

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamati:

- l'articolo 12 della legge regionale 12 maggio 1994, n. 19, e successive modificazioni;
- l'articolo 39 della legge regionale 20 dicembre 1994, n. 50 e successive modificazioni;
- gli articoli 9 e 10 della legge regionale 12 ottobre 1998, n. 34;
- le proprie deliberazioni:
 - a) n. 2435 in data 29 dicembre 2000, concernente "Linee di indirizzo per la realizzazione del Programma di modernizzazione del S.S.R. previsto dal P.S.R. 1999-2001 e per la predisposizione e per l'attuazione del Piano-programma dell'Agenzia Sanitaria Regionale, ai sensi dell'art.12, comma 3, della L.R. n. 19/94 e successive modificazioni";
 - b) n. 296 del 23 febbraio 2004, concernente "Linee di indirizzo per la predisposizione e attuazione del piano-programma 2004-2006 dell'Agenzia Sanitaria Regionale";

Visto il Piano-Programma dell'Agenzia Sanitaria Regionale per il triennio 2004-2006 di cui all'art.12, comma 3, della Legge regionale n.19/1994, comprensivo del piano di attività per l'anno 2004, quale primo anno del triennio, corredato dal relativo preventivo di spesa per complessivi Euro 3.460.000,00 di cui alla determinazione del suo Direttore generale n. 2213 in data 25 febbraio 2004, presentato a questa Giunta dall'Assessore alla Sanità, previa verifica positiva da parte del Direttore generale Sanità e Politiche Sociali ai sensi della deliberazione di questa Giunta n. 43/1998;

Dato atto che le attività ed i progetti ricompresi nel sopra indicato Piano-Programma, corrispondono alle funzioni attribuite all'Agenzia Sanitaria Regionale dall'articolo 39 della L.R. n. 50 del 1994 e successive modificazioni nonché dagli articoli 9 e 10 della L.R. n. 34

del 1998 e sono coerenti con gli obiettivi di cui alla propria deliberazione n. 296/2004 sopra richiamata;

Viste:

- la L.R.15 novembre 2001, n.40 "Ordinamento contabile della Regione Emilia-Romagna, abrogazione delle L.R.6 luglio 1977, n.31 e 27 marzo 1972, n.4";

- la L.R. 22 dicembre 2003, n. 29 "Bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna per l'anno finanziario 2004 e bilancio pluriennale 2004-2006";

- la L.R. 22 dicembre 2003, n. 28, "Legge finanziaria regionale adottata a norma dell'articolo 40 della legge regionale 15 novembre 2001, n. 40 in coincidenza con l'approvazione del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2004 e del bilancio pluriennale 2004-2006" ed in particolare l'art.34 - I° comma - lett. c) "Spese per il funzionamento dell'Agenzia sanitaria regionale: Euro 3.460.000,00";

- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna", ed in particolare l'art.37, comma 4;

- la delibera n. 1875 del 31 ottobre 2000 "Assunzione, ai sensi dell'art. 24 della L.R. n. 41/92 e successive modificazioni, del dott. Francesco Taroni per l'incarico a Direttore Generale dell'Agenzia Sanitaria Regionale. Nomina funzionario delegato";

Richiamata la deliberazione n. 294 in data 23 febbraio 2004 "Assegnazione all'Agenzia Sanitaria Regionale di una quota del finanziamento per l'anno 2004", con la quale questa Giunta Regionale:

- ha assegnato all'Agenzia Sanitaria Regionale la quota di finanziamento, quale anticipazione per l'anno 2004, per un importo pari a 1.601.000,00 Euro, rientrante nel limite del 50% del finanziamento per l'anno 2003, di cui alla deliberazione n.1401/2003;

- ha impegnato la spesa complessiva di 1.601.000,00 Euro, registrata al n.582 di impegno sul cap. 51721 "Spesa sanitaria impiegata direttamente dalla Regione per interventi di promozione e supporto nei confronti delle Aziende sanitarie in relazione al perseguimento degli

obiettivi del Piano Sanitario Nazionale e Regionale (art. 2 - D. Lgs. 30.12.1992, n. 502) - Mezzi regionali" U.P.B.1.5.1.2.18120 del Bilancio di Previsione per l'esercizio 2004, spesa autorizzata dall'art.34 - I° comma - lett. c) della L.R. 22 dicembre 2003, n. 28;

- ha assegnato la somma di 1.601.000,00 Euro a favore dell'Agenzia Sanitaria Regionale, dando atto che il Direttore Generale della stessa avrebbe gestito tali fondi in qualità di Funzionario Delegato e quale tetto massimo di finanziamento, ed ha autorizzato il medesimo Direttore generale dell'Agenzia Sanitaria Regionale ad emettere buoni di prelievo, ai sensi dell'art. 7 del R.R. n. 50/1978 e successive modificazioni, entro l'importo massimo di euro 10.000,00 cadauno, per fare fronte alle spese di funzionamento dell'Agenzia da pagare in contanti tenendo presente che l'entità dei predetti buoni di prelievo è legata al fabbisogno finanziario di ogni iniziativa, fino ad un importo totale massimo annuo di euro 50.000,00;

Ritenuto:

- di adottare il Piano-Programma dell'Agenzia Sanitaria Regionale di cui all'art.12, comma 3, della Legge regionale n.19/1994 per il triennio 2004-2006, di cui all'allegato A parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- di determinare in 3.460.000,00 Euro l'assegnazione complessiva all'Agenzia Sanitaria Regionale per lo sviluppo del programma di attività 2004;

- di assegnare, pertanto, a favore dell'Agenzia la somma di Euro 1.859.000,00 ad integrazione dei fondi anticipati con la citata deliberazione n. 294/2004, pari a Euro 1.601.000,00;

- di stabilire che il Direttore Generale dell'Agenzia Sanitaria Regionale gestirà i fondi di complessivi 3.460.000,00 Euro, quale tetto massimo di finanziamento, in qualità di Funzionario Delegato ai sensi del Regolamento regionale 9 dicembre 1978 n. 50 e successive integrazioni, secondo le modalità previste negli atti deliberativi citati, tenuto conto delle disposizioni previste dal R.R. 14 marzo 2001, n.6 e successive modifiche per l'acquisizione di beni e servizi e per il funzionamento delle casse economali, nonché in base alle indicazioni tecnico-operative e di dettaglio fornite dalla struttura regionale competente in materia di controllo contabile

concordate con l'Istituto che gestisce il Servizio di Tesoreria della Regione Emilia-Romagna, nel rispetto della normativa vigente

- di confermare l'autorizzazione al medesimo Direttore generale dell'Agenzia Sanitaria Regionale, quale funzionario delegato, ad emettere buoni di prelievo, ai sensi dell'art. 7 del R.R. n. 50/1978 e successive modificazioni, entro l'importo massimo di euro 10.000,00 cadauno, per fare fronte alle spese di funzionamento dell'Agenzia da pagare in contanti tenendo presente che l'entità dei predetti buoni di prelievo è legata al fabbisogno finanziario di ogni iniziativa, fino ad un importo totale massimo annuo di euro 50.000,00;

Vista la propria deliberazione n. 181 in data 11 febbraio 2002, integrata con le delibere n. 124/2003 e n.1958/2003, con le quali è stata dettata la disciplina dei criteri e requisiti per il conferimento di incarichi di prestazione professionale ai sensi dell'art. 12 della L.R. 43/2001;

Avuto presente, inoltre, che con la citata Determinazione n. 2213, in data 24 febbraio 2004, il Direttore Generale dell'Agenzia Sanitaria Regionale, ha presentato il documento di programmazione del fabbisogno di massima di incarichi di prestazioni professionali per l'anno 2004, allegato B parte integrante e sostanziale del presente atto, nel quale sono specificati gli obiettivi, le motivazioni, le tipologie e la quantificazione delle risorse e che, pertanto, con l'adozione da parte di questa Giunta del suddetto Piano-Programma dell'Agenzia Sanitaria Regionale è da intendersi assolto l'obbligo, previsto dall'art.12 della L.R. n. 43/2001, di approvazione della programmazione del fabbisogno di massima degli incarichi di prestazione professionale dell'Agenzia Sanitaria;

Dato atto, altresì, che il Direttore Generale dell'Agenzia Sanitaria Regionale provvederà a conferire gli incarichi per prestazioni professionali a soggetti esterni alla Regione, ricompresi nel sopra citato provvedimento di programmazione, nel rispetto dei criteri e requisiti previsti dalla propria deliberazione n. 181 del 18 febbraio 2002 e successive integrazioni, trasmettendo tali atti alla competente Commissione consiliare;

Visti:

- la L.R. 25 febbraio 2000, n. 9 "Disposizioni in materia di forniture e servizi";
- il R.R. 14 marzo 2001, n. 6 "Regolamento per l'acquisizione di beni e servizi e per il funzionamento delle casse economali", così come modificato dal R.R. 3 dicembre 2002 n. 32;

Dato atto che la realizzazione del Piano-Programma in parola comporta l'acquisizione di beni e servizi di contenuto non standardizzato e che tale acquisizione dovrà essere disposta nel rispetto della normativa recata dalla citata L.R. n. 9/2000 e successivi regolamenti di attuazione;

Dato atto del parere favorevole espresso dalla Commissione Consiliare "Sanità e Politiche Sociali" nella seduta pomeridiana dell'11 marzo 2004;

Vista la propria deliberazione n.447 del 24 marzo 2003 avente per oggetto: "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali";

Dato atto, ai sensi dell'art. 37, comma 4, della L.R. 43/2001 e della sopracitata deliberazione n. 447/2003:

- del parere di regolarità amministrativa espresso dal Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali Dott. Franco Rossi;

- del visto di riscontro degli equilibri economico finanziari espresso dal Responsabile del Servizio Bilancio - Risorse Finanziarie Dott.ssa Amina Curti;

Su proposta dell'Assessore alla Sanità;

A voti unanimi e palesi

D e l i b e r a

1) di adottare, in attuazione della propria deliberazione n.296/2004, il Piano-Programma dell'Agenzia Sanitaria Regionale di cui all'art.12, comma 3, della Legge regionale n.19/1994, per il triennio 2004-2006, allegato A parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, formulato dal Direttore generale dell'Agenzia con determinazione n. 2213 in data 25 febbraio 2004, comprensivo del piano di attività per l'anno 2004 quale

primo anno del triennio, corredato dal relativo preventivo di spesa per complessivi Euro 3.460.000,00;

2) di dare atto che, per i restanti anni del triennio 2004-2006, si provvederà, annualmente, all'adozione dei piani di attività relativi, corredati di preventivo di spesa con riferimento alle risorse che saranno indicate nella legge finanziaria regionale ed effettivamente disponibili nel bilancio per l'esercizio finanziario di pertinenza;

3) di dare inoltre atto che:

- con l'adozione del suddetto Piano-Programma dell'Agenzia Sanitaria Regionale è da intendersi assolto l'obbligo, previsto dall'art.12 della L.R. n. 43/2001, di approvazione della programmazione del fabbisogno di massima degli incarichi di prestazione professionale dell'Agenzia Sanitaria Regionale per l'anno 2004 presentata dal Direttore generale dell'Agenzia con la suindicata determinazione n. 2213/2004 e riportata nell'allegato B parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

- il Direttore Generale dell'Agenzia provvederà a conferire tali incarichi a soggetti esterni alla Regione, nel rispetto dei criteri e requisiti previsti dalla propria deliberazione n.181/02 e successive integrazioni, trasmettendo gli atti alla competente Commissione consiliare;

4) di assegnare, pertanto, all'Agenzia Sanitaria Regionale, ad integrazione dei fondi assegnati con precedente deliberazione n. 294/2004, pari a Euro 1.601.000,00, l'ulteriore quota di finanziamento pari a Euro 1.859.000,00;

5) di dare atto che all'assunzione dell'impegno di spesa per la quota di euro 1.859.000,00 sul capitolo cap. 51721 "Spesa sanitaria impiegata direttamente dalla Regione per interventi di promozione e supporto nei confronti delle Aziende sanitarie in relazione al perseguimento degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale e Regionale (art. 2 - D. Lgs. 30.12.1992, n. 502) - Mezzi regionali" U.P.B.1.5.1.2.18120 del Bilancio di Previsione per l'esercizio 2004, provvederà, con proprio atto formale, il Direttore Generale dell'Agenzia Sanitaria Regionale, nel

rispetto del D.L. n. 65/89, convertito con modificazioni dalla L. 155/89;

6) di dare infine atto che:

- il Direttore Generale dell'Agenzia Sanitaria Regionale gestirà i fondi per complessivi 3.460.000,00 Euro, quale tetto massimo di finanziamento e tenuto conto di quanto precisato al precedente punto 5), in qualità di Funzionario Delegato ai sensi del Regolamento regionale 9 dicembre 1978 n. 50 e successive integrazioni, secondo le modalità previste negli atti deliberativi citati in premessa, tenuto conto delle disposizioni previste dalla L.R. n.40/2001 nonché dalla L.R. n.9/2000 e dal relativo R.R. n.6/2001 e successive modifiche per l'acquisizione di beni e servizi e per il funzionamento delle casse economali;

- la suddetta gestione sarà effettuata in base alle indicazioni tecnico-operative e di dettaglio fornite dalla struttura regionale competente in materia di controllo contabile concordate con l'Istituto che gestisce il Servizio di Tesoreria della Regione Emilia-Romagna, nel rispetto della normativa vigente;

- i titoli di spesa dovranno portare la firma di traenza del Dott. Francesco Taroni, Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale, e quella del collaboratore della predetta Agenzia, Franca Serafini, quale Responsabile contabile;

7) di confermare l'autorizzazione al medesimo Direttore generale dell'Agenzia Sanitaria Regionale, quale funzionario delegato, competente alla gestione dei fondi accreditati alla medesima Agenzia ai sensi dell'art. 7 del R.R. 9 dicembre 1978, n. 50 e successive modificazioni, ad emettere - per l'esercizio 2004 - buoni di prelievo entro l'importo massimo di euro 10.000,00 cadauno, per far fronte alle spese di funzionamento dell'Agenzia da pagare in contanti tenendo presente che l'entità dei predetti buoni di prelievo è legata al fabbisogno finanziario di ogni iniziativa, fino ad un importo totale massimo annuo di euro 50.000,00;

8) di dare atto che copia del presente provvedimento verrà inoltrata all'Istituto di Credito che gestisce il Servizio di Tesoreria Regionale al fine di procedere alla

gestione operativa del tetto massimo di finanziamento autorizzato a favore del Funzionario Delegato.

- - - - -

ALLEGATO A

AGENZIA SANITARIA REGIONALE

PIANO-PROGRAMMA 2004-2006

e piano d'attività anno 2004

**Assessorato Regionale alla Sanità
REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

Indice

Premessa

La Direzione

1. Progetti speciali
2. Programmi gestiti congiuntamente alla Direzione generale Sanità e Politiche sociali
3. Rete informativa interna

Aree di programma

Accreditamento

- Progetto 1. Accreditamento
- Progetto 2. Gestione del rischio nelle strutture sanitarie
- Progetto 3. Cittadini, comunità e Servizio sanitario regionale

Economia e salute

- Progetto 1. L'appropriatezza della remunerazione dell'assistenza sanitaria
- Progetto 2. Banca dati dei consumi sanitari
- Progetto 3. Analisi dei costi della residenzialità extra-ospedaliera
- Progetto 4. Valutazione economica degli interventi sanitari

Governo clinico

- Progetto 1. Audit clinico
- Progetto 2. Liste di attesa
- Progetto 3. Linee guida cliniche
- Progetto 4. Costituzione e integrazione dei *database* clinici e cardiologici
- Progetto 5. Indicatori di *performance*

Politiche sociali

- Progetto 1. Disuguaglianze e disabilità

Rischio infettivo

- Progetto 1. Antibioticoresistenza
- Progetto 2. Infezioni emergenti e riemergenti
- Progetto 3. Infezioni nelle organizzazioni sanitarie

Risorse umane

- Progetto 1. Capitale intellettuale
- Progetto 2. I modelli per la direzione del personale: la previsione del fabbisogno e la ritenzione del personale infermieristico nelle Aziende sanitarie
- Progetto 3. Riconoscimento e valorizzazione della *performance* dirigenziale
- Progetto 4. I sistemi di valutazione del fabbisogno di operatori sanitari per il Sistema sanitario regionale

Sistema documentazione, formazione, comunicazione

- Attività editoriale e sito *web*
- Relazioni sanitarie e comunicazione con le comunità locali
- Formazione continua nel Servizio sanitario regionale

Ricerca e innovazione

- a. Coordinamento progetti
- b. Aree di attività specifiche

Collaborazioni nazionali e internazionali

- 1. Collaborazioni con il sistema universitario della Regione
- 2. Collaborazione con organismi di ricerca
- 3. Partecipazione a programmi di ricerca

Relazione economico-finanziaria

- Preventivo esercizio 2004

Premessa

Le linee di indirizzo per il programma di modernizzazione del Sistema sanitario previsto dal Piano sanitario regionale, approvate dalla Giunta regionale il 29 dicembre 2000 con delibera n. 2435, definiscono il ruolo dell' Agenzia sanitaria regionale nell' area logistica del sistema sanitario emiliano-romagnolo e indicano le modalità per la predisposizione del suo Piano-Programma su base triennale, articolato in fasi di attuazione annuali, allo scopo di:

- conoscere e valutare le condizioni di salute della popolazione e lo stato dei servizi sanitari della Regione Emilia-Romagna;
- elaborare programmi di innovazione gestionale, organizzativa, assistenziale e clinica;
- sperimentare l' applicabilità pratica dei programmi di innovazione, identificando le condizioni favorevoli e i fattori di ostacolo;
- favorire il trasferimento dei programmi sperimentali al Servizio sanitario regionale.

Nel triennio 2001-2003, in coerenza con tali indirizzi e con la sua funzione di coordinamento e di promozione dell' area logistica del sistema sanitario emiliano-romagnolo, l' Agenzia ha sviluppato programmi di innovazione clinica, organizzativa e gestionale, sperimentandone la fattibilità in collaborazione con le Aziende e favorendone il trasferimento a tutto il Servizio sanitario regionale, nelle seguenti aree: diffusione e adozione degli strumenti del Governo clinico delle Aziende sanitarie; prevenzione e controllo del Rischio infettivo nei servizi sociosanitari e nella popolazione regionale; criteri di finanziamento infraaziendali tesi a favorire l' autonomia distrettuale; completamento del sistema regionale di accreditamento delle strutture e dei professionisti; sviluppo delle risorse umane; analisi dei rapporti fra ambiente, lavoro e salute nell' ambito dello sviluppo dei Piani per la salute. Inoltre, in esecuzione di specifiche indicazioni della Giunta regionale (deliberazione n. 338/2001), l' Agenzia sanitaria regionale ha sviluppato, per gli anni 2002 e 2003, un programma di attività nell' Area delle Politiche sociali.

Essa è stata inoltre impegnata nel potenziamento di due funzioni trasversali alle Aree di programma: il settore della Formazione informazione e comunicazione e quello della Rete informativa interna, che, con il trasferimento di sede, è stata unificata con la Direzione generale Sanità e Politiche sociali.

L' Agenzia ha inoltre sviluppato, in coerenza con le indicazioni del Piano Sanitario Regionale e con le direttive della Giunta regionale, programmi gestiti congiuntamente con la Direzione generale Sanità e Politiche sociali. Le aree di tale collaborazione hanno riguardato in particolare: gestione, manutenzione e sviluppo del Sistema informativo sanitario (flussi di mobilità, controlli di qualità della scheda di dimissione ospedaliera, sviluppo del sistema informativo dell' assistenza

specialistica ambulatoriale); sviluppo dei sistemi di controllo dei bilanci e delle gestioni; informazione, educazione sanitaria e farmacovigilanza per un uso appropriato dei farmaci; attivazione del “Programma per la costituzione del Centro Collaboratore dell’OMS di ricerca e formazione in salute mentale”. Inoltre, l’Agenzia ha assicurato il supporto amministrativo e contabile per la realizzazione dei progetti di ricerca, nazionali (finanziati ex artt. 12-12 bis del 502/1992) ed europei.

Tramite il settore “Rete informativa interna”, è stata completata l’integrazione dei servizi informatici e degli ambienti operativi dell’Agenzia sanitaria regionale e della Direzione generale Sanità e Politiche sociali e sono state realizzate procedure di collegamento e di interscambio dei dati con le Aziende sanitarie.

Nel corso del triennio, infine, l’Agenzia sanitaria regionale ha sviluppato progetti speciali di durata annuale o pluriennale, sulla base di puntuali indicazioni della Giunta regionale, relativi a “Terapie non-convenzionali”, “Valutazione delle esperienze di collaborazione pubblico-privato”, “Centro per la ricerca e la formazione in Medicina generale”, “Fondo per la non autosufficienza”.

In tema di ECM (Delibera di Giunta regionale n. 1072 del 17 giugno 2002), l’Agenzia fornisce supporto tecnico alle attività della Commissione regionale e collabora sia alla definizione della sperimentazione dell’accreditamento della formazione sul campo nelle strutture sanitarie (periodi di addestramento, audit, partecipazione a commissioni, a gruppi di miglioramento e a ricerche), sia alla realizzazione di un progetto teso a favorire, attraverso l’uso di tecnologie web, la diffusione delle informazioni sull’offerta formativa ECM e le relazioni tra gli organizzatori di programmi didattici e la Regione, ai fini dell’accreditamento degli eventi formativi.

Le “Linee di indirizzo per la predisposizione e l’attuazione del Piano-Programma 2004-2006 dell’Agenzia sanitaria regionale”, approvate dalla Giunta regionale nel febbraio 2004, individuano, ad integrazione di quanto già assegnato all’Agenzia sanitaria regionale con le linee di indirizzo di cui alla propria deliberazione 2435/2000, le seguenti aree di attività, che integrano, innovandole, attività già in corso ovvero propongono nuovi temi:

- *Sviluppo di strumenti e procedure per la valutazione e la promozione della qualità dell’assistenza, con particolare riguardo alla verifica della rispondenza delle strutture sanitarie a requisiti strutturali ed organizzativi (accreditamento istituzionale) a partire dalle specialità a rilevanza regionale e alla promozione della sicurezza degli operatori e degli utilizzatori di servizi sanitari (gestione del rischio clinico ed assistenziale);*
- *Valutazione della qualità percepita da parte dei destinatari e degli utilizzatori di servizi sanitari, attraverso indagini ad hoc e processi di “audit civico”, che stimolino la partecipazione dei destinatari dei servizi e dei cittadini;*

- *Valutazione, in collaborazione con la Direzione generale Sanità e Politiche sociali, del completamento della rete Hub & Spoke, con particolare riguardo all'area cardiologico-cardiochirurgica e dei traumi, inclusa la determinazione del fabbisogno di attività assistenziale e la stima dei relativi costi;*
- *Sviluppo di programmi di ricerca e intervento mirati alla promozione della innovazione clinica e organizzativa e al suo tempestivo trasferimento nella pratica clinica e gestionale, inclusa l'analisi sistematica delle "tecnologie emergenti" in campo assistenziale, clinico ed organizzativo e lo sviluppo di programmi per la loro adozione e di valutazione dei relativi fabbisogni formativi degli operatori;*
- *Monitoraggio delle attività dei Comitati etici aziendali, confronto e comparazione dei loro criteri operativi e delle relative modalità di funzionamento;*
- *Sviluppo di sistemi di sorveglianza e controllo degli eventi epidemici in strutture sanitarie residenziali;*
- *Analisi dei determinanti ed elaborazione di strategie per la prevenzione e il controllo di infezioni emergenti e riemergenti, con particolare riferimento alla prevenzione e controllo della tubercolosi in popolazioni a rischio;*
- *Sviluppo di sistemi di valutazione del fabbisogno di operatori sanitari, per il Sistema sanitario regionale, con particolare riguardo ai nuovi corsi di laurea ed ai master post laurea, anche in riferimento alla eventualità di nuove professioni sanitarie, ed ai corsi di specializzazione post laurea;*
- *Elaborazione di un "bilancio di missione" per le Aziende sanitarie, che, sul modello del bilancio sociale, dia conto del loro raggiungimento degli obiettivi di salute e di produzione dei servizi definiti dalle Conferenze territoriali sociali e sanitarie e dalla Regione, nonché dell'equilibrio economico di ciascuna azienda e del servizio sanitario regionale nel suo complesso;*
- *Valutazione dell'attività e dei costi dei programmi di assistenza territoriale, residenziale e domiciliare;*
- *Analisi della distribuzione della utilizzazione e dei costi della assistenza sanitaria nella popolazione regionale, anche a fini di valutare i determinanti della sua variabilità geografica e per gruppi significativi di popolazione;*
- *Valutazione sistematica del grado di acquisizione da parte delle aziende sanitarie di assetti clinico-organizzativi coerenti con i principi del governo clinico nella elaborazione delle strategie aziendali e nella loro attuazione;*
- *Strategie e progetti finalizzati a promuovere la crescita continua della professionalità degli operatori sanitari e a integrare l'intervento dei diversi organizzatori di formazione, attraverso l'accreditamento dei progetti e degli organizzatori di attività di Educazione continua in medicina e lo sviluppo di strumenti e metodi per l'apprendimento sul campo e a distanza e per la valorizzazione di comunità professionali necessarie ai processi di innovazione clinica e organizzativa;*

- *Programmi di ricerca e di intervento finalizzati a migliorare la comunicazione nel sistema sanitario tra operatori sanitari e la partnership con i cittadini.*

Il Piano-Programma 2004-2006, elaborato sulla base di queste indicazioni definisce obiettivi e progetti per le aree prioritarie alla luce delle indicazioni della Giunta regionale sopra richiamate; contiene la specificazione delle attività da sviluppare nel primo anno di attuazione; individua le Aziende sanitarie e gli eventuali altri soggetti coinvolti, nonché le relative previsioni di spesa.

Gli obiettivi generali del programma sono sviluppati per "Area di programma" cui è preposto un responsabile del coordinamento. L'attività di ciascuna "Area" si articola in "Progetti", la cui attuazione prevede la partecipazione di Aziende sanitarie pilota nonché di eventuali altri soggetti nazionali ed internazionali che garantiscano le specifiche competenze scientifiche necessarie per l'attuazione del progetto. Le Aree di programma individuate sono:

- Accreditamento
- Economia e salute
- Governo clinico
- Politiche sociali
- Rischio infettivo
- Risorse umane
- Sistema documentazione, formazione e comunicazione
- Ricerca e innovazione

Fanno invece diretto riferimento alla Direzione: i Progetti speciali, che non sono inclusi nelle Aree di programma in quanto presentano una durata infraannuale o rappresentano la risposta a specifiche e contingenti richieste della Direzione generale Sanità e Politiche sociali o della Giunta regionale; i programmi gestiti congiuntamente alla Direzione generale Sanità e Politiche sociali; i programmi di collaborazione con organismi nazionali ed internazionali.

Alle Aree di programma si aggiungono i settori "Rete informativa interna" e "Amministrazione e contabilità", che assicurano il supporto tecnico al regolare funzionamento dell'Agenzia e all'attività necessaria allo sviluppo dei programmi e dei progetti.

La Direzione

1. *Progetti speciali*
2. *Programmi gestiti congiuntamente alla Direzione generale Sanità e Politiche sociali*
3. *Rete informativa interna*

1. Progetti speciali

a. Centro per la formazione e l'aggiornamento in medicina generale

Il Centro per la formazione e l'aggiornamento in medicina generale è stato istituito con deliberazione della GR n. 439/93 in attuazione di una specifica disposizione del Contratto collettivo di lavoro dei Medici di medicina generale, è composto paritariamente da Medici di medicina generale e da tecnici di parte pubblica ed è operativamente articolato in tre filoni coordinati ciascuno da un medico di medicina generale, riguardanti: formazione specifica, a supporto del Servizio della Direzione generale Sanità e Politiche sociali dell'Assessorato regionale alla sanità, competente in materia, sugli adempimenti e le iniziative riguardanti l'applicazione del DLgs n. 368/99, in particolare relativamente all'attivazione del corso regionale per accedere alla convenzione in medicina generale; formazione permanente, inclusa la organizzazione dei programmi di aggiornamento obbligatorio e la formazione dei tutor e degli animatori di formazione; ricerca, relativamente alla sperimentazione clinica, la ricerca e la documentazione.

In questi settori, il Centro espleta funzioni di promozione e coordinamento per la realizzazione di programmi di formazione e di ricerca, dei medici convenzionati per la medicina generale e, in prospettiva, per la pediatria di libera scelta, ed è in particolare deputato a:

- svolgere attività di consulenza, di proposta e di supporto alle aziende USL in materia di formazione permanente relativamente all'area specifica;
- partecipare alle iniziative di competenza istituzionale riguardanti la individuazione delle tematiche oggetto, nell'ambito della formazione permanente, dell'aggiornamento obbligatorio annuale della categoria;
- supportare i competenti uffici della Direzione generale Sanità e Politiche sociali dell'Assessorato regionale alla sanità, nella realizzazione delle iniziative riguardanti la programmazione dei corsi teorici e dei tirocini pratici previsti dalla normativa in materia di formazione specifica in medicina generale;
- elaborare proposte ai competenti uffici della Direzione generale Sanità e Politiche sociali, in merito ad eventuali indicazioni alle Aziende sanitarie della Regione, in ordine alle tematiche concernenti la formazione e l'aggiornamento della categoria.

Nel corso dell'anno 2004, dopo aver definito l'assetto organizzativo, gli obiettivi ed il piano di lavoro di ciascuna delle tre aree da parte di altrettanti gruppi di lavoro, si provvederà, per la prima area ad individuare il profilo delle competenze di una nuova figura di Esperto di formazione che assorbirà tutte le diverse figure attuali e ad attivare appositi percorsi di formazione integrativa; per la seconda alla promozione di alcune progetti di ricerca empirica, con il fine di valutare il cambiamento nella qualità dell'assistenza conseguente al nuovo modello organizzativo della MG anche al fine di stabilire i requisiti soggettivi ed oggettivi necessari per assumere la veste di

sperimentatore; per la terza, infine, ad avviare una riorganizzazione del corso di formazione specifica in medicina generale previsto, per ultimo, dal Decreto legislativo 8 luglio 2003, n. 277.

b. Relazioni fra SSR e Università

Nel corso del triennio, saranno attivate, di concerto con la Direzione generale Sanità e Politiche sociali, iniziative finalizzate alla definizione del nuovo Protocollo d'intesa Regione – Università degli Studi di Parma, Modena e Reggio Emilia, Bologna e Ferrara, da sottoscrivere ai sensi dell'art. 1 del DLgs n. 517/1999, nonché alla formazione degli specializzandi (rinnovo del protocollo d'intesa Regione-Università; istituzione e funzionamento dell'Osservatorio regionale per la formazione medico-specialistica, ai sensi del Decreto legislativo 17 agosto 1999 n. 368, art. 44; previsione dei fabbisogni formativi del SSR) ed alla formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione (rinnovo del protocollo d'intesa Regione-Università; programmazione del fabbisogno formativo del SSR per Corsi di laurea, Master e Lauree specialistiche).

2. Programmi gestiti congiuntamente alla Direzione generale Sanità e Politiche sociali

L'Agenzia, in coerenza con il ruolo delineato dal Piano sanitario regionale e dalle direttive della Giunta regionale, sviluppa programmi condotti congiuntamente con la Direzione generale Sanità e Politiche sociali nelle aree relative a: Sviluppo dei sistemi contabili aziendali, Bilancio di missione, Le politiche d'acquisto di beni e servizi delle Aziende sanitarie, Informazione, educazione sanitaria e farmacovigilanza per un uso appropriato dei farmaci, *Hub & Spoke* con particolare riferimento all'alta cardiologia e cardiocirurgia, Centro di collaborazione OMS "Ricerca e formazione in salute mentale".

a. Sviluppo dei sistemi contabili aziendali

Analisi comparativa per indici economici dei bilanci

- Produzione di una reportistica standardizzata e routinaria, a completamento del processo di allineamento delle rilevazioni contabili aziendali e della conseguente alimentazione dei flussi informativi verso la Regione;
- Realizzazione di procedure di riclassificazione, sulla "intranet regionale", dei dati economici aziendali al fine di rendere disponibili sul sito web reportistiche predefinite, utili allo scambio di dati tra le Aziende e la Regione.

Riclassificazione degli stati patrimoniali: produzione di un modello di rappresentazione dello stato patrimoniale riclassificato in chiave finanziaria e per l'elaborazione di indici relativi a:

- Margine di struttura;
- Margine di struttura allargato;
- Margine di tesoreria;
- Contributi in conto capitale/Investimenti in immobilizzazioni materiali nette
- Immobilizzazioni materiali ed immateriali nette/totale "Ricavi".

Contabilità analitica: Standardizzazione delle modalità di raccolta dei dati dalle Aziende sanitarie e della reportistica, per livello di assistenza e per struttura di erogazione delle prestazioni.

Produzione di indicatori utili alle valutazioni comparative di efficienza delle funzioni di produzione aziendali.

Rebisan: conclusione del Progetto per la certificazione dei bilanci delle Aziende sanitarie, con l'approvazione da parte della Giunta regionale del nuovo Schema di bilancio e delle relative linee guida, l'adozione dei principi contabili, la diffusione tra le Aziende sanitarie regionali dei manuali di controllo interno e di organizzazione contabile.

Avvio del processo di certificazione per un primo gruppo di aziende.

b. Bilancio di missione

Il Progetto è volto all'adozione da parte Aziende sanitarie della Regione di un *bilancio di missione*, attraverso il quale promuovere un ulteriore e significativo passo del sistema sanitario regionale nel processo di riforma della "governance", nel nome della trasparenza.

Accanto al bilancio di esercizio generato dalla contabilità economico-patrimoniale (che conserva il compito di illustrare il rispetto dei vincoli economici e finanziari), verrà prodotto un bilancio di missione (cioè una delle forme di rendicontazione sociale), attraverso il quale le Aziende danno conto delle attività svolte nel perseguimento dei propri fini istituzionali e dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi assegnati dalla Regione e dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria.

Si cerca di colmare in tal modo lo iato informativo esistente, per le aziende sanitarie pubbliche, fra un bilancio d'esercizio, essenzialmente finalizzato ad illustrare gli effetti economici, finanziari e patrimoniali derivanti dalla loro attività e l'esigenza di dare conto degli esiti dell'azione istituzionale nel perseguimento degli *obiettivi finalizzanti l'Azienda*.

Il progetto mira alla costruzione, da parte delle Aziende sanitarie della Regione, di un bilancio di missione che potrà essere sottoposto al giudizio di soggetti esterni indipendenti e possiede le seguenti caratteristiche essenziali:

- è concepito come un documento annuale: logicamente, temporalmente e funzionalmente coordinato col tradizionale bilancio di esercizio, del quale deve costituire il complemento in chiave di informativa istituzionale;
- possiede fruibilità e leggibilità autonoma, nel senso che dalle informazioni in esso contenute deve essere possibile il formarsi di un giudizio sulle *performance* istituzionali conseguite anche in relazione alla situazione economico-finanziario-patrimoniale che caratterizza l'Azienda;
- è un "documento aperto", in modo da offrire ogni altra informazione, oltre al contenuto minimo predefinito, ritenuta utile ad illustrare le *performance* istituzionali conseguite dall'azienda;
- è completo, ma con livelli di approfondimento selettivi, articolato in modo da consentire un complessivo apprezzamento dell'azione istituzionale dell'Azienda, senza tuttavia fornire informazioni di dettaglio su tutti gli aspetti istituzionali della gestione;
- un "ponte" rispetto alla dimensione temporale, andando a ricoprire, nell'ambito del processo di pianificazione, programmazione e controllo, un ruolo di "documento cerniera" fra lo "stato", lo "stante" e il "divenire" della gestione aziendale.

c. Le politiche d'acquisto di beni e servizi delle Aziende sanitarie

Le iniziative del triennio mirano alla definizione del ruolo della Regione in relazione alla organizzazione della funzione acquisti delle Aziende sanitarie per le tre macro aree territoriali individuate con delibera della Giunta regionale n. 896 del 20 maggio 2003, attraverso:

- l'istituzione, presso la Direzione generale Sanità e Politiche sociali, di un gruppo di lavoro regionale per la valutazione dei modelli organizzativi promossi nelle tre macro aree;
- il supporto alla organizzazione del processo di selezione - acquisizione - stoccaggio - distribuzione di beni e acquisto di servizi nelle tre macro-aree;
- la realizzazione del progetto regionale INTERCENT-ER.

d. Informazione, educazione sanitaria e farmacovigilanza per un uso appropriato dei farmaci

Le azioni di supporto verso le Aziende sanitarie della Regione prevedono i seguenti interventi.

1. *Sistema di sorveglianza regionale delle resistenze agli antibiotici.* Obiettivo del progetto è il consolidamento del flusso informativo, attraverso:
 - definizione di un programma di controllo di qualità dei dati rilevati;
 - estensione del programma di controllo di qualità esterna delle metodiche di laboratorio a patogeni selezionati;
 - messa a punto di una reportistica standard per la restituzione periodica dei dati alle Aziende sanitarie;
 - integrazione delle informazioni rilevate dal laboratorio con quelle disponibili attraverso altre fonti informative, quale ad esempio la scheda di dimissione ospedaliera e il flusso informativo sull'assistenza specialistica ambulatoriale.

La frequenza di infezioni resistenti sarà analizzata con il consumo di antibiotici, in ospedale e nel territorio. Obiettivo del progetto 2004 è sviluppare modelli di analisi dei dati del flusso informativo corrente sulle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere, di recente istituzione, mirate in particolare al consumo di antibiotici, ma che potranno essere utili ad iniziare a valutare la qualità di questa nuova fonte informativa e gli eventuali problemi di copertura e qualità dei dati.

2. *Indagine conoscitiva delle attitudini, conoscenze e pratiche dei pediatri di libera scelta riguardo la prescrizione di antibiotici.* Obiettivo del progetto è la diffusione dei dati rilevati con l'indagine realizzata su un campione di pediatri, rappresentativo delle diverse Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna, mirata a descrivere i motivi che spingono il pediatra a prescrivere antibiotici e le conoscenze e aspettative dei genitori relativamente all'uso di antibiotici. Con la collaborazione delle Aziende sanitarie saranno predisposti opuscoli informativi per genitori e pediatri e sviluppati modelli standard per l'analisi dei dati sulle prescrizioni di antibiotici. Il coinvolgimento dei pediatri avviene con momenti seminari di livello aziendale, finalizzati anche ad evidenziare i principali bisogni formativi sul corretto uso degli antibiotici.
3. *Patologie croniche a larga diffusione: il caso del diabete.* Obiettivo del progetto è la diffusione e l'adozione della linea guida regionale, mirata a favorire l'assistenza integrata al cittadino affetto da diabete e a migliorare la *compliance* terapeutica.
4. *Attività formativa rivolta ai direttori di farmacia aziendali, territoriali ed ospedalieri.* A proseguimento dell'intervento già svolto in collaborazione con l'Azienda USL Bologna Sud, obiettivo del progetto è il consolidamento delle conoscenze acquisite, attraverso il confronto delle esperienze organizzative adottate dalle varie aziende e l'approfondimento delle problematiche connesse al ruolo di direzione di una struttura complessa aziendale. Il nuovo modulo integrativo sarà svolto in collaborazione con l'Azienda di Bologna per l'organizzazione, gestione e relativa documentazione.

e. Verifica del grado di attuazione del modello *Hub & Spoke* nelle specialità di interesse regionale

Il progetto comprende:

- valutazione sullo stato di attuazione della programmazione delle alte specialità secondo il modello *Hub & Spoke*, con particolare riferimento a cardiologia e cardiocirurgia;
- avvio al programma di accreditamento istituzionale delle alte specialità, con particolare riguardo alle attività di cardiologia e cardiocirurgia;
- verifica del fabbisogno dell'attività diagnostica e terapeutica interveniva e dell'assistenza cardiocirurgica e sua distribuzione in rapporto alla capacità produttiva delle strutture accreditate.

f. Programma "Ricerca e formazione in salute mentale"

Il Programma, svolto in collaborazione con l'Università di Bologna, l'Organizzazione mondiale della sanità e l'Azienda sanitaria di Cesena, prevede, nell'ambito delle relazioni internazionali:

- rinnovo del "Protocollo di intesa triennale fra Regione Emilia-Romagna e Organizzazione panamericana della salute/Organizzazione mondiale della sanità di Washington per la ristrutturazione dell'assistenza psichiatrica nei paesi dell'America Latina". Lo sviluppo del Progetto è incentrato sulla prosecuzione delle attività formative sul campo, con l'attivazione del terzo Corso residenziale, che si terrà a Bologna nel 2004, rivolto a operatori e dirigenti di 10 paesi latinoamericani;
- sviluppo della cooperazione con l'Argentina nell'ambito della collaborazione con l'Università di Bologna con sede in Buenos Aires per l'attivazione del Master permanente in "Analisi comparativa di politiche e gestione della salute" a partire dall'anno accademico 2004-2005.

Nell'area della ricerca e formazione:

- programmazione del secondo Master in "Organizzazione e gestione dei sistemi sanitari", rivolto ai direttori e ai dirigenti dei Dipartimenti di Salute mentale;
- valutazione differenziale dei segni precoci di alterazione dello stato emotivo e cognitivo come prodromi di una patologia depressiva o demenziale delle persone *over 55*.

3. Rete informativa interna

Il primo obiettivo dell'Area Rete Informativa interna per il triennio 2004-2006 è costituito dalla introduzione e dal consolidamento di nuove tecnologie che utilizzino le risorse della rete telematica regionale e del web allo scopo migliorare la comunicazione interna ed esterna e consentano lo sviluppo di soluzioni applicative integrate per la Direzione generale dell'Agenzia sanitaria, la Direzione generale Sanità e Politiche sociali e il sistema delle Aziende sanitarie.

Il secondo obiettivo riguarda la messa a punto di strumenti software e hardware che permettano alle Direzioni generali Agenzia sanitaria e Sanità e Politiche sociali, la completa fruizione dei dati socio/sanitari presenti sulle Banche dati Assistenza ospedaliera, Assistenza specialistica ambulatoriale, Assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera, Medicina di base, Assistenza domiciliare, con la possibilità di effettuare analisi derivanti da ricerche incrociate e indagini su dati individuali. Tali attività si svilupperanno secondo quattro progetti, relativi a:

- gestione dei server, progettazione, sviluppo e manutenzione *software*;
- siti *web* dell'Agenzia sanitaria e del Sistema Informativo Sanitario;
- assistenza tecnica agli utenti e installazione delle stazioni di lavoro per le Direzioni generali Agenzia sanitaria e Sanità e Politiche sociali;
- ricerca e sviluppo del Sistema Informativo della Sanità e delle Politiche sociali.

Aree di programma

Accreditamento

Economia e salute

Governo clinico

Politiche sociali

Rischio infettivo

Risorse umane

Sistema documentazione, formazione e comunicazione

Ricerca e innovazione

Area di programma

Accreditamento

L'Area di programma Accreditamento ha come obiettivo prioritario l'applicazione della LR n. 34/98 e delle sue delibere attuative, attraverso la definizione dei requisiti ulteriori per l'accREDITAMENTO nei settori tutt'ora mancanti e nella esecuzione delle visite per la verifica del loro rispetto da parte delle strutture sanitarie.

A tale attività prevalente si aggiungono progetti e iniziative che mirano a dotare le organizzazioni degli strumenti necessari a far fronte alle richieste poste dai requisiti, in sinergia con altre attività dell'Agenzia, che, nel suo insieme, concorre fornire strumenti e informazioni utili alla gestione dei molteplici aspetti connessi all'accREDITAMENTO, quali la coerenza con la programmazione regionale e la verifica sistematica e continuativa dei processi assistenziali e dei risultati di *performance*.

Obiettivo del progetto gestione del rischio è il consolidamento e l'estensione dell'uso degli approcci e degli strumenti già introdotti in via sperimentale, nel corso del primo triennio, garantendo le necessarie coerenze perché le organizzazioni sanitarie possano utilmente fruirne, senza ridondanze e sprechi, ai fini della garanzia per i pazienti e dell'utilizzo dei risultati in via normale nei processi gestionali interni .

Il progetto "Cittadini, Comunità e servizio sanitario regionale" si propone di favorire una comunicazione efficace con i cittadini e gli utenti raccogliendone gradimento, valutazioni e proposte in questioni quali le politiche della salute e specialmente dei servizi, le criticità dell'accesso, la qualità dei servizi, la co-istituzione degli stessi, tutti aspetti la cui gestione è di interesse del sistema delle cure per le valenze di legittimazione, efficacia, garanzia e tutela che vi sono connessi.

Progetto 1. AccREDITAMENTO

Il progetto sviluppa quanto già realizzato per avviare il processo istituzionale, completare, perfezionare e consolidare gli strumenti di supporto, e in particolare:

- organizzare e realizzare i percorsi di verifica, secondo quanto indicato dalle priorità definite dalla programmazione regionale;
- definire il set di indicatori per la valutazione dei risultati dell'attività delle strutture oggetto dell'accREDITAMENTO (valutazione *ex post*);
- mantenere e sviluppare le competenze dei valutatori e dei relativi strumenti di supporto;
- completare i requisiti specifici di specialità e di programma.

Per realizzare questi obiettivi, il progetto si concentrerà metodologicamente sulle attività fondamentali di:

- realizzazione di verifiche alle strutture /servizi sanitari;
- sviluppo di requisiti specifici da riferirsi a varie tipologie di attività o *setting* assistenziali;
- sviluppo di set di indicatori per la valutazione *ex post*;
- formazione e aggiornamento dei valutatori;
- supporto alle organizzazioni che entrano nel processo.

La definizione delle procedure e dei requisiti per l'accreditamento, così come è stato interpretato nella nostra Regione a partire dalla Legge regionale n. 34 del 12 ottobre 1998, che ha definito la materia in merito ad autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali, ha comportato l'assunzione, per quanto riguarda le prime, di una serie di provvedimenti da parte della Giunta Regionale anche in riferimento ai passaggi previsti dal citato DLgs n. 229/99 (artt. 8 bis, ter, quater), alcuni dei quali sono stati recentemente rivisti e consolidati.

Progetto 2. Gestione del rischio nelle strutture sanitarie

Il tema della sicurezza del paziente è tra gli obiettivi prioritari delle politiche sanitarie regionali, e già presente nel Piano sanitario regionale 1999-2001, in cui la gestione del rischio nelle strutture sanitarie è inserita nel quadro generale di "governo clinico" del Servizio sanitario regionale, come elemento caratterizzante il miglioramento della qualità dell'assistenza. In tale contesto normativo e culturale, nel 1999, presso l'Agenzia sanitaria regionale, si è quindi costituito un gruppo di progetto regionale sul tema del rischio nelle strutture sanitarie, costituito da professionisti provenienti da aziende sanitarie regionali (ospedaliere e territoriali) ed appartenenti alle differenti aree di competenza (clinica, legale, tecnica) coinvolte nel tema della sicurezza nelle strutture sanitarie. Tale gruppo ha predisposto un progetto per un approccio integrato alla gestione del rischio, che la Regione Emilia-Romagna ha presentato nell'anno 2001 al Ministero della salute e che è stato approvato con i finanziamenti ai sensi del DLgs n. 502/92 art. 12, comma 2, lettera b). Il programma ministeriale, di durata biennale, ha avuto inizio nel febbraio 2002 ed avrà formalmente termine nel febbraio 2004. I primi risultati di tale programma hanno permesso di allargare le basi di conoscenza del fenomeno a livello regionale e di validare con "progetti pilota" strumenti e metodologie per la gestione e riduzione dei rischi nelle strutture sanitarie, che dovranno essere diffusi "a sistema" nel corso del prossimo triennio.

Nel triennio 2004-2006 si provvederà a completare le numerose attività che sono in corso e ad attivare alcuni progetti per andare a completare il quadro di riferimento della gestione del rischio nelle strutture sanitarie. L'obiettivo generale del programma triennale 2004-2006 per la gestione del rischio nelle strutture sanitarie dell'Agenzia

sanitaria regionale è la realizzazione di un approccio integrato alla gestione del rischio, nei diversi aspetti della sicurezza.

Elaborazione, sperimentazione, valutazione

Trattandosi di progetto che si caratterizza come ricerca/formazione-intervento gli aspetti di elaborazione, sperimentazione e valutazione sono fortemente intrecciati e interdipendenti.

Rilevazione degli "eventi" significativi e dei "quasi-eventi"

- Estensione dello strumento di *incident reporting* al sistema regionale.
- Applicazione dello strumento in ambiti specialistici.
- Realizzazione di un *database* regionale per la registrazione degli eventi.

Attualmente, è nella fase di avvio la sperimentazione dell'*incident reporting* per la rilevazione degli eventi indesiderati nel corso di procedure anestesiolgiche in sala operatoria, a cui hanno aderito al momento 45 Unità operative di 18 Aziende sanitarie e di 2 strutture private accreditate. A seguito dell'accordo dell'Assessorato alla sanità con l'ospedalità privata (AIOP) per l'assegnazione di risorse aggiuntive, l'ASR è impegnata nel supportare la sperimentazione del sistema di *incident reporting* in ambito non specialistico che si sta avviando in 44 Case di cura accreditate della Regione. La sperimentazione dell'*incident reporting* necessita di una preliminare definizione e revisione degli strumenti operativi che lo caratterizzano per adattarli allo specifico contesto operativo. Le Aziende sanitarie disponibili alle sperimentazioni del sistema in ambiti specialistici, costituiranno il gruppo di riferimento che fornirà indicazioni in relazione alla definizione degli strumenti operativi e ad un giudizio di fattibilità in relazione all'applicazione a regime degli strumenti stessi. Le Aziende sperimenteranno l'utilizzo degli strumenti operativi in contesto territoriale ed ospedaliero contribuendo mediante:

- elaborazione delle "istruzioni all'uso";
- formazione/informazione propedeutica a livello aziendale e/o settoriale, rivolta agli operatori coinvolti;
- diffusione degli strumenti e delle istruzioni;
- sperimentazione ed osservazione empirica della rilevazione;
- revisione e messa a punto della metodologia adottata;
- condivisione dei risultati e delle criticità livello regionale;
- proposte di sviluppo.

Le attività dell'ASR prevedono:

- il coordinamento, il supporto metodologico ed operativo alle sperimentazioni aziendali;

- la realizzazione/estensione di un *database* con utilità aziendale/regionale per la registrazione degli eventi e l'elaborazione dei dati;
- la predisposizione dei progetti formativi e dei materiali didattici specialistici per la realizzazione di percorsi aziendali di formazione/addestramento per gli operatori sanitari;
- incontri con i referenti aziendali per la presentazione e l'addestramento all'utilizzo del *database* regionale;
- valutazioni sulla applicabilità del sistema e proposte di sviluppo.

L'applicativo informatico per la registrazione degli eventi si appoggerà alla intranet regionale e consentirà distinzione fra la visibilità aziendale (gestione e dettaglio dei dati) e regionale (lettura e reportistica sintetica), ai fini della doverosa protezione della riservatezza. Dopo un primo periodo di sperimentazione nelle Aziende sanitarie e le necessarie messe a punto, il sistema potrà essere diffuso a regime a tutte le Aziende. È prevista la possibilità di collegarlo:

- alla banca dati dei reclami, già a regime in tutte le Aziende sanitarie dal 2003;
- alla banca dati per la gestione del contenzioso che nel 2004 sarà sperimentato in tutte le Aziende sanitarie;
- alle altre eventuali banche dati che potranno aver rilevanza informativa per la gestione integrata del rischio (rischio occupazionale, rischio infettivo, ecc.).

L'obiettivo è quello di fornire al sistema regionale un Sistema Informativo Regionale Integrato per la Gestione del Rischio (SIRI-GR) che sia utile alle Aziende sanitarie e al livello regionale per una "lettura integrata" dei rischi e delle aree critiche presenti nelle organizzazioni per la definizione di strategie migliorative e correttive.

Attività 2004:

- completamento della sperimentazione del sistema di *incident reporting* in sala operatoria; negli anni successivi si provvederà ad estenderlo in ambito regionale;
- supporto all'utilizzo del sistema di *incident reporting* in ambito assistenziale da parte delle Case di cure accreditate;
- individuazione di altri ambiti specialistici nei quali applicare l'*incident reporting* e di attivare i gruppi di riferimento dei referenti aziendali per definire i nuovi protocolli di sperimentazione ed adattare gli strumenti operativi. Negli anni successivi si prevede l'applicazione dello strumento negli ambiti specialistici individuati;
- realizzazione del *database* regionale con utilità aziendale/regionale da fornire alle aziende sanitarie ed alle Case di cura che utilizzano il sistema, nei due anni successivi la messa a regime dell'applicativo e la sua integrazione nel sistema informativo regionale per la realizzazione del SIRI-GR.

Nel triennio, nell'ambito del sistema di *incident reporting*, si prevede di sviluppare l'attività di rilevazione degli incidenti da errori di farmaci, che costituiscono una importante parte degli "eventi indesiderati" che avvengono nell'attività assistenziale.

Metodi per la selezione e revisione di cartelle cliniche

Attività:

- messa a punto dei criteri di selezione automatica delle cartelle cliniche;
- diffusione del metodo in ambito regionale.

In collaborazione con l'Area Governo clinico, sono state individuate procedure di interrogazione della banca dati nosologica (BD SDO) traducenti i criteri applicabili del "*limited screening*" secondo Wolff per la prima selezione delle cartelle da sottoporre a successiva revisione. Questa sperimentazione ha coinvolto l'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia e l'Azienda ospedaliera di Ferrara. A tale selezione si è accompagnato anche una ricerca manuale delle cartelle cliniche con i medesimi criteri di selezione, da parte dell'Azienda USL di Bologna Nord, ai fini di operare un confronto per la attendibilità della ricerca automatica.

In considerazione dei risultati preliminari della sperimentazione, in collaborazione con l'Area Governo clinico, sarà necessario mettere a punto il metodo di prima selezione automatica delle cartelle cliniche ridefinendo alcuni criteri di inclusione. Le Aziende disponibili all'utilizzo del metodo costituiranno il gruppo di lavoro che fornirà indicazioni in relazione alla fattibilità dell'applicazione a regime del metodo.

Da parte dell'ASR, si continueranno a supportare le aziende che intendono utilizzare i criteri di interrogazione della BD SDO per selezionare cartelle cliniche da sottoporre a successiva revisione. *Entro il 2004* si prevede di revisionare i criteri di selezione per l'interrogazione automatica della BD SDO. Negli anni successivi si prevede di estendere il metodo al sistema regionale.

Applicazione di tecniche preventive per l'individuazione dei rischi

Attività:

- costituzione di un gruppo di riferimento di Referenti aziendali per l'applicazione della tecnica FMEA in ambito aziendale;
- applicazione della tecnica FMEA/FMECA nelle Aziende sanitarie.

L'obiettivo è di identificare preventivamente i potenziali inconvenienti (errori, difetti, guasti, ecc.) presenti in un prodotto o connessi all'esercizio di un'attività. Queste tecniche si basano su un esame sistematico delle condizioni operative di funzionamento di un prodotto o di un processo, allo scopo di identificare gli interventi di modifiche strutturali e operative per prevenire e controllare le conseguenze di eventuali malfunzionamenti o errori.

Nell'ambito del programma "Gestione integrata del rischio nelle organizzazioni sanitarie" dell'Agenzia sanitaria sono state effettuate due esperienze di applicazione della tecnica FMEA/FMECA che ha coinvolto gli Istituti Ortopedici Rizzoli e L'Azienda USL di Modena. La prima sperimentazione ha riguardato l'applicazione della tecnica FMECA da parte di un gruppo di operatori di un servizio di chemioterapia al processo di preparazione e somministrazione del ciclo chemioterapico, per individuare le criticità e stabilire le priorità di intervento in un processo ad alto rischio per il paziente; la seconda esperienza è stata realizzata da un gruppo di operatori di un reparto di Ostetricia e che hanno applicato l'analisi FMEA con un approccio proattivo per l'identificazione di eventi potenzialmente pericolosi, per evidenziare possibili aree di miglioramento nella prevenzione dei rischi per i pazienti. Queste sperimentazioni che sono state presentate in un sussidio divulgativo pubblicato nell'ambito del programma dell'Agenzia sanitaria regionale, hanno permesso di validare lo strumento di analisi dei processi in realtà assistenziali ad alta criticità, sia per l'individuazione dei rischi e delle connesse attività di controllo, sia come supporto alle decisioni sulle attività da intraprendere per il miglioramento della qualità.

Modalità operative

- Costituzione/formazione di un gruppo di Referenti aziendali con il compito di costituire *team* di lavoro per l'applicazione della tecnica FMEA/FMECA all'interno delle proprie Aziende.
- Formazione dei *team* di lavoro FMEA all'interno delle Aziende per l'applicazione della tecnica.
- Confronto a livello regionale sulle criticità rilevate e proposte di sviluppo.
- Diffusione delle esperienze realizzate in ambito aziendale con una presentazione pubblica (evento seminariale o *workshop*) e/o sussidio divulgativo.

Nel 2004, individuazione di un gruppo di Referenti aziendali e realizzazione degli eventi formativi sulla tecnica FMEA/FMECA.

Negli anni successivi, applicazione della tecnica a livello aziendale e possibile presentazione delle esperienze realizzate in un seminario o *workshop* e/o un sussidio divulgativo.

Sviluppo e applicazione del metodo "analisi delle cause"

Attività:

- realizzazione di eventi formativi per i Referenti aziendali;
- applicazione della tecnica nelle Aziende sanitarie.

Nel processo di gestione del rischio, la fase dell'analisi è successiva a quella di rilevazione degli eventi indesiderati e quindi all'identificazione dei rischi. Essa può essere condotta su un singolo evento o su più eventi aggregati per natura, luogo o tempo di avvenimento. L'obiettivo è quello di individuare i fattori che hanno

contribuito o causato il determinarsi dell'incidente o del *near miss*, cercando di risalire fino alle cause più lontane: le cause-radice.

Modalità operative

- Costituzione/formazione di un gruppo di Referenti aziendali per la gestione del rischio che avranno il compito di costituire *team* di lavoro per l'analisi delle cause degli incidenti all'interno delle proprie Aziende.
- Formazione di *team* di lavoro all'interno delle Aziende per l'applicazione della tecnica.
- Confronto a livello regionale sulle criticità rilevate e proposte di sviluppo.
- Diffusione delle esperienze realizzate in ambito aziendale con una presentazione pubblica (evento seminariale) e/o con un sussidio divulgativo.

Nel 2004, costituzione del gruppo di Referenti aziendali per la gestione del rischio e realizzazione degli eventi formativi sulla tecnica di *Root Cause Analysis*.

Negli anni successivi, applicazione della tecnica a livello aziendale e possibile presentazione delle esperienze realizzate in un seminario o *workshop* e/o un sussidio divulgativo.

Realizzazione di un sistema informativo regionale per la gestione del contenzioso

Attività:

- definizione del "*minimum data set*" informativo;
- sviluppo, realizzazione e sperimentazione dell'applicativo informativo;
- messa a regime del sistema informativo in ambito regionale.

A seguito di analisi dei processi aziendali adottati nelle Aziende sanitarie, effettuate con gruppi di riferimento costituite dai Referenti per la gestione del contenzioso delle Aziende sanitarie, si è evidenziata la mancanza di una classificazione dei sinistri e di una loro gestione univoca da parte degli uffici legali o assicurativi (dal trasferimento totale della gestione del sinistro alla compagnia assicurativa, alla co-gestione aziendale del sinistro per favorire un rapido esito stragiudiziale). Nel 2003 sottogruppi di lavoro *ad hoc*, composti dai Referenti delle Aziende sanitarie, e a cui l'ASR ha fornito anche consulenza informativa-informatica, ha predisposto un "*minimum data set*" per la predisposizione di un applicativo che è attualmente in fase di sviluppo. Tale sistema si appoggerà alla intranet regionale e consentirà distinzione fra la visibilità aziendale (gestione e dettaglio dei dati) e regionale (lettura e reportistica sintetica), ai fini della doverosa protezione della riservatezza. Dopo un primo periodo di sperimentazione nelle Aziende sanitarie e le necessarie messe a punto, il sistema dovrà essere diffuso a regime a tutte le Aziende. È prevista la possibilità di collegarlo:

- alla banca dati dei reclami, già a regime in tutte le Aziende sanitarie dal 2003;
- alla banca dati del sistema di *incident reporting* che nel corso del 2004 sarà sperimentato in tutte le Aziende sanitarie;
- alle altre eventuali banche dati che potranno aver rilevanza informativa per una gestione integrata del rischio (rischio occupazionale, rischio infettivo, ecc.).

L'obiettivo è quello di costruire un Sistema Informativo Regionale Integrato per la Gestione del Rischio di utilità aziendale/regionale per una "lettura" sistematica e coordinata dei fenomeni.

Modalità operative

- Sviluppo del *database* regionale per la gestione del contenzioso.
- Tutte le Aziende sanitarie si sono rese disponibili a sperimentare l'applicativo. Sarà necessario prevedere con i Referenti aziendali per la gestione del contenzioso incontri di presentazione e di addestramento all'uso dell'applicativo, in via sperimentale.

Dopo un periodo di sperimentazione e le necessarie messe a punto dell'applicativo, è da prevedere la sua applicazione a regime nel sistema regionale e l'integrazione con gli altri *database* nel SIRI-GR. I Referenti delle Aziende sperimentatrici costituiranno il gruppo di riferimento che fornirà indicazioni in relazione alla fattibilità dell'applicazione a regime del metodo. Da parte dell'ASR si supporteranno le Aziende durante la sperimentazione dell'applicativo e la sua messa a regime.

Entro il 2004 si prevede di realizzare il *database* regionale e di fornirlo alle Aziende sanitarie per un suo utilizzo sperimentale. Negli anni successivi, dopo le necessarie messe a punto dell'applicativo, si prevede di metterlo a regime e di realizzare le integrazioni con gli altri *database* di interesse per la gestione del rischio già realizzati o che si andranno a sviluppare nel prossimo triennio.

Trasferimento al complesso del Sistema sanitario regionale

Tale fase è inerente alle attività previste nel triennio, come precedentemente descritto, ed in ogni caso segue temporalmente la sperimentazione e la validazione degli strumenti proposti.

Progetto 3. Cittadini, comunità e Servizio sanitario regionale

Sono stati avviati diversi studi ed interventi tesi a sperimentare strumenti e modalità di ascolto dei cittadini sui principali temi sanitari, quali i livelli essenziali di assistenza, criteri di priorità per l'accesso e l'equità di accesso ai servizi. Questi progetti sono finanziati in parte dal Ministero della salute ("Percezione di qualità e risultato delle cure: costituzione di una rete integrata di osservatori regionali" - luglio 2000/aprile

2003). Obiettivo del progetto è di dare coerenza alle diverse e molteplici azioni condotte nei diversi ambiti progettuali al fine di pervenire a un utilizzo strategico della “voce” del cittadino, oltre che della sua partecipazione alla valutazione e programmazione dei servizi. Il progetto individua due macro-obiettivi.

a. Valutazione dell’impatto delle nuove politiche sanitarie sui cittadini

Valutazione e monitoraggio dell’accesso rispetto all’applicazione dei livelli essenziali di assistenza e ai tempi di attesa:

- orientamento dei cittadini sui criteri di selettività delle prestazioni sanitarie;
- orientamento dei cittadini sui criteri di priorità di accesso;
- orientamento dei cittadini sui tempi di attesa.

Inoltre vengono considerate ed analizzate le strategie aziendali nel perseguimento del principio di equità di accesso nei confronti di quei soggetti che presentano particolare vulnerabilità sociale e nei quali può venire meno la capacità di accedere ai servizi sanitari; tra le strategie si indicano:

- percorsi differenziali per particolari tipologie di utenza;
- *partnership* locali di gestione dei servizi;
- integrazione tra servizi con predisposizione di forme diverse di “mediazione”.

Il programma si svolgerà nel triennio ed in particolare *nel 2004* si intende attuare:

- validazione di uno strumento per raccogliere l’opinione dei cittadini sui LEA e predisposizione di un percorso metodologico sull’ascolto dei cittadini attraverso “gruppi di discussione”;
- ampliamento dello studio sulle liste d’attesa;
- completamento dello studio di casi.

b. Partecipazione dei cittadini alla programmazione e al miglioramento dei servizi sanitari

In questo ambito ricadono quelle attività che andranno ad accrescere in forma diretta ed indiretta le capacità dei cittadini nel migliorare i servizi sanitari sia incrementando qualitativamente i punti di ascolto sia potenziando la loro consapevolezza. In particolare:

- la messa a punto di strumenti per la valutazione della qualità dei servizi (Indagini di soddisfazione: degenza, ambulatoriale, malati cronici, ADI, RSA; storie di malattia, interviste);
- la valutazione formale dei servizi da parte dei cittadini e la rilevazione degli indicatori;
- l’utilizzo delle segnalazioni per registrare criticità o eccellenze;

- la lettura dei segnali relazionali e della evoluzione organizzativa;
- la messa a punto di strumenti per promuovere ed accrescere la capacità di orientamento e partecipazione ai percorsi di cura dei cittadini.

Le principali attività comprendono:

- sviluppo per la “alimentazione” di un “Osservatorio” della qualità percepita (raccolta di dati e di percorsi, di ricerca, reportistica organica delle segnalazioni ecc.);
- messa a punto di strumenti per la valutazione della qualità dei servizi (Indagini di soddisfazione: degenza, ambulatoriale, malati cronici, ADI);
- sperimentazione di uno strumento di valutazione della qualità dalla parte del cittadino e relativa formazione degli *assessors* (Audit civico);
- sperimentazioni di strumenti per il miglioramento della partecipazione del cittadino alle scelte di trattamento.

Il programma si svolgerà nel triennio ed in particolare nel corso *del 2004* si attueranno:

- costituzione di un *panel* di “saggi”;
- sperimentazione di un percorso sistematico di monitoraggio della qualità percepita a cominciare dall’ADI;
- formazione degli *assessors* e avvio del percorso audit dei cittadini in alcune aziende sperimentatrici;
- applicazione dello strumento “discernere” a materiale divulgativo rivolto a pazienti diabetici.

Area di programma

Economia e salute

Nel triennio 2004-2006, l'attività dell'Area Economia e salute si concentrerà sia su progetti già in corso (per i quali è necessario il completamento al fine di poterne trasferire i risultati al Servizio sanitario regionale) sia su progetti innovativi. In particolare, per quanto riguarda il primo gruppo, verrà conclusa l'analisi dei costi e delle modalità organizzative dell'assistenza erogata, presso i tre Trauma Center della Regione, ai pazienti politraumatizzati e completata l'analisi della appropriatezza organizzativa e gestionale in materia di ricoveri ordinari. Per quest'ultimo progetto si prevede il coinvolgimento delle Aziende sanitarie sia al fine di validare lo strumento di valutazione dell'appropriatezza che di mettere a punto modalità di trasferimento dei risultati in ambito aziendale. È infine previsto il completamento del progetto di stima delle quote capitarie ponderate per il finanziamento dell'assistenza distrettuale da effettuarsi mediante l'applicazione del *risk adjustment*.

Rispetto ai progetti nuovi si sottolinea l'avvio del progetto di analisi dei costi della residenzialità extra-ospedaliera per il quale è stato ottenuto un finanziamento ministeriale e che prevede un'articolazione biennale. Obiettivo del progetto è la rilevazione dei costi assistenziali per gli ospiti di un campione strutture residenziali della Regione e la successiva analisi della relazione fra costi e complessità assistenziale.

In aggiunta a questi progetti, continua l'attività di "supporto" dell'Area Economia e salute per lo svolgimento di valutazioni economiche richieste sia da altre aree dell'Agenzia che da Servizi dell'Assessorato alla sanità. In particolare sarà completata la valutazione dell'utilizzo di stent medicati negli interventi di angioplastica coronarica, in collaborazione con l'Area Governo clinico, e sarà avviata quella degli interventi di artroprotesi d'anca in collaborazione sia con l'Area Governo clinico che con il Servizio Presidi ospedalieri.

Da ultimo è previsto l'ulteriore sviluppo e potenziamento della banca dati dei consumi sanitari, integrata, dal 2002, con la spesa specialistica e, dal 2003, con l'Assistenza Domiciliare Integrata. I dati verranno utilizzati sia per progetti condotti internamente all'Agenzia che, come auspicabile, per progetti sviluppati congiuntamente con le Aziende sanitarie della Regione.

Progetto 1. L'appropriatezza della remunerazione dell'assistenza ospedaliera

Valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri

L'appropriatezza delle forme di assistenza, ed in particolare dell'assistenza in regime di day hospital o ambulatoriale rispetto alla tradizionale degenza ospedaliera, è da tempo oggetto delle politiche sanitarie della Regione Emilia-Romagna. L'abbattimento delle tariffe relative a DRG di natura medica e chirurgica che raggruppano condizioni suscettibili di assistenza alternativa alla degenza ospedaliera e gli accordi contrattuali hanno permesso di raggiungere risultati positivi in termini di riduzione dei ricoveri ordinari per i DRG considerati.

Nel corso del triennio 2001-2003 l'Area Economia e salute, in collaborazione con il Center for Research in Medical Education and Health Care della Thomas Jefferson University di Philadelphia (USA), ha messo a punto un sistema di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri ordinari basato sull'utilizzo congiunto del Disease Staging e dei dati disponibili nella SDO. Il sistema permette di classificare i ricoveri in regime ordinario in 5 gruppi che identificano i diversi gradi di appropriatezza del regime. Il sistema è stato, inizialmente, utilizzato per valutare l'appropriatezza del regime di ricovero relativamente ad un elenco di 67 DRG comprendente sia i 43 DRG previsti dall'Allegato 2C dei LEA (DPCM 29 novembre 2001) che alcuni ulteriori DRG rispetto ai quali si è ritenuto opportuno effettuare una analisi di appropriatezza del regime di ricovero. Il primo risultato dell'analisi è costituito da un "Atlante della appropriatezza regionale" che presenta l'analisi della distribuzione a livello aziendale dei ricoveri nelle 5 classi di appropriatezza e che verrà presentato alle Aziende durante il mese di febbraio 2004.

Per il triennio 2004-2006, oltre alla presentazione dell'Atlante alle Aziende ed alla condivisione con le stesse della metodologia di lavoro, è necessario attuare un progetto di audit clinico mirato a validare il sistema di classificazione dei ricoveri. Il progetto, condotto in collaborazione con l'Area Governo clinico, prevede il coinvolgimento delle Aziende nell'analisi dettagliata del sistema di valutazione della appropriatezza. Lo scopo è quello di individuare e correggere eventuali difformità nella definizione dei gruppi pervenendo così a definizioni di appropriatezza che tengano conto sia delle indicazioni cliniche, ma anche delle caratteristiche e delle politiche di ricovero delle Aziende. La condivisione dei risultati e della metodologia con le Aziende ha anche lo scopo di mettere a punto percorsi formativi da costruire sulla base dei principali esiti del progetto.

Revisione delle tariffe DRG

L'analisi dell'appropriatezza dei ricoveri, oltre a fornire alle Aziende utili indicazioni di organizzazione aziendale, costituisce anche uno strumento per proporre una revisione delle tariffe DRG. La classificazione dei ricoveri nei 5 gruppi e le stime

dell'impatto atteso della gravità complessiva del paziente sull'utilizzazione delle risorse (*RDScale*) prodotte dal *Disease Staging* costituiscono infatti un valido strumento per rivedere le tariffe dei ricoveri relativi ai 67 DRG oggetto di analisi. Ricordiamo infatti che il trattamento dei pazienti in forme alternative al ricovero ordinario comporta la concentrazione dei casi in corrispondenza di livelli più elevati di assorbimento delle risorse e che poiché ciò implica un livello di costi superiore alla tariffa media, è necessario rivedere le tariffe per non sottoporre le strutture di ricovero ad un rischio finanziario iniquo.

Per il triennio 2004-2006 è previsto, per i 67 DRG considerati, il calcolo definitivo delle tariffe sulla base dei risultati dell'analisi dell'appropriatezza ed il completamento della relativa analisi di impatto. È inoltre possibile avviare un'attività di validazione delle tariffe da effettuare mediante analisi delle singole cartelle cliniche. In particolare è possibile pensare ad un campionamento delle cartelle cliniche relative ai 67 DRG e ad una rilevazione delle risorse impiegate che permetta di quantificare i costi associati ai ricoveri considerati. Da ultimo, per la seconda parte del triennio, sarebbe opportuno considerare un'analisi, simile a quella già effettuata nel corso del 2001-2002, dell'impatto sui ricoveri sia del nuovo sistema tariffario che della diffusione dei dati relativi all'appropriatezza organizzativa e gestionale.

Sistemi di finanziamento a "funzione"

Nel corso del 2003 è stato avviato il progetto di analisi dei costi relativi all'attività di assistenza ai politraumatizzati erogata presso i tre SIAT della Regione Emilia-Romagna. In particolare, sono state analizzate le cartelle cliniche dei pazienti ricoverati presso i Trauma Center nel periodo 2002-2003 e da queste sono state tratte informazioni relative sia alle indicazioni cliniche che all'assorbimento di risorse.

Nel corso del 2004 sarà completato il lavoro di analisi sia dei costi dei Trauma Center che dell'organizzazione dei SIAT (Sistema Integrato di Assistenza ai Traumi) al fine di individuare le caratteristiche di organizzazione dell'intero percorso di assistenza al paziente politraumatizzati e proporre modalità di finanziamento più appropriate rispetto al DRG.

Obiettivi per il primo anno

- Diffusione della versione finale dell'Atlante dell'appropriatezza organizzativa e gestionale;
- messa a disposizione delle Schede di Dimissione Ospedaliera relative ai 67 DRG per il quadriennio 1999-2002 e organizzazione di un sistema di aggiornamento periodico delle SDO relative agli anni successivi;
- calcolo definitivo delle tariffe sulla base dei risultati dell'analisi dell'appropriatezza;

- impostazione dell'attività di validazione delle tariffe mediante analisi dei costi;
- completamento dell'analisi dei costi dei Trauma Center e dell'organizzazione e delle caratteristiche dei SIAT.

Aziende disponibili alla partecipazione: Azienda USL di Ravenna, Cesena, Bologna e Rimini; Azienda ospedaliera di Parma.

Progetto 2. Banca dati dei consumi sanitari

Nel corso del triennio 2001-2003 è stata impostata la creazione, in collaborazione con il Center for Research in Medical Education and Health Care della Thomas Jefferson University di Philadelphia, di una banca dati che integra 4 flussi informatici (anagrafica, assistenza ospedaliera, assistenza farmaceutica territoriale, registro di mortalità) e che permette di disporre dei dati di consumo (ricoveri e farmaci) individuali di tutti gli assistiti della Regione. Nonostante difficoltà di natura tecnica e di qualità di alcuni dati, è stato possibile, mediante l'applicazione di vari algoritmi, massimizzare la percentuale di popolazione rilevata ed associata all'assistenza sanitaria e completare il collegamento dei dati per il biennio 2000-2001. Nel corso del prossimo triennio è previsto, da un lato, l'aggiornamento periodico del *database* con i dati relativi all'assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera e al registro di mortalità e, dall'altro, l'integrazione con i dati relativi all'assistenza specialistica (disponibili dal 2002) ed all'assistenza domiciliare integrata (disponibili dal 2003).

Il completamento della banca dati per il biennio 2000-2001 ha permesso, coerentemente con quanto previsto dal programma per il triennio 2001-2003, di sviluppare e stimare i primi modelli di *risk adjustment*, i cui risultati potrebbero costituire il punto di partenza per proporre modalità di finanziamento per l'assistenza distrettuale.

Per il triennio 2004-2006 è previsto il completamento del modello di *risk adjustment* nonché l'utilizzo dei dati raccolti per tre ulteriori analisi.

Analisi dell'impatto dell'abolizione della compartecipazione alla spesa farmaceutica sui consumi farmaceutici e sul ricorso ai ricoveri ospedalieri

La scelta di abolire la compartecipazione alla spesa farmaceutica effettuata dal governo italiano nel 2000 e mantenuta dalla Regione Emilia-Romagna congiuntamente alla disponibilità della banca dati che raccoglie, a livello di singolo assistito, i dati di spesa farmaceutica ed ospedaliera per il biennio 2000-2002 permette di analizzare l'impatto che tale scelta di politica sanitaria ha avuto sia sul consumo di farmaci che sul ricorso ad altri servizi sanitari quali l'assistenza ospedaliera in regime sia elettivo che in emergenza.

L'analisi verrà effettuata in collaborazione con il Center for Research in Medical Education and Health Care della Thomas Jefferson University di Philadelphia

confrontando il consumo di farmaci nel periodo precedente e successivo l'abolizione della compartecipazione alla spesa. In aggiunta, il *database* verrà utilizzato per calcolare il numero di ricoveri, la diagnosi, la gravità ed il costo dei ricoveri di ciascun residente nel periodo precedente e successivo l'entrata in vigore della regolamentazione nazionale. È anche prevista un'analisi dell'andamento del tasso di mortalità.

Analisi dell'appropriatezza del consumo di farmaci per gli anziani

Il *database* dell'assistenza farmaceutica ed ospedaliera verrà utilizzato anche per valutare il grado di appropriatezza nel ricorso all'assistenza farmaceutica per la popolazione ultrasessantacinquenne della Regione Emilia-Romagna. A tal fine, sulla base dei criteri messi a punto da Beers e utilizzando la tecnica Delphi per raccogliere il parere di farmacologi e geriatri, verrà sviluppato un sistema di valutazione dell'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche.

Per ogni individuo verrà anche considerata la frequenza di ricoveri ospedalieri e l'eventuale decesso. Un'analisi statistica, sviluppata in collaborazione con il Center for Research in Medical Education and Health Care della Thomas Jefferson University di Philadelphia, permetterà inoltre di valutare il grado di correlazione tra prescrizione inappropriata e caratteristiche della popolazione.

Criteri di finanziamento per quota capitaria ponderata dei Distretti sanitari

Completamento del percorso di stima delle quote capitarie ponderate in base all'attuale stato di salute/esperienze di consumi sanitari dei cittadini residenti. La disponibilità, per il 2002, dei dati relativi alla spesa specialistica permette di tenere conto di una quota ulteriore di spesa distrettuale fino a questo momento non considerata a causa della mancanza di informazioni relative al singolo residente.

È anche necessario integrare i risultati della stima econometrica con le voci di costo di competenza distrettuale ma non direttamente attribuibili al singolo assistito (es. DSM, Consultori familiari).

Obiettivi per il primo anno

- Presentazione alle Aziende dalla banca dati dei consumi sanitari e del manuale per il suo utilizzo;
- messa a disposizione dei dati per il loro utilizzo da parte delle Aziende in collaborazione con le Aree di programma dell'Agenzia sanitaria;
- aggiornamento della banca dati con i dati relativi ai ricoveri ospedalieri, all'assistenza farmaceutica territoriale e al registro mortalità ed integrazione dei dati relativi alla spesa specialistica;
- completamento del lavoro di stima delle quote capitarie ponderate mediante *risk adjustment*;
- impostazione dell'Atlante della spesa farmaceutica;

- sviluppo dei criteri di inappropriatezza in collaborazione con professionisti italiani;
- disegno dello studio per l'analisi dell'impatto dell'abolizione della compartecipazione alla spesa ed estrazione dei dati di interesse dalla banca dati dei consumi sanitari.

Progetto 3. Analisi dei costi della residenzialità extra-ospedaliera

Il progressivo invecchiamento della popolazione e la crescita quantitativa e qualitativa del relativo settore dell'assistenza non si è tuttavia accompagnata ad un equivalente sviluppo di strumenti per:

- il monitoraggio e la rilevazione dei costi sostenuti dalle strutture residenziali;
- l'analisi della complessità assistenziale dei pazienti;
- la misurazione della correlazione tra complessità e costi dell'assistenza.

Il progetto (oggetto di finanziamento ministeriale ex art. 12) prevede:

- sperimentazione del sistema RUG per la rilevazione del *case-mix* nelle strutture per anziani e sviluppo della relativa base informativa;
- rilevazione ed analisi dei costi sostenuti in un campione di strutture sanitarie residenziali della Regione Emilia-Romagna;
- stima, mediante modello econometrico, di una funzione di costo delle RSA e delle Case protette presso un campione di strutture residenziali della regione, utilizzando come strumento di misura della complessità della casistica il sistema di classificazione RUG, arricchito da alcune delle informazioni aggiuntive previste dal VAOR.

Obiettivi per il primo anno

- Coinvolgimento delle strutture e degli enti gestori;
- rassegna della letteratura scientifica sul tema dell'analisi dei costi delle strutture residenziali;
- messa a punto della modalità e degli strumenti di rilevazione dei costi in collaborazione con le strutture coinvolte;
- rilevazione da effettuarsi in corrispondenza con la sperimentazione del sistema RUG;
- analisi preliminari dei dati raccolti.

Aziende disponibili alla partecipazione Aziende USL di Ravenna, Forlì e Imola. Il progetto è condotto in collaborazione con le Regioni Marche e Umbria.

Progetto 4. Valutazione economica degli interventi sanitari

Per il triennio 2004-2006 è previsto il completamento dell'analisi costo-efficacia, avviata nel 2003, dell'utilizzo di stent medicati negli interventi di angioplastica coronarica. In particolare, oltre al completamento del modello decisionale già predisposto nella seconda metà del 2003, si intende integrare l'analisi con i dati relativi al percorso assistenziale post-operatorio: consumo di farmaci, di ricoveri e di prestazioni di specialistica ambulatoriale.

È inoltre previsto l'avvio di un progetto di valutazione economica degli interventi di protesi d'anca. In particolare sarà effettuata una rilevazione dei costi assistenziali associati agli interventi di artroprotesi di anca in relazione alle diverse tipologie protesiche. I dati raccolti saranno utilizzati ai fini di una valutazione costo-efficacia di tali interventi.

Obiettivi per il primo anno

- Completamento del rapporto "Valutazione dell'impatto clinico ed economico della adozione degli stent a rilascio di farmaco del tipo Cypher per gli interventi di angioplastica coronaria";
- sviluppo di tecniche di analisi decisionale che implicano l'utilizzo di processi markoviani da applicare alla valutazione economica degli stent a rilascio del farmaco;
- integrazione dell'analisi con i dati relativi al percorso assistenziale post-operatorio;
- rilevazione dei costi assistenziali per gli interventi di artroprotesi d'anca.

Aziende disponibili alla partecipazione: Aziende USL di Ravenna, Bologna, Piacenza, Forlì, Rimini, Modena; Aziende ospedaliere di Bologna, Modena, Ferrara, Parma e Reggio Emilia; Istituti Ortopedici Rizzoli.

Area di programma

Governo clinico

Caratteristiche generali delle attività per il triennio 2004-2006

I progetti che verranno condotti nel corso del triennio 2004-2006 trovano la propria giustificazione nella duplice esigenza di dare da una parte la necessaria continuità a quelle specifiche iniziative che nel corso del primo triennio hanno avuto modo di consolidarsi e dall'altra di dare una risposta alle nuove esigenze che l'esperienza del primo triennio ha posto in evidenza.

Questo duplice carattere di continuità e nel contempo di innovazione, si manifesta operativamente in una articolazione progettuale che viene confermata nei suoi tratti generali, provvedendo nel contempo all'innesto su questa stessa struttura di specifiche iniziative che rappresentano lo sviluppo di nuovi settori, finalizzati a rispondere in particolare alle seguenti esigenze:

- documentare con migliore analiticità e completezza la qualità delle prestazioni e dei servizi erogati dal servizio sanitario regionale;
- sostenere le Aziende sanitarie regionali nella adozione di strumenti e metodologie funzionali al pieno raggiungimento degli obiettivi del governo clinico, documentandone nel contempo la capacità di adozione degli idonei assetti clinico-organizzativi;
- facilitare l'adozione da parte del servizio sanitario regionale, delle innovazioni cliniche ed organizzative funzionali al perseguimento di una maggiore efficacia ed appropriatezza clinico-organizzativa.

In questo contesto, il progetto Audit clinico, soprattutto in alcune sue articolazioni segnatamente rappresentate dai registri regionali dedicati al monitoraggio della qualità dell'assistenza fornita a specifiche categorie di pazienti in aree cliniche di particolare rilevanza per il SSR (cardiochirurgia, cardiologia interveniva, dialisi, interventi di impianto di protesi d'anca), acquisisce accanto alla propria tradizionale valenza di strumento di documentazione della qualità clinica delle prestazioni, anche quella di ambito di valutazione dell'impatto clinico ed organizzativo di specifiche tecnologie ed interventi sanitari, come dimostrato dall'esperienza condotta nel primo triennio di attività per quanto riguarda la valutazione dell'efficacia clinica degli stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica.

Da questo punto di vista, i registri rappresentano l'area di interfaccia tra la valutazione della qualità dell'assistenza e quegli aspetti del *technology assessment* che hanno direttamente a che vedere con il governo delle innovazioni biomediche al momento del loro ingresso nella pratica clinica e con la verifica del loro reale impatto su

quest'ultima, al di fuori delle peculiarità dei contesti della ricerca clinica. Questa connessione tra valutazione della qualità e *technology assessment* trova oggi nella nostra regione nella cardiologia il suo terreno di più maturo avanzamento. Questo spiega l'attenzione specifica che viene attribuita a questo settore, rappresentata dalla identificazione di uno specifico progetto dedicato alla Integrazione dei *database* clinici cardiologici. In questo ambito sono state nel corso del primo triennio gettate le premesse operative che oggi possono consentire la descrizione non più soltanto delle procedure erogate e dei loro risultati, ma anche dei percorsi assistenziali dei pazienti. L'analisi di questi ultimi rappresenta anche la possibilità di valutare l'efficienza delle relazioni funzionali che dovrebbero caratterizzare la rete assistenziale *Hub & Spoke* che costituisce la caratteristica saliente di questa area assistenziale.

Nel contesto del progetto Linee guida cliniche il binomio continuità ed innovazione è rappresentato dall'integrazione delle iniziative di elaborazione di raccomandazioni di comportamento clinico con una nuova specifica attenzione progettuale rivolta ad indagare con appositi studi i fattori clinici ed organizzativi che nei contesti aziendali possano favorire od ostacolare la loro effettiva adozione nella pratica clinica. Conseguentemente l'attenzione progettuale viene rivolta non più soltanto nei confronti della messa punto dello strumento (le linee guida), ma anche alla descrizione ed all'analisi delle caratteristiche degli assetti clinico-organizzativi aziendali e della loro relativa capacità di rispondere alle richieste di cambiamento e di adeguamento che le linee guida pongono.

Un discorso simile vale anche per il progetto Liste di attesa, per il quale si tratta di far seguire alla fase di elaborazione di strumenti di governo clinico degli accessi (linee guida, score clinici di priorità), una valutazione della loro concreta applicabilità nella pratica clinica.

Il progetto Indicatori di *performance*, dopo aver sviluppato le tecniche e le metodologie nel corso del primo triennio, cercherà di consolidarsi sul terreno della capacità di descrivere al meglio, sulla base dei dati disponibili, le diverse dimensioni della qualità dell'assistenza fornita ai cittadini dal SSR, cercando il coinvolgimento degli operatori per definire quali siano le modalità descrittive ed analitiche migliori e quali siano gli aspetti qualitativi più rilevanti.

Progetto 1. Audit clinico

In questo contesto saranno condotte le seguenti attività.

1. Audit sulle procedure cardiologiche ad alta complessità.

Ad oltre un anno dal suo avvio, il Registro Regionale degli Interventi di Angioplastica Coronarica (REAL) continuerà a rappresentare l'ambito di valutazione della qualità dell'assistenza erogata dai centri di emodinamica della Regione e ad offrire l'opportunità di valutare l'impatto clinico ed economico delle innovazioni cliniche ed

organizzative che caratterizzano questa area di pratica clinica. In particolare, utilizzando la base informativa rappresentata dal registro regionale delle angioplastiche coronariche ed utilizzando lo stesso approccio metodologico applicato alla valutazione degli stent a rilascio di rapamicina, verrà condotta una valutazione dell'impatto clinico ed economico di questo device.

Obiettivo previsto per il 2004

- Produzione di un rapporto sulla valutazione di impatto clinico degli stent a rilascio di farmaco ed organizzazione di un evento congressuale dedicato alla presentazione dei risultati.

Aziende partner nel progetto: Azienda ospedaliera Policlinico S.Orsola-Malpighi; Aziende ospedaliere di Parma, Reggio Emilia, Ferrara, Modena; Aziende USL di Bologna, Imola, Modena, Parma, Ferrara, Forlì, Cesena, Ravenna, Rimini, Piacenza; Villa Torri, Villa Maria Cecilia.

2. Audit attività cardiocirurgica

Verrà completato il consolidamento del Registro Regionale degli Interventi Cardiocirurgici, al fine di rendere possibile un monitoraggio delle prestazioni ed una valutazione delle *performance* dei centri più analitico di quanto non sia possibile fare sulla base dei dati amministrativi routinariamente disponibili. In collaborazione con i centri partecipanti, si ricercheranno le strategie e le modalità tecniche più appropriate per offrire ai team cardiocirurgici un *feedback* tempestivo su aspetti clinicamente rilevanti delle loro *performance*.

Risultato previsto per il 2004

- Produzione di un rapporto con la descrizione e l'analisi dell'attività cardiocirurgica.

Aziende partner nel progetto: Villa Maria Cecilia, Villa Salus, Hesperia Hospital, Azienda ospedaliera di Parma, Azienda ospedaliera Policlinico S.Orsola-Malpighi, Villa Torri.

3. Audit dei percorsi assistenziali dei pazienti con infarto miocardico acuto

Nel corso del 2003 è stata avviata una iniziativa dedicata alla riorganizzazione su base provinciale dei percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con IMA, finalizzata alla promozione di modalità di assistenza tempestive, efficaci clinicamente ed appropriate sul piano organizzativo e tali da consentire un migliore utilizzo di procedure interventistiche (come la PTCA primaria). Come previsto nell'ambito di questo progetto, coordinato dalla Commissione cardiologica e cardiocirurgica regionale, per ciascun ambito provinciale Comitati provinciali di progetto (comprendenti i responsabili dei servizi cardiologici ai diversi livelli della rete e quelli dei servizi della rete dell'emergenza/urgenza) hanno iniziato l'elaborazione di piani locali di adeguamento clinico-organizzativo.

Nel corso del primo anno, è stata condotta la rilevazione, attraverso le informazioni rese disponibili dalle SDO, dei percorsi assistenziali prevalenti per i pazienti con IMA nei diversi contesti provinciali. Inoltre, è stato condotto uno studio di audit clinico, della durata di due mesi, per documentare le modalità di diagnosi e trattamento offerte a questi pazienti.

Nel corso del prossimo anno, verranno proseguite le iniziative di documentazione dei profili di cura per i pazienti con IMA, con lo specifico scopo di rilevare variazioni nella capacità di erogazione di specifici interventi e nelle modalità di organizzazione dei servizi e verrà mantenuto attivo il monitoraggio sulle attività dei Comitati Provinciali.

Risultato previsto per il 2004

- Produzione di un rapporto sui risultati ottenuti ed organizzazione di un evento congressuale dedicato a questo progetto.

Aziende partner nel progetto: tutte le Aziende regionali.

4. Registro regionale dei pazienti uremici

Questo registro rappresenta da tempo una consolidata realtà regionale. Nel corso del 2004 verrà realizzata l'integrazione tra questa fonte informativa e la base dati delle schede di dimissione ospedaliera e del registro regionale di mortalità. In questo modo sarà possibile descrivere i percorsi assistenziali e gli esiti a lungo termine dei pazienti che accedono al trattamento dialitico. In collaborazione con le aziende partecipanti, verranno definite le modalità e le tecniche più appropriate di feedback informativo agli operatori su aspetti rilevanti della loro pratica clinica

Risultato previsto per il 2004

- Produzione di un rapporto sui risultati ottenuti.

Aziende partner nel progetto: Azienda ospedaliera Policlinico S.Orsola-Malpighi, Aziende ospedaliere di Parma, Reggio Emilia, Ferrara, Modena; Aziende USL di Bologna, Modena, Parma, Forlì, Cesena, Ravenna, Rimini, Piacenza.

5. Registro regionale degli interventi di impianto di protesi d'anca

Questo registro rappresenta da tempo una consolidata realtà regionale coordinata dall'IRCCS Rizzoli. Nel corso del 2004 verrà realizzata l'integrazione tra questa fonte informativa e la base dati delle schede di dimissione ospedaliera e del registro regionale di mortalità, con l'obiettivo di descrivere i percorsi assistenziali e gli esiti a lungo termine dei pazienti. Nel contesto di questa iniziativa verrà anche realizzata la valutazione della costo-efficacia di diverse tipologie di protesi.

Risultato previsto per il 2004

- Produzione di un rapporto sui risultati ottenuti.

Aziende partner nel progetto: IRCCS Rizzoli

Progetto 2. Liste di attesa

In questo contesto saranno condotte le seguenti attività:

- Elaborazione di criteri di priorità per la gestione delle liste di attesa per gli interventi di protesi d'anca.
- Conduzione di una revisione sistematica della letteratura sulla efficacia degli interventi finalizzati a migliorare la gestione clinica ed organizzativa delle liste di attesa.

Risultato previsto per il 2004

- Produzione di un rapporto con i risultati della revisione sistematica della letteratura.
- Produzione di un rapporto di sintesi dell'insieme delle esperienze e valutazioni condotte a livello regionale relativamente al problema del monitoraggio e del contenimento delle liste di attesa.

Progetto 3. Linee guida cliniche

Relativamente a quest'ambito verranno realizzate le seguenti attività

- Elaborazione di criteri per l'uso appropriato dei defibrillatori impiantabili, attraverso la collaborazione di un *panel* multidisciplinare di esperti identificati dalla Commissione cardiologica e cardiocirurgica regionale; tali criteri saranno utilizzati successivamente nell'ambito di iniziative di audit clinico per la valutazione del grado di appropriatezza dell'uso di questi device nella pratica clinica.

Risultato previsto per il 2004

- Produzione di un rapporto sui criteri di utilizzo appropriato dei defibrillatori impiantabili.
- Elaborazione, in collaborazione con il CeVEAS di Modena, di linee guida per il trattamento delle lesioni da decubito.
- Valutazione delle implicazioni clinico-organizzative della adozione di linee guida per l'utilizzo di prestazioni diagnostiche

Nel corso degli ultimi anni, a livello regionale è stata posta particolare attenzione alla razionalizzazione degli accessi alle prestazioni diagnostiche, con particolare riferimento ad alcune prestazioni critiche per i tempi di attesa erogate in ambito di specialistica ambulatoriale (quali MOC ed Eco-doppler) ed alla diagnostica radiologica. Nell'ambito di questo progetto, condotto in collaborazione con le Aziende dell'Area Vasta Romagna, si cercherà di identificare quali siano i fattori di contesto (clinici,

attitudinali, organizzativi e gestionali) che rappresentano possibili fattori di ostacolo alla adozione di queste linee guida. Questo percorso, che si realizzerà attraverso una serie di *workshop* con la partecipazione degli operatori con responsabilità cliniche ed organizzative, è propedeutico alla identificazione delle strategie più appropriate per rimuovere i fattori di ostacolo eventualmente presenti nei contesti aziendali e favorire quindi l'introduzione delle linee guida cliniche come strumenti di razionalizzazione degli accessi.

In questo contesto, si procederà inoltre alla elaborazione di uno strumento finalizzato in modo specifico alla documentazione dello stato di avanzamento del governo clinico nei contesti aziendali. Questo strumento verrà elaborato sulla base delle esperienze presenti in letteratura ed avrà lo scopo di indagare le iniziative e le attività condotte dalle aziende relativamente alle diverse dimensioni del governo clinico.

Risultato previsto per il 2004

- Produzione di un rapporto con la documentazione dei fattori di ostacolo alla adozione delle linee guida nei contesti aziendali.

Aziende partner nel progetto: Aziende USL di Forlì, Cesena, Ravenna e Rimini.

Progetto 4. Costituzione e integrazione dei database clinici cardiologici

L'obiettivo generale di questo progetto è rappresentato dalla creazione di *database* clinici integrati finalizzati a rendere possibile una descrizione dell'insieme dei percorsi assistenziali dei pazienti. Inoltre, nel contesto di questo progetto si procederà alla stima del fabbisogno regionale di interventi e prestazione di particolare rilevanza e complessità

Risultati previsti per il 2004

- produzione di un rapporto con la descrizione dei percorsi dei pazienti sottoposti ad angiografia coronarica, ai fini della valutazione delle indicazioni poste agli interventi di rivascolarizzazione coronarica, dei tempi di accesso a tali interventi e della influenza esercitata dalla disponibilità di specifiche innovazioni tecnologiche quali gli stent a rilascio di farmaco.
- Produzione di un rapporto con la stima del fabbisogno regionale di prestazioni ed interventi di particolare rilevanza.

Progetto 5. Indicatori di performance

Relativamente a questo obiettivo, nel corso dei primi tre anni di attività si è proceduto all'identificazione e all'applicazione di un primo set di indicatori di qualità dell'assistenza.

Obiettivo delle attività previste nel corso del 2004 è quello di procedere lungo questo percorso, completando il lavoro di identificazione degli indicatori rilevanti per i vari aspetti della qualità dell'assistenza (efficacia, appropriatezza, accessibilità, rischio clinico). In particolare, si prevede un percorso metodologico articolato secondo le fasi sotto descritte:

- selezione, per ciascuna delle dimensioni sopra indicate, di un set minimo di indicatori ritenuti sufficientemente informativi, validi e pertinenti, da parte di un *panel* multidisciplinare identificato nell'ambito delle direzioni sanitarie aziendali;
- sperimentazione di tecniche per una valutazione complessiva della qualità dell'assistenza, derivata da una sintesi di ciascuna delle dimensioni citate, a partire dalla rilevanza attribuita ai singoli indicatori dal *panel* multidisciplinare identificato.

Risultato previsto per il 2004

- Produzione di un rapporto con descrizione della metodologia adottata e dei risultati ottenuti.

Partecipazioni a Progetti di ricerca finanziati dalla CE

- Progetto "A framework and tools to develop effective quality improvement programs in European healthcare", QLRT-2001-00657; coordinato National Institute of Public Health, Health Services Research Unit, Oslo (Norvegia).
- Progetto "Care-Paths (Percorso Assistenziale)", coordinato da Aerial Conseil - Francia.

Area di programma

Politiche sociali

Nell'ambito degli studi e ricerche condotte dall'area programma politiche sociali è stato evidenziato che gli aspetti critici che caratterizzano la programmazione dei servizi socio-assistenziali vanno ricondotti alla frammentazione degli interventi e alla difficoltà di ricondurli ad un'area di *policy*. Questi risultati hanno inoltre individuato nel lavoro di cura il principale aspetto unificante, ma anche uno dei limiti di un sistema di protezione che sconta le profonde trasformazioni indotte dall'invecchiamento della popolazione, dai cambiamenti nelle strutture familiari e nel mercato del lavoro.

I bisogni connessi all'attività di cura, in particolare di tutti quei soggetti incapaci di provvedere autonomamente a se stessi per ragioni di età (minori e anziani fragili) o di deficienze psicofisiche (adulti con handicap fisici o mentali), relegati nella sfera familiare, stanno ponendo un problema di sostenibilità economica, sociale e finanziaria: in Emilia-Romagna gli anziani che presentano almeno una forma di disabilità sono circa 170.000 di cui l'87% vive presso il proprio domicilio da solo o in famiglia. L'analisi di questo fenomeno coinvolge discipline diverse (demografia, epidemiologia, economia, sociologia) in quanto l'invecchiamento viene percepito come problema nella misura in cui porta ad un aumento della quota di popolazione *definita* come dipendente. Il deteriorarsi delle condizioni fisiche infatti non è esclusivamente funzione dell'età, in quanto un ruolo molto importante è assunto dai fattori socio-economici: elevate condizioni di reddito e di istruzione risultano positivamente correlati allo stato di salute delle persone e dei gruppi sociali. La dipendenza è un concetto relazionale: non è una proprietà di un individuo o di un gruppo sociale, ma è una relazione tra individui (livello micro) e tra gruppi sociali (livello macro). Il motivo per cui la dipendenza diventa un problema dal punto di vista sociale ed economico è che essa produce uno squilibrio e una asimmetria tra i membri della società.

Questa prospettiva di ricerca è utile sia per cogliere i processi di creazione delle disuguaglianze e dell'indebolimento della coesione sociale, sia per fornire strumenti alla programmazione sociale e sanitaria nella messa a punto di politiche, interventi e azioni mirate a prevenire, contrastare e o attenuare le diverse forme di dipendenza e rendere più equi ed efficaci gli strumenti per la definizione dei destinatari, delle condizioni di accesso ai servizi, della messa a punto di livelli appropriati di assistenza e di compartecipazione ai costi.

Progetto 1. Disuguaglianze e disabilità

La disabilità può essere definita a partire da due punti di vista diversi:

- il punto di vista medico-sanitario, secondo il quale la disabilità è una caratteristica di un soggetto, causata da una malattia, da un trauma o da altre condizioni di salute, che richiede la fornitura di cure mediche sotto forma di trattamenti individuali specialistici;
- il punto di vista sociale che concettualizza la disabilità, non come attributo individuale, ma in termini di relazione sociale. Da questo punto di vista la disabilità richiede risposte in termini di politiche economiche e sociali.

La Classificazione Internazionale del Funzionamento e delle Disabilità (ICIDH-2 o ICF) introdotta dall'Organizzazione mondiale della sanità nel 2002, costruisce un modello di definizione e di classificazione che integra il punto di vista sanitario con quello sociale definendo la disabilità come frutto dell'interazione tra caratteristiche personali del soggetto interessato e caratteristiche del contesto all'interno del quale vive il soggetto.

La disabilità è funzione di due ordini di fattori: fattori relativi alle condizioni di salute, e fattori legati al contesto relativi al soggetto stesso (il sesso, l'età, il livello di istruzione, la professione) o all'ambiente in cui il soggetto vive (le relazioni familiari, la comunità, il territorio, le caratteristiche dell'ambiente fisico, ecc.).

Questo approccio integrato consente di individuare come le disuguaglianze economiche e sociali costituiscano un aspetto determinante nel definire la forma e la gravità delle disabilità.

Una programmazione efficace delle politiche sociali dirette verso le problematiche della disabilità può assumere come punto di partenza una definizione del problema integrata dal punto di vista sociale e sanitario e diretta ad individuare come obiettivo non tanto la disabilità/non autosufficienza quanto piuttosto la dipendenza, in cui la dipendenza è la risultante sia a livello individuale che a livello aggregato di fattori che riguardano tanto l'individuo quanto l'ambiente in cui è inserito e ciascuno dei soggetti coinvolti nella relazione di dipendenza.

Obiettivo generale del progetto è l'individuazione dei fattori che caratterizzano e strutturano le relazioni di dipendenza connesse all'invecchiamento, con particolare attenzione al tema delle disuguaglianze, al fine di determinare un modello di riferimento coerente ed unitario per le politiche collegate alle disabilità.

Obiettivi per il primo anno.

Per il primo anno di lavoro sono previste le seguenti attività:

- analisi della letteratura economica e sociologica su invecchiamento, dipendenza e disabilità mirata a definire il quadro teorico di riferimento;
- analisi del dibattito internazionale relativo alle definizioni di disabilità, con particolare riferimento alle applicazioni dell'ICIDH dell'OMS;

- ricognizioni delle fonti statistiche e analisi di fattibilità dell'integrazione di banche dati che forniscono informazioni sullo stato di salute e informazioni sulle condizioni socio-economiche;
- costruzione di una griglia di riferimento per la definizione degli indicatori connessi al concetto di dipendenza nelle dimensioni economica, fisica, politico-istituzionale e strutturale.

Al Progetto partecipano l'Azienda USL di Bologna e l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

Area di programma

Rischio infettivo

Le malattie infettive continuano a rappresentare una causa importante di malattia e morte nella popolazione, come testimoniano anche le nuove emergenze sanitarie quali la SARS, il bioterrorismo e l'influenza aviaria.

La SARS ha messo in luce in molti paesi, anche dotati di servizi sanitari di alto livello quale il Canada, insufficienze e limiti dei sistemi sanitari nella loro capacità di risposta alle emergenze infettive: per mancanza di coordinamento tra i diversi servizi, per carenza di sistemi informativi adeguati, per incapacità delle strutture di laboratorio di rispondere in modo tempestivo ed accurato alle nuove esigenze, per insufficiente preparazione del sistema a controllare i rischi infettivi associati all'assistenza sanitaria.

Questi limiti sono risultati più evidenti in occasione dell'emergenza SARS, ma limitano di fatto la capacità dei sistemi sanitari di prevenire e controllare tutte le malattie infettive.

In seguito alla epidemia di SARS autorevoli istituzioni governative statunitensi, inglesi, canadesi, cinesi hanno elaborato documenti mirati a identificare le azioni necessarie a migliorare la capacità di risposta dei servizi sanitari alle malattie infettive; i principali interventi proposti sono:

- migliorare la capacità di sorvegliare efficacemente le malattie infettive;
- migliorare la capacità dei servizi di rilevare e scambiarsi informazioni;
- promuovere un maggior coordinamento tra servizi;
- promuovere la formazione degli operatori sanitari sugli aspetti di sanità pubblica delle malattie infettive;
- migliorare la capacità diagnostica delle malattie infettive da parte di clinici e laboratori e l'utilizzo dei dati di laboratorio per la sorveglianza;
- ridurre l'uso inappropriato di antibiotici per prevenire la diffusione di resistenze e preservare la capacità terapeutica degli antibiotici disponibili.

I temi di interesse dell'Area di programma Rischio infettivo per il 2006-2006 sono l'antibioticoresistenza, le infezioni emergenti e riemergenti (tra cui patologie note, il cui *trend* epidemiologico si è modificato, quali la tubercolosi, e infezioni "nuove", quali la SARS e le infezioni sostenute da agenti patogeni utilizzati dal bioterrorismo) e le infezioni nelle organizzazioni sanitarie.

Nel triennio 2001-2003 sono state condotte indagini mirate a rilevare, nel contesto regionale, dati utili a descrivere il quadro epidemiologico di queste malattie infettive, specifiche caratteristiche dei servizi oppure lo stato di attuazione di alcuni interventi.

Sono state, inoltre, avviate sperimentazioni di sistemi di sorveglianza ed azioni di miglioramento.

Nel secondo triennio le attività saranno mirate a migliorare la capacità del Servizio sanitario regionale di risposta alle malattie infettive con interventi finalizzati a:

- migliorare la sorveglianza delle malattie infettive e l'integrazione dei flussi informativi, consolidando i nuovi flussi informativi sperimentati nel primo triennio e promuovendo l'integrazione stabile tra flussi informativi diversi;
- migliorare la capacità diagnostica della rete dei laboratori di microbiologia;
- migliorare la qualità e la collaborazione tra servizi attraverso la diffusione dei modelli di intervento che si sono dimostrati utili a migliorare la efficacia, sicurezza ed appropriatezza dell'assistenza prestata, e la sperimentazione di nuovi;
- promuovere una migliore conoscenza degli aspetti di sanità pubblica delle malattie infettive attraverso interventi formativi/informativi.

I tre progetti che verranno portati avanti nel triennio sono:

- Antibioticoresistenza;
- Infezioni emergenti e riemergenti;
- Infezioni nelle organizzazioni sanitarie.

Progetto 1. Antibioticoresistenza

Le infezioni antibioticoresistenti rappresentano un fenomeno in progressivo aumento; per contrastare questo *trend* è necessario consolidare sistemi informativi in grado di monitorare costantemente la diffusione delle resistenze e l'utilizzo di antibiotici. Parallelamente, è necessario diffondere una cultura del rischio associato al ricorso inappropriato agli antibiotici: tra i medici, i veterinari e nella popolazione.

Nel triennio 2001-2003 sono state gettate le basi per raggiungere questi due obiettivi: è stato istituito un sistema sperimentale di sorveglianza sulla base dei laboratori; è stata condotta una indagine per valutare la possibilità di utilizzare le prescrizioni veterinarie a fini di farmacovigilanza; sono stati utilizzati i dati delle prescrizioni farmaceutiche per monitorare l'uso di antibiotici in comunità; è stato avviato un progetto per l'uso appropriato di antibiotici nei bambini (il Progetto ProBa); è stata effettuata una ricognizione delle linee guida esistenti in regione sulla chemiopprofilassi chirurgica e si è contribuito alla definizione di linee guida a livello nazionale.

Nel triennio 2004-2006 il progetto si propone di migliorare la capacità di risposta del Servizio sanitario regionale al fenomeno dell'antibioticoresistenza, consolidando:

- la qualità delle informazioni epidemiologiche disponibili, anche attraverso il *linkage* delle fonti informative routinarie correnti;
- la capacità del servizio sanitario regionale di diagnosticare le infezioni resistenti, sia per quanto concerne la diagnosi di laboratorio che quella clinica;
- l'utilizzo appropriato di antibiotici con particolare riguardo alla popolazione pediatrica.

1. Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e miglioramento della capacità diagnostica del SSR

Sorveglianza delle infezioni a partire dai laboratori

I dati archiviati dai laboratori di microbiologia rappresentano una fonte informativa potenzialmente molto utile a sorvegliare le malattie infettive, con particolare riguardo, ma non limitatamente, alle infezioni antibioticoresistenti. A livello regionale la capacità di lettura a fini epidemiologici dei dati dei laboratori era molto limitata e non esisteva un flusso informativo regionale. Per questo motivo si è ritenuto necessario istituire un flusso informativo specifico, che fosse integrabile con i flussi correnti già esistenti a livello regionale. Per ottenere informazioni epidemiologiche utili e per promuovere una migliore qualità dell'assistenza è, però, anche necessario lavorare per migliorare progressivamente la capacità diagnostica dei laboratori, stimolando l'adozione di metodiche standardizzate nell'esecuzione degli esami di laboratorio e nella loro interpretazione.

Sistema regionale di sorveglianza a partire dai dati di laboratorio

Nel 2003 è stato definito, con i 17 laboratori ospedalieri della regione che eseguono più di 500 emocolture l'anno, il tracciato record per la trasmissione elettronica dei dati relativi alla batteriologia; l'Agenzia ha, inoltre, partecipato alla standardizzazione, ancora in corso, a livello nazionale delle codifiche per le variabili di interesse batteriologico (microrganismo, antibiotici, materiale, tipo di esame, ecc.). La trasmissione dei dati relativi al 2003 è attualmente in corso e si completerà nei primi mesi del 2004.

I dati di laboratorio saranno integrabili, attraverso chiavi di linkage già previste nel sistema, con i dati contenuti nei flussi informativi relativi alle notifiche, alle Schede di dimissione ospedaliera, alla specialistica ambulatoriale (ASA) e all'assistenza domiciliare (ADI) e quello relativo alle prescrizioni farmaceutiche in comunità ed in ospedale.

Nel triennio ci si propone di rendere questo flusso informativo stabile, estendendo la rilevazione dei dati anche alla virologia e sierologia. I dati rilevati verranno utilizzati per sorvegliare il fenomeno dell'antibioticoresistenza, ma anche per integrare il flusso

informativo delle notifiche di malattie infettive con i dati rilevati dai laboratori, migliorando così l'accuratezza del sistema di sorveglianza regionale.

Obiettivi di lavoro per il 2004 sono:

- ottenere la trasmissione elettronica dei dati di laboratorio da parte tutti i laboratori selezionati;
- valutare la qualità dei dati trasmessi ed individuare le eventuali modifiche necessarie;
- produrre un primo rapporto sulla antibioticoresistenza a livello regionale;
- definire le modalità di trasmissione di dati anche degli esami sierologici e virologici.

Miglioramento della capacità diagnostica di laboratorio delle infezioni.

Durante il primo triennio di attività sono state confrontate le metodiche di laboratorio adottate nei diversi laboratori e valutata la loro accuratezza. In particolare, è stato condotto uno studio di valutazione della "proficiency" dei 10 laboratori che eseguono saggi di resistenza ai farmaci dei micobatteri e sono stati organizzati momenti di incontro per confrontare le metodiche utilizzate per l'identificazione dei ceppi produttori di "Extended Spectrum Beta-lactamases". Ambedue queste attività hanno evidenziato l'opportunità di valutare la fattibilità di un programma stabile di controllo di qualità dei laboratori di microbiologia. Nel triennio 2004-2006 ci si propone di valutare la fattibilità di questo programma e, ove dimostrato fattibile, renderlo operativo, attuando allo stesso tempo interventi formativi per migliorare la qualità diagnostica dei laboratori di microbiologia della regione.

Obiettivi di lavoro per il 2004 sono:

- effettuare la valutazione di fattibilità di un programma regionale di controllo esterno di qualità in microbiologia;
- promuovere il confronto tra laboratori sulle metodiche utilizzate per saggiare la resistenza in patogeni che pongono problemi particolari, attraverso momenti formativi.

Partecipano tutte le 13 Aziende USL e le 5 Aziende Ospedaliere della Regione Emilia-Romagna, per un totale di 17 laboratori ospedalieri (Azienda USL di Ravenna, Imola, Piacenza, Cesena, Forlì, Rimini; Azienda USL di Modena - Ospedali di Carpi, Modena e Pavullo; Pavullo, Azienda USL di Bologna - Presidio ospedaliero Maggiore e Bellaria, Presidio di S. Giovanni in Persiceto Aziende ospedaliere di Ferrara, Modena, Bologna, Parma, Reggio Emilia; .

Sorveglianza dell'uso di antibiotici

La sorveglianza delle infezioni deve essere accompagnata ed integrata dalla lettura dei dati di consumo degli antibiotici. Nel primo triennio sono state avviate indagini mirate a descrivere l'utilizzo di antibiotici in diversi ambiti, quale quello animale o, in ambito umano, nella fascia di età pediatrica. Nel periodo 2004-2004 verranno definite modalità

standardizzate per l'utilizzo dei flussi informativi correnti e valutata l'opportunità di inserirne di nuovi sulla base dei risultati delle indagini condotte (ad esempio in veterinaria).

Uso di antibiotici in veterinaria

Nel 2003 è stata condotta una indagine sulle prescrizioni antibiotiche in ambito veterinario a livello regionale, nell'arco di 1 mese. Sono state incluse tutte le specie animali, ad eccezione dei cavalli che vengono per lo più allevati ad uso privato. Per l'input dei dati è stata messa a punto una maschera in Access, provvista di tutte le librerie utili a semplificare l'immissione dei dati (le specialità farmaceutiche, l'anagrafe degli allevamenti delle singole Aziende USL, ecc.). L'analisi dei dati consentirà di valutare l'opportunità di utilizzare le prescrizioni veterinarie a fini di farmacovigilanza.

Obiettivi di lavoro per il 2004 sono:

- completare l'elaborazione dei dati rilevati nel 2003 nell'ambito della indagine sull'uso di antibiotici in veterinaria, preparare il relativo rapporto e diffonderlo;
- integrare il programma, predisposto per l'input delle prescrizioni antibiotiche, con *query* che consentano l'analisi dei dati di prescrizione da parte dalle singole Aziende se interessate.

Partecipano le Aziende USL di Cesena, Ferrara, Forlì, Modena, Piacenza, Parma, Ravenna, Reggio Emilia.

Prescrizioni di antibiotici in comunità

L'analisi delle prescrizioni di antibiotici in età pediatrica in comunità nell'anno 2000 ha evidenziato una frequenza di trattamento elevata, rispetto a dati rilevati in altri paesi europei, ed una significativa variabilità tra le aziende sanitarie della regione. Secondo evidenze della letteratura, poiché la maggior parte delle infezioni in età pediatrica sono sostenute da agenti virali, la prescrizione di antibiotici risulta essere spesso inappropriata. Per questo motivo è stato attivato un progetto mirato a ridurre l'uso non necessario di antibiotici, che affianca alla sorveglianza dell'uso di antibiotici sulla base di fonti informative correnti, indagini ad hoc.

Nel 2003 è stata effettuata l'analisi delle prescrizioni di antibiotici sistemici in età pediatrica per gli anni 2001-2002, allo scopo di evidenziare eventuali variazioni nel *trend* prescrittivi negli anni. È opportuno che tale attività diventi stabile, in modo da poter monitorare l'effetto di interventi mirati a migliorare l'appropriatezza della prescrizione di antibiotici in questa fascia di età. Nel triennio 2004-2006 verrà

consolidata l'analisi periodica delle prescrizioni di antibiotico in età pediatrica, utilizzando la banca dati dell'assistenza farmaceutica territoriale.

Obiettivo di lavoro per il 2004 è:

- definire un formato per rapporti periodici dei consumi antibiotici pediatrici nel territorio, da pubblicare periodicamente sul sito *web* dell'Agenzia.

Partecipano tutte le Aziende sanitarie della Regione.

Prescrizioni di antibiotici in ospedale

Dal 2002 è attivo un flusso informativo regionale sull'uso di farmaci in ospedale. Tale archivio non è stato ancora utilizzato per la sorveglianza dell'uso di antibiotici a livello regionale, mentre è essenziale, per attivare interventi efficaci, essere in grado di descrivere il ricorso agli antibiotici sia in comunità che in ospedale. Nel triennio ci si propone, quindi, di utilizzare la banca dati dell'assistenza farmaceutica ospedaliera per descrivere l'utilizzo di antibiotici tra i pazienti ricoverati ed integrare le informazioni così desunte con quanto analizzato attraverso la banca dati dei laboratori e l'assistenza farmaceutica territoriale.

Obiettivo di lavoro per il 2004 è:

- analizzare l'archivio della farmaceutica per quanto concerne l'uso di antibiotici nei bambini di 0-14 anni ricoverati in ospedale.

Partecipano tutte le Aziende sanitarie della Regione.

Profilo assistenziale nei pazienti con TBC farmacoresistente

La tubercolosi multiresistente rappresenta un evento temibile, perché è molto più difficile giungere alla guarigione e ciò si realizza comunque in tempi lunghi, dovendo ricorrere a farmaci più costosi. Il sistema di sorveglianza regionale dell'antibioticoresistenza consentirà di produrre stime sulla frequenza di questo evento e sui pattern più frequenti di antibioticoresistenza. È, però, importante anche descrivere la storia assistenziale dei pazienti con TBC resistente e consentire ai clinici di confrontare le proprie scelte terapeutiche e l'esito di queste, allo scopo di migliorare la qualità della assistenza ai pazienti con tubercolosi multiresistente.

Nel 2003 è stato avviato uno studio mirato a descrivere il profilo dell'assistenza prestata ai pazienti con tubercolosi farmacoresistente, con particolare riguardo all'uso di farmaci antitubercolari.

Obiettivo di lavoro per il 2004 è:

- completare la rilevazione dei dati, prevista per il biennio 2003-2004.

Partecipano tutte le Aziende sanitarie della Regione.

2. Uso appropriato di antibiotici in pediatria

Nel 2003 è stato avviato il Progetto ProBa, per un uso appropriato degli antibiotici nei bambini, con l'obiettivo di rilevare a livello regionale dati utili ad individuare aree di utilizzo non appropriato di antibiotici ed i determinanti modificabili delle prescrizioni non necessarie, allo scopo di guidare successivi interventi mirati a promuovere l'uso appropriato di antibiotici in età pediatrica.

La prima fase del progetto (ottobre 2003) è consistita in una indagine, basata su questionario autocompilato, che ha interessato tutti i pediatri di libera scelta ed ospedalieri della regione ed un campione di genitori afferenti a centri vaccinali della regione. La seconda fase è consistita nella rilevazione delle pratiche prescrittive nei confronti di bambini che accedevano per una malattia respiratoria ad un campione di ambulatori pediatrici della regione; sono stati contestualmente intervistati i genitori in un sottocampione di ambulatori (novembre-dicembre 2003). Nel triennio ci si propone di migliorare la prescrizione di antibiotici sulla base di interventi formativi/informativi, guidati dai risultati della indagine condotta nel 2003.

Obiettivi di lavoro per il 2004 sono:

- completare l'analisi dei dati rilevati,
- sviluppare un piano di comunicazione dei risultati,
- predisporre strumenti e programmi per la comunicazione del rischio.

Partecipano tutte le Aziende Sanitarie della Regione.

Progetto 2. Infezioni emergenti e riemergenti

Negli ultimi anni sono state segnalate numerose infezioni sostenute da patogeni prima sconosciuti e sono riemerse infezioni considerate oramai sotto controllo. Tra le infezioni emergenti o riemergenti vi sono la tubercolosi, nuovi ceppi influenzali, l'HIV/AIDS, *E. Coli* 0157, il West Nile virus, la malaria e più recentemente la SARS. Tra i fattori che contribuiscono alla selezione e diffusione delle malattie infettive vi sono la globalizzazione dei viaggi, la resistenza agli antibiotici, l'aumento del numero di persone immunocompromesse (in seguito a trattamenti chemioterapici o trapianto d'organo). Le infezioni degli animali possono essere trasmesse all'uomo, come ad esempio nel caso del carbonchio, oppure possono andare incontro a mutazioni genetiche ed infettare l'uomo, come nel caso dell'influenza aviaria. Un ulteriore possibile pericolo è rappresentato dal bioterrorismo.

Per controllare efficacemente queste malattie, sono necessari interventi atti a migliorare la capacità dei sistemi sanitari di:

- rispondere alle emergenze sanitarie;
- sorvegliare efficacemente le malattie infettive nella popolazione;

- effettuare una corretta diagnostica di laboratorio, anche nei confronti di patogeni nuovi;
- controllare la trasmissione delle malattie infettive nella popolazione e nelle organizzazioni sanitarie.

Il Progetto “Infezioni emergenti e riemergenti” si pone l’obiettivo di migliorare la capacità di risposta del Servizio sanitario regionale alle infezioni emergenti e riemergenti attraverso le attività descritte di seguito.

1. Sorveglianza integrata della tubercolosi

Nel 2003 è stata attivato il sistema regionale di sorveglianza della tubercolosi farmacoresistente. È importante integrare questo nuovo flusso con gli altri flussi informativi esistenti (notifiche di malattie infettive e sorveglianza dell’esito del trattamento), in modo da migliorare il potenziale informativo e la qualità dei dati rilevati. Obiettivo generale di questo settore di attività è migliorare ed integrare tutti i flussi informativi relativi alla tubercolosi, come anche la tempestività e la qualità dei dati pubblicati.

Nel 2003 è stata condotta una indagine per identificare i principali determinanti del ritardo diagnostico che verrà conclusa nel 2004 e i dati verranno utilizzati per interventi formativi/informativi.

Obiettivi per il 2004 sono:

- mettere a punto una procedura standardizzata per l’integrazione dei flussi informativi, il controllo di qualità delle informazioni rilevate (esaustività, completezza, accuratezza) e la valutazione del miglioramento del sistema attraverso indicatori di *performance* predefiniti;
- mettere a punto un rapporto annuale sulla tubercolosi, basato sui diversi flussi informativi esistenti;
- valutare la possibilità di integrare i flussi informativi specifici sulla tubercolosi con altri flussi correnti, quali le Schede di dimissione ospedaliera (SDO), registro AIDS, prescrizioni farmaceutiche, archivio della mortalità;
- analizzare i dati rilevati dalla indagine sul ritardo diagnostico e pubblicizzare i risultati.

Partecipano tutte le Aziende sanitarie della Regione.

2. Nuovi modelli organizzativi per migliorare la qualità dell’assistenza prestata a pazienti con tubercolosi

Nel 2003 sono stati condotti Focus Goup, che hanno interessato gli specialisti pneumologi ed infettivologi che assistono i pazienti con tubercolosi nella regione, dai quali è emersa la difficoltà di garantire una gestione dei casi di tubercolosi dopo la dimissione dall’ospedale, in assenza di figure dedicate. Sembra, quindi, opportuno

studiare quali modifiche organizzative possano assicurare una gestione più efficace dei casi di tubercolosi e sperimentarne la fattibilità in alcune aziende sanitarie.

Obiettivi di lavoro del 2004 sono:

- descrivere il profilo assistenziale dei casi di TBC in regione, sulla base dell'archivio integrato di informazioni sanitarie messo a punto dall'Area di Programma Economia e salute, che integra le SDO, la mortalità, la farmaceutica e l'anagrafe sanitaria;
- effettuare una stima di quale sarebbe il carico di lavoro di una eventuale figura infermieristica da impegnare nella gestione di casi di TBC e la possibile collocazione di tale figura (a livello provinciale o di distretto).

Partecipano tutte le Aziende sanitarie della Regione.

3. Attività formativa/informativa

I *focus group* sulla TBC condotti nel 2003 hanno evidenziato come la formazione/informazione rappresentino aspetti cruciali per migliorare la capacità di risposta del SSR alla tubercolosi. In particolare, sembra essenziale attivare programmi di comunicazione del rischio nei confronti degli operatori che più frequentemente possono venire a contatto con persone a rischio di tubercolosi (operatori delle carceri, assistenti sociali, operatori dei centri di prima accoglienza, ecc.) e programmi formativi per gli operatori sanitari non direttamente coinvolti dal trattamento della TBC (MMG, ortopedici, ginecologi, ecc.)

Obiettivi di lavoro per il 2004 sono:

- redazione di 5 numeri di RER-TBC;
- produzione di materiale informativo sulla tubercolosi (*slide-set*);
- produzione di materiale informativo per MMG, operatori sanitari III settore.

4. Modelli di risposta alle emergenze infettive

Nel 2003 l'Area di programma Rischio Infettivo è stata fortemente impegnata nell'affrontare l'emergenza SARS, contribuendo alla corretta informazione degli operatori sanitari e della popolazione (attivazione e manutenzione del sito *web* dell'Agenzia sulla "Sorveglianza della SARS") ed alla messa a punto di protocolli sulle misure di controllo da adottare.

La SARS non rappresenta un caso isolato: in questi ultimi anni sono state segnalate numerose nuove malattie infettive, che in alcuni casi si sono presentate come vere emergenze sanitarie. Sembra, quindi, opportuno, lavorare per migliorare la capacità di risposta del SSR alle emergenze infettive, valutando i modelli di risposta ad emergenze sanitarie sviluppati in altri paesi, indagando la capacità diagnostica dei laboratori della regione nei confronti di nuovi patogeni, attuando interventi formativi/informativi.

Obiettivi di lavoro per il 2004 sono:

- effettuare una revisione dei modelli di risposta alle emergenze infettive proposti in letteratura ed in ambito internazionale;
- effettuare una ricognizione di quanto già disponibile a livello regionale.

Partecipano tutte le Aziende sanitarie della Regione.

Progetto 3. Infezioni nelle organizzazioni sanitarie

Il Progetto "Infezioni nelle organizzazioni sanitarie" si pone l'obiettivo di quantificare, in specifiche aree ospedaliere o in servizi sanitari territoriali, il rischio di infezioni evitabili e di sperimentare modelli di intervento per la prevenzione di tali rischi. Le aree di interesse prioritario sono rappresentate dall'area chirurgica, dall'area critica e, in ambito extraospedaliero, dalle strutture residenziali per anziani. Per ciascuna di queste aree, il miglioramento della capacità del sistema di risposta del Servizio sanitario regionale viene perseguito attraverso la quantificazione ed individuazione dei principali rischi e l'attivazione di programmi di intervento, di cui viene valutato l'impatto e la fattibilità.

1. Sorveglianza delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie

Nel 2003, è stata evidenziata in molti ambiti l'esigenza di attivare, a livello regionale, flussi informativi in grado di orientare gli interventi di controllo. Ciò si è verificato in Terapia Intensiva, ove una indagine che ha interessato tutte le Unità operative della regione ha evidenziato come i responsabili di tali UO ritenessero prioritaria l'istituzione di un sistema di sorveglianza regionale delle infezioni in terapia intensiva. Analogamente, è stata evidenziata l'opportunità di integrare il registro cardiocirurgico regionale con informazioni più dettagliate, utili a valutare la *performance* delle UTI cardiocirurgiche. Il verificarsi di epidemie ospedaliere che possono associarsi ad una elevata morbosità e mortalità rende opportuno istituire un sistema di sorveglianza regionale, in grado di quantificare la frequenza di tali eventi e offrire supporto per l'indagine epidemiologica e l'istituzione delle misure di controllo opportune. Infine, una indagine condotta nel 2003 ha evidenziato una ampia variabilità nei sistemi informativi adottati per la rilevazione del rischio occupazionale, con particolare riguardo alle infezioni occupazionali. Nel triennio 2004-2006 si lavorerà per sperimentare ed eventualmente consolidare sistemi di sorveglianza delle infezioni in ambito ospedaliero ed extraospedaliero.

Nel 2003 è stato, inoltre, condotto un audit delle misure di prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica a livello regionale, su un campione rappresentativo di reparti di chirurgia generale, ortopedia e ginecologia.

Obiettivi di lavoro per il 2004 sono:

- istituire un registro delle sepsi in Unità di terapia intensiva, con l'obiettivo di quantificare l'incidenza di questa patologia e descriverne il profilo assistenziale;
- integrare le informazioni rilevate dal registro regionale della cardiocirurgia con una scheda la cui compilazione sarà responsabilità delle UTI cardiocirurgiche;
- attivare un sistema sperimentale di sorveglianza delle infezioni in chirurgia in Aziende selezionate;
- analizzare i dati dell'audit regionale in chirurgia e diffondere i risultati;
- istituire un sistema regionale di sorveglianza degli eventi epidemici;
- standardizzare le informazioni rilevate dalle diverse Aziende sanitarie per quanto concerne il rischio infettivo occupazionale.

Partecipano le seguenti Aziende e Strutture:

- *Registro delle sepsi in Unità di terapia intensiva: Aziende sanitarie della provincia di Bologna (Azienda ospedaliera di Bologna, Aziende USL di Bologna e Imola)*
- *Sorveglianza delle infezioni in UTI cardiocirurgiche: Aziende sanitarie della provincia di Bologna (Azienda ospedaliera e Aziende USL di Bologna,), Azienda ospedaliera di Parma, Aziende USL di Ravenna, Reggio Emilia e Modena*
- *Sistema di sorveglianza in chirurgia: Aziende USL di Forlì e Cesena*
- *Audit regionale in chirurgia: tutte le Aziende sanitarie della Regione*
- *Sorveglianza degli eventi epidemici: tutte le Aziende sanitarie della Regione*
- *Sorveglianza del rischio biologico occupazionale: tutte le Aziende sanitarie della Regione*

2. I modelli organizzativi per la prevenzione ed il controllo delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie

Nel 2003 è stata condotta una indagine per descrivere i diversi modelli organizzativi adottati dalle Aziende sanitarie della regione per la prevenzione e il controllo del rischio infettivo. I risultati di questa indagine verranno utilizzati per consentire alle aziende di conoscere soluzioni organizzative adottate da altre aziende che si sono rivelate più efficienti nel garantire qualità e tempestività degli interventi.

Obiettivo di lavoro per il 2004 è:

- *Analisi e pubblicizzazione dei risultati della indagine condotta nel 2003.*

Partecipano tutte le Aziende sanitarie della regione.

3. Le infezioni nelle strutture assistenziali per anziani

Nel triennio 2001-2003 sono stati condotti indagini per sperimentare la fattibilità di sistemi di rilevazione delle infezioni e lesioni da decubito nelle strutture residenziali

per anziani ed avviato un programma di intervento per migliorare la qualità dell'assistenza prestata, sotto il profilo della prevenzione di queste due complicanze sanitarie.

Nel triennio 2004-2006, gli strumenti di rilevazione sperimentati verranno estesi alle altre Aziende sanitarie della regione e i risultati dello studio di valutazione del programma di intervento in tre Aziende diffusi ed utilizzati per promuovere la qualità dell'assistenza nelle strutture non direttamente coinvolte nel progetto.

Obiettivi di lavoro per il 2004 sono:

- Completare il programma di intervento nelle strutture residenziali delle tre Aziende interessate;
- Valutare l'applicabilità del Sistema RUG (Resource Utilization Group) per la descrizione del case-mix degli ospiti di strutture residenziali per anziani;
- Condurre una indagine di prevalenza delle infezioni e delle lesioni da decubito in un campione delle strutture residenziali di 10 Aziende Sanitarie della Regione.

Programma di intervento: Aziende USL di Forlì, Imola, Ravenna.

Studio di prevalenza: le altre Aziende sanitarie della regione.

4. Attività formativa/informativa

Per migliorare la capacità di controllo del rischio infettivo è essenziale un'attività costante di formazione/informazione degli operatori sanitari su questi temi. Verrà, quindi, attivato un programma regionale di formazione dei Comitati di Controllo delle Infezioni Ospedaliere (CIO) che consenta l'aggiornamento continuo su temi rilevati ed attuali e lo scambio di informazioni sulle esperienze portate avanti dalle diverse Aziende sanitarie della regione. Parallelamente, verranno messi a punto pacchetti formativi sugli aspetti emersi come più problematici dall'Audit, condotto a livello regionale nel 2003, delle misure di prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica.

Gli obiettivi di lavoro per il 2004 sono:

- mettere a punto pacchetti formativi sugli aspetti emersi come maggiormente critici dall'audit delle misure di prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere condotte nel 2003;
- istituire un programma regionale di formazione per i medici ed infermiere CIO.

Partecipano tutte le Aziende sanitarie della regione.

Area di programma

Risorse umane

Oggetto dell'Area Risorse umane sono il ruolo e la gestione delle persone nei servizi sanitari e la ricerca delle possibilità di innovazione e sviluppo nelle modalità operative che regolano il rapporto tra individui e aziende sanitarie, al fine di adeguare le logiche organizzative ai continui e profondi processi di ristrutturazione e cambiamento dei servizi sanitari.

Dopo l'analisi condotta nel primo triennio delle principali innovazioni introdotte in sede normativa e contrattuale in materia di gestione delle risorse umane, verificandone l'impatto sull'organizzazione, e la rilevazione di criticità esistenti rispetto ad ambiti allargati quali l'organizzazione del lavoro e la gestione del personale, il naturale completamento del percorso è rappresentato dal raggiungimento di proposte operative, sperimentabili "sul campo" grazie alla collaborazione delle Aziende sanitarie della regione.

Progetto 1. Capitale intellettuale

Il progetto parte dall'assunto che le risorse intangibili (c.d. *intangible assets*) di una organizzazione siano un elemento "critico" da cui è necessario ricavare valore aggiunto, che non si esaurisce nelle conoscenze e competenze delle persone che dell'organizzazione fanno parte. Secondo questa interpretazione il capitale intellettuale è dato dall'applicazione delle conoscenze e competenze delle persone in ambito organizzativo: è solo tramite il loro utilizzo che si generano risorse sia interne (innovazione, *know how*, metodologie e processi) sia esterne (immagine, reputazione sul mercato e sul territorio, relazioni con i clienti/fruitori). Il progetto si propone quindi di studiare approfonditamente il capitale intellettuale, analizzandolo rispetto a ciascuno dei tre distinti ambiti che lo compongono:

- le persone, con le loro conoscenze e competenze, ossia il c.d. capitale umano;
- l'organizzazione aziendale, ossia il c.d. capitale organizzativo/strutturale;
- l'ambiente esterno e le relazioni, ossia il c.d. capitale relazionale esterno.

Poiché tutte e tre le componenti del capitale intellettuale possono generare autonomamente valore aggiunto per la struttura organizzativa, sarà obiettivo del progetto formulare proposte operative per ciascuna di esse e favorirne la sperimentazione in collaborazione con le Aziende Sanitarie della regione.

Obiettivi per il primo anno

- Tracciare un quadro di riferimento rispetto al tema del capitale intellettuale, attraverso l'indagine della letteratura esistente in materia, l'analisi delle principali esperienze esistenti rispetto alla gestione degli "intangibile assets", l'individuazione delle criticità peculiari legate al settore e alle strutture sanitarie.
- Iniziare a studiare più approfonditamente l'ambito relativo al c.d. capitale umano, considerando la possibilità/opportunità di utilizzare strumenti operativi quali la c.d. "mappatura delle competenze" e la c.d. "valutazione del potenziale" nelle Aziende sanitarie.

Aziende disponibili alla partecipazione: il progetto sarà proposto a tutte le Aziende sanitarie della regione.

Progetto 2. I modelli per la direzione del personale: la previsione del fabbisogno e la ritenzione del personale infermieristico nelle Aziende sanitarie

Nel triennio 2001-2003, nell'ambito del progetto "Demografia professionale" è stata sviluppata un'analisi sulla permanenza del personale infermieristico nelle aziende sanitarie, i cui risultati hanno mostrato che:

- la probabilità di uscita del personale infermieristico dalle aziende della regione entro il primo anno dall'assunzione è del 22%;
- nell'arco di 42 mesi il numero complessivo degli infermieri assunti si dimezza;
- per gli infermieri residenti in altre regioni, la probabilità di abbandono della struttura sale al 38% e il tempo di dimezzamento del numero degli operatori assunti si accorcia a 18 mesi.

Obiettivo principale del progetto del prossimo triennio è verificare quali siano i fattori organizzativi e gestionali che possono spingere gli infermieri ad uscire dalle strutture sanitarie presso cui lavorano ed individuare i fattori che ne favoriscono al contrario la ritenzione.

Sulla base di tale ricognizione, si provvederà ad introdurre, prima sperimentalmente poi sistematicamente, nella gestione delle risorse umane e nell'organizzazione elementi giudicati attraenti e professionalmente valorizzanti. Infine si procederà alla misurazione degli effetti prodotti dalla introduzione di questi elementi sulla capacità di ritenere il personale infermieristico.

Obiettivi per il primo anno:

- individuare le motivazioni che spingono gli infermieri ad uscire dalla struttura;

- descrivere le condizioni organizzative utili nella motivazione professionale.

Il progetto coinvolgerà tutte le Aziende sanitarie della regione.

Progetto 3. Riconoscimento e valorizzazione della performance dirigenziale

L'analisi condotta nel corso del programma 2001-2003 ha individuato, tra le innovazioni introdotte nell'organizzazione e nei rapporti di lavoro del settore sanitario, il riconoscimento di una maggiore autonomia sul lavoro, la specializzazione dei contenuti professionali della prestazione lavorativa, l'individuazione di percorsi di carriera e retributivi calibrati sull'incontro delle volontà degli attori del processo di riorganizzazione della pubblica amministrazione, basato più sui risultati che sugli aspetti formali.

L'approfondimento degli elementi del rapporto di lavoro in grado di influenzare l'attività, la retribuzione e la stessa carriera, ha costituito l'oggetto di ricerca del Progetto "I sistemi premianti". All'interno degli istituti presenti nella normativa e nei contratti di lavoro, che costituiscono il sistema dei premi e degli incentivi, sono stati analizzati la retribuzione di posizione e la retribuzione di risultato, allo scopo di analizzare i criteri e le metodologie in atto nelle Aziende sanitarie per l'individuazione delle posizioni per l'area della dirigenza, verificare la graduazione delle funzioni per ciascuna posizione e l'importo economico correlato, analizzare le modalità di scelta e di conferimento degli incarichi e di pattuizione degli obiettivi, evidenziare la variabilità della retribuzione di risultato, valutare le diverse tipologie di verifica introdotte dalle Aziende in ordine al sistema di valutazione del personale.

La rilevazione ha messo in evidenza come le Aziende abbiano adottato modelli diversificati, funzionali alle rispettive strategie organizzative ed abbiano attribuito e pesato incarichi e risultati in relazione allo stesso contesto aziendale e agli obiettivi prioritari, anche se non sempre è stata esplicitata la ricaduta concreta sull'organizzazione che ne è derivata. Di contro è emerso che non tutte le Aziende hanno sviluppato un modello di valutazione del personale, o, anche se adottato, non è stato completamente attuato e verificato, se non nelle parti burocratico - formali richieste dalla normativa e dai contratti di lavoro.

Poiché un efficace modello di valutazione della *performance* dirigenziale conduce alla valorizzazione delle competenze dei professionisti e, conseguentemente all'accrescimento della motivazione e dell'impegno personale, che ha come ricaduta il miglioramento dei processi produttivi e delle prestazioni che li vedono impegnati, le Direzioni generali più coinvolte hanno riconosciuto, nella valutazione, uno dei principali strumenti strategici dell'azione di governo esercitata dalle Aziende.

Oggetto di indagine per il triennio 2004–2006 sarà pertanto la valutazione delle capacità e di risultati, inserendo l'analisi nel più ampio contesto di conoscenza dei fattori di motivazione, competenze e produttività.

L'attenzione verrà posta sulle attività e sui processi di valutazione (organi e figure che intervengono nella valutazione, criteri e documentazione utilizzati), sul livello di integrazione tra le diverse valutazioni previste (posizione, risultato, indennità di esclusività), nonché sul grado di soddisfazione interno, legato alla percezione dei sistemi premianti come tali e non come semplice riconoscimento economico e di status e sul grado di credibilità e di accettazione della valutazione da parte dei dipendenti.

L'obiettivo è di cogliere, dall'analisi, uno o più modelli di comportamento e sistemi operativi utili alla miglior gestione delle risorse umane, capace di armonizzare i diversi istituti e di integrare i percorsi, per offrirli, come materia di discussione e opportunità di sperimentazione, alle Aziende sanitarie regionali e di condividere le conoscenze acquisite nell'indagine sugli effetti motivazionali e di "performance improvement", legati ai diversi sistemi retributivi, anche allo scopo di individuare meccanismi e modalità comunicative utili a ridurre gli effetti indesiderati delle valutazioni.

Il progetto coinvolgerà tutte le Aziende sanitarie della regione.

Progetto 4. I sistemi di valutazione del fabbisogno di operatori sanitari per il Sistema sanitario regionale

Nell'ultimo decennio il Servizio sanitario, a seguito delle riforme organizzative, ha subito uno dei più veloci e profondi processi di ristrutturazione. Le riforme organizzative hanno introdotto nuovi principi di gestione, che tentano di coniugare istanze di partecipazione degli utenti e degli operatori con una forte capacità decisionale, accentuando il principio di responsabilità diretta nelle scelte tecniche e organizzative ai diversi livelli del sistema. Coerentemente con tali principi, al fianco delle professioni mediche tradizionali stanno emergendo nuove professioni sanitarie attraverso la realizzazione di percorsi formativi di livello universitario (diplomi e lauree), che rendono disponibili sul mercato del lavoro professionisti, con alto grado di autonomia, responsabili in prima persona delle proprie azioni verso i pazienti, coinvolti nella conduzione delle strutture sanitarie e nel governo clinico. Ne deriva la necessità di analizzare il ruolo delle nuove figure professionali nella organizzazione aziendale, e di far fronte ai nuovi fabbisogni formativi, sia per quanto concerne la formazione universitaria e la formazione post base, sia per quanto riguarda l'aggiornamento professionale successivo all'inserimento lavorativo.

Il progetto intende affrontare il tema della valutazione del fabbisogno di operatori sanitari per il sistema sanitario regionale attraverso la realizzazione di un percorso decisionale partecipato, coerente con gli orientamenti e gli obiettivi di sviluppo dei servizi sanitari, in funzione sia dei bisogni di salute della popolazione, sia della

flessibilità organizzativa. Nello specifico si affronteranno i temi relativi al fabbisogno di:

- infermieri con formazione di master di primo livello;
- nuovi corsi di laurea per alcuni profili sanitari;
- corsi di specializzazione post laurea.

Obiettivi per il primo anno

- Identificazione del ruolo organizzativo svolto dall'infermiere con Master di 1° livello.
- Identificazione delle competenze professionali necessarie allo svolgimento del ruolo richiesto.

Partecipanti al progetto: Aziende sanitarie, Collegi professionali, Università.

Sistema documentazione, formazione e comunicazione

La comunicazione tra cittadini, amministratori e organizzazioni sanitarie, così come le competenze tecnico-professionali degli operatori sono condizioni essenziali per affrontare efficacemente i problemi di salute e di assistenza sanitaria. A questo fine rivestono una rilevanza strategica le funzioni di comunicazione del rischio per la salute, i programmi e i metodi per la formazione continua nel sistema sanitario regionale, la documentazione scientifica in particolare sulle tecnologie innovative.

L'Agenzia sanitaria regionale ha riunito le funzioni relative a questi aspetti in un sistema integrato che prevede sia la prosecuzione di attività collaudate per la produzione editoriale, l'offerta di servizi di documentazione e la organizzazione di attività formative e di informazione sia lo sviluppo di nuovi programmi di ricerca e di intervento nel campo della comunicazione per la salute e delle strategie per la formazione continua nel sistema sanitario regionale.

Attività editoriale e sito web

L'attività editoriale dell'Agenzia si articola in tre collane principali che vengono diffuse gratuitamente a stampa e che verranno mantenute e sviluppate:

- testi a carattere scientifico, finalizzati a diffondere nel sistema sanitario documenti prodotti prevalentemente da gruppi tecnici regionali (Collana DOSSIER);
- brevi testi, che per gli argomenti trattati e il linguaggio utilizzato sono rivolti in particolare ad amministratori, giornalisti, operatori sanitari e sociali, educatori e altri cittadini competenti nel campo delle politiche per la salute (Collana ESTRATTI);
- schede tecniche, finalizzate a divulgare informazioni sintetiche su argomenti critici di interesse per il sistema sanitario o sui principali documenti prodotti dall'Agenzia (Collana PILLOLE).

Questi prodotti vengono diffusi anche attraverso il sito *web* dell'Agenzia nel quale è possibile trovare, inoltre, informazioni sui progetti in atto e notizie sulle iniziative in programma. Il sito è stato utilizzato anche per sperimentare funzioni comunicative più complesse, come la gestione in linea di procedure tecniche (accreditamento ECM), la interazione con cittadini impegnati nella promozione della salute nelle comunità locali (Piani per la salute) e la diffusione di informazioni anche in situazioni critiche (SARS).

L'esigenza di migliorare in generale la utilizzazione del sito web dell'Agenzia e l'integrazione con il portale dell'Assessorato alla sanità sono alla base di un processo di

ristrutturazione che verrà realizzato a partire dall'anno in corso. In particolare verranno curati gli aspetti che riguardano l'organizzazione e la ricerca delle informazioni, l'accesso alla crescente quantità di documenti (*open archive*) che possono essere messi a disposizione e la possibilità di sperimentare tecniche e modalità innovative per promuovere l'apprendimento a distanza e il lavoro di comunità professionali con cui si collabora.

Relazioni sanitarie e comunicazione con le comunità locali

La valorizzazione del ruolo delle comunità locali nei processi e nelle scelte che riguardano le politiche sanitarie e le azioni per la salute è una condizione determinante prevista anche dal Piano sanitario. Un laboratorio di particolare interesse è stato offerto in questi anni dai Piani per la salute, che si sono sviluppati in tutte le aree della regione con il coordinamento delle Conferenze socio-sanitarie territoriali. A questi processi hanno contribuito direttamente e in modo organizzato centinaia di cittadini (amministratori, educatori, operatori sanitari e sociali, giornalisti, etc.) attivi nelle istituzioni, nelle organizzazioni sociali e nelle strutture sanitarie che hanno dato vita a una originale e importante esperienza di comunicazione sociale e di partecipazione.

La realizzazione e il successo di queste attività è anche strettamente legato alla capacità di analizzare e condividere le conoscenze tra i soggetti coinvolti e tra questi e gli esperti sanitari. Ciò riguarda lo stato di salute delle popolazioni, i determinanti che lo condizionano, le attese e le preoccupazioni delle comunità, le azioni che riguardano la salute e le previsioni sul loro impatto, ma anche l'accesso e l'uso dei servizi sanitari, l'appropriatezza dei comportamenti clinici e organizzativi e la loro efficacia. Particolare rilevanza assume in questo contesto la conoscenza delle disuguaglianze eventualmente esistenti tra le popolazioni e dell'efficacia delle azioni proposte nel sistema sanitario per ridurle.

L'Agenzia sanitaria è impegnata a contribuire direttamente a questi processi comunicativi sperimentando modalità e strumenti innovativi che possano migliorare la comunicazione per la salute nelle comunità locali in particolare con i cittadini competenti direttamente coinvolti. Verranno a questo fine sviluppate le attività mirate di documentazione, di informazione e di formazione già avviate e le sperimentazioni sulle modalità di comunicazione più efficaci.

La produzione di Relazioni sanitarie, che contengano informazioni e indicatori utili a realizzare confronti (nella regione o con altre realtà esterne, nazionali e internazionali), a valutare impatti sulla salute e orientare scelte, va inserita in tale contesto. In questo caso, oltre a profili di carattere generale e ad impronta prevalentemente statistica e documentaria, sono stati proposti modelli più mirati a problemi o specifici per gruppi di popolazione. Sono documenti che integrano diverse fonti informative, sono esplicitamente finalizzati e sono caratterizzati da un linguaggio largamente comprensibile.

La comunicazione per la salute si sviluppa anche con campagne informative regionali e con iniziative di comunicazione del rischio per la salute rivolte a tutti i cittadini, avviate e condotte dall'Assessorato alla sanità. Queste azioni devono essere parte integrante delle strategie di sviluppo del sistema sanitario regionale e vanno coordinate con le iniziative realizzate a livello aziendale per valorizzarne l'impatto. L'Agenzia sanitaria svolgerà in questo settore funzioni di consulenza tecnica nella fase di pianificazione e coordinamento, di valutazione dell'efficacia degli strumenti e dei mezzi utilizzati e di monitoraggio dei risultati ottenuti.

Formazione continua nel Servizio sanitario regionale

Il processo di miglioramento dell'assistenza sanitaria è finalizzato al rafforzamento delle capacità di governo clinico, alla diminuzione delle disuguaglianze, alla valorizzazione del rapporto con i malati e con i cittadini, all'innovazione tecnologica e all'integrazione organizzativa (tra operatori, professioni, gruppi, servizi, strutture).

Per perseguire tali obiettivi è necessario un processo ampio, condiviso e duraturo di coinvolgimento degli operatori sanitari e dei dirigenti che si realizza anche attraverso un piano di formazione continua. Anche nel sistema sanitario, infatti, la formazione continua è uno strumento importante non solo per la crescita professionale individuale, ma anche per lo sviluppo dell'organizzazione aziendale e per il raggiungimento degli obiettivi e del ruolo sociale assunti.

Un piano di formazione continua che sia anche capace di legarsi al governo delle strutture sanitarie e in particolare alle azioni di verifica e innovazione richiede innanzitutto un monitoraggio delle attività di formazione che vengono attualmente rivolte agli operatori sanitari e un coordinamento tra le competenze e le risorse a questo dedicate.

Nello sviluppo di un tale disegno nel sistema sanitario regionale va posta, inoltre, un'attenzione prioritaria alla valorizzazione delle comunità professionali (di area tecnica specifica, per problema comune da affrontare, ecc.). E in questo contesto vanno considerate le opportunità offerte dall'apprendimento sul campo e dall'uso delle tecnologie per la formazione a distanza e vanno sviluppate competenze professionali e sperimentazioni che ne permettano un uso ampio ed efficace.

Il miglioramento del governo clinico si basa largamente sulla condivisione di comportamenti assistenziali basati su evidenze di efficacia. L'Agenzia sanitaria regionale è fortemente impegnata, con l'Assessorato alla sanità, il CeVEAS e le Aziende sanitarie, oltre che nel produrre linee guida, nel favorirne la utilizzazione tra gli operatori sanitari e nel valutarne la loro efficacia. Tali obiettivi, che rientrano pienamente nel piano di formazione continua, vengono perseguiti attraverso iniziative di ricerca e di formazione e anche migliorando e diffondendo le opportunità di accesso alla documentazione scientifica.

La Biblioteca dell'Agencia è ora pienamente in funzione e rappresenta un centro di riferimento regionale che sarà anche collegato al Sistema Bibliotecario Nazionale. Oltre al miglioramento dei servizi di *reference* è previsto lo sviluppo di un programma specifico di documentazione sulla valutazione delle tecnologie sanitarie. La Biblioteca è anche impegnata nello sviluppo di un *open archive* della documentazione scientifica prodotta dall'Agencia finalizzato a promuoverne ulteriormente la diffusione anche attraverso il sito *web*.

L'Agencia, inoltre, continuerà a svolgere funzioni di consulenza nel campo della metodologia e della organizzazione didattica e, soprattutto, ad organizzare direttamente attività formative articolate nei seguenti filoni:

- percorsi formativi per l'alta dirigenza delle Aziende sanitarie (corsi per Direttori generali, Direttori sanitari, Direttori amministrativi, Direttori di Dipartimento, Direttori di Presidio, ecc.);
- iniziative a carattere formativo e informativo e percorsi di formazione/intervento correlati ai progetti e alle attività dell'Agencia;
- laboratori di studio su temi di carattere prioritario per la modernizzazione del Sistema sanitario regionale.

Il sistema di accreditamento e le attività relative all'Educazione continua in medicina (ECM) avviati in Emilia-Romagna dal giugno 2002 a seguito della normativa specifica e degli Accordi presi in sede di Conferenza Stato/Regioni sono parte integrante del piano di formazione continua. Questo processo si avvale di una Commissione regionale di esperti e di una Consulta a cui partecipano rappresentanti di tutte le categorie professionali interessate. L'Agencia ha, in particolare, sviluppato in collaborazione con l'Università di Bologna e il CINECA, un sistema di gestione delle procedure di accreditamento accessibile tramite internet. Una particolare attenzione è stata rivolta alle possibilità di accreditamento dell'apprendimento sul campo, considerato un metodo particolarmente appropriato sia dal punto di vista didattico sia per i collegamenti con il funzionamento e lo sviluppo delle organizzazioni sanitarie.

L'Agencia è impegnata a collaborare con tutti i soggetti interessati nella valorizzazione di quegli aspetti dell'ECM che ne fanno un'opportunità per il sistema sanitario e uno strumento efficace per la formazione continua degli operatori sanitari. Verranno in particolare seguiti direttamente i processi regionali di accreditamento e verranno sviluppati progetti sperimentali di valutazione degli eventi e degli organizzatori di formazione.

Ricerca e innovazione

Nonostante lo sviluppo continuo delle conoscenze in campo sanitario offra costantemente aspettative di miglioramento dell'efficacia e sicurezza degli interventi sanitari, la quota di esse che si traduce in reale innovazione è limitata. Questo dipende dalla sostanziale mancanza di uno sforzo per l'implementazione e l'inserimento delle nuove conoscenze in pratiche assistenziali realmente innovative e compatibili con la configurazione e gli aspetti organizzativi dei servizi.

I sistemi sanitari, infatti, investono poco nella ricerca mirata al trasferimento e promozione dell'innovazione e sono in una posizione sostanzialmente "difensiva" rispetto a conoscenze i cui contenuti e priorità sono espressione di interessi conoscitivi di difficile ricaduta immediata e comunque fortemente condizionati da logiche commerciali e di sostanziale induzione dell'offerta di prestazioni.

Ogni anno la letteratura scientifica internazionale riporta i risultati di circa 10.000 studi clinici controllati; solo una piccola parte di questi riporta informazioni realmente rilevanti e trasferibili, tali cioè da offrire potenziali benefici per i pazienti ed essere sostenibili per il sistema. Anche in presenza di informazioni rilevanti, peraltro, resta il problema della loro trasformazione in processi assistenziali tale da rappresentare una effettiva innovazione.

Obiettivo generale del prossimo triennio è di sviluppare una serie di progetti orientati al processo di trasformazione delle informazioni scientifiche in innovazioni funzionali agli obiettivi del Sistema sanitario regionale.

Aree di attività

a) Coordinamento progetti

Progetti nazionali di ricerca sanitaria e progetti finanziati dalla Unione Europea

La Regione è capofila per il 2003 di cinque progetti di ricerca (finanziati ex artt. 12-12 bis, DLgs n. 502/1992), che si aggiungono ai venti progetti in corso avviati in anni precedenti, e partecipa attualmente come unità operativa a nove progetti in collaborazione con altre Regioni. Per questi progetti l'Agenzia sanitaria regionale garantisce il supporto amministrativo e contabile necessario alla realizzazione dei progetti di ricerca quale referente per i rapporti con il Ministero della salute nei confronti di tutti i destinatari istituzionali dei progetti: Regioni partner, Università, Aziende sanitarie (anche di altre regioni), Enti di ricerca (pubblici e privati) che partecipano alla realizzazione dei singoli progetti sulla base di specifici accordi, contratti o convenzioni stipulati con la Regione Emilia-Romagna.

Per quanto riguarda i progetti europei l' Agenzia sanitaria regionale:

- partecipa alla realizzazione di due progetti di ricerca per lo sviluppo del Quinto Programma di Lavoro dell'Unione Europea: Progetto "Towards effective health care policy in Europe: promoting a coherent approach to the development, dissemination and assessment of clinical guidelines through established networks", coordinato dal St. George Hospital Medical School, Dept. of Public Health Sciences, Londra (UK) e Progetto "A framework and tools to develop effective quality improvement programs in European healthcare", coordinato dal National Institute of Public Health, Health Services Research Unit, Oslo (Norvegia). Le attività di ricerca di competenza dell' Agenzia avviate sul finire dell'anno 2002 proseguiranno nel corso del 2004;
- ha concorso alla presentazione di un progetto di ricerca per lo sviluppo del Sesto Programma Quadro della Unione Europea: Progetto "Care-paths (percorso assistenziale)", coordinato da Airial Conseil - Francia. Il progetto è stato ammesso dall'Unione Europea a finanziamento. Le attività di ricerca avranno inizio nel 2004;
- partecipa al Progetto "Helics - Hospital in Europe Link for infection control surveillance" per l'armonizzazione dei programmi di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere.

b) Aree di attività specifiche

1. *Ricognizione delle attività di ricerca di base, clinica e sanitaria attualmente in corso nelle Aziende sanitarie della Regione*

Il confine tra attività di monitoraggio della pratica clinica, di sperimentazione e ricerca clinica, di miglioramento della qualità delle prestazioni e di sperimentazione sui modelli organizzativi è spesso di difficile definizione. Oltre ad avere importanti implicazioni sul piano etico, questo comporta una dispersione di energie e risorse rispetto all'obiettivo comune di introdurre un processo continuo di innovazione nella pratica clinica. Ci si propone pertanto di realizzare, in collaborazione con le Aziende sanitarie regionali, un censimento e una classificazione/attribuzione (in collaborazione con un gruppo di lavoro interdisciplinare regionale) delle diverse attività attualmente in corso per arrivare ad una loro razionalizzazione e finalizzazione all'obiettivo del governo dell'innovazione.

2. *Promozione di sperimentazioni cliniche e clinico/organizzative per la valutazione controllata della introduzione di singoli interventi/procedure potenzialmente innovativi per il Servizio sanitario regionale*

Buona parte della sperimentazione di interventi e tecnologie che avviene oggi nelle strutture sanitarie viene svolta guardando alla “efficacia teorica” dei singoli interventi invece che alla “efficacia ed impatto pratico” che la loro introduzione può avere nel processo assistenziale. Ci si propone qui di sperimentare la fattibilità di alcuni casi modello di costruzione e sperimentazione di “pacchetti assistenziali” a partire da singoli interventi (farmaci, procedure diagnostiche, ecc.) potenzialmente promettenti sul piano della loro specifica efficacia clinica in *network* di strutture del SSR.

Funzionale a questi obiettivi sarà la individuazione di “tecnologie emergenti” da inserire in programmi prospettici di valutazione di appropriatezza e da cui deriva l’analisi dei bisogni formativi per la formazione permanente degli operatori.

3. *Coordinamento delle attività dei Comitati Etici (CE)*

Ruolo ed attività dei CE sono oggi giunte ad un importante punto di svolta sia alla luce dell’esperienza acquisita a partire dai DM del 1998 sia in previsione dell’entrata in vigore della nuova Direttiva europea sulle sperimentazioni cliniche. Oggi l’attività dei CE è caratterizzata da variabilità di criteri operativi e di comportamenti, differenti interpretazioni sul significato e sugli obiettivi del proprio operato, necessità di rafforzamento della cultura di valutazione integrata e multidisciplinare sul piano etico e scientifico. Ci si propone pertanto di avviare un programma di monitoraggio delle attività dei CE operanti a livello regionale anche attraverso l’avvio di iniziative di confronto e comparazione dei loro criteri operativi e delle relative modalità di funzionamento.

Obiettivi per il 2004 sono:

- Creazione di almeno tre gruppi di lavoro multidisciplinari nelle principali aree cliniche (oncologia, neuroscienze, cardiovascolare, ecc.) con il compito di identificare le principali innovazioni cliniche e tecnologiche e raccogliere, in modo prospettico, le informazioni prodotte da studi clinici e le valutazioni condotte da Agenzie internazionali di technology assessment. Questa attività dovrebbe portare alla individuazione di specifiche tecnologia/interventi da inserire in programmi prospettici di valutazione di appropriatezza (in collaborazione con altre aree di programma della ASR). Laddove possibile questi gruppi di lavoro si baseranno sulla esistenza di gruppi di lavoro già attivi a livello regionale.

- Avvio dell'attività di ricognizione delle attività di ricerca clinica e sanitaria attualmente in corso nelle Aziende sanitarie della Regione. Obiettivo di questo filone di attività è avviare, nelle principali aree clinico-assistenziali, un processo di mappatura delle attività in corso al fine di migliorare il coordinamento e la diffusione dei risultati e di individuare alcuni filoni sui quali avviare progetti multicentrici di monitoraggio e/o di sperimentazioni clinico-organizzative a partire dal 2005. Farà parte di questo filone di attività il coordinamento delle ricerche di carattere nazionale o interregionale cui partecipano operatori sanitari della regione ER.
- Descrizione e verifica delle filosofie di lavoro e dei modelli operativi dei Comitati Etici (CE) operanti in regione. Tale attività prevede:
 - a) la raccolta di un set di informazioni essenziali sulla struttura e le attività dei CE regionali negli ultimi due anni;
 - b) la realizzazione di uno studio sulla variabilità di comportamento dei CE (valutazione di protocolli di sperimentazione, pareri rispetto a problematiche inerenti la normale attività assistenziale);
 - c) la verifica dei rapporti di informazione reciproca e di integrazione tra Alta Dirigenza aziendale e CE;
 - d) l'approfondimento del ruolo delle figure "laiche" nei CE regionali.

Sulla base delle informazioni che scaturiranno da queste iniziative si valuterà la fattibilità di un maggiore coordinamento e definizione di ruoli tra CE locali e l'opportunità di un coordinamento regionale di alcune attività/funzioni dei CE.

Collaborazioni nazionali e internazionali

Per l'attuazione del Programma l'Agenzia si avvale della collaborazione del sistema universitario, (in particolare delle Università della regione), e di organismi di ricerca finanziati dal Ministero della salute, dall'Unione Europea e da altri Enti o Istituzioni.

1. Collaborazioni con il sistema universitario della Regione

Il Piano sanitario regionale ha affidato ad una rinnovata collaborazione della Regione con il Sistema universitario il compito di promuovere e sostenere lo sviluppo delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca biomedica e medico-clinica, di assicurare la formazione degli operatori sanitari e la loro integrazione nei processi di cura, di elaborare strumenti e metodi di programmazione dei fabbisogni formativi e professionali, di orientare la ricerca biomedica e sanitaria nonché la formazione al sostegno del Programma di modernizzazione del Servizio sanitario regionale. In questo quadro, il ruolo individuato per l'Agenzia sanitaria regionale nel Programma di modernizzazione del Servizio sanitario regionale rappresenta l'occasione per un'ampia ed intensa collaborazione con il sistema universitario.

Le collaborazioni da rinnovare/attivare con il sistema universitario fino ad ora individuate riguardano i seguenti progetti:

Area di programma Accreditamento

Progetto *Cittadini, comunità e Servizio sanitario regionale*

- *Università di Bologna - Facoltà di Scienze Politiche, Dipartimento di sociologia*
- *Università di Bologna - Dipartimento di Scienze dell'educazione, Cattedra di Psicologia della salute*
- *Università di Parma - Dipartimento di Psicologia*

Area di programma Economia e salute

Progetto *L'Appropriatezza della remunerazione dell'assistenza ospedaliera*

- *Thomas Jefferson University, Jefferson Medical School, Philadelphia (USA).*

Progetto *Banca dati dei consumi sanitari*

- *Thomas Jefferson University, Jefferson Medical School, Philadelphia (USA).*

Sottoprogetto *La spesa sanitaria delle famiglie*

- *Università di Bologna - Facoltà di economia, Dipartimento di scienze economiche e Dipartimento di scienze statistiche*

Area di programma Governo clinico

Progetto Liste di attesa

- *Università di Bologna – Facoltà di medicina e chirurgia, Dipartimento di scienze chirurgiche e anestesologiche*

Area di programma Rischio infettivo

Progetto Antibioticoresistenza

- *Università di Bologna – Facoltà di medicina e chirurgia, Dipartimento clinico-veterinario*

Progetto Infezioni emergenti e riemergenti

- *Università di Bologna – Facoltà di medicina e chirurgia, Dipartimento di scienze chirurgiche e anestesologiche*

Progetto Infezioni nelle organizzazioni sanitarie

- *Università di Bologna – Facoltà di medicina e chirurgia*
- *Università di Modena e Reggio Emilia - Facoltà di medicina e chirurgia*
- *Università di Parma – Facoltà di medicina e chirurgia*
- *Università di Ferrara – Facoltà di medicina e chirurgia*

Sistema Documentazione, formazione e comunicazione

Relazioni sanitarie e comunicazione con le comunità locali

- *Università di Bologna - Facoltà di psicologia, - Dipartimento di sociologia*

Formazione continua nel Servizio sanitario regionale

- *Università di Bologna Facoltà di Medicina e Chirurgia, Fondazione Alma Mater*

Progetti gestiti con la Direzione generale Sanità e Politiche sociali

- *Università di Bologna - Dipartimento di discipline economico aziendali*

Inoltre l' Agenzia sanitaria regionale è sede di tirocinio per allievi di Corsi universitari di formazione nel campo della programmazione e gestione dei servizi sanitari, della sanità pubblica, della formazione del personale sanitario e della comunicazione:

- *Università di Bologna*
- *Università di Parma*
- *Università di Modena e Reggio Emilia*

2. Collaborazione con organismi di ricerca

The International Guidelines Network

L'Agenzia sanitaria aderisce in qualità di membro fondatore, su richiesta, a *The International Guidelines Network*, che si propone di migliorare i sistemi per la salute promuovendo l'elaborazione sistematica di linee guida e la loro applicazione nella pratica attraverso un network internazionale di collaborazione, contribuendo a migliorare l'informazione, la formazione degli operatori ed il trasferimento nella pratica clinica delle conoscenze scientifiche

Università di Ottawa

- Progetto "Effective Practice and Organisation of Care Review Group" (EPOC), per la conduzione e la revisione sistematica della letteratura sull'efficacia di diverse modalità di organizzazione dell'assistenza sanitaria

Organizzazione mondiale della sanità – Ufficio Europeo

- Collaborazione alla *Region for Health Network* a cui la Regione Emilia-Romagna ha aderito

Università degli studi di Torino

- Collaborazione allo studio multicentrico SETIL su leucemie nell'infanzia ed esposizioni a campi elettromagnetici.

Centro Studi Associazione Nazionale Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

- Collaborazione allo studio sul monitoraggio della appropriatezza dell'uso degli interventi di rivascolarizzazione coronaria

Cochrane Review Group on Effective Practice and Organisation of Care (EPOC)

Health Services Research Unit, National Institute of Public Health, Oslo

Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE) Collaboration

3. Partecipazione a programmi di ricerca

a) Programmi finanziati dal Ministero della salute

- Formazione valutatori (in collaborazione con altre tredici Regioni e Province Autonome).
- Definizione dei livelli essenziali di assistenza: implicazioni etiche, epidemiologiche, cliniche ed economico-finanziarie.
- Le informazioni su efficacia e costo-efficacia degli interventi nella definizione dei livelli essenziali di assistenza.

- Rischio infettivo nelle strutture assistenziali per anziani.
- Le disuguaglianze: i meccanismi di generazione e l'identificazione di interventi possibili.
- Coordinamento regionale sulla gestione del rischio in strutture sanitarie.
- Monitoraggio sulla appropriatezza dell'uso degli interventi di rivascularizzazione coronarica.
- Analisi dei costi della residenzialità extra-ospedaliera.
- Partecipazione alla ricerca interregionale (*coordinamento Regione Lazio*) sull'analisi delle disuguaglianze sociali nell'accesso alle prestazioni sanitarie.
- Partecipazione alla ricerca interregionale (*coordinamento Regione Valle D'Aosta*) sull'analisi delle disuguaglianze socio-economiche negli esiti dei trattamenti e monitoraggio degli interventi sanitari per le aree metropolitane.
- Partecipazione alla ricerca interregionale per la definizione di criteri oggettivi di priorità della lista d'attesa per interventi di chirurgia protesica (*coordinamento Istituti Ortopedici Rizzoli in Bologna*).
- Partecipazione alla ricerca interregionale per la progettazione di un registro nazionale di protesi d'anca e sua implementazione in 5 regioni italiane (*coordinamento Istituti Ortopedici Rizzoli in Bologna*).
- Partecipazione alla ricerca Web community per l'appropriatezza della pratica clinica (*coordinamento Azienda ospedaliera di Reggio Emilia*).
- Partecipazione alla ricerca interregionale per l'analisi costo-efficacia degli interventi di artroprotesi di anca (*coordinamento Servizio Presidi ospedalieri Direzione generale Sanità e Politiche sociali*).
- Partecipazione alla ricerca interregionale sull'analisi dei sistemi e metodi per la valutazione dell'appropriatezza delle prescrizioni diagnostiche utilizzate nell'ambito del SSN (*coordinamento Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali*).
- Collaborazione alla rete nazionale per la promozione della salute coordinata dal *Centro studi del Ministero della salute* e dal *Centro sperimentale per l'educazione sanitaria dell'Università degli studi di Perugia*.

b) Programmi finanziati dall'Unione Europea e da altre istituzioni internazionali

- Progetto "A framework and tools to develop effective quality improvement programs in European healthcare" – Coordinamento Health Services Research Unit, National Institute of Public Health, Oslo.
- Progetto "Towards effective health care policy in Europe: promoting a coherent approach to the development, dissemination and assessment of clinical guidelines through established networks – Agree QLAM-2001-0057" – Coordinamento St. George Medical Hospital London (UK).

- Progetto "Helics - Hospital in Europe Link for infection control surveillance" per l'armonizzazione dei programmi di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere.
- Progetto "Care-paths (percorso assistenziale)", Coordinamento Aerial Conseil - Francia.

Relazione economico-finanziaria

Preventivo esercizio 2004

Il preventivo per l'esercizio finanziario 2004 illustra l'impiego dei fondi pari a Euro 3.460.000,00 attribuiti all'Agenzia sanitaria regionale, disposto dall'art. 34 - I° comma - lett. c) della LR 22 dicembre 2003, n. 28 (Legge finanziaria regionale adottata a norma dell'articolo 40 della Legge regionale 15 novembre 2001, n. 40 in coincidenza con l'approvazione del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2004 e del bilancio pluriennale 2004-2006)

Tali fondi saranno gestiti:

- con lo strumento del Funzionario Delegato, ai sensi del Regolamento regionale 9 dicembre 1978 n. 50 e successive modificazioni, secondo le modalità previste negli atti deliberativi che regolano il funzionamento dell'Agenzia sanitaria regionale;
- tenendo conto delle disposizioni previste dal Regolamento regionale 14 marzo 2001, n. 6 per l'acquisizione di beni e servizi e per il funzionamento delle casse economali, e in base alle indicazioni tecnico-operative e di dettaglio fornite dalla struttura regionale competente in materia di controllo contabile concordate con l'Istituto che gestisce il Servizio di Tesoreria della Regione Emilia-Romagna nel rispetto della normativa vigente.

Il codice 101 si riferisce ai rimborsi da corrispondere alle Aziende sanitarie ed agli altri enti pubblici per il personale di cui l'Agenzia si avvale ai sensi dell'art. 39, comma 5, della Legge regionale n. 50 del 1994 e successive modificazioni.

I codici 102 e 103¹ si riferiscono al documento di previsione del fabbisogno di massima di incarichi di prestazioni professionali - esperti, consulenti-équipe tecnico-scientifiche e convenzioni - presentato, ai sensi dell'art. 12 della LR n. 43/2001 e delle deliberazioni della Giunta regionale n. 181/2002, come integrata dalle DGR n. 124/2003 e 1958/2003, dall'Agenzia sanitaria regionale (allegato B parte integrante e sostanziale della Determinazione del Direttore generale N.2213/2004), così come riportato nell'allegato B della deliberazione di adozione del presente Piano-Programma.

Il codice 104 si riferisce ai progetti di innovazione alla cui realizzazione partecipano Aziende sanitarie, anche con proprie risorse (l'identificazione delle Aziende è riportata in calce ai capitoli delle singole Aree).

¹ Il Direttore generale dell'Agenzia provvederà a conferire gli incarichi ricompresi nel sopra indicato elenco allegato B, nel rispetto dei criteri e requisiti previsti dalle deliberazioni della Giunta regionale n. 181 del 18 febbraio 2002, come integrata dalle DGR 124/2003 e 1958/2003, trasmettendo tali atti alla competente Commissione consiliare.

Il codice 200 comprende i costi per l'organizzazione di convegni, seminari, per l'acquisto di pubblicazioni, abbonamenti a riviste e banche dati scientifiche, per iniziative formative rivolte al Servizio sanitario regionale.

Il codice 201 comprende l'acquisto di attrezzature informatiche, *software*, materiali di consumo e assistenza informatica.

Concorrono al finanziamento dei programmi le risorse acquisite da organismi nazionali e comunitari per lo sviluppo di 11 progetti di ricerca nazionali e di 4 progetti finanziati da enti internazionali. Per il biennio 2004-2005 i finanziamenti nazionali ammontano a Euro 421.139,51 (di cui Euro 230.266,51 già iscritti nel bilancio regionale e relativi a 7 progetti avviati nel corso di anni precedenti), per l'attività dell'Agenzia sanitaria regionale quale coordinatrice o unità operativa dei progetti. I finanziamenti dell'Unione Europea relativi a quattro progetti da sviluppare nell'ambito delle Aree di programma "Governo clinico" e "Rischio infettivo" ammontano a Euro 194.912,00 per le due annualità 2004 e 2005, di cui Euro 114.912,00 già iscritti nel bilancio regionale e relativi a tre progetti avviati nel 2003. Per i finanziamenti sopra indicati non ancora iscritti nel bilancio regionale, e relativi a progetti già approvati, si provvederà all'iscrizione nel corso del 2004 a necessaria documentazione pervenuta da parte del Ministero della salute e della UE.

Agenzia sanitaria regionale - Bilancio per l'esercizio finanziario 2004

	Previsione 2004	Personale in avvalimento (cod. 101) €	Esperti - consulenti - équipe tecnico- scientifiche (cod. 102) €	Convenzioni con altri enti (cod. 103) €	Collaborazioni con ASL (cod. 104) €	Organizzazione convegni, seminari pubblicazioni - iniziative formative verso il SSR (cod. 200) €	Partecipazione a convegni, seminari, iniziative formative dei collaboratori - acquisto attrezzature - servizi e materiale vario (cod. 201) €	TOTALE PREVENTIVO €
1	Direzione	0,00	0,00	130.000,00	23.630,63	100.000,00	0,00	253.630,63
2	Amministrativo - Contabile	79.000,00	0,00	0,00	21.240,47	3.500,00	0,00	103.740,47
3	Sistema documentazione, formazione, comunicazione	276.050,00	0,00	85.194,23	314.953,46	114.470,00	3.000,00	793.667,69
4	Accreditamento	351.000,00	0,00	0,00	145.809,15	0,00	0,00	496.809,15
5	Economia e salute	167.000,00	0,00	0,00	268.542,72	0,00	0,00	435.542,72
6	Governo clinico	122.172,00	0,00	0,00	26.396,83	2.510,00	0,00	151.078,83
7	Rischio infettivo	254.500,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	254.500,00
8	Risorse umane e sviluppo progetti in collaborazione con DGSPS	50.000,00	202.200,00	20.000,00	140.568,22	0,00	0,00	412.768,22
9	Ricerca e innovazione	46.000,00	0,00	0,00	23.630,63	0,00	0,00	69.630,63
10	Politiche sociali	0,00	0,00	0,00	53.193,92	90,00	0,00	53.283,92
11	Rete informativa interna integr.	0,00	0,00	0,00	32.485,83	0,00	153.022,45	185.508,28
12	IRAP - buoni mensa e altri rimborsi	140.839,46	0,00	0,00	90.000,00	0,00	19.000,00	249.839,46
TOTALE previs.		1.486.561,46	202.200,00	235.194,23	1.140.451,86	220.570,00	175.022,45	3.460.000,00

AGENZIA SANITARIA REGIONALE

Fabbisogno di massima di incarichi di prestazione professionale. Anno 2004
(art. 12 LR 43/2001)

n	Area/Progetto	motivazioni	tipologia	Cap./es.	Costo presunto
1	Sviluppo e sperimentazione di supporti ai programmi di Educazione Continua in Medicina	Disporre di un supporto tecnico scientifico per la realizzazione di un progetto che favorisca, attraverso l'uso di tecnologie web, la diffusione delle informazioni sull'offerta formativa ECM e le relazioni tra gli organizzatori di programmi didattici e la Regione per l'accreditamento	Rinnovo convenzione con l'Università degli studi di Bologna Facoltà di Medicina e Chirurgia, Fondazione Alma Mater	51721/2004	85.194,23 EUR
2	Programmi cogestiti con DGSPS: - "Sviluppo dei sistemi di controllo dei bilanci e delle gestioni" "Bilancio di missione" - "Le politiche d'acquisto di beni e servizi delle Aziende sanitarie" - "Verifica del grado di attuazione del modello Hub & Spoke nelle specialità di interesse regionale"	Necessità di avvalersi di esperti di specifica, elevata competenza professionale	Rinnovo/Incarichi prestazione di opera intellettuale e professionale ai sensi degli artt. 2230 e seguenti del c.c.	51721/2004	202.200,00 EUR
3	Progetti Area Risorse Umane "Capitale intellettuale"	Collaborazione con gruppi di ricerca scientifica di riconosciuta competenza, esperienza ed autorevolezza tecnica e professionale per supporto tecnico scientifico specialistico	Convenzione con l'Università degli studi di Ferrara	51721/2004	20.000,00 EUR

4	Progetti speciali: - Differenze interregionali nei sistemi sanitari - Educazione alla salute	Collaborazione con gruppi di ricerca scientifica di riconosciuta competenza, esperienza ed autorevolezza tecnica e professionale per supporto tecnico scientifico specialistico	Convenzioni con l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia e con l'Università degli studi di Bologna	51721/2004	130.000,00 EUR
TOTALE					437.394,23 EUR

Le spese sopra elencate afferenti al cap. 51721/2004 sono ricomprese nel preventivo di spesa dell'Agenzia Sanitaria Regionale per l'esercizio 2004