 - Utenti in temporaneo soggiorno in USL diversa da quella di residenza ... *omissis*...
- 3 - Utenti non residenti con domicilio sanitario nella USL la di residenza. ... *omissis*...

Allegato 7. Regolamento dei diritti e dei doveri dell'utente malato

Allegato 8 ELENCO DEI DIRITTI CONTENUTI NELLE CARTE PROCLAMATE⁶²⁹ A LIVELLO LOCALE**1) LA COMPETENZA E LA PROFESSIONALITÀ DEGLI OPERATORI**

- 1) a ricevere una diagnosi preventiva, accurata e coscienziosa
- 2) alla consulenza dei membri della Équipe medica e a che questa sia realmente coordinata al suo interno, svolga riunioni periodiche di staff e curi la consegna tra un turno e l'altro
- 3) alla visita del proprio medico di famiglia e ad essere da lui seguito per tutta la degenza, nonché al consulto tra questo e i medici ospedalieri
- 4) a che le dimissioni siano disposte dagli stessi medici che hanno seguito il malato fin dal ricovero, con comunicazione al medico personale
- 5) al rispetto del divieto di fumare
- 6) a che gli operatori sanitari adottino comportamenti igienici e non lesivi del bisogno dell'utente, quali il lavorare con unghie sporche, senza indumenti prescritti o con indumenti sporchi.

2) LA QUALITÀ E L'ADEGUATEZZA DELLA ASSISTENZA

- 7) a ricevere le terapie e la somministrazione dei farmaci prescritti agli orari stabiliti e senza interruzione anche nei periodi festivi e notturni
- 8) a una gestione amministrativa e organizzativa efficiente soprattutto nei periodi estivi e per quanto riguarda le pratiche burocratiche, con criteri di utilizzazione del personale che non provochino disagi (come, ad esempio, nel caso dei turni per il periodo di ferie)
- 9) all'assistenza post-operatoria e post-ospedaliera
- 10) ad avere una assistenza medica e infermieristica adeguata per numero di operatori, loro presenza in servizio, qualificazione, professionalità e cortesia
- 11) ad avere per ogni posto letto campanelli di allarme funzionanti e a ricevere subito risposta alle proprie chiamate
- 12) a essere ricoverati, in caso di malattie gravi o contagiose, in stanze riservate
- 13) ad essere assegnati al reparto giusto

⁶²⁹ Elaborata sulla base di 90 carte deliberate dalle USL alla data di pubblicazione dell' Attuazione della Carta dei servizi nel sistema sanitario nazionale (supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 203 del 31 agosto 1995)

3) L'EFFICACIA DELLE STRUTTURE DI PRONTO SOCCORSO

- 14) al trasporto con l'ambulanza gratuito, tempestivo ed efficiente, cioè con personale medico e paramedico adeguato alle esigenze
- 15) ad avere un adeguato pronto soccorso, collegato con le altre strutture e con la presenza di personale proprio e di attrezzature specifiche.

4) L'ELIMINAZIONE DI SPRECHI DI TEMPO E DI DENARO

- 16) a non fare lunghe file di attesa per le prenotazioni, per il pagamento dei ticket e per gli altri adempimenti burocratici connessi alle prestazioni sanitarie e ad avere adeguati sistemi di gestione (numero di prenotazione, sale di attesa, ecc.)
- 17) a essere trattato come utente pagante, senza essere costretti a chiedere favoritismi per ottenere migliori prestazioni
- 18) al controllo dei sistemi di accettazione negli ospedali
- 19) a non dover ricorrere all'assistenza integrativa a pagamento nelle ore notturne (a che non ci siano in ospedale badanti e altro personale assistenziale estraneo alle strutture)
- 20) a non subire lunghi tempi di attesa per i ricoveri soprattutto nel caso in cui questi siano programmati
- 21) ad avere assicurato il proprio letto anche in caso di assenza per alcuni giorni
- 22) ad effettuare esami e accertamenti e ricevere i relativi esiti in breve tempo ed evitando scambi di persone nella consegna dei referti

5) LA DEOSPEDALIZZAZIONE

- 23) alla assistenza in day hospital o strutture simili (centri multizonali) se non è necessaria la degenza
- 24) ad avere assistenza domiciliare se necessario
- 25) al funzionamento dei servizi ambulatoriali e territoriali
- 26) a essere in un ospedale il più vicino possibile alla propria abitazione

6) L'ADEGUATEZZA DELLE STRUTTURE E DELLE STRUMENTAZIONI

- 27) alla protezione dalle radiazioni in casi di accertamenti radiologici, sia per il malato che per il personale
- 28) a essere curato e operato con strumenti e oggetti sanitari sterilizzati e non usati (se questo implica infezioni, ecc.) e alla massima sicurezza degli impianti
- 29) ad avere locali e servizi connessi alle esigenze ospedaliere, quali camere mortuarie, reparti e locali per malati infetti o particolari, sale mortuarie, farmacie ospedaliere, ecc.
- 30) ad avere strutture consone alle esigenze delle prestazioni sanitarie (porte di misura adeguata, montacarichi, montalettighe, ecc.)

- 31) ad avere ascensori funzionanti, puliti e funzionali
- 32) ad avere, se necessario, stampelle, sedie a rotelle, e altri strumenti di ausilio alla deambulazione o alla libertà di movimento funzionanti
- 33) a che non ci siano barriere architettoniche
- 34) all'assenza, nella zona degli ospedali, di industrie, impianti rumorosi, discariche e altri manufatti che creino molestia

7) IL RISPETTO DELLA DIGNITÀ E DEI DIRITTI DELLA PERSONA

- 35) al rispetto della propria dignità, intimità e pudore
- 36) ad essere trattato con cortesia e umanità, senza arroganza
- 37) a non essere chiamato con il tu o con il nome della malattia
- 38) alla segretezza sul motivo del ricovero e sulle dichiarazioni rese ad operatori sanitari, la segretezza della propria cartella clinica nei confronti di persone estranee al servizio
- 39) a mantenere il proprio vestiario e a non usare il pigiama se non strettamente necessario
- 40) ad avere bagni provvisti di chiusura
- 41) ad avere box, divisioni, paraventi, ecc. per garantire la privacy durante le visite mediche e le terapie
- 42) ad avere aree per potersi cambiare privatamente
- 43) ad avere riconosciuta una effettiva parità per quanto riguarda differenze di sesso, cultura, condizione economica età, lingua, nazionalità, religione
- 44) ad avere il rispetto per la propria fede e alla assistenza religiosa, se richiesta
- 45) a non essere ingiuriati e insultati o ricevere trattamenti spiacevoli da parte degli operatori in seguito a qualche azione compiuta o per qualche omissione
- 46) per il malato detenuto, di avere tutta l'assistenza possibile e l'attuazione della carta dei diritti del malato

8) LA PROTEZIONE DEI SOGGETTI DEBOLI

- 47) ad avere assistenza adeguata per il malato non autosufficiente, in particolare per l'anziano (per mangiare, andare in bagno, curare l'igiene personale, deambulare, ecc.) sia da parte del personale infermieristico che dai parenti
- 48) a vedere riconosciuti i propri diritti per il degente handicappato (in particolare quello alla cura e alla riabilitazione) e la possibilità di usufruire di sedie a rotelle e altro per gli spostamenti
- 49) per il malato anziano a non subire il ricovero per richiesta dei parenti quando non è necessario
- 50) al riconoscimento per la donna degente, della propria soggettività culturale e psicofisica, alla libera scelta dei valori (aborto, ecc.)

- 51) per l'alcolista, ad avere una adeguata assistenza senza discriminazioni
- 52) alla possibilità, per il malato tossicodipendente, di usufruire senza discriminazioni di adeguato ricovero per terapie disintossicanti; ad avere informazioni sull'assunzione di sostanze stupefacenti e a ricevere cure in comunità terapeutiche
- 53) per l'emodializzato, a essere curato in reparti adeguati e all'assistenza da parte di personale appositamente formato; a cure gratuite domiciliari; all'essere messo in contatto con centri di trapianto nazionali e regionali
- 54) per il malato di AIDS, a essere curato, a non subire discriminazioni e ad avere personale specializzato
- 55) per il malato con disturbi mentali, al rispetto della dignità; alla libertà di movimento di relazione e alla libera scelta del terapeuta, delle cure e del luogo di ricovero

9) L'INFORMAZIONE

- 56) ad avere preventivamente informazioni corrette, chiare ed esaustive sulla diagnosi, sulla cura della propria malattia, sulla durata e sui possibili disagi fastidi e pericoli connessi
- 57) a dare la propria autorizzazione alle sperimentazioni relative ai farmaci, terapie, ecc. dopo una accurata informazione
- 58) ad avere a disposizione una cartella clinica chiara, leggibile e contenente tutte le informazioni indispensabili sul soggetto, la malattia, ecc. e, una volta dimessi, a ottenere subito la cartella clinica
- 59) a fornire informazioni agli operatori circa la propria malattia, eventuali sintomi, il proprio stato di salute, ecc.
- 60) ad avere informazioni sulla struttura ospedaliera e sui servizi sanitari (orari, dislocazione, ecc.) e sulla loro accessibilità
- 61) a potere identificare il personale che dovrebbe essere dotato di cartellini di riconoscimento con nome e qualifica
- 62) a conoscere gli onorari dei medici ospedalieri che svolgono attività interna libero-professionale

10) LA SALVAGUARDIA DEI RITMI DI VITA DEL CITTADINO

- 63) al rispetto dei ritmi e orari della vita quotidiana, come gli orari di sveglia, dei pasti, delle relazioni sociali, dello svago, ecc.
- 64) ad avere a disposizione sale di incontro e di ricreazione adeguatamente allestite
- 65) a non essere costretto a rimanere a letto senza giustificato motivo
- 66) ad avere la disponibilità di telefoni
- 67) a orari di visita adeguati alle esigenze familiari e di lavoro
- 68) a usufruire di un servizio di segretariato per l'espletamento di pratiche personali ed urgenti (ritiro di pensioni, pagamento delle bollette, ecc.)

- 69) ad avere sale di attesa per parenti o per coloro che attendono per le visite, gli esami, le terapie, ecc.
- 70) ad una adeguata presenza di servizi quali barbiere o parrucchiere, spaccio, bar, giornalaio-libreria

11) IL COMFORT

- 71) a vedere rispettate elementari norme igieniche relative ai bagni e alle docce, ai pavimenti, alle lenzuola e alle stoviglie, senza la presenza di scarafaggi, insetti, ecc. e alla presenza di strumenti di lotta alle infezioni
- 72) a non essere collocato in corridoi o locali superaffollati o con brandine e ad avere, nella stanza di degenza, almeno una finestra verso l'esterno
- 73) ad avere un posto letto confortevole (coperte, cuscini, lenzuola senza rattoppi, materassi di buona qualità, materiale antidecubito, ecc.)
- 74) ad avere a disposizione posate, piatti, tovaglie e tovaglioli e acqua potabile e strutture e luoghi propri dove mangiare
- 75) ad avere spazi per gli oggetti personali (mobiletto, armadietti o anta di un armadio ecc.) e un adeguato arredamento della stanza (cestino dei rifiuti, sedia, scrittoio o tavolino ,ecc.)
- 76) a un riposo tranquillo, notturno e diurno, anche durante l'esecuzione delle terapie
- 77) all'igiene dei luoghi di soggiorno e delle stanze da letto, a che siano prive di topi, scarafaggi e altri animali, cumuli di polvere, strumenti usati quali pappagalli o padelle, biancheria sporca , ecc. e a un efficace servizio di raccolta di rifiuti
- 78) a usufruire di servizi igienici funzionanti e in un numero sufficiente, tali da consentire a tutti una adeguata igiene personale, dotati di acqua calda corrente e provvisti degli accessori indispensabili (docce, bidet, vasche, lavandini, specchi, carta igienica, scopini, copriwater, tavolette asciugamani a getto d'aria, mensole, tappeti antisdrucchiolo, ecc.)
- 79) al rifacimento quotidiano dei letti e al cambio delle lenzuola almeno una volta ogni quattro giorni
- 80) ad avere diete e nutrizione variata, di buona qualità, igienicamente sicura e adeguata alla propria malattia

12) LA TUTELA DEI DIRITTI

- 81) a vedere riconosciuto il danno subito e al risarcimento senza lunghe attese e costose procedure
- 82) ad avere propri rappresentanti in ospedale (es. centri per i diritti del malato) e ad essere tutelati da essi nei confronti del personale e della amministrazione
- 83) ad avere l'assistenza necessaria in caso di sciopero e all'avviso preventivo

- 84) a partecipare, tramite propri rappresentanti, alla contrattazione collettiva con i sindacati, lo stato, ecc.

13) LA TUTELA DEL PARTO

- 85) per la donna partoriente, alla riservatezza e al riconoscimento della propria dignità
- 86) a vivere il parto, per la donna, come un evento fisiologico e non patologico
- 87) a usufruire di tecniche di parto aggiornate e ad almeno a due esami ecografici nel periodo di gravidanza
- 88) per la donna partoriente, a fruire della presenza di almeno una persona di sua fiducia
- 89) a che la madre sia insieme al bambino sin dalla nascita

14) L'ACCOGLIENZA DEL BAMBINO MALATO

- 90) a mantenere, per il bambino degente, la vita di relazione; almeno un familiare vicino (con possibilità usufruire delle strutture di servizio) e la possibilità di attività ricreative
- 91) del bambino ad avere collegamenti con la scuola se si tratta di lunga degenza
- 92) del bambino a non essere ricoverato se non in caso di necessità diagnostica
- 93) del bambino ad avere le protesi necessarie con sollecitudine
- 94) del bambino ad essere assistito da personale competente soprattutto per quanto riguarda l'ambito dei rapporti e la psicologia infantile e a non essere trattato con mezzi di contenzione
- 95) per i bambini talassemici, ad avere un ambiente sano e spazioso; ad avere un centro di diagnosi e cura specializzato e ad avere trasfusioni regolari e con sangue fresco e controllato

15) IL RISPETTO DELLA MORTE

- 96) ad una morte umana e dignitosa, essendo aiutato dal personale con un comportamento corrispondente anche nei confronti dei parenti
- 97) dei parenti del defunto di riavere le spoglie il più presto possibile
- 98) a che le salme non vengano abbandonate in luoghi impropri
- 99) a trascorrere, per il degente morente, le ultime ore di vita con il conforto dei familiari, parenti e amici
- 100) a disporre di spazi appositi, a non essere abbandonati e ad avere assistenza adeguata e dignitosa per i malati in fase terminale

ALLEGATO 31 - APPROPRIATEZZA RICOVERI

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Si riportano gli allegati 6a e 6b del decreto DPCM L.E.A. in merito ai ricoveri ordinari e in day Hospital ad alto rischio di inappropriatezza

ALLEGATO 6A - DRG AD ALTO RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA IN REGIME DI DEGENZA ORDINARIA

Sono indicati:

- 1) Il numero del DRG (**006**)
- 2) l' MDC Major Diagnostic Category - Categoria Diagnostica Maggiore (**Malattie e disordini del Sistema Nervoso Centrale**) (**1**)
- 3) La tipologia del DRG (M=medico. c=Chirurgico) (**C**)
- 4) La Descrizione del DRG (**Decompressione del tunnel carpale**)

006 1 C Decompressione del tunnel carpale

008 1 C Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC

013 1 M Sclerosi multipla e atassia cerebellare

019 1 M Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC

036 2 C Interventi sulla retina

038 2 C Interventi primari sull'iride

039 2 C Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia

040 2 C Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni

041 2 C Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni

042 2 C Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino (*eccetto trapianti di cornea*)

047 2 M Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC

051 3 C Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia

055 3 C Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola

059 3 C Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni

060 3 C Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni

061 3 C Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni

062 3 C Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni

065 3 M Alterazioni dell'equilibrio (*eccetto urgenze*)

070 3 M Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni

073 3 M Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni

074 3 M Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni

088 4 M Malattia polmonare cronica ostruttiva

119 5 C Legatura e stripping di vene

131 5 M Malattie vascolari periferiche senza CC (*eccetto urgenze*)

- 133 5 M Aterosclerosi senza CC (*eccetto urgenze*)
- 134 5 M Ipertensione (*eccetto urgenze*)
- 139 5 M Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC
- 142 5 M Sincope e collasso senza CC (*eccetto urgenze*)
- 158 6 C Interventi su ano e stoma senza CC
- 160 6 C Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (*eccetto ricoveri 0-1 giorno*)
- 162 6 C Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (*eccetto ricoveri 0-1 giorno*)
- 163 6 C Interventi per ernia, età < 18 anni (*eccetto ricoveri 0-1 giorno*)
- 168 3 C Interventi sulla bocca con CC
- 169 3 C Interventi sulla bocca senza CC
- 183 6 M Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
- 184 6 M Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni (*eccetto urgenze*)
- 187 3 M Estrazioni e riparazioni dentali
- 189 6 M Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
- 206 7 M Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC
- 208 7 M Malattie delle vie biliari senza CC (*eccetto urgenze*)
- 227 8 C Interventi sui tessuti molli senza CC
- 228 8 C Interventi Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC
- 229 8 C Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC
- 232 8 C Artroscopia
- 241 8 M Malattie del tessuto connettivo senza CC
- 243 8 M Affezioni mediche del dorso (*eccetto urgenze*)
- 245 8 M Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC
- 248 8 M Tendinite, miosite e borsite
- 249 8 M Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
- 251 8 M Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC
- 252 8 M Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni
- 254 8 M Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC
- 256 8 M Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
- 262 9 C Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne (*codici intervento 85.20 e 85.21*)

- 266 9 C Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC
- 268 9 C Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella
- 270 9 C Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC
- 276 9 M Patologie non maligne della mammella
- 281 9 M Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC (*eccetto urgenze*)
- 282 9 M Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni (*eccetto urgenze*)
- 283 9 M Malattie minori della pelle con CC
- 284 9 M Malattie minori della pelle senza CC
- 294 10 M Diabete, età > 35 anni (*eccetto urgenze*)
- 295 10 M Diabete, età < 36 anni
- 299 10 M Difetti congeniti del metabolismo
- 301 10 M Malattie endocrine senza CC
- 317 11 M Ricovero per dialisi renale
- 323 11 M Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni
- 324 11 M Calcolosi urinaria senza CC (*eccetto urgenze*)
- 326 11 M Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC (*eccetto urgenze*)
- 327 11 M Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni
- 329 11 M Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC
- 332 11 M Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC
- 333 11 M Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni
- 339 12 C Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni
- 340 12 C Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni
- 342 12 C Circoncisione, età > 17 anni
- 343 12 C Circoncisione, età < 18 anni
- 345 12 C Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne
- 349 12 M Ipertrofia prostatica benigna senza CC
- 351 12 M Sterilizzazione maschile
- 352 12 M Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile
- 360 13 C Interventi su vagina, cervice e vulva
- 362 13 C Occlusione endoscopica delle tube
- 364 13 C Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne
- 369 13 M Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile
- 377 14 C Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico
- 381 14 C Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia
- 384 14 M Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche
- 395 16 M Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni (*eccetto urgenze*)

- 396 16 M Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni
 399 16 M Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC
 404 17 M Linfoma e leucemia non acuta senza CC
 409 17 M Radioterapia
 410 17 M Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta
 411 17 M Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia
 412 17 M Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia
 426 19 M Nevrosi depressive (eccetto urgenze)
 427 19 M Nevrosi eccetto nevrosi depressive (eccetto urgenze)
 429 19 M Disturbi organici e ritardo mentale
 465 23 M Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria
 466 23 M Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria
 467 23 M Altri fattori che influenzano lo stato di salute (eccetto urgenze)
 490 25 M H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate
 503 8 C Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione
 538 8 C Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC
 563 1 M Convulsioni, età > 17 anni senza CC
 564 1 M Cefalea, età > 17 anni

Allegato 6B - Prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery - trasferibili in regime ambulatoriale

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI

- LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
 LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
 RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE escluso:RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44)
 RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)
 RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE escluso:RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44)
 RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)
 INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE
 Incluso: Impianto di lenti, Visita preintervento e visite di controllo entro 10 giorni, Biometria. Non codificabile con 95.13.
 INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRAATTIVO (in occhio fatico)
 IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE
 RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO

- 1 RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA (Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
- RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA (Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
- RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI (Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
- RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE (Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
- RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI (Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
- RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE (Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
- RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
- ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
- ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
- ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
- AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
- AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
- AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
- LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE. Prima seduta. Incluso: visita anestesiologicala, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo.
- LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE per seduta successiva alla prima. Incluso: ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo.
- LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA. Per seduta. Incluso: ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo.

ALLEGATO 32 - HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

Il tema dell' Health Technology Assessment e Horizon Scanning nel sito WEB del Ministero della Salute⁶³⁰ viene scandito in forma sintetica, ma assolutamente compiuta nei seguenti 6 "capitoli":

- 1) **Il processo di Health Technology Assessment (HTA)** - La valutazione delle tecnologie sanitarie
- 2) **La Governance dei dispositivi medici e l'HTA** - Il governo della domanda e dell'offerta di dispositivi medici, al quale l'HTA può fornire informazioni utili
- 3) **Il programma nazionale di HTA dei dispositivi medici** - La Cabina di regia per il Programma Nazionale di HTA, i documenti di riferimento
- 4) **Health Technology Assessment in Europa** - Le reti europee per l'HTA, la proposta de regolamento europeo
- 5) **Produzione dei report, revisione esterna e consultazione pubblica** -Le diverse fasi della procedura
- 6) **Archivio dei Report HTA e HS** - L'archivio dei report di Health Technology Assessment e di Horizon Scanning

1) Il processo di Health Technology Assessment (HTA) - La valutazione delle tecnologie sanitarie

Data di pubblicazione: **5 giugno 2019**, ultimo aggiornamento **5 giugno 2019**

La valutazione delle tecnologie sanitarie (**Health Technology Assessment - HTA**) è un processo multidisciplinare che sintetizza le informazioni sulle questioni cliniche, economiche, sociali ed etiche connesse all'uso di una tecnologia sanitaria, in modo sistematico, trasparente, imparziale e solido. Il suo obiettivo è contribuire all'individuazione di politiche sanitarie sicure, efficaci, incentrate sui pazienti e mirate a conseguire il miglior valore.

La valutazione delle **tecnologie sanitarie** può prendere in considerazione diversi aspetti (domini), che possono essere sia clinici (problema di salute e uso attuale della tecnologia, caratteristiche tecniche, sicurezza, efficacia clinica) sia non clinici (costi ed efficacia economica, analisi etica, aspetti organizzativi, aspetti sociali, aspetti legali).

Il processo di HTA si basa su **evidenze scientifiche tratte da studi**, che vengono considerate per specifiche tipologie di intervento sanitario su determinate popolazioni di pazienti, confrontando gli esiti e i risultati con quelli di tecnologie sanitarie di altro genere o con lo standard di cura corrente.

⁶³⁰ http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=dispositivi-medici&menu=tecnologie

Le tecnologie oggetto di valutazione possono essere farmaci, dispositivi medici, vaccini, procedure e, più in generale, tutti i sistemi sviluppati per risolvere un problema di salute e migliorare la qualità della vita.

Nell'ambito della valutazione delle tecnologie sanitarie si distingue il processo di **Horizon Scanning**, che mira all'individuazione, in maniera prospettica e previsionale, delle tecnologie sanitarie in fase di sviluppo iniziale che potrebbero avere un impatto rilevante sui pazienti, sulla sanità pubblica o sui sistemi sanitari

2) La Governance dei dispositivi medici e l'HTA - Il governo della domanda e dell'offerta di dispositivi medici, al quale l'HTA può fornire informazioni utili

La governance nazionale dei dispositivi medici mira all'efficiente allocazione delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale, alla sostenibilità dell'innovazione, al potenziamento della vigilanza e alla messa in trasparenza delle azioni e relazioni inerenti l'approvvigionamento e l'utilizzo dei dispositivi medici.

Tra i suoi obiettivi rientra quindi il **governo della domanda e dell'offerta di dispositivi medici**, al quale l'HTA può fornire informazioni utili a ridurre gli sprechi, a ottimizzare i ritorni degli investimenti e ricercare il miglior valore nell'acquisizione delle tecnologie, anche attraverso il riconoscimento precoce dell'innovazione e la valutazione del valore clinico assistenziale aggiuntivo.

Affinché l'HTA sia **funzionale alla governance** dei dispositivi medici e alla programmazione degli investimenti occorre orientare la valutazione verso le tecnologie di maggior interesse, ovvero quelle innovative, quelle ad elevato impatto clinico, economico, organizzativo ed assistenziale, o che presentano elevati rischi per i pazienti o per le quali si rilevano particolari possibilità di utilizzo inappropriato.

I processi decisionali, e in particolare quelli finalizzati alle acquisizioni, devono essere supportati da valutazioni metodologicamente robuste, condotte nel rispetto dei principi di trasparenza, di assenza di conflitti di interesse e di pubblicazione del processo valutativo.

Per le tecnologie che presentano caratteristiche di innovatività l'introduzione nell'offerta di servizi sanitari dovrebbe essere preceduta da una valutazione comparativa che ne apprezzi i benefici clinico-assistenziali aggiuntivi rispetto all'esistente, sulla base di dati di efficacia e di sicurezza, considerando i fabbisogni, i volumi di consumo attesi e i costi.

3) Il programma nazionale di HTA dei dispositivi medici - La Cabina di regia per il Programma Nazionale di HTA, i documenti di riferimento

La Cabina di Regia

Il Patto per la Salute 2014-2016 e le Leggi di Stabilità per il 2015 ed il 2016 hanno delineato un nuovo modello istituzionale di **cooperazione tra livello centrale e livello regionale** per la ricerca di comportamenti atti a conseguire obiettivi di efficacia clinica, efficienza gestionale e sostenibilità dell'innovazione.

È stata quindi istituita una Cabina di Regia che, mettendo insieme gli apporti del Ministero, delle Agenzie nazionali (AGENAS e AIFA) e delle Regioni, possa coordinare le attività di Health Technology Assessment sviluppate a livello nazionale e locale, dando attuazione a un Programma Nazionale.

La Cabina di Regia ha il compito di:

- individuare le priorità valutative di interesse nazionale, in coerenza con le linee guida europee
- promuovere e coordinare attività di valutazione coerenti e non sovrapposte
- validare indirizzi metodologici condivisi tra tutti gli attori
- promuovere l'utilizzo e la diffusione delle valutazioni, verificando che ne derivino comportamenti virtuosi nelle politiche di investimento e disinvestimento.

Il documento strategico della Cabina di Regia

La Cabina di Regia ha delineato le direttrici del proprio operato in un **Documento Strategico**⁶³¹, su cui il 21 settembre 2017 è stata sancita un'Intesa istituzionale tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome.

Il documento ha individuato gli elementi cardine e il percorso operativo per il Programma Nazionale di HTA, a partire dalle esperienze già maturate a livello nazionale, regionale, locale ma anche internazionale, in un contesto di riferimento orientato a un alto grado di coordinamento e collaborazione tra i diversi livelli di governo, per strutturare un sistema in cui l'innovazione nel campo dei dispositivi medici entri nell'ambito dell'offerta standard del SSN solo attraverso un percorso che ne garantisca efficacia, sicurezza e sostenibilità.

Per perseguire tali scopi all'interno di un sistema strutturato di relazioni con gli organismi istituzionali e gli stakeholder di sistema, la Cabina di Regia si è dotata di 3 Gruppi di Lavoro:

- 1) Rete nazionale di appraisal
- 2) Metodi, formazione e comunicazione
- 3) Monitoraggio.

Ad essi sono affidate le attività da portare avanti lungo tre direttrici:

- la definizione di raccomandazioni per l'applicazione operativa degli esiti delle valutazioni.
- lo sviluppo di una cultura comune dell'HTA, basata sulla condivisione degli strumenti metodologici e sulla diffusione della loro conoscenza.
- il monitoraggio dei risultati e degli impatti, finalizzato al miglioramento continuo del processo di valutazione delle tecnologie e all'adozione dei comportamenti conseguenti.

⁶³¹ Cabina di Regia del Programma Nazionale HTA, **Documento strategico: Programma Nazionale HTA Dispositivi Medici** A cura di Cabina di Regia del Programma Nazionale HTA – 13-9-2017

Documenti Metodologici

Il Gruppo Metodi, formazione e comunicazione della Cabina di Regia è stato articolato in 5 Sottogruppi, per affrontare gli aspetti metodologici del processo di Health Technology Assessment più rilevanti per il Programma Nazionale:

- 1) i formati dei prodotti delle valutazioni.
- 2) i metodi tecnici per la valutazione delle tecnologie cost saving e delle scelte di investimento e disinvestimento.
- 3) le modalità di appraisal.
- 4) l'integrazione dei risultati di HTA con le attività per la definizione dei PDTA, per la valutazione delle richieste di acquisto e per il procurement.
- 5) l'integrazione dei risultati di HTA con i sistemi di codifica delle prestazioni e di tariffazione.

I 5 Sottogruppi sono stati coordinati da rappresentanti delle Regioni presenti nella Cabina di Regia e formati da referenti scientifici, autori e revisori proposti dalle organizzazioni presenti al Tavolo dell'Innovazione, al quale partecipa una significativa rappresentanza degli stakeholder interessati al governo dell'innovazione in sanità: produttori di tecnologie sanitarie, gestori di servizi sanitari, società scientifiche, associazioni professionali, centri universitari, associazioni di cittadini.

Un Comitato editoriale, formato dai coordinatori dei Sottogruppi e guidato dall'AGENAS ha selezionato, composto e armonizzato i vari contributi documentali, producendo un **Documento finale**⁶³² che raccoglie le parti più significative dei diversi contributi tematici e le raccorda con gli indirizzi del Documento Strategico.

Il Documento di sintesi è corredato da **8 Allegati**:

i primi 5 rappresentano il prodotto finale di ciascun Sottogruppo:

Allegato 1 - Riutilizzo di documenti di valutazione HTA prodotti dalla collaborazione internazionale alla rete EUnetHTA, standardizzazione dei formati dei prodotti di valutazione e procedure di comunicazione

Allegato 2 - Ulteriori metodi tecnici per le valutazioni, in particolare per le valutazioni di impatto degli investimenti e disinvestimenti e per l'individuazione di tecnologie cost-saving

Allegato 3 - Metodologia di Appraisal

Allegato 4 - Individuazione delle tecnologie da sottoporre ad Assessment ed integrazione dei risultati di HTA nelle fasi di procurement e nei PDTA

Allegato 5 - Integrazione del programma nazionale di HTA dei dispositivi medici con i sistemi di codifica e remunerazione delle prestazioni sanitarie

gli ultimi 3 riguardano alcuni strumenti necessari al funzionamento del sistema:

Allegato 6 - Check-list dei requisiti

Allegato 7 - Procedura i-POP

⁶³² Cabina di Regia del Programma Nazionale HTA, **Documento finale** del Gruppo di lavoro 2 "Metodi, Formazione e Comunicazione". Febbraio 2019

Allegato 8 - Relazione ricerca autofinanziata L'utilizzo di strumenti per il governo dei dispositivi medici e per HTA (PRONHTA)

4) Health Technology Assessment in Europa - Le reti europee per l'HTA, la proposta de regolamento europeo

La rete europea degli Organismi tecnico-scientifici (EUnetHTA).

Nel 2004 la Commissione europea e il Consiglio dei Ministri europei hanno individuato nell'Health Technology Assessment una priorità politica, riconoscendo la necessità di costituire una rete europea per l'HTA sostenibile (**EUnetHTA**).

Questa ha iniziato la sua attività nel 2005, quando un gruppo di 35 organismi ha dato avvio al Progetto EUnetHTA, che ha esplorato le possibilità di una cooperazione transnazionale avanzata.

Per sostenere la cooperazione tecnico-scientifica tra gli organismi di valutazione delle tecnologie sanitarie presenti nei diversi Stati membri, l'Unione europea ha effettuato ingenti investimenti, sostenendo tra il 2010 e il 2012 e tra il 2012 e il 2015 due **Azioni Comuni (Joint Actions)**.

Una terza Azione Comune (**EUnetHTA Joint Action 3**), con una dotazione totale di bilancio di 20 milioni di euro, è stata avviata nel giugno 2016 e proseguirà fino al 2020. La partecipazione alle Azioni Comuni è stata ampia, e ha coinvolto tutti gli Stati membri dell'Unione Europea. La terza Azione Comune è incentrata sullo sviluppo di metodologie di valutazione condivise, sulla sperimentazione e sulla produzione di valutazioni congiunte, nonché sullo sviluppo e sulla gestione di strumenti comuni per l'informazione e la comunicazione.

La rete europea delle Autorità competenti (HTA Network)

La cooperazione a livello dell'Unione Europea nel campo dell'HTA è favorita dall'articolo 15 della Direttiva sull'assistenza sanitaria transfrontaliera (**Direttiva 2011/24/UE**), che prevede l'istituzione di una **rete delle Autorità Competenti** al fine di agevolare la cooperazione politico-strategico e lo scambio di informazioni scientifiche. Gli obiettivi della rete consistono, tra l'altro, nel sostegno alla cooperazione tra gli organismi nazionali di valutazione delle tecnologie sanitarie, nel promuovere la messa a disposizione e lo scambio tra gli Stati membri di informazioni sull'efficacia relativa delle tecnologie sanitarie e nell'evitare la duplicazione delle valutazioni.

La rete fornisce quindi un indirizzo strategico alla cooperazione scientifica, anche attraverso le Azioni Comuni finanziate dall'Unione Europea.

La rete delle Autorità Competenti si è riunita per la prima volta nel 2013 e ad essa partecipano tutti gli Stati membri dell'Unione, con almeno un rappresentante, proveniente in genere dalle strutture ministeriali, nonché l'Islanda e la Norvegia in qualità di osservatori.

La proposta di un regolamento dell'Unione europea sull'HTA

Il 31 gennaio 2018 la Commissione europea ha presentato una proposta per un Regolamento sull'HTA che, secondo le procedure di co-legislazione dell'Unione Europea, è stata sottoposta all'esame, in parallelo, del Parlamento europeo e del Consiglio europeo.

L'attuale cooperazione a livello UE, nonostante i successi conseguiti, ha evidenziato infatti alcuni problemi: gli operatori economici interessati a introdurre in più Stati membri una tecnologia sanitaria sono costretti a soddisfare molteplici richieste di dati secondo le differenti procedure e metodologie nazionali. Gli organismi nazionali di valutazione spesso effettuano, parallelamente o entro un arco temporale simile, molteplici valutazioni cliniche delle stesse tecnologie, utilizzando molto raramente i risultati delle valutazioni congiunte effettuate nel quadro dell'attuale cooperazione finanziata dall'Unione. Una cooperazione basata su singoli progetti non offre garanzia del proseguimento delle attività e del loro finanziamento sul lungo periodo.

La proposta è incentrata sulle **valutazioni cliniche congiunte**, che si possono basare su evidenze valide a livello globale. Non entra invece nel merito della valutazione degli aspetti non clinici, più sensibile ai contesti nazionali e regionali e orientata a prezzi e rimborsi. I pilastri della futura cooperazione tra gli Stati membri a livello dell'Unione sono quattro, in quanto alle valutazioni cliniche congiunte si aggiungono le consultazioni scientifiche congiunte, l'individuazione di tecnologie sanitarie emergenti e la cooperazione volontaria tra alcuni Stati su valutazioni non prioritarie per tutti gli Stati membri. Per dare supporto a tutte queste attività la proposta definisce i meccanismi di coordinamento tra Stati membri e un quadro di sostegno organizzativo e finanziario da parte dell'Unione Europea.

5) Produzione dei report, revisione esterna e consultazione pubblica - Le diverse fasi della procedura

La procedura di produzione dei report

I report relativi a valutazioni individuate come prioritarie possono essere affidati o all'AGENAS, che produce report di HTA per conto del Ministero della salute dal 2007, o ai Centri Collaborativi iscritti ad un Albo Nazionale in base al possesso di specifici requisiti.

La tipologia di documento (Full HTA, con valutazione estesa agli aspetti non clinici, Rapid HTA, con valutazione limitata agli aspetti clinici, Horizon Scanning - HS, Revisioni sistematiche) viene scelta sulla base della disponibilità di studi e dei quesiti di indagine, che vengono definiti in relazione alle sottopopolazioni coinvolte, alle tipologie di intervento, ai comparatori e agli outcome da analizzare.

I report pubblicati sono consultabili nella **Archivio dei Report HTA e HS**
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=5175&area=dispositivi-medici&menu=tecnologie

Revisione

Ogni nuovo report HTA-HS dell'AGENAS deve essere sottoposto a revisione esterna, da parte di qualificati esperti dello specifico campo interessato, che vengono selezionati per svolgere, secondo un processo standardizzato, una revisione della valutazione HTA. In particolare, il Manuale delle procedure AGENAS prevede che i report Full HTA e le Revisioni sistematiche siano sottoposti alla revisione di almeno 2 revisori nazionali o internazionali e che i report di HS, gli Adapted HTA e i Rapid HTA siano revisionati da almeno 1 revisore nazionale o internazionale. Il gruppo HTA dell'AGENAS è responsabile della decisione finale, motivata e formalmente comunicata, in merito a quali commenti ricevuti dai revisori esterni debbano essere accettati e alle relative modalità di recepimento.

Non sempre è possibile reperire, entro i tempi di produzione richiesti dall'Accordo tra il Ministero e l'AGENAS, revisori esterni nel numero previsto dal Manuale delle procedure. Nel caso sia stato impossibile reperire revisori nella misura prevista dal Manuale delle procedure, è prevista la realizzazione di una Revisione esterna post pubblicazione. In questo caso, una volta conclusi dopo la consultazione pubblica, i report vengono resi disponibili sul portale web del Ministero della Salute ma viene consentita un'ulteriore candidatura volontaria di revisori.

Le autocandidature dei revisori esterni vengono selezionate dall'AGENAS entro una periodo prestabilito, sulla base delle competenze del candidato, evidenziate nel Curriculum vitae richiesto per l'accREDITamento.

Consultazione pubblica

Dopo la revisione esterna ogni nuovo report viene avviato ad una consultazione pubblica aperta a tutti gli stakeholder, che avviene mediante la pubblicazione del report revisionato e la raccolta dei commenti.

I commenti ricevuti durante il periodo di consultazione pubblica, provenienti da fabbricanti, società scientifiche, specialisti, ricercatori e stakeholder in genere, vengono valutati dagli autori e dal gruppo di esperti che hanno collaborato alla produzione dei documenti, che a loro volta, forniscono elementi di chiarimento sui punti di eventuale controversia e provvedono ad apportare eventuali modifiche o integrazioni ai report stessi.

I report vengono aggiornati sulla base dei commenti ricevuti e pubblicati nell'Archivio dei Report HTA e HS

Consultazioni pubbliche aperte

Al momento non è aperta nessuna consultazione.

Consulta anche il sito dell'[AGENAS - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali](#)

6) Archivio dei Report HTA e HS

I documenti di Health Technology Assessment presenti in **Archivio** sono fra i primi report italiani sviluppati a livello nazionale da istituzioni pubbliche.

I documenti HTA sono di 3 tipi: **Report di HTA**, **Report di Horizon Scanning**, **Revisioni sistematiche**

I testi dei **Report HTA** che risultano al termine del ciclo che li sottopone a **consultazione pubblica**, con le modifiche e integrazioni effettuate da parte degli autori sulla base dei commenti ricevuti durante la consultazione pubblica, rimangono pubblicati sul portale web del Ministero in una versione che rappresenta il testo integrato e definitivo.

I report di **Horizon Scanning**, studiando tecnologie non ancora diffuse, utilizzano valutazioni “rapide”, con lo scopo di favorire una evoluzione governata e coordinata del Servizio Sanitario Nazionale. Fungendo da “sentinella”, hanno l’obiettivo di fornire un orientamento ai decisori sulle potenzialità e sugli eventuali svantaggi dell’impiego di nuove tecnologie.

Le **revisioni sistematiche** sono studi di sintesi delle prove scientifiche su argomenti di interesse diverso. Come tutti gli studi di sintesi, il contenuto delle revisioni si basa su ricerche sistematiche effettuate su banche dati.

Di seguito i Report in archivio (n.d.r.: a novembre 2019)

Report HTA

HTA Report HTA report - Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI) for the treatment of patients at intermediate surgical risk Ottobre 2018

HTA Report Rapid HTA report Flash Glucose Monitoring Systems for diabetes subjects in insulin therapy Febbraio 2018

HTA Report Epicardial clip for the left atrial appendage closure Febbraio 2018
- **Appendices to the Rapid HTA Report: picardial clip for the left atrial appendage closure** Febbraio 2018

HTA Report Adapted HTA Report Protesizzazione del disco intervertebrale cervicale e lombare Marzo 2017

HTA Report Medical devices for treatment-resistant hypertension Marzo 2017

HTA Report Next Generation Sequencing (NGS) Marzo 2017

HTA Report Chirurgia robotica Marzo 2017

HTA Report Sling operation for urinary incontinence in women and men Marzo 2017 - **Appendices to the HTA Report: Sling operation for urinary incontinence in women and men** Dicembre 2016

HTA Report Rapid HTA Report - Sutureless aortic valve replacement for aortic valve stenosis Ottobre 2015

HTA Report- Valutazione HTA delle Modalità di dialisi in Italia Ottobre 2015

HTA Report Rapid HTA Report - Transcatheter implantable devices for mitral valve repair in adults with chronic mitral valve regurgitation Ottobre 2015

- HTA Report Implantable LVAD (Left Ventricular Assist Device) in addition to guideline directed medical therapy GDMT) in end stage heart failure Ottobre 2015
- HTA Report Adapted HTA Report - Efficacia dello screening sistematico per la diagnosi di fibrillazione atriale Luglio 2014
- HTA Report Rapid HTA Report - Implantable cardiac resynchronization therapy and defibrillator (CRT-D) in patient with heart failure Luglio 2014
- HTA Report Ultrasonic energy devices for surgery Luglio 2014 Appendix
- HTA Report Adapted HTA Report - WatchBP Home A: un dispositivo per la rilevazione opportunistica della fibrillazione atriale durante la misurazione dell'ipertensione arteriosa Luglio 2014
- HTA Report Adapted HTA Report - Screening per il tumore del polmone Luglio 2014
- HTA Report Selective Internal Radiation Therapy (SIRT) in colorectal liver metastases Maggio 2014

HORIZON SCANNING – I 24 REPORT (DAL 2009 AL 2018)

- Horizon Scanning report N 24 - Anuloplastica mitralica trans-catetere nel rigurgito mitralico funzionale con sistema di ricostruzione mitralica Edwards Cardioband. Dicembre 2018
- Horizon Scanning report N 23 - Catetere ecogenico ad alto flusso per pazienti con accesso venoso difficile. Dicembre 2018
- Horizon Scanning report N 22 - Elettrocatereteri con la punta in oro nelle ablazioni delle aritmie cardiache con radiofrequenza. Febbraio 2018
- Horizon Scanning report N 21 - Impianto transapicale di corde tendinee artificiali in pazienti con rigurgito mitralico primario. Febbraio 2018
- Horizon Scanning report N 20 - Cerenkov luminescence imaging (CLI) per la valutazione intraoperatoria dei margini chirurgici. Giugno 2016
- Horizon Scanning report N 19 - Registratore ECG portatile a singola derivazione per smartphone. Dicembre 2015
- Horizon Scanning report N 18 - Impianto extra-articolare ed extra-capsulare per pazienti con osteoartrosi del ginocchio. Febbraio 2016
- Horizon Scanning report N 17 - Pacemaker miniaturizzati senza elettrocatereteri ed impiantabili per via transcateterale. Dicembre 2014
- Horizon Scanning report N 16
- Trattamento con vapore acqueo per l'iperplasia prostatica benigna. Dicembre 2013
- Horizon Scanning report N 15
- Sistema extracorporeo bio-artificiale di supporto alla funzione epatica basato su epatociti umani. Dicembre 2013)
- Horizon Scanning report N 14

- Pillole intelligenti per il monitoraggio dell'aderenza alle terapie farmacologiche di lungo periodo. Dicembre 2013**
- Horizon Scanning report N 13 - Terapia ad onde d'urto in vulnologia. Luglio 2013**
- Horizon Scanning report N 12 - Sonda per endomicroscopia confocale laser in campo urologic.o Agosto 2013**
- Horizon Scanning report N 11 - Test predittivo per valutazione del rischio individuale di cancro al seno non familiare. Febbraio 2013**
- Horizon Scanning report N 10 - Spettroscopia Raman per la diagnosi precoce dei tumori della pelle. Luglio 2012**
- Horizon Scanning report N 9 - Dispositivo impiantabile per il trattamento del reflusso gastro-esofageo. Aprile 2011**
- Horizon Scanning report N 8 - Lenti intraoculari accomodative per pazienti con cataratta. Dicembre 2010**
- Horizon Scanning report N 7 - Risonanza magnetica ad alto campo 7 Tesla per lo studio delle patologie neurodegenerative. Dicembre 2010**
- Horizon Scanning report N 6 - Guida coronarica wireless per la misura della riserva frazionale di flusso. Maggio 2010**
- Horizon Scanning report N 5 - Tomografia a coerenza ottica (OCT) per lo studio della microstruttura delle placche aterosclerotiche vulnerabili. Aprile 2010**
- Horizon Scanning report N 4 - Test diagnostico per l'identificazione delle mutazioni del gene EGFR nei pazienti affetti da carcinoma polmonare NSCLC da trattare con inibitori della tirosin-chinasi. Aprile 2010**
- Horizon Scanning report N 3 - Trattamento della fibrillazione atriale per via mini-invasiva mediante ablazione ad ultrasuoni (HIFU). Luglio 2009**
- Horizon Scanning Report N 2 - Sistema di Tele-Home Care basato sul Digitale Terrestre (THC-DVBT). Giugno 2009**
- Horizon Scanning Report N 1 - Sostituzione della valvola aortica per via transapicale (TA-TAVI). Aprile 2009**

Revisioni sistematiche

Revisione sistematica Poly(lactic-Glycolic Acid) Absorbable Synthetic Suture (Pgl) Plus Antibacterial: A Systematic Review

ALLEGATO 33 - MANUALE PROCEDURE HTA

INDICE Prefazione

- 1) Introduzione
- 2) L'attività HTA dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali
 - 2.1 Basi normative
 - 2.2 Le collaborazioni nazionali
 - 2.3 Le collaborazioni internazionali
 - EuroScan International Network
 - INAHTA (www.inahta.org/):
 - HTAi (www.htai.org):
 - EUnetHTA (www.eunethta.eu)
 - 2.4 Le attività di ricerca
- 3) Metodi
 - 3.1 L'individuazione del bisogno valutativo
 - 3.1.1 Identificazione/Segnalazione delle tecnologie da sottoporre a valutazione
 - 3.1.2 Prioritarizzazione delle tecnologie da sottoporre a valutazione
 - Criterio epidemiologico
 - Criterio della domanda
 - Criterio della disponibilità e qualità di prove di efficacia semplice o di costo-efficacia
 - Criterio economico-organizzativo
 - 3.2. I prodotti HTA di Agenas
 - 3.2.1 Full HTA report
 - Problema di salute, inquadramento clinico
 - Descrizione della tecnologia e delle alternative (comparatori). Utilizzo corrente della tecnologia, presso le strutture del Ssn. Analisi dell'efficacia clinica.
 - Analisi della sicurezza.
 - Analisi del punto di vista del paziente.
 - Analisi organizzativa.
 - Analisi degli aspetti economici legati all'utilizzo della tecnologia
 - 3.2.2 Rapid HTA report
 - Problema clinico
 - Descrizione della tecnologia
 - Utilizzo corrente della tecnologia presso le strutture del SSN
 - Analisi dell'efficacia clinica
 - Analisi della sicurezza
 - Analisi degli aspetti economici legati all'utilizzo della tecnologia.
 - 3.2.3 Horizon Scanning report **(n.d.r.: vedi di seguito lista dei 24 report)**
 - Popolazione target.
 - Descrizione della tecnologia e della procedura.

- Importanza clinica e peso della malattia.
- I prodotti, produttori, distributori e certificazioni.
- Contesto di utilizzo.
- Descrizione delle possibili alternative, se esistenti (comparatori).
- Analisi dell'efficacia clinica e della sicurezza.
- Benefici potenziali per i pazienti.
- Potenziale impatto organizzativo e strutturale.
- Costo della tecnologia.
- Le prospettive future.

3.2.4 Adapted HTA report

- Scelta del report oggetto di "adaptation" e prioritizzazione
- Programmazione attività e definizione gruppi di lavoro
- Dimensioni analizzate
- Revisione
- Pubblicazione documento finale

3.3 Il processo di produzione di una valutazione HTA

3.3.1 La scelta del tipo di prodotti HTA

- A) Analisi dei Flussi informativi
- B) Sistema di notifica Web
- C) Altre istanze di valutazione formali, non inoltrate via web, provenienti da enti pubblici (es. Centro Nazionale Trapianti)
- D) Tecnologie coinvolte in anomalie segnalate dal sistema di allerta

3.3.2 Il protocollo di ricerca HTA

3.3.3 La ricerca e l'analisi delle prove

3.3.3.1 Le ricerche bibliografiche

- Fonti
- Definizione della strategia ricerca
- Reportistica della strategia di ricerca
- Gestione delle evidenze

3.3.3.2 La valutazione della qualità delle prove

1) AGREE; 2) AMSTAR ; 3) CONSORT; 4) EtBLAST; 5) EVEREST 6) NEWCASTLE-OTTAWA SCALE (NOS); 7) QUADAS; 8) PRISMA 9) SQUIRE ; 0) STARD; 11) STROBE

3.3.3.3 La Revisione sistematica delle prove

3.3.3.4 La Revisione sistematica di studi di efficacia e sicurezza

- a. Ricerca delle prove d'efficacia
- b. Criteri di inclusione (Tipologie di studio Popolazione:.
Tipologia di tecnologia/intervento)
- c. Outcome e follow up
- d. Selezione degli studi
- e. Estrazione dati
- f. Valutazione della qualità metodologica

- g. Analisi e sintesi dei dati
 - h. Rappresentazione dei risultati
 - la flow chart processo di identificazione/selezione/inclusione degli studi.
 - il foglio estrazione dati da studi inclusi (primari e secondari).
 - la valutazione qualitativa degli studi inclusi.
 - la rappresentazione qualitativa dei risultati: “tabella delle evidenze”.
 - la rappresentazione quantitativa dei risultati: meta-analisi e forest plot
 - i. Interpretazione dei risultati
- 3.3.3.5 La Revisione sistematica di studi economici
- a. Ricerca della letteratura
 - b. Criteri di inclusione
 - c. Selezione degli studi
 - d. Estrazione dati
 - e. Valutazione della qualità metodologica
 - f. Analisi e sintesi dei dati
 - g. Rappresentazione dei risultati
 - h. Interpretazione dei risultati
- 3.3.3.6 La Revisione sistematica di studi che valutano l’impatto sul paziente
- a. Criteri di inclusione
 - b. Ricerca della letteratura
 - c. Valutazione della qualità metodologica
 - d. Analisi e sintesi dei dati
- 3.3.4 La raccolta di dati di contesto
- 3.3.4.1 Le indagini ad hoc per la valutazione economica ed organizzativa
 - 3.3.4.2 Le indagini ad hoc per la valutazione dell’ impatto sui pazienti
- 3.4 La Revisione interna ed esterna dei prodotti HTA
- 4) Organizzazione del lavoro
 - 4.1 Coinvolgimento degli Stakeholder
 - 4.2 Conflitto di interesse
 - 5) Bibliografia

ALLEGATO 34 - PERFORMANCE NELLA P.A.

D.LGS. 27 OTTOBRE 2009, N. 150

Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di **ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni**

Publicato nella Gazz. Uff. 31 ottobre 2009, n. 254, S.O.

Titolo I - PRINCIPI GENERALI -

Art. 1. Oggetto e finalità

Titolo II - MISURAZIONE, VALUTAZIONE E TRASPARENZA DELLA PERFORMANCE

Capo I Disposizioni generali

Art. 2. Oggetto e finalità

Art. 3. Principi generali

Capo II Il ciclo di gestione della performance

Art. 4. Ciclo di gestione della performance

Art. 5. Obiettivi e indicatori

Art. 6. Monitoraggio della performance

Art. 7. Sistema di misurazione e valutazione della performance

Art. 8. Ambiti di misurazione e valutazione della performance organizzativa

Art. 9. Ambiti di misurazione e valutazione della performance individuale

Art. 10. Piano della performance e Relazione sulla performance

Capo III Trasparenza e rendicontazione della performance

Art. 11. Trasparenza

Capo IV Soggetti del processo di misurazione e valutazione della performance

Art. 12. Soggetti

Art. 13. Autorità nazionale anticorruzione

Art. 14. Organismo indipendente di valutazione della performance

Art. 14-bis. Elenco, durata e requisiti dei componenti degli OIV

Art. 15. Responsabilità dell'organo di indirizzo politico-amministrativo

Art. 16. Norme per gli Enti territoriali e il Servizio sanitario nazionale

Titolo III MERITO E PREMI

Capo I Disposizioni generali

Art. 17. Oggetto e finalità

Art. 18. Criteri e modalità per la valorizzazione del merito ed incentivazione della performance

Art. 19. Criteri per la differenziazione delle valutazioni

Art. 19-bis. Partecipazione dei cittadini e degli altri utenti finali

Capo II Premi

- Art. 20. Strumenti
- Art. 21. Bonus annuale delle eccellenze
- Art. 22. Premio annuale per l'innovazione
- Art. 23. Progressioni economiche
- Art. 24. Progressioni di carriera
- Art. 25. Attribuzione di incarichi e responsabilità
- Art. 26. Accesso a percorsi di alta formazione e di crescita professionale
- Art. 27. Premio di efficienza
- Art. 28. **Qualità dei servizi pubblici**

..... Le modalità di definizione, adozione e pubblicizzazione degli standard di qualità, i casi e le modalità di adozione delle carte dei servizi, i criteri di misurazione della qualità dei servizi, le condizioni di tutela degli utenti, nonché i casi e le modalità di indennizzo automatico e forfettario all'utenza per mancato rispetto degli standard di qualità sono stabiliti con direttive, aggiornabili annualmente, del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta della Commissione per la valutazione, , la trasparenza e l'integrità nelle amministrazioni pubbliche

Capo III Norme finali, transitorie e abrogazioni

- Art. 29. Inderogabilità
- Art. 30. Norme transitorie e abrogazioni
- Art. 31. Norme per gli Enti territoriali e il Servizio sanitario nazionale

TITOLO IV NUOVE NORME GENERALI SULL'ORDINAMENTO DEL LAVORO ALLE DIPENDENZE DELLE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE

Capo I Principi generali

- Art. 32. Oggetto, ambito e finalità
- Art. 33. Modifiche all'articolo 2 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165
- Art. 34. Modifiche all'articolo 5 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165
- Art. 35. Modifiche all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165
- Art. 33. Modifiche all'articolo 9 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165

Capo II Dirigenza pubblica

- Art. 37. Oggetto, ambito di applicazione e finalità
- Artt. 38-47. Modifiche agli artt. 16,17, 19, 21, 22, 23, 23bis, 24, 28,29, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165

Capo III Uffici, piante organiche, mobilità e accessi

- Art. 48. Mobilità intercompartimentale
- Artt. 49, 50, 52 . Modifiche agli artt. 30,33,53 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165
- Art. 51. Territorializzazione delle procedure concorsuali

Capo IV Contrattazione collettiva nazionale e integrativa

Art. 53. Oggetto, ambito di applicazione e finalità

Art. 55. Modifiche all'articolo 40bis, 41, 45, 46,47, 48, 49 52, 43 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165

Art. 63. Procedimenti negoziali per il personale ad ordinamento pubblicistico

Art. 64. Modifiche all'articolo 43 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165

Art. 65. Adeguamento ed efficacia dei contratti collettivi vigenti

Art. 66. Abrogazioni

Capo V - Sanzioni disciplinari e responsabilità dei dipendenti pubblici

Art. 67. Oggetto e finalità

Art. 68. Ambito di applicazione, codice disciplinare, procedure di conciliazione

Art. 69. Disposizioni relative al procedimento disciplinare

Art. 70. Comunicazione della sentenza

Art. 71. Ampliamento dei poteri ispettivi

Art. 72. Abrogazioni

Art. 73. Norme transitorie

Titolo V NORME FINALI E TRANSITORIE

Art. 74. Ambito di applicazione

ALLEGATO 35 - PATTO PER LA SALUTE 2019-2021

Scheda 2 - Garanzia dei Lea

Governo e Regioni convengono sulla necessità di completare al più presto il percorso di attuazione del DPCM 12 gennaio 2017 “Nuovi LEA”, attraverso l’approvazione del decreto che fissa le tariffe per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica che consente l’entrata in vigore dei relativi Nomenclatori sull’intero territorio nazionale.

Governo e Regioni convengono sulla necessità di consolidare gli importanti risultati fino ad oggi ottenuti dalle politiche di risanamento economico finanziario perseguite negli anni passati considerando prioritario il rafforzamento della funzione universalistica e di garanzia dell’equità del Servizio Sanitario Nazionale, indirizzando le azioni e le politiche verso il recupero delle differenze che ancora oggi persistono tra le Regioni e all’interno delle regioni stesse. Pertanto, Governo e Regioni convengono sulla necessità di definire un sistema efficace per il superamento delle situazioni regionali e infra-regionali che, con riferimento all’erogazione dei Lea, possono evidenziare specifiche carenze. A questi fini Governo e Regioni, convengono sulla necessità di valorizzare il ruolo del Comitato Lea, di definire, d’intesa con le Regioni, più efficaci e innovative modalità di affiancamento da parte dei Ministeri, di garantire la tempestività degli interventi e la semplificazione delle procedure.

Si conviene di realizzare in collaborazione tra Ministero della salute e Regioni, nell’ambito del Nuovo Sistema di Garanzia (D.M. 12 marzo 2019), un più stringente e mirato monitoraggio al fine di migliorare e/o implementare i servizi nelle aree di maggiore carenza, ferma restando la garanzia dell’equilibrio economico-finanziario.

A tal fine si conviene di dare impulso operativo al richiamato Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), inteso quale strumento di misurazione che, attraverso l’attribuzione di punteggi relativi ad un set di indicatori, è in grado di evidenziare le situazioni di garanzia dei LEA così come le eventuali criticità che possono determinare carenze della Regione nell’erogazione dei livelli essenziali di assistenza, sia a livello complessivo sia a livello di singole aree assistenziali, comprendendo tra le criticità la presenza di grandi variabilità infra-regionali. Si condivide che nel corso del 2020, in sede di prima applicazione, in una logica di graduale accompagnamento del sistema verso omogenei standard di assistenza, Il Comitato Lea valuterà eventuali ulteriori ambiti di miglioramento e modifica del sistema di valutazione. Resta ferma la necessità inderogabile di disporre dei dati comparativi del NSG e griglia LEA relativi al 2018 entro il 1 febbraio 2020.

Dall’anno 2020, il Comitato Lea effettuerà annualmente la valutazione basata sul Nuovo sistema di garanzia, inerente la qualità, appropriatezza ed efficienza dei servizi sanitari regionali dando evidenza delle criticità eventualmente presenti con

riferimento all'erogazione dei Lea. Sulla base di tale monitoraggio, da effettuarsi perentoriamente entro il 31 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento

- a. anche in situazioni di sufficienza nei 3 macro-livelli, il Comitato Lea, nell'ambito del sistema adempimenti, segnala le eventuali carenze rilevanti da qualificare come impegni.
- b. ove si rilevino gravi criticità in almeno due macro-livelli di assistenza, il Comitato LEA invita la regione a presentare, entro un termine congruo in relazione alla criticità e comunque non superiore a trenta giorni, un piano di risoluzione delle predette criticità che riporti gli interventi da porre in essere in un arco temporale coerente con la complessità dei problemi da risolvere. Il piano dovrà prevedere gli interventi di risoluzione delle criticità nell'ambito della sostenibilità economica del Servizio sanitario regionale interessato. Tale piano, denominato "Intervento di potenziamento dei Lea", è valutato nei successivi trenta giorni dal Comitato Lea in ordine alla coerenza degli interventi proposti, ai modi e ai tempi previsti. In caso di mancata presentazione del piano da parte della regione o di non adeguatezza dello stesso sulla base delle valutazioni del Comitato Lea, il Ministro della salute, avvalendosi degli Enti vigilati, ciascuno per l'ambito di propria competenza, previa diffida ad adempiere alla regione entro i successivi 15 giorni e ove persista l'inadempimento, provvede entro i successivi trenta giorni a predisporre un piano e a sottoporlo all'approvazione del Comitato Lea. La valutazione da parte del Comitato Lea deve in ogni caso avvenire entro il termine utile a consentire la chiusura della valutazione complessiva degli adempimenti annuali entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello di riferimento, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 12 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005.

Fermo restando che le Regioni dispongono della facoltà di scegliere come assegnare i singoli obiettivi alle proprie aziende sanitarie e come valutare di conseguenza i direttori delle medesime, e che spetta alla Direzione sanità delle regioni l'obiettivo generale di potenziamento dei LEA, l'attuazione del piano può divenire, se la Regione lo concorda, obiettivo del Direttore regionale competente e/o dei Direttori generali delle aziende sanitarie e/o ospedaliere interessate. La Regione è tenuta alla realizzazione degli interventi nei tempi e nei modi previsti dal piano approvato dal Comitato LEA, attraverso le aziende e gli enti del SSR e con l'eventuale affiancamento e supporto tecnico-operativo messo a disposizione da Agenas.

Gli obiettivi di miglioramento dei livelli assistenziali individuati dal piano si intendono ottenuti con il raggiungimento, alle scadenze previste, degli intervalli di garanzia previsti dal NSG negli ambiti di criticità. La valutazione è effettuata dal Comitato Lea.

La valutazione positiva, da parte del Comitato LEA, del piano di potenziamento comporta il riconoscimento di adempimento con impegno a realizzare le attività

previste dal piano. La mancata realizzazione nei tempi e nelle modalità previste delle attività del piano comporterà una valutazione di inadempienza.

Qualora si registri nel medesimo anno una valutazione insufficiente in tutti e tre i macro-livelli la regione, valutata inadempiente, è tenuta alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, ai sensi dell'art. 1, comma 180, Legge 30 dicembre 2004, n. 311, e operano tutte le norme vigenti in materia di piani di rientro.

Governo e Regioni confermano che il Commissariamento costituisce un rimedio ultimo dettato da circostanze eccezionali, che giustifichino l'attuazione del potere sostitutivo da parte dello Stato rispetto alle ordinarie attribuzioni degli organi di governo delle Regioni, al fine di garantire il ripristino della garanzia dei diritti fondamentali della popolazione regionale e la tutela dei conti pubblici.

Il Governo conviene di riesaminare, entro 180 giorni, d'intesa con le Regioni interessate, la procedura di nomina dei Commissari ad acta, anche alla luce degli ultimi indirizzi della Consulta.

Convengono altresì che si rende necessario migliorare i percorsi di cessazione dell'esercizio dei poteri commissariali. A tal fine verranno elaborate apposite linee guida adottate di concerto dai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze da sottoporre all'intesa della Conferenza Stato-Regioni. Tali linee guida dovranno fornire indicazioni operative per la valutazione dei parametri ai fini della cessazione dell'esercizio dei poteri commissariali basati su criteri relativi all'equilibrio di bilancio, l'adempimento del mandato commissariale e la garanzia dei livelli essenziali di assistenza al di sopra della soglia di sufficienza. Nelle medesime linee guida, da approvarsi entro novanta giorni, andranno definiti i criteri di uscita dal piano di rientro relativi all'equilibrio economico e dei livelli essenziali di assistenza.

In considerazione dei rilevanti compiti attribuiti al Comitato Lea, si conviene sulla necessità di aggiornare la sua composizione, le regole di funzionamento e gli strumenti a disposizione.

Resta inteso che l'assolvimento del debito informativo nei flussi correnti NSIS, quale garanzia di copertura delle informazioni necessarie per il Nuovo Sistema di Garanzia da parte di tutte le Regioni e le Province Autonome, è condizione indispensabile per il calcolo degli indicatori del NSG. Come sviluppo futuro da attuarsi a partire dall'anno 2020, si prevede di assegnare progressivamente un valore in riduzione agli indicatori del NSG qualora i dati di riferimento della Banca Dati NSIS non raggiungano i livelli di qualità e completezza richiesti.

A partire dall'anno 2020, si procederà inoltre ad effettuare approfondimenti circa le correlazioni esistenti tra gli Indicatori del NSG e gli ulteriori Adempimenti previsti dal Questionario.

Resta fermo che l'eventuale piano di potenziamento dei Lea per le regioni già sottoposte a piano di rientro deve essere coordinato e coerente con gli obiettivi previsti nel programma operativo di prosecuzione del piano di rientro.

Ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico finanziario, si conviene di implementare il nuovo Piano Nazionale per il governo delle liste d'attesa 2019-2021 che nasce con l'obiettivo prioritario di avvicinare ulteriormente la sanità pubblica ai cittadini, individuando elementi di tutela e di garanzia volti ad agire come leve per incrementare il grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili. Si conviene altresì di utilizzare le evidenze che emergeranno in sede di monitoraggio delle liste di attesa al fine di indirizzare gli interventi sopra previsti.

Ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico-finanziario, si conviene di utilizzare le evidenze di cui sopra per valutare eventuali esigenze di rimodulazione dei tetti di spesa al fine di renderli coerenti con gli adempimenti previsti dal PNGLA, con le evidenze registrate e le rinnovate modalità di erogazione dell'offerta assistenziale basate sull'evoluzione delle conoscenze scientifiche.

Si conviene di utilizzare, in sede di aggiornamento annuale dei livelli essenziali di assistenza, metodologie di Health Technology Assessment (HTA), al fine di misurare il reale impatto attuale e prospettico della proposta di aggiornamento sull'intero sistema sanitario, in termini di benefici, di costi emergenti e di costi evitati.

Si conviene, in relazione al miglioramento strutturale della situazione economico finanziaria del SSN, fermo restando al 5% il parametro finanziario di cui all'art. 2, comma 77, della legge n. 191 del 2009, di prevedere un meccanismo di allerta preventiva, che si attiva al superamento della soglia della soglia 3%. Le prescrizioni da indicare a seguito del superamento della suddetta soglia sono definite con decreto dei Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, di concerto con la conferenza Stato Regioni. Il precitato comma 77 dell'art. 2 della l. n. 191 del 2009 è integrato conformemente a tale previsione.

Scheda 3 - Risorse umane

Si conviene:

Di sostituire nel triennio 2019-2021 la percentuale di incremento della spesa di personale di cui al secondo periodo, del comma 1 dell'articolo 11 del D.L. 35 del 30 aprile 2019 - fissata in misura pari al 5 per cento – con il 10 per cento.

- di valutare, per il periodo di vigenza del presente patto, la possibilità di graduale aumento, sino al 15 per cento, della percentuale di incremento della spesa di cui al punto precedente qualora emergano oggettivi ulteriori fabbisogni di personale rispetto alle facoltà assunzionali consentite dal citato articolo 11, valutati congiuntamente dal Tavolo tecnico per la verifica adempimenti e dal Comitato LEA, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale.
- di proporre uno schema di accordo tipo da parte del Ministero della Salute, al fine di uniformare le modalità di svolgimento della formazione specialistica a tempo parziale e delle attività formative teoriche e pratiche previste

dagli ordinamenti e regolamenti didattici della scuola di specializzazione universitaria di cui all'articolo 1, comma 548-bis della legge n. 145/2018.

- di prevedere l'ammissione anche degli specializzandi iscritti al terzo anno del corso di specializzazione di durata quadriennale e quinquennale alle procedure concorsuali per l'accesso alla dirigenza del ruolo sanitario e al contempo di prorogare al 31 dicembre 2022 le disposizioni che prevedono la possibilità di assumere con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato gli specializzandi utilmente collocati nelle graduatorie concorsuali.
- di valorizzare il servizio maturato dagli specialisti nell'ambito della disciplina di medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza per l'accesso alle procedure concorsuali in tutte le discipline corrispondenti alle specializzazioni possedute.
- di prevedere, fino al 2022, al fine di far fronte alla carenza momentanea di medici specialisti, con particolare riferimento a talune discipline, ferma restando l'esigenza di garantire l'effettiva copertura del fabbisogno formativo definito anche con il MIUR, la possibilità di consentire ai medici specialisti, su base volontaria e per esigenze dell'azienda o dell'ente di appartenenza, di permanere in servizio anche oltre il limite di 40 anni di servizio effettivo di cui all'articolo 15 nonies del decreto legislativo n. 502 del 1992 e s.m.i. e comunque non oltre il settantesimo anno di età. L'amministrazione può accordare la prosecuzione del rapporto laddove non sia possibile procedere tempestivamente al reclutamento di nuovi specialisti.
- di valutare il superamento anche temporaneo dell'applicazione dell'art. 1, comma 361, della legge n. 145/2018 alle graduatorie di personale sanitario del SSN con l'obiettivo di garantire il tempestivo reclutamento del personale del SSN ed assicurare il turn over necessario per la continuità dei servizi, nonché per consentire risparmi nella spesa connessa all'organizzazione delle procedure concorsuali.
- al fine di dare attuazione a quanto previsto dall'articolo 11, comma 3, del decreto legge n. 35/2019 le regioni interessate trasmettono al Tavolo di verifica per gli adempimenti la documentazione attestante la riduzione strutturale della spesa già sostenuta per i servizi sanitari esternalizzati.
- al fine di dare attuazione a quanto previsto dall'ultimo periodo dell'articolo 11 comma 1 del decreto legge n. 35/2019 il Ministero della salute previa informativa sindacale propone la metodologia per la valutazione del fabbisogno del personale ospedaliero già approvata e testata con le regioni ed avvia, altresì, il processo di valutazione della metodologia del fabbisogno del personale dei servizi assistenziali territoriali.
- la revisione, in accordo anche con il MIUR, del sistema di formazione dei medici specialisti, valorizzandone il ruolo all'interno delle strutture sanitarie regionali pubbliche facenti parte della rete formativa, con progressiva

autonomia e responsabilità coerenti con il grado di conoscenze e competenze acquisito.

- la revisione dei contenuti del corso regionale di formazione specifica in medicina generale, in ragione dei mutati scenari sanitari e sociali, ribadendo il ruolo dei MMG nell'azione di prevenzione e contrasto delle malattie croniche, al fine di realizzare sul territorio nazionale una formazione che, pur tenendo conto delle specificità territoriali, assicuri un set minimo omogeneo di requisiti formativi quali-quantitativi, ritenuti indispensabili a garantire livelli uniformi di assistenza
- la valorizzazione e lo sviluppo delle relative competenze professionali delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, nonché del servizio sociale tenendo conto dei livelli della formazione acquisita nell'ambito di quanto previsto nei CCNL di settore relativamente al conferimento degli incarichi professionali senza nuovi e maggiori oneri per la finanza pubblica.
- di prevedere, per il periodo di vigenza del presente patto, che le Regioni in equilibrio economico, che hanno garantito i livelli essenziali di assistenza e avviato, con atti di Consiglio regionale o di Giunta, il processo di adeguamento alle disposizioni di cui al DM 2 aprile 2015, n. 70, in coerenza con quanto previsto al punto 6, ferma restando la soglia di spesa per il personale di cui all'articolo 11, comma 1, DL 35/2019 possano - al fine di perseguire la graduale perequazione del trattamento accessorio fra aziende ed enti del servizio sanitario delle predette regioni nonché per valorizzare le professionalità dei dirigenti medici, veterinari e sanitari e degli operatori delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del servizio sociale del comparto e degli operatori socio sanitari, anche tenendo conto delle attività svolte in servizi disagiati e in zone disagiate, come definiti da linee di indirizzo regionali, sulla base dei dati relativi alle effettive carenze di organico registrate negli ultimi tre anni - destinare alla contrattazione integrativa risorse aggiuntive, nel limite del 2 per cento del monte salari regionale al netto degli oneri riflessi, rilevato nell'anno 2018, da definirsi nell'ambito del tavolo di verifica per gli adempimenti.

Scheda 8 - Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute. Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale

- Il mutato contesto socio-epidemiologico, l'allungamento medio della durata della vita e il progressivo invecchiamento della popolazione, con il costante incremento di situazioni di fragilità sanitaria e sociale, l'aumento della cronicità e la sempre più frequente insorgenza di multi-patologie sul singolo paziente, impone una riorganizzazione dell'assistenza territoriale che promuova, attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e

promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità, basati sulla medicina di iniziativa in stretta correlazione con il Piano Nazionale della Cronicità e il Piano di governo delle liste di attesa e il Piano Nazionale della Prevenzione, per promuovere un forte impulso e un investimento prioritario sull'assistenza sociosanitaria e sanitaria domiciliare, lo sviluppo e l'innovazione dell'assistenza semiresidenziale e residenziale in particolare per i soggetti non autosufficienti. Al fine di prevenire l'aggravamento delle patologie legate ai processi di invecchiamento della popolazione, limitare il declino funzionale e migliorare complessivamente la qualità della vita dell'assistito occorre promuovere nell'ambito di quanto previsto dai LEA e dai percorsi di integrazione socio-sanitaria e sanitaria i trattamenti riabilitativi. Le predette attività devono essere erogate con riguardo alle diverse modalità di copertura delle spese da parte del SSN e dei Comuni.

- Nell'ambito dell'assistenza territoriale si intende concordare indirizzi e parametri di riferimento per promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, garantendo l'integrazione con i servizi socio-assistenziali. A tal fine si conviene di definire linee di indirizzo per l'adozione di parametri di riferimento, anche considerando le diverse esperienze regionali in corso, con l'obiettivo di promuovere:
 - le modalità e gli strumenti per favorire l'effettiva continuità assistenziale e la presa in carico unitaria della persona nelle diverse fasi della vita e in relazione alle diverse tipologie di bisogno.
 - - il completamento del processo di riordino della medicina generale e della pediatria di libera scelta, favorendo l'integrazione con la specialistica ambulatoriale convenzionata interna e con tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone.
 - - specifiche politiche attive di promozione e tutela della salute con particolare attenzione all'infanzia e all'adolescenza, alle persone con disturbo mentale, al sostegno dell'autonomia delle persone con disabilità e non autosufficienza. Saranno inoltre potenziate politiche a favore dell'area materno-infantile, delle patologie croniche, delle dipendenze patologiche, dei disturbi del comportamento alimentare, delle cure palliative e della terapia del dolore.
 - - la valorizzazione delle professioni sanitarie, in particolare di quella infermieristica, finalizzato alla copertura dell'incremento dei bisogni di continuità dell'assistenza, di aderenza terapeutica, in particolare per i soggetti più fragili, affetti da multi-morbilità.
 - - la valorizzazione del ruolo del farmacista in farmacia che è un presidio rilevante della rete dei servizi territoriali per la presa in carico dei pazienti e per l'aderenza terapeutica degli stessi e non solo per la dispensazione

dei medicinali, al fine di rafforzare l'accesso ai servizi sanitari. Tale processo trova la prima attuazione nell'ambito del percorso di definizione e attuazione della Farmacia dei servizi e della nuova convenzione nazionale.

- Si conviene di accelerare i percorsi di implementazione e integrazione dei flussi informativi necessari per un effettivo monitoraggio dell'assistenza territoriale, completando il sistema anche con i flussi delle cure primarie, della riabilitazione e degli ospedali di comunità e dei consultori familiari.

Scheda 14 - Strumenti di accesso partecipato e personalizzato del cittadino ai servizi sanitari

- Governo e regioni convengono sull'importanza di utilizzare efficacemente i dati di cui dispongono i Ministeri, le regioni e le strutture sanitarie per effetto della loro attività istituzionale e di trasformarle in informazioni in grado di generare valore nell'erogazione dei servizi. Nell'ambito dei progetti abilitanti l'utilizzo dei dati emerge la necessità di dotarsi di percorsi progettuali e di strumenti operativi per mezzo dei quali gli enti del Servizio sanitario nazionale possano mettere in atto ed esercitare al meglio le leve con cui incrementare la capacità di intercettare e di rispondere più efficacemente ai bisogni dei cittadini, di valorizzarne il peculiare punto di vista e di favorirne una partecipazione di qualità nell'intero ciclo della politica sanitaria.
- In tale ottica, l'importanza di dotare regioni e strutture sanitarie di sistemi di gestione della relazione con il cittadino è ormai un dato acquisito anche in campo sanitario. La conoscenza del cittadino assistito è un aspetto cruciale per l'attuazione di efficaci prospettive di patient centric in cui la qualità dei servizi erogati e la sua percezione rappresentano l'elemento cardine che sottende un reale e duraturo rapporto di corrispondenza tra offerta e domanda. In una struttura sanitaria che intende essere più orientata al paziente, è auspicabile implementare processi di gestione della relazione con il cittadino che si sostanziano nell'insieme di informazioni e dati, procedure organizzative, modelli comportamentali, nonché strumenti e tecnologie, che sono in grado di gestire tutta la relazione con il cittadino.
- A fronte del quadro descritto al punto precedente, si conviene sulla necessità di favorire lo sviluppo di progettualità su base regionale e/o aziendale (attraverso la definizione di linee guida e nell'ambito delle risorse a legislazione vigente) che abbiano come obiettivo quello di migliorare la comunicazione e la trasparenza sull'efficienza dei percorsi clinici e amministrativi e il coinvolgimento dei cittadini mediante l'implementazione di pratiche di partecipazione inclusive, su oggetti rilevanti, orientate ai risultati sia in termini di output sia in termini di outcome, delle quali si possa rendere conto ai cittadini medesimi. Si conviene di migliorare l'esperienza del cittadino in termini di efficacia della comunicazione, trasparenza ed efficienza dei percorsi

interni clinici e amministrativi, equità nell'accesso ai servizi, coinvolgimento effettivo.

- Si conviene inoltre sulla necessità di favorire l'empowerment del cittadino verso un corretto, appropriato e responsabile utilizzo dei Servizi sanitari, anche attraverso l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico.
- Si conviene inoltre sull'importanza di promuovere e realizzare gli strumenti abilitanti che migliorano le interazioni e la customer experience per l'accesso dei cittadini ai servizi erogati telematicamente dal SSN, quali in particolare l'identità digitale (superando il vigente dualismo tra SPID e CIE), la gestione delle deleghe (ivi incluso la certificazione della responsabilità genitoriale per ottenere l'abilitazione ad accedere, per conto dei propri figli minorenni, ai servizi telematici disponibili), l'adozione di regole, standard e codifiche condivise per l'interoperabilità e l'integrazione degli ecosistemi, l'istituzione dell'anagrafe nazionale degli assistiti (ANA), l'eliminazione del consenso all'alimentazione del FSE per applicazione del GDPR 2016/679.

ALLEGATO 36 – ASSESSMENT ORGANIZZATIVO

Il modello preso in considerazione è quello messo in atto presso l’Azienda Ospedaliera “G. Brotzu” di Cagliari da un team di lavoro ASQUAS per conto della LUISS Business School di Roma (2012-2018)⁶³³, che ha elaborato una serie di strumenti utili a svolgere l’*assessment* organizzativo in una azienda sanitaria.

La **Scheda di Autovalutazione**, la **Matrice di Analisi Organizzativa** (MAO), la **Matrice delle interfacce**, il **Format per le Procedure**, le **Tavole degli indicatori**, le **Schede di “Azioni di Miglioramento”** sono stati gli strumenti di lavoro basati prevalentemente sull’autovalutazione dei professionisti sanitari.

Strumento	Competenze agite
<i>Scheda di autovalutazione</i>	Aumentare efficienza dei processi gestionali e decisionali
<i>Matrice Analisi Organizzativa (MAO)</i>	Leggere e descrivere il modello org.vo della propria struttura
<i>Format procedure</i>	Descrivere attività clinico assistenziali e manageriali
<i>Tavola indicatori</i>	Misurare le performance
<i>Matrice Interfacce</i>	Individuare relazioni organizzative
<i>Scheda Azioni di Miglioramento (AdM)</i>	Sviluppare il miglioramento continuo della qualità

L’**autovalutazione** è una fotografia: l’immagine in primo piano è paragonabile allo stato dell’azienda “*in quel momento*”; la parte non a fuoco raffigura le criticità; sullo sfondo immaginiamo rappresentate le potenzialità dell’Organizzazione. Dagli elementi di debolezza si può avviare il complesso processo di miglioramento, modificando il comportamento individuale per poi coinvolgere tutti gli attori del sistema.

Scheda di Autovalutazione

Dipartimento
Unità operativa
Referenti

La **scheda di autovalutazione** ha l’obiettivo di orientare l’audit di parte prima all’individuazione delle criticità e all’attuazione delle azioni di miglioramento della

⁶³³ Caterina Amoddeo, Giorgio Banchieri, Mara Cazzetta, Duilio Carusi, Roberto Dandi, Mario Ronchetti Silvia Scelsii, “*Assessment organizzativo, analisi di posizionamento e Percorsi Clinico Assistenziali: Il caso dell’Azienda Ospedaliera “G. Brotzu” di Cagliari*”, COM Editore Perugia 2018;

qualità anche in funzione dei requisiti previsti dall'accreditamento istituzionale secondo le norme regionali.

Sono stati selezionati 30 criteri divisi nelle seguenti 8 macro aree di criteri:

- 1) *Diritti e informazione del paziente e dei familiari;*
- 2) *Politica e governo dell'organizzazione;*
- 3) *Presenza in carico del paziente;*
- 4) *Gestione risorse umane;*
- 5) *Gestione risorse tecnologiche e strumentali;*
- 6) *Comunicazione e gestione delle informazioni;*
- 7) *Gestione e miglioramento della qualità;*
- 8) *Attività e risultati.*

Ogni criterio viene misurato attraverso una scala di adesione al criterio, per orientare, chi effettua l'autovalutazione, ad un miglioramento "a piccoli passi":

- Il criterio è assente
- È presente un progetto per soddisfare il criterio in tempi brevi
- Il criterio è soddisfatto parzialmente
- Il criterio è soddisfatto totalmente

Per ogni criterio si richiede l'Evidenza, ossia il documento che attesti il possesso del requisito. Per verificare i cambiamenti nel tempo è necessario indicare sempre la data della valutazione, l'articolazione organizzativa, il facilitatore e il gruppo.

Diritti e informazione del paziente e dei familiari

	Criterio	Grado Adesione	Evidenza
1.1	Sono effettuate periodicamente indagini su la soddisfazione degli utenti	0 1 2 3	
1.2	È applicato il regolamento per la tutela della privacy	0 1 2 3	
1.3	È stata redatta la carta dei servizi della propria struttura di appartenenza	0 1 2 3	
1.4	Esiste un documento informativo sui diritti dei pazienti	0 1 2 3	
1.5	Sono state redatte procedure per la sicurezza e la gestione del rischio	1. 0 1 2 3	

Presenza in carico del paziente

	Criterio	Grado Adesione	Evidenza
3.1	La presa in carico è incentrata sui bisogni del paziente	0 1 2 3	
3.2	L'assistenza è erogata sulla base di procedure e protocolli condivisi	0 1 2 3	
3.3	Le attività sono organizzate nell'ottica della salvaguardia della continuità assistenziale	0 1 2 3	

Politica e governo dell'organizzazione

	Criterio	Grado Adesione	Evidenza
2. 1	È stato definito l'organigramma	0 1 2 3	
2. 2	Sono stati definiti gli obiettivi specifici annuali	0 1 2 3	
2. 3	È definita la mission	0 1 2 3	
2. 4	È definita la vision	0 1 2 3	
2. 5	Esiste una descrizione dei principali processi	0 1 2 3	
2. 6	Esistono procedure scritte relative ad alcuni processi	0 1 2 3	

Gestione risorse umane

	Criterio	Grado Adesione	Evidenza
4.1	Sono previste riunioni periodiche per discutere sullo stato di avanzamento delle attività assegnate e sulle difficoltà incontrate	0 1 2 3	
4.2	È stata pianificata la formazione per lo sviluppo professionale	0 1 2 3	
4.3	È stata pianificata la formazione sui metodi e le tecniche per lo sviluppo della qualità	0 1 2 3	
4.4	Sono programmate discussioni multidisciplinari su le condizioni di salute dei pazienti	0 1 2 3	
4.5	I regolamenti adottati dalla Azienda sono a conoscenza di tutto il personale	0 1 2 3	

Gestione risorse tecnologiche e strumentali

	Critero	Grado Adesione	Evidenza
5.1	Esiste un elenco aggiornato delle apparecchiature	0 1 2 3	
5.2	Esistono le procedure per la manutenzione delle apparecchiature	0 1 2 3	
5.3	Esistono le procedure operative per l'uso delle apparecchiature	0 1 2 3	

Comunicazione e gestione delle informazioni

	Critero	Grado Adesione	Evidenza
6.1	Esiste una relazione annuale delle attività che evidenzia le criticità più significative	0 1 2 3	
6.2	I documenti che supportano il nostro lavoro sono conservati in maniera ordinata e aggiornata	0 1 2 3	
6.3	Sono disponibili riviste scientifiche e data base per l'aggiornamento del personale	0 1 2 3	
6.4	Esiste un sistema per la registrazione degli errori	0 1 2 3	

Gestione e miglioramento della qualità

	Critero	Grado Adesione	Evidenza
7.1	Esiste un referente per la qualità della propria struttura di appartenenza	0 1 2 3	
7.2	Esiste un piano per lo sviluppo delle azioni di miglioramento	0 1 2 3	
7.3	Sono adottate linee guida per l'orientamento dei comportamenti professionali	0 1 2 3	

Attività e risultati

	Critero	Grado Adesione	Evidenza
8.1	È attivo un sistema per la valutazione delle attività e dei risultati	0 1 2 3	

Matrice di Analisi Organizzativa

La **matrice di analisi organizzativa** rappresenta una traccia per la rappresentazione dell'organizzazione reale dei comportamenti organizzativi, dei processi gestionali e sociali e delle attività erogate.

Indice

- 1) **La nostra storia**
- 2) **Mission**
- 3) **Organigramma di afferenza**
- 4) **Organigramma**
- 5) **Funzionigramma**
- 6) **Risorse umane**
- 7) **Sviluppo continuo professionale**
- 8) **Catalogo delle attività erogate**
- 9) **Attività di particolare rilevanza, centro di riferimento regionale, hub, spoke**
- 10) **Indicatori in uso**
- 11) **Matrice delle interfacce**
- 12) **Dispositivi di protezione individuale in uso**
- 13) **Procedure codificate per la sicurezza e la gestione del rischio**
- 14) **Miglioramento continuo della qualità – scheda gestione delle azioni di miglioramento**

1) La nostra storia

2) Mission

NORMATIVA DI RIFERIMENTO (Disposizioni nazionali - Disposizioni regionali - Disposizioni aziendali – Altro)

3) Organigramma di afferenza

NORMATIVA DI RIFERIMENTO (Disposizioni nazionali - Disposizioni regionali - Disposizioni aziendali – Altro)

4) Organigramma

NORMATIVA DI RIFERIMENTO (Disposizioni nazionali - Disposizioni regionali - Disposizioni aziendali – Altro)

5) Funzionigramma

NORMATIVA DI RIFERIMENTO (Disposizioni nazionali - Disposizioni regionali - Disposizioni aziendali – Altro)

6) Risorse umane

<i>Nome e Cognome</i>	<i>Qualifica professionale</i>

NORMATIVA DI RIFERIMENTO (Disposizioni nazionali - Disposizioni regionali - Disposizioni aziendali – Altro)

7) Sviluppo continuo professionale

NORMATIVA DI RIFERIMENTO (Disposizioni nazionali - Disposizioni regionali - Disposizioni aziendali – Altro)

8) Catalogo delle attività erogate

NORMATIVA DI RIFERIMENTO (Disposizioni nazionali - Disposizioni regionali - Disposizioni aziendali – Altro)

9) Attività di rilevanza, Centro di Riferimento Regionale, Hub, Spoke

--

NORMATIVA DI RIFERIMENTO (Disposizioni nazionali - Disposizioni regionali - Disposizioni aziendali – Altro)

10) Indicatori in uso (Matrice degli Indicatori in uso)

<i>Variabile</i>	<i>Indicatore</i>	<i>Fonte</i>	<i>Valore Atteso</i>	<i>Valore Misurato</i>

NORMATIVA DI RIFERIMENTO (Disposizioni nazionali - Disposizioni regionali - Disposizioni aziendali – Altro)

11) Matrice delle Interfacce

<i>Interfacce operative con altre strutture organizzative aziendali</i>	<i>Motivo della relazione organizzativa (es. Svolgimento prestazioni di diagnostica strumentale)</i>	<i>Strumento (es. Convenzione)</i>
<i>Interfacce operative con soggetti pubblici o privati esterni</i>	<i>Motivo della relazione organizzativa</i>	<i>Strumento</i>

12) Dispositivi di protezione individuale in uso

--

NORMATIVA DI RIFERIMENTO (Disposizioni nazionali - Disposizioni regionali - Disposizioni aziendali – Altro)

13) Procedure codificate per la sicurezza e la gestione del rischio clinico

--

NORMATIVA DI RIFERIMENTO (Disposizioni nazionali - Disposizioni regionali - Disposizioni aziendali – Altro)

14) Miglioramento continuo della qualità (*Scheda Gestione delle Azioni di Miglioramento*)

Problema Descrizione delle cause Descrizione dell'azione di miglioramento Da effettuarsi entro il Responsabile attuazione conclusa il /...../..... Valore atteso Risultati raggiunti

NORMATIVA DI RIFERIMENTO (Disposizioni nazionali - Disposizioni regionali - Disposizioni aziendali – Altro)

TAGO⁶³⁴ (*Tableau multidimensionale per la GOVERNANCE Clinica*)

Il desk direzione TAGO, Tableau per la Governance Clinica, nasce per aggregare i dati derivanti dalle Matrici Analisi Organizzativa (MAO), dalle Schede di Autovalutazione e dalla Matrice di Interfaccia. L'obiettivo perseguito è quello di definire uno strumento per la raccolta e l'organizzazione delle risposte fornite in cui far confluire i contenuti conoscitivi acquisiti.

Ciascun criterio del MAO viene valutato secondo una scala di valori crescente compresa tra 0 e 4 a seconda del grado di adeguatezza della risposta fornita. Per superare un possibile rischio di soggettività del giudizio derivante da un *assessment* fornito da un singolo valutatore, e quindi assicurare la massima oggettività, la valutazione delle schede ricevute è stata condotta secondo l'approccio *Delphi*⁶³⁵.

Le singole valutazioni sono infine oggetto di consolidamento in una valutazione finale e condivisa. L'utilizzo di TAGO ha reso quindi possibile:

- Il monitoraggio dell'andamento quantitativo e qualitativo delle risposte ottenute a seguito della somministrazione di schede di valutazione;
- La creazione di uno strumento di valutazione applicabile alla formazione sul campo (fsc);
- L'individuazione delle eventuali aree di intervento formativo;
- Il controllo e la misurazione delle eventuali variazioni del livello di competenze a seguito di interventi formativi;
- Che rendesse omogenee e coerenti (e quindi confrontabili) le valutazioni operate sulle risposte e sui singoli *items* indagati;
- Che fosse applicabile a tutte le classi coinvolte nella formazione sul campo;

⁶³⁴ Caterina Amoddeo, Giorgio Banchieri, Mara Cazzetta, Duilio Carusi, Roberto Dandi, Mario Ronchetti e Silvia Scelsii, "Assessment organizzativo, analisi di posizionamento e Percorsi Clinico Assistenziali: Il caso dell'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" di Cagliari", COM Editore Perugia 2018;

⁶³⁵ Cfr. Cap 14 C) ii La valutazione della performance organizzativa <http://qualitapa.gov.it/sitoarcheologico/relazioni-con-i-cittadini/utilizzare-gli-strumenti/tecnica-delphi/>

- Che rendesse immediatamente individuabili i punti di forza e di debolezza delle articolazioni.

La scelta dei colori: la logica del “Semaforo”

La variabilità cromatica è servita a mettere in risalto le aree più critiche (rosse), rispetto alle aree il cui profilo organizzativo poteva essere considerato già ad un livello adeguato (verdi), ed ancora rispetto a quelle per le quali un intervento di portata non eccessivamente complessa poteva consentire la “promozione” al livello di maturità organizzativa più elevato.

La colorazione delle celle, ovvero degli score ottenuti, era automatizzata e parametrica. I valori impostati ai fini del progetto sono stati i seguenti:

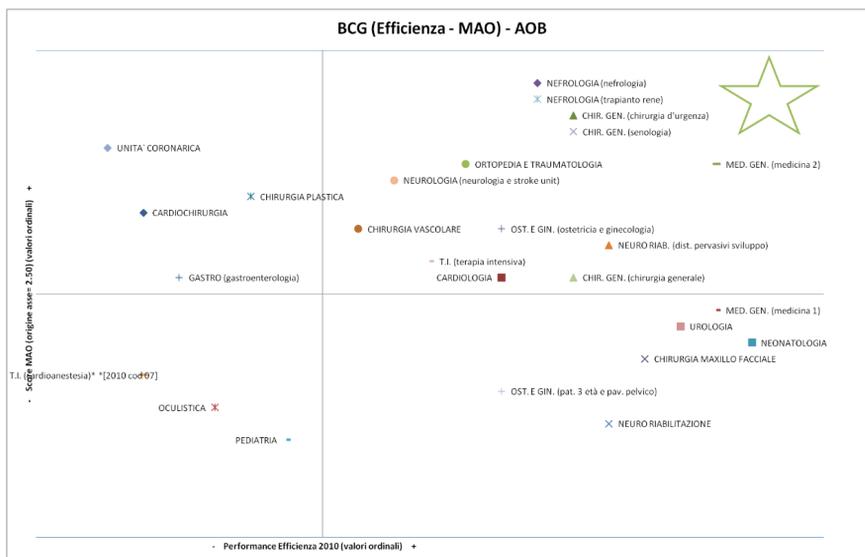
- Per quanto riguarda le **Autovalutazioni**, rammentando che la scala di valori attribuibili era compresa nell’intervallo 0-3, e che per livelli di aggregazione superiori lo score si otteneva come media degli score sottostanti, abbiamo che gli intervalli sono stati:
 - ◊ **Verde**: per valori strettamente maggiori ($>$) di 1,8;
 - ◊ **Giallo**: per valori compresi (\geq e \leq) tra 1,5 e 1,8 (estremi inclusi);
 - ◊ **Rosso**: per valori strettamente minori ($<$) di 1,5.
- Per quanto riguarda le **Matrici di Analisi Organizzativa (MAO)**, invece, tenuto conto che la scala di valutazione era compresa nell’intervallo 0-4, e che anche per le MAO valeva il discorso che, per quanto attiene agli score relativi a livelli di aggregazione superiori, esso era calcolato come media degli score sottostanti, abbiamo che gli intervalli sono stati:
 - ◊ **Verde**: per valori strettamente maggiori ($>$) di 2,9;
 - ◊ **Giallo**: per valori compresi (\geq e \leq) tra 2,2 e 2,9 (estremi inclusi);
 - ◊ **Rosso**: per valori strettamente minori ($<$) di 2,2.

Nel tool sono stati inseriti anche i dati relativi alle autovalutazioni compilate dalle varie UU.OO., sempre con l’obiettivo di avere un quadro completo, per livelli di aggregazione successivi, dello stato attuale rispetto ai parametri valutati, e per poter identificare, sia orizzontalmente (a livello di parametro) che verticalmente (a livello di articolazione organizzativa) le aree più critiche, anche in base alla percezione degli attori interessati.

I risultati dell'analisi strategica e di posizionamento e delle performance cliniche e quelli dell'analisi organizzativa vengono incrociati per dar luogo ad una matrice stile BCG (*Boston Consulting Group*) a quattro quadranti.



Nella matrice di tipo BCG sono state fatte confluire le risultanze dei due grafici precedenti, arrivando a suddividere le Unità Operative in quattro sottogruppi in base alle coppie di risultati ottenuti (secondo le combinazioni: ++; + -; - +; --). Il quadrante "Star" ospita le unità con entrambe le valutazioni positive.



ALLEGATO 37 - LINEE GUIDA di GESTIONE EVENTI AVVERSI in SANITÀ

Ministero della Salute DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA UFFICIO III **LINEE GUIDA PER GESTIRE E COMUNICARE GLI EVENTI AVVERSI IN SANITÀ** Roma, Giugno 2011

FASE 1 - ANALISI DELL'EVENTO PER IDENTIFICARE I FATTORI CAUSALI E/O CONTRIBUENTI ED INDIVIDUARE LE AZIONI UTILI A TUTELA DELLA SALUTE PUBBLICA E A GARANZIA DELLA SICUREZZA DEL SISTEMA SANITARIO

***1- RACCOMANDAZIONE PER L'ANALISI DELL'EVENTO AVVERSO
E' necessario disporre di una procedura aziendale per
l'analisi dell'evento avverso, l'individuazione dei fattori
causali e/o contribuenti e la messa a punto di un piano di
miglioramento***

- 1) Premessa
- 2) Obiettivi
- 3) Ambito di applicazione
- 4) Azioni
 - 4.1. Segnalazione dell'evento
 - 4.1.1. Cosa: Eventi Sentinella, Eventi Avversi, Quasi eventi (Near Miss)
 - 4.1.2. Chi (funzione aziendale deputata alla gestione del rischio clinico)
 - 4.1.3. Come (scheda di segnalazione)
 - 4.2. Flusso di segnalazione
 - 4.3. Analisi della segnalazione
 - 4.4. Identificazione dei fattori causali e/o contribuenti
 - 4.4.1. Root Cause Analysis (RCA)
 - 4.4.2. Audit clinico
 - 4.4.3. Significant event audit (SEA)
 - 4.5. Programma di miglioramento
 - 4.6. Feedback delle informazioni
- 5) Implementazione della raccomandazione a livello aziendale
- 6) Formazione
- 7) Bibliografia e sitografia

Allegato n. 1: Modello di Scheda di segnalazione

Allegato n. 2: Schede Indicatori

- Indicatore 1: Presenza di unità/funzione di gestione di rischio clinico
- Indicatore 2: Adozione formale della procedura aziendale comprensiva della scheda di segnalazione
- Indicatore 3: Partecipazione del personale alla formazione per la segnalazione ed all'analisi degli eventi avversi e/o dei near miss
- Indicatore 4: Percentuale di Root Cause Analysis (RCA) effettuate
- Indicatore 5: Percentuale di Root Cause Analysis (RCA) valide

FASE 2 - AZIONI DI COMUNICAZIONE E DI CONTENIMENTO DEL DANNO E/O DI RISTORO

1. RACCOMANDAZIONE PER LA COMUNICAZIONE AI PAZIENTI DEGLI EVENTI AVVERSI

È essenziale una comunicazione trasparente e onesta degli eventi avversi

- 1) Premessa
- 2) Obiettivi
- 3) Ambito di applicazione
- 4) Azioni
 - 4.1. Indicazioni generali sulla comunicazione dell'evento avverso ai pazienti e/o ai familiari
 - Chi deve comunicare l'evento avverso
 - Dove deve svolgersi il colloquio
 - Quando deve essere comunicato l'evento avverso
 - Come deve essere comunicato l'evento avverso
 - 4.2. Il colloquio con il paziente e/o i familiari
 - Fase 1. Preparazione del colloquio
 - Fase 2. Conduzione del colloquio
 - 1) Indicazioni generali sulle modalità di conduzione del colloquio
 - 2) Contenuto del colloquio
 - 3) Descrivere le misure intraprese dalla struttura sanitaria
 - 4) Programmare il follow-up
- 5) Implementazione della raccomandazione a livello aziendale
- 6) Formazione
- 7) Riferimenti bibliografici

Allegato n. 1: Il colloquio con il paziente o i familiari

Fase 1. Preparazione del colloquio

Fase 2. Conduzione del colloquio

- 1) Esprimere al paziente o ai familiari il proprio rammarico, mostrando rincrescimento per l'evento
- 2) Descrivere l'accaduto
- 3) Fornire informazioni per gestire la situazione
- 4) Programmare il follow up

2. RACCOMANDAZIONE PER ATTIVARE AZIONI DI SOSTEGNO PER GLI OPERATORI SANITARI COINVOLTI IN UN EVENTO AVVERSO

È necessario sostenere gli operatori coinvolti nell'evento avverso

- 1) Premessa
- 2) Obiettivi
- 3) Ambito di applicazione
- 4) Azioni
 - 4.1 Sostenere l'operatore
 - 4.2 Azioni
- 5) Implementazione della raccomandazione a livello aziendale
- 6) Formazione
- 7) Riferimenti bibliografici

3. RACCOMANDAZIONE PER LA COMUNICAZIONE ESTERNA IN CASO DI EVENTI AVVERSI NELLE STRUTTURE SANITARIE

E' importante attivare una comunicazione istituzionale completa e veritiera ai cittadini, ai mass media e agli altri soggetti esterni

- 1) Premessa

La comunicazione dell'evento avverso
- 2) Obiettivi
- 3) Azioni per comunicare la crisi
 - Chi deve comunicare e con chi
 - Individuare un portavoce unico
 - Individuare tutti gli interlocutori esterni (stakeholder)
 - Quando e dove effettuare la comunicazione
 - Cosa e come comunicare
 - Quali strumenti utilizzare
- 4) Riferimenti bibliografici

4. RACCOMANDAZIONE PER LA RISOLUZIONE STRAGIUDIZIALE DEL CONTENZIOSO NELLE AZIENDE SANITARIE

La risoluzione stragiudiziale dei contenziosi derivanti da eventi avversi consente di migliorare la relazione tra i cittadini e le strutture sanitarie

- 1) Premessa
- 2) Obiettivi
- 3) Ambito di applicazione
- 4) Azioni
- 5) Procedure e fasi
 - a. Fase preliminare
 - b. Fase Istruttoria
 - c. Fase Peritale/Accertativa
 - d. Fase Valutativa
 - e. Fase conclusiva
- 6) Formazione
- 7) Implementazione della raccomandazione a livello aziendale
- 8) Ulteriore documentazione disponibile
- 9) Riferimenti bibliografici

ALLEGATO 38 - EVENTI SENTINELLA – 5° RAPPORTO



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFFICIO III EX DGPROGS

Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella
5° Rapporto
(Settembre 2005-Dicembre 2012)

Tab.2 SPECIALITA'

SPECIALITA'	N°	%
MEDICINA GENERALE	261	13,61
NON SPECIFICATO	221	11,52
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	207	10,79
CHIRURGIA GENERALE	205	10,69
PSICHIATRIA	152	7,92
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	116	6,05
ASTANTERIA	115	6
CARDIOLOGIA	44	2,29
RECUPERO E RIABILITAZIONE	44	2,29
ALTRO	553	28,84

Tab.3 LUOGO EVENTO

LUOGO EVENTO	N°	%
REPARTO DI DEGENZA	753	39,26
SALA OPERATORIA	359	18,72
ALTRO	269	14,03
BAGNI	130	6,78
AMBULATORIO	104	5,42
DOMICILIO	72	3,75
CORRIDOIO	62	3,23
TERAPIA INTENSIVA	54	2,82
NON SPECIFICATO	53	2,76
AMBULANZA	39	2,03
SCALE	23	1,2
Totale	1918	100

Tab.4 ESITO

ESITO	N°	%
MORTE	683	35,61
ALTRO	393	20,49
TRAUMA MAGGIORE CONSEGUENTE A CADUTA DI PAZIENTE	305	15,9
REINTERVENTO CHIRURGICO	203	10,58
TRASFERIMENTO AD UNA UNITÀ SEMINTENSIVA O DI TERAPIA INTENSIVA	101	5,27
STATO DI MALATTIA CHE DETERMINA PROLUNGAMENTO DELLA DEGENZA O CRONICIZZAZIONE	91	4,74
REAZIONE TRASFUSIONALE CONSEGUENTE AD INCOMPATIBILITÀ ABO	43	2,24
DISABILITÀ PERMANENTE	34	1,77
RICHIESTA DI TRATTAMENTI PSICHIATRICI E PSICOLOGICI SPECIFICI IN CONSEGUENZA DI TENTATIVI DI SUICIDIO O VIOLENZA SUBITA NELL'AMBITO DELLA STRUTTURA	28	1,46
COMA	24	1,25
RIANIMAZIONE CARDIO RESPIRATORIA	13	0,68
Totale	1918	100

Tab. 5 TIPOLOGIA ESITO PER TIPO DI EVENTO SENTINELLA

TIPO ESITO	TIPI DI EVENTO SENTINELLA															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
ALTRO	13	14	15	16	15	21	2	0	48	22	8	150	4	1	9	55
COMA	0	0	0	0	0	3	0	0	6	5	0	0	0	1	2	7
DISABILITÀ PERMANENTE	1	0	1	2	0	0	3	9	2	2	0	0	1	0	3	10
MORTE	1	0	7	1	3	15	41	71	69	205	2	4	9	24	82	149
REAZIONE TRASFUSIONALE CONSEQUENTE AD INCOMPATIBILITÀ ABO	0	0	0	0	41	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
REINTERVENTO CHIRURGICO	1	12	3	137	0	2	5	0	10	0	0	4	0	0	20	9
RIANIMAZIONE CARDIO RESPIRATORIA	0	0	1	0	0	7	0	0	0	2	0	0	1	0	0	2
RICHIESTA DI TRATTAMENTI PSICHIATRICI E PSICOLOGICI SPECIFICI IN CONSEGUENZA DI TENTATIVI DI SUICIDIO O VIOLENZA SUBITA NELL'AMBITO DELLA STRUTTURA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	24	2	1	0	0	0	0
STATO DI MALATTIA CHE DETERMINA PROLUNGAMENTO DELLA DEGENZA O CRONICIZZAZIONE	0	0	4	2	2	17	0	0	28	6	2	1	0	0	9	20
TRASFERIMENTO AD UNA UNITÀ SEMINTENSIVA O DI TERAPIA INTENSIVA	0	0	1	0	11	14	4	2	13	22	0	0	0	1	10	23
TRAUMA MAGGIORE CONSEQUENTE A CADUTA DI PAZIENTE	0	0	0	1	0	0	0	0	294	5	0	5	0	0	0	0
Totale	16	26	32	159	72	79	55	82	471	295	14	165	15	27	135	275

1. Procedura in paziente sbagliato - 2. Procedura Chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte) - 3. Errata procedura su paziente corretto - 4. Strumento o altro materiale lasciato all' interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure - 5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO - 6. Morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivanti da errori in terapia farmacologica - 7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto - 8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso maggiore di 2500 grammi non correlata a malattia congenita - 9. Morte o grave danno per caduta di paziente - 10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale - 11. Violenza su paziente in ospedale - 12. Atti di violenza a danno di operatore - 13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero) - 14. Morte o grave danno conseguente ad inadeguata attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 E.O all'interno del pronto soccorso - 15. Morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico - 16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

Tab. 6 FATTORI CONTRIBUENTI

FATTORI CONTRIBUENTI	N°
CAUSE E FATTORI AMBIENTALI	344
CAUSE E FATTORI LEGATI ALLA COMUNICAZIONE	741
CAUSE E FATTORI LEGATI ALLE TECNOLOGIE SANITARIE, FARMACI, LINEE-GUIDA E BARRIERE	1035
CAUSE E FATTORI UMANI	614

Tab.7 FATTORI CONTRIBUENTI

FATTORI CONTRIBUENTI	N°	%
BARRIERE	349	25,62
DISPOSITIVI MEDICI E APPARECCHIATURE ELETTRONOMICI	80	5,87
FARMACI	97	7,12
LINEE-GUIDA, RACCOMANDEAZIONI, PROTOCOLLI ASSISTENZIALI, PROCEDURE	890	65,35

ALLEGATO 39 - IL PERSONALE NEL SSN

Le **PROFESSIONI SANITARIE** riconosciute dal Ministero della Salute⁶³⁶ sono le seguenti⁶³⁷:

A) PROFESSIONI SANITARIE

1) Farmacista	140.465
2) Medico chirurgo	498.520
3) Odontoiatra	65.031
4) Veterinario	35.550
5) Biologo	74.264
6) Fisico	1.951
7) Chimico	11.423
8) Psicologo	118.804

B) PROFESSIONE SANITARIA INFERMIERISTICA

9) Infermiere	445.365
---------------	---------

C) PROFESSIONE SANITARIA OSTETRICA

10) Ostetrica	20.977
---------------	--------

D) PROFESSIONI TECNICO SANITARIE

Area Tecnico - diagnostica

11) Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	4.817
12) Tecnico Audiometrista	785
13) Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	20.005
14) Tecnico di Neurofisiopatologia	1.678

Area Tecnico – assistenziale

15) Tecnico Ortopedico	1.897
16) Tecnico Audioprotesista	4.314
17) Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare	1.132
18) Igienista dentale	6.708
19) Dietista	6.369

E) PROFESSIONI SANITARIE DELLA RIABILITAZIONE

20) Podologo	1.772
21) Fisioterapista	56.138
22) Logopedista	11.163
23) Ortottista - Assistente di Oftalmologia	2.749

⁶³⁶ http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=808&area=professioni-sanitarie&menu=vuoto&tab=2

⁶³⁷ <http://www.pkegroup.it/html/cnt/le-professioni-sanitarie-in-numeri.asp>

24) Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva	5.059
25) Tecnico Riabilitazione Psichiatrica	2.566
26) Terapista Occupazionale	1.979
27) Educatore Professionale	8.901
F) PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE	
28) Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei luoghi di lavoro	7.912
29) Assistente Sanitario	4.392
Gli OPERATORI DI INTERESSE SANITARIO e le ARTI AUSILIARIE DELLE PROFESSIONI SANITARIE riconosciuti dal ministero della Salute	
G) OPERATORE DI INTERESSE SANITARIO	
30) Massofisioterapista	58
31) Operatore socio-sanitario	166
32) Assistente di Studio Odontoiatrico	n.d. ⁶³⁸
H) ARTI AUSILIARIE DELLE PROFESSIONI SANITARI	
33) Massaggiatore capo bagnino stabilimenti idroterapici	33
34) Ottico	36
35) Odontotecnico	40
36) Puericultrice	4
Totale	1.593.025
Personale amministrativo dirigente SSN	73.049
Personale amministrativo non dirigente SSN	31.095
Dirigenza⁶³⁹ del ruolo professionale (ingegneri, architetti, avvocati, geologi) e del ruolo tecnico (sociologi, analisti, statistici)	ca. 5000

⁶³⁸ Dato non disponibile – Il profilo dell'Assistente di Studio Odontoiatrico, è nato ufficialmente nel 2018 (DPCM 9-1-2018)

⁶³⁹ <https://www.fedir.it/index.php/fedir-archivio-notizie/945-simonetti-tutti-i-perche-la-dirigenza-pta-del-ssn-deve-restare-nell-area-funzioni-locali>

ALLEGATO 40 –QUESTIONARIO CLIMA LAVORATIVO TEAM OPERATIVI

1	In questo team ci prendiamo il tempo necessario per sviluppare nuove idee	1	2	3	4	5
2	I componenti del team si sentono compresi e accettati dagli altri	1	2	3	4	5
3	Le persone del team cooperano al fine di aiutare a sviluppare nuove idee e ad applicarle	1	2	3	4	5
4	Abbiamo un atteggiamento “tutti insieme”	1	2	3	4	5
5	Le persone si tengono reciprocamente informate sui problemi legati al lavoro nel team	1	2	3	4	5
6	Le persone del team sono sempre alla ricerca di novità, nuovi modi di affrontare i problemi	1	2	3	4	5
7	Si fanno concreti tentativi al fine di condividere informazioni da parte di tutto il team	1	2	3	4	5
8	Sono d'accordo con gli obiettivi del team	1	2	3	4	5
9	Gli obiettivi del team sono compresi con chiarezza dagli altri componenti del team	1	2	3	4	5
10	Gli obiettivi del team possono realmente essere raggiunti	1	2	3	4	5
11	Gli obiettivi del team sono utili per l'organizzazione	1	2	3	4	5
12	I membri del team sono pronti a mettere in discussione quanto il team sta facendo	1	2	3	4	5
13	I membri del team si monitorano a vicenda al fine di mantenere un più elevato standard di prestazione	1	2	3	4	5
14	I membri del team lavorano sulle rispettive idee al fine di conseguire il miglior risultato possibile	1	2	3	4	5

forte disaccordo	disaccordo	neutrale	accordo	forte accordo
1	2	3	4	5

ALLEGATO 41 - BURNOUT INVENTORY

Questionario di valutazione dello stress lavorativo

Esaurimento emotivo		0	1	2	3	4	5	6
1	Mi sento emotivamente sfinito dal mio lavoro							
2	Mi sento sfinito alla fine di una giornata lavorativa							
3	Mi sento stanco quando mi alzo la mattina e devo affrontare un altro giorno di lavoro							
6	Mi pare che lavorare tutto il giorno con la gente mi pesi							
8	Mi sento esaurito dal mio lavoro 13 Sono frustrato dal mio lavoro							
14	Credo di lavorare troppo duramente							
18	Lavorare direttamente a contatto con la gente mi causa troppa tensione							
20	Sento di non farcela più							
Depersonalizzazione		0	1	2	3	4	5	6
5	Mi pare di trattare alcuni clienti come se fossero oggetti impersonali							
10	Da quando ho cominciato a lavorare qui sono diventato più insensibile con la gente							
11	Ho paura che questo lavoro mi possa indurire emotivamente							
15	Non mi importa veramente ciò che succede ad alcuni clienti							
22	Ho l'impressione che i miei clienti diano la colpa a me per i loro problemi							
Realizzazione lavorativa		0	1	2	3	4	5	6
4	Posso capire facilmente come la pensano i miei clienti							
7	Affronto efficacemente i problemi dei miei clienti							
9	Credo che sto influenzando positivamente la vita di altre persone attraverso il mio lavoro							
12	Mi sento pieno di energie							
17	Riesco facilmente a rendere i miei clienti rilassati e a proprio agio							
16	Mi sento rallegrato dopo aver lavorato con i miei clienti							
19	Ho realizzato molte cose di valore nel mio lavoro							
21	Nel mio lavoro affronto problemi emotivi con calma							

Mai	Quasi mai	Raramente	Occasionalmente	Spesso	Molto spesso	Sempre
0	1	2	3	4	5	6
Mai	Un paio di volte anno o meno	Una volta al mese o meno	Un paio di volte al mese	Una volta a settimana	Un paio di volte a settimana	Ogni giorno

ALLEGATO 42 - AUSTRALIAN HOSPITAL PATIENT EXPERIENCE

Fattore	Definizione
Fattori di erogazione dell'assistenza	
1. Accesso	
1A. Accesso tempestivo	Essere in grado di accedere a cure o cure al momento giusto
1B. Accesso alle competenze	Essere in grado di vedere un professionista con le giuste conoscenze e abilità
1C. Accesso all'assistenza terapeutica	Essere in grado di accedere al trattamento e all'assistenza giusti per la malattia / condizione
1D. Navigazione del sistema	Trovare facilmente quali servizi sanitari sono disponibili localmente
1E. Barriere all'accesso	Assistenza per il superamento delle barriere all'accesso (ad es. Costo, trasporto,)
2. Dimissioni	
2A. Scarico tempestivo	Essere dimesso quando il paziente si sente pronto
2B. Scarico a domicilio	Personale che tiene conto della situazione a casa del paziente quando prende decisioni di dimissione
2C. Supporto post-dimissione	Personale che assicura che ogni supporto necessario sia predisposto dopo la dimissione del paziente
2D. Avviso di dimissione	Sapere il prima possibile quando avverrà la dimissione
3. Ambiente	
3A. Ambiente accogliente	L'ospedale o il servizio sanitario si sentono accoglienti
3B. Ambiente tranquillo	La stanza o il reparto sono silenziosi
3C. Tutela della privacy	La stanza o il reparto che offre abbastanza privacy
3D. Tutela della disabilità	L'ospedale o il servizio sanitario sono progettati in modo appropriato per le persone con disabilità
3E. Attrezzature funzionanti	Le attrezzature e le strutture dell'ospedale sono in buone condizioni

3F. Ambiente confortevole	La stanza o il reparto sono confortevoli
4. Cibo e igiene personale	
4A. Accesso ai pasti	Essere in grado di accedere fisicamente al cibo e alle bevande forniti o ricevere assistenza per farlo
4B. Cibo appetitoso	Il cibo è piacevole da mangiare
4C. Bisogni dietetici	Il cibo è appropriato alle esigenze dietetiche del paziente
4D. Aiuto alla toilette	Essere in grado di ottenere un pronto aiuto con le esigenze della toilette, se necessario
4E. Mantenere pulito	Come ottenere assistenza per mantenerlo pulito quando necessario
5. Organizzazione di diverse parti dell'assistenza	
5A. Piano generale scritto	Avere un piano scritto che mostra i vari passaggi nella cura e nel trattamento
5B. Informazioni sulla condivisione del personale	Personale o servizi diversi coinvolti nelle cure del paziente che comunicano tra loro su queste cure
5C. Coordinamento dell'assistenza	Avere una persona o un gruppo che coordina tutte le diverse parti dell'assistenza di un paziente.
5D. Continuità della relazione	Essere in grado di vedere lo stesso personale per trattamenti e assistenza nel tempo
6. Assistenza su misura per le esigenze	
6A. Reattività e flessibilità	Il personale è flessibile nel suo approccio in risposta alle esigenze e alle preferenze del paziente
6B. Approccio a persona intera	Il personale tiene conto delle esigenze dell' "intera vita" (ad esempio esigenze sociali, psicologiche, lavorative e di qualità della vita)
6C. Comorbidità	Personale che tiene conto di altre condizioni di salute o malattie (oltre al motivo dell'ammissione)
7. Coerenza nella qualità delle cure	
7A. Coerenza geografica	Essere in grado di ottenere la stessa qualità di assistenza nei servizi sanitari regionali / rurali / remoti dei servizi sanitari cittadini

7B. Consistenza del giorno della settimana	Essere in grado di ottenere la stessa qualità di assistenza nei servizi nei giorni feriali e nei servizi di fine settimana in ospedale
7C. Coerenza dell'ora del giorno	Essere in grado di ottenere la stessa qualità di assistenza durante i servizi diurni e notturni in ospedale
7D. Coerenza settoriale	Essere in grado di ottenere la stessa qualità di assistenza nei servizi sanitari pubblici e privati
7E. Coerenza di qualità clinica	Il paziente è in grado di ottenere la stessa qualità di assistenza, indipendentemente da chi siano

Fattori di pratica clinica

8. Trattamento clinico

8A. Problema risolto dal trattamento di cura	Il paziente ritiene che il problema per il quale ha assistito al servizio è stato affrontato correttamente
8B. Aspettando il dolore	Non aspettare inutilmente a lungo per alleviare il dolore
8C. Adeguatezza del sollievo dal dolore	Ricezione di un adeguato sollievo dal dolore
8D. Danno iatrogeno	Non subire danni fisici o psicologici a seguito di trattamento o cura
8E. Errore o pratica non sicura	Non si verificano pratiche o errori non sicuri nei processi di cura e trattamento
8F. Gestione dei farmaci	Medicinali gestiti in modo sicuro
9. Conoscenze e abilità cliniche	
9A. Conoscenza clinica del personale	Sensibilità del paziente che il personale abbia una buona conoscenza della malattia / condizione
9B. Competenze cliniche del personale	Individuazione da parte del paziente delle buone capacità cliniche del personale (ad es. Chirurgia. inserimento dell'ago)
9C. Fiducia nei professionisti	Paziente che ha fiducia nelle capacità dei professionisti coinvolti nella cura e nel trattamento

Fattori interpersonali

10. Essere ascoltati

10A. Riconoscimento dell'emergenza	Avere qualsiasi angoscia o disagio riconosciuto dal personale
10B. Supporto emotivo	Ricezione di supporto emotivo dal personale quando necessario
10C. Conoscenza del paziente	Conoscenza del paziente del proprio corpo e delle condizioni presa sul serio dal personale
10D. Invitato a partecipare alle decisioni in merito all'assistenza e al trattamento	Il paziente viene invitato a contribuire con le proprie conoscenze, esigenze, preferenze e opinioni alle decisioni in materia di assistenza e trattamento
10E. Conoscenza del caregiver	Conoscenza e input del caregiver valutati dal personale
10F. Essere ascoltati	Essere ascoltati
10G. Avere abbastanza tempo	Avere abbastanza tempo per parlare con il personale

11. Essere informato

11A. Sapere cosa sta succedendo	Sapere cosa sta succedendo con il trattamento e l'assistenza
11B. Sapere cosa aspettarsi	Sapere cosa aspettarsi con il trattamento e la cura
11C. Conoscere la ragione	Sapere perché le cose vengono fatte
11D. Sapendo come è andata	sapere come sono andati i trattamenti o le procedure
11E. Conoscere chi è il personale e perché sono coinvolti	Conoscere i ruoli del personale e perché sono coinvolti nelle cure

12. Comunicazione personale-paziente

12A. Accesso dell'interprete	Essere in grado di accedere a un interprete per conversazioni con il personale (se necessario)
12B. Le informazioni comunicate erano facili da capire	Essere in grado di comprendere facilmente ciò che il personale dice
12C. Accertarsi di comprendere	Il personale si assicura che il paziente abbia compreso le informazioni importanti
12D. Comunicazione rispettosa	Personale che parla al paziente in modo rispettoso
12E. Chiare informazioni scritte	Ricezione di informazioni importanti in forma scritta

12F. Informazioni all'assistente	Gli assistenti che ricevono informazioni importanti
12G. Scelta delle informazioni	Essere in grado di scegliere quante informazioni ricevere

13. Sentirsi conosciute dal personale

13A. Conoscere la storia	Il personale scopre aspetti importanti della storia medica passata del paziente prima di vederli, quando possibile
13B. Conoscere le condizioni attuali	Il personale conosce le condizioni attuali del paziente prima di vederle, quando possibile
13C. Conoscere le circostanze della vita	Il personale sa qualcosa sulla vita del paziente (ad es. Situazione familiare) prima di vederle, quando possibile

14. Essere trattati come un essere umano

14A. Essere umano	Essere trattato come un altro essere umano dallo staff
14B. Sensibilità culturale	Personale che rispetta le esigenze culturali o religiose
14C. Sensibilità nel parlare tra colleghi	Parlare senza che il paziente sia coinvolto in conversazioni su di loro e che si svolgono in loro presenza
14D. Sensibilità - dignità e rispetto	Il personale è sensibile ai tuoi sentimenti
14E. Consapevolezza della disabilità	Il personale è consapevole delle esigenze specifiche delle persone con disabilità
14F. Riservatezza	Personale che mantiene la riservatezza del paziente

15. Sentirsi curato dal personale

15A. Disponibilità del personale	Verificare che il personale sia disponibile se necessario
15B. Reattività del personale	Sensazione che il personale risponderà a qualsiasi dubbio o domanda
15C. Lasciato a far fronte da solo	Non essere lasciato a gestire da solo quando hai bisogno di supporto o aiuto
15D. Cura genuina, tentativo di comprensione, empatia.	Sensazione che il personale si preoccupi sinceramente per te
15E. Riflessività e tocco personale	Essere trattati in modo gentile e premuroso
15F. Positività del personale, rassicurazione	Il personale ha un modo positivo e rassicurante

Fattori di sistema e di amministrazione

16. Dare feedback

16A. Consapevolezza del meccanismo di feedback	Essere consapevoli di come dare un feedback
16B. Feedback di benvenuto	Sensazione che il servizio sanitario o il personale gradirebbe feedback
16C. Assistenza per i reclami	Assistenza da parte del servizio sanitario o del personale per presentare un reclamo formale
16D. Reattività del reclamo	Avere un reclamo preso sul serio e seguito
16E. Ricezione di scuse	Ricezione di scuse dal servizio in caso di errore
16F. Organizzazione dell'apprendimento	Miglioramenti apportati ai servizi in seguito al feedback
16G. Sostegno al paziente	Avere accesso a un sostegno / pari

17. Appuntamenti e liste di attesa

17A. Ritardo imprevisto	Appuntamenti o ammissioni si verificano quando previsto
17B. Informazioni sull'attesa	Viene comunicato quanto tempo di attesa è probabile che ci sia
17C. Motivo dell'attesa	Viene detto il motivo della durata di un'attesa
17D. Accettabilità tempo di attesa	Attendere un periodo di tempo accettabile per un appuntamento o un trattamento
17E. Convenienza degli appuntamenti	Gli appuntamenti / i ricoveri vengono organizzati in base alle esigenze e alle preferenze del paziente
17F. Gestione della lista di attesa	Non perdersi dalla lista

18. Schede e documenti sanitari

18A. Documenti accurati	Documenti scritti sulla salute e sul trattamento del paziente con accuratezza
18B. Documenti completi	Documenti scritti completati
18C. Disponibilità dei documenti	I documenti sono disponibili per tutto il personale che tratta il paziente
18D. Registri elettronici	Registri scritti sulla salute e il trattamento dei pazienti disponibili elettronicamente per il personale autorizzato
18E. Documenti comprensibili	Documenti che il paziente è invitato a leggere essendo di facile comprensione

18F. Compilazione del modulo	Documenti che il paziente deve compilare (ad es. Moduli) facilmente compilabili
------------------------------	---

19. Orientamento del paziente dell'organizzazione sanitaria

19A. Pazienti in primo luogo	La sensazione che l'ospedale o il servizio sanitario sia impostato per porre le esigenze dei pazienti al primo posto
19B. Sistema di prevenzione	La sensazione che l'ospedale o il servizio sanitario sia istituito per garantire che i problemi di salute siano prevenuti o affrontati all'inizio
19C. PEx focus	Sensazione di un'attenta riflessione per rendere le esperienze dei pazienti il più positive possibile.
19D. Sostegno di assistenti e famiglie	Sensazione che l'ospedale o il servizio sanitario sia istituito per valorizzare e supportare assistenti e famiglie
19E. Sistema flessibile	La sensazione che l'ospedale o il servizio sanitario sia impostato per essere flessibile in base alle esigenze dei singoli pazienti

20. Gestione dei servizi sanitari

20A. Trasparenza dei costi	Al paziente viene comunicato quali costi immediati avranno prima dell'inizio del trattamento (se presente)
20B. Organizzazione generale	Ritenere che il servizio sanitario sia ben organizzato in tutte le sue parti
20 C. Servizi sufficienti	Disponibilità di servizi sufficienti per soddisfare le esigenze dei pazienti
20D. Personale sufficiente	Personale disponibile sufficiente per soddisfare le esigenze dei pazienti
20E. Morale del personale	Sensazione che il morale del personale sia alto
20F. Formazione del personale	Sensazione che il personale sia ben addestrato e supervisionato

ALLEGATO 43 - MODERARE I FORUM DEGLI UTENTI E CLINICI

Indicazioni per moderatore per forum degli utenti

Introduzione e presentazioni (~ 10 minuti)

Una volta che tutti sono seduti, fai una breve presentazione dei leader e dei rappresentanti del forum, lo scopo della discussione del focus group e le regole per la condotta del gruppo.

Domanda introduttiva (5 minuti):

Domanda 1 (10 minuti)

Cosa significano per te sicurezza e qualità in un contesto sanitario?

Domanda 2 (~ 30 minuti)

Quali informazioni vorresti sapere sull'assistenza sanitaria, sugli ospedali e sulle persone che forniscono assistenza sanitaria in un ospedale? Questo include informazioni sulla sicurezza e sulla qualità di cui abbiamo discusso in precedenza?

Domanda 3 (15 minuti)

In passato, hai mai provato a cercare questo tipo di informazioni su un ospedale o un operatore sanitario? Se sì,

- *Dove hai guardato?*
- *Hai trovato quello che cercavi?*

Se no, perché no?

Domanda 4 (~ 10 minuti):

Riflettendo su quale tipo di informazione hai detto sarebbe utile, qual è il modo migliore per condividere questo con te?

Domanda 5 (~ 10 minuti)

Come desideri che vengano presentate queste informazioni? Vogliamo che tu ci pensi ampiamente, poiché stiamo cercando idee moderne.

Domanda 6 (~ 10 minuti)

Ritiene utile poter confrontare le informazioni tra gli ospedali su quanto sono sicure e sulla qualità complessiva dell'assistenza che forniscono? O tra i fornitori?

Domanda 7 (~ 5 minuti):

Se potessi avere o vedere queste informazioni nei modi di cui abbiamo appena discusso, farebbe la differenza su come sceglieresti un ospedale o un operatore sanitario in futuro?

Domanda 8 (~ 5 minuti):

C'è qualcos'altro che ritieni rilevante che non abbiamo trattato finora?

Indicazioni per moderatore per forum dei clinici

Introduzione e presentazioni (~ 10 minuti)

Una volta che tutti sono seduti, fai una breve presentazione dei leader e dei rappresentanti del forum, lo scopo della discussione del focus group e le regole per la condotta del gruppo.

Domanda introduttiva (10 minuti):

Puoi parlarci un po' di te e di cosa fai?

Tema 1: COSA dovrebbe essere segnalato**Domanda 1 (~ 15 minuti)**

Quali indicatori / informazioni ritieni debbano essere comunicati pubblicamente?

Cosa ti sarebbe utile sapere come medico?

Perché questa informazione è importante?

Domanda 2 (10 ~ minuti):

Chi è il pubblico principale per informazioni sulla qualità dell'assistenza sanitaria e sulla sicurezza dei pazienti? Perché?

Se esiste più di un pubblico, le informazioni dovrebbero essere presentate in modo diverso per soddisfare le esigenze?

Tema 2: PERCHÉ dovremmo segnalare**Domanda 3 (~ 10 minuti)**

Pensando alle tue esperienze personali, ritieni che le attuali relazioni pubbliche sui dati sulla sicurezza e sulla qualità guidino le attività di miglioramento della qualità nel settore sanitario?

Utilizzando esempi della tua esperienza, spiega perché o perché no?

Tema 3: l'OMS dovrebbe riferire**Domanda 4 (~ 5 minuti)**

Quali ospedali dovrebbero segnalare pubblicamente la qualità dell'assistenza sanitaria e gli indicatori / informazioni sulla sicurezza dei pazienti nel settore delle cure acute?

Tema 4: COME devono essere riportate le informazioni**Domanda 5 (~ 5 minuti)**

Come devono essere presentate le informazioni sulla qualità e sulla sicurezza? Dipende dal pubblico?

Domanda 6 (~ 15 minuti)

Quanto è importante la coerenza nazionale nella qualità dell'assistenza sanitaria e negli indicatori / informazioni sulla sicurezza dei pazienti? Quali sono le sfide con questo?

Domanda 7 (~ 10 minuti)

Quando / se vengono riportate informazioni sulla qualità dell'assistenza sanitaria e sulla sicurezza dei pazienti, tali informazioni dovrebbero essere correlate alle prestazioni degli ospedali e degli operatori sanitari?

Ad esempio, le informazioni dovrebbero fare confronti tra gruppi o strutture? Ci sono paragoni che potresti trovare utili? Perché?

Domanda 8 (~ 5 minuti)

Se il motivo principale per la segnalazione pubblica delle informazioni sulla sicurezza e sulla qualità è quello di promuovere la sicurezza e il miglioramento della qualità, con quale frequenza ritieni che la segnalazione debba essere pubblicata per ottenere il massimo effetto?

Questo sarebbe diverso per il pubblico clinico e per il pubblico / pubblico?

Domanda 9 (~ 5 minuti)

Chi pensi che dovrebbe essere responsabile della pubblicazione della qualità dell'assistenza sanitaria e degli indicatori / informazioni sulla sicurezza dei pazienti e perché?

Domanda 10 (~ 15 minuti)

Quali sono alcune delle sfide e degli ostacoli che si presentano per la segnalazione di informazioni sulla sicurezza e sulla qualità per gli ospedali pubblici e privati che non abbiamo ancora trattato nelle domande?

Domanda 11 (10 minuti)

Come potrebbero essere superate queste barriere, in modo che le informazioni siano accessibili ai medici e al pubblico?

Esistono altre soluzioni per fornire queste informazioni a tutti?

Domanda 12 (5 minuti)

C'è qualcos'altro che pensi che non abbiamo coperto ed è importante?

.... Omissis ...

ALLEGATO 44 - CLASSIFICAZIONE SEGNALAZIONI RECLAMI

ACCESSIBILITÀ

- difficoltà per ottenere una prenotazione attraverso il cup regionale/cup inrca
- difficoltà per ottenere una prenotazione attraverso il front office
- barriere architettoniche
- parcheggi
- inadeguatezza/carenza segnaletica esterna
- inadeguatezza/carenza segnaletica interna

ASPETTI ECONOMICI

- richiesta rimborso per ticket non dovuto
- richiesta rimborso ticket per prestazioni non effettuate
- ticket errati o impropri
- altro (specificare)

RICHIESTE RISARCIMENTO (ANCHE UFFICIO LEGALE)

- danneggiamenti di cose
- effetto indesiderato del trattamento
- infortuni
- morte
- smarrimenti
- totale richieste risarcimento (anche ufficio legale)

ASPETTI ORGANIZZATIVI

- identificazione del personale
- inadeguatezza organizzativa
- rispetto delle regole
- inadeguatezza della fascia oraria di apertura dei servizi
- mancato raccordo tra servizi in dimissione protetta
- orari di visita al paziente ricoverato
- carenza di personale
- prenotazione errata

ASPETTI BUROCRATICO-AMMINISTRATIVI

- percorsi burocratici contorti
- accessibilità dei percorsi burocratici amministrativi per accedere alle prestazioni (nelle richieste, nella prenotazione, nella documentazione..)
- trasparenza degli atti e delle procedure
- trasporto e spostamento del paziente all'interno della struttura o tra strutture
- osservanza del divieto di fumo

ASPETTI ALBERGHIERI

- comfort degli spazi di attesa
- comfort degli arredi
- biancheria (usura o carenza cuscini, lenzuola)
- microclima
- rumore
- servizi di ristorazione
- bar
- macchine distributrici bibite
- telefoni pubblici
- igiene e pulizia
- servizi igienici
- materiali nei servizi igienici (carta igienica, sapone, attaccapanni)
- vitto (qualità, quantità presentazione orario)

ASPETTI STRUTTURALI

- norme sulla sicurezza
- manutenzione apparecchiature
- dimensioni dei locali
- adeguatezza e funzionamento degli ascensori

I TEMPI DI ATTESA

- altro (specificare)
- attesa tra prenotazione e ricovero programmato
- attesa tra prenotazione e prestazioni in day hospital diagnostico
- attesa tra prenotazione e prestazioni in day hospital non diagnostico
- attesa tra prenotazione e prestazioni specialistiche ambulatoriali
- attesa al pronto soccorso
- attesa per appuntamento posticipato
- attesa presso casse o servizi amministrativi
- attesa tra l'arrivo alla struttura e la prestazione o "tempestività"
- attesa tra l'arrivo alla struttura e il ricovero o "tempestività"
- tempo di attesa per consegna referti, cartella clinica o altra documentazione
- tempo di attesa per dimissioni

INFORMAZIONE CLINICA

- assenza di consenso informato
- comunicazione non adeguata tra paziente e operatore (empowerment)
- informazioni complicate
- informazioni non coerenti fra operatori
- informazioni non complete
- informazioni non corrette

- informazioni non tempestive
- mancanza informazioni pazienti/familiari

INFORMAZIONE DI ORIENTAMENTO VERSO/NELLA STRUTTURA

- informazioni complicate
- informazioni non complete
- informazioni non corrette
- mancanza di informazioni

PRESTAZIONI - CURE

- mancanza farmaci
- mancanza presidi
- mancata prestazione
- qualità e competenza tecnico professionale medica
- qualità e competenza tecnico professionale sanitaria non medica

PROBLEMI RELAZIONALI RIGUARDANTI

- centralino/portineria
- medici
- personale amministrativo
- personale sanitario non medico personale urp
- cup regionale/cup inrca
- comunicazione non adeguata tra paziente e operatore (empowerment)
- altro (specificare) _____ (cortesia e gentilezza, disponibilità)

UMANIZZAZIONE, RISERVATEZZA, PRIVACY

- riservatezza e privacy
- promiscuità
- rispetto della persona
- rispetto dei familiari
- rispetto del tempo da dedicare ai pazienti e ai familiari
- rispetto della cultura, religione, identità
- rispetto della morte

VARIE

- richieste improprie non evadibili di competenza di altri servizi
- richieste improprie di competenza di altri enti
- altro (specificare)

ENCOMI E RINGRAZIAMENTI

