

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- 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 e successive modificazioni;
- 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";

Richiamata la deliberazione n. 451 in data 15 marzo 2004 con la quale questa Giunta ha adottato, in attuazione della deliberazione n.296/2004, il Piano-Programma dell'Agenzia Sanitaria Regionale per il triennio 2004-2006, comprensivo del piano di attività per l'anno 2004 dando atto che, per i restanti anni del triennio, si sarebbe provveduto all'adozione dei piani annuali di attività, corredati di preventivo di spesa con riferimento alle risorse che saranno appositamente stanziare con la legge finanziaria regionale ed effettivamente disponibili nel bilancio per l'esercizio finanziario di competenza;

Visto il Piano di attività 2005 dell'Agenzia Sanitaria Regionale, quale secondo anno del triennio, corredato dal relativo preventivo di spesa per complessivi € 3.520.000,00 di cui alla determinazione del suo Direttore Amministrativo n. 8812 in data 22 giugno 2005, presentato a questa Giunta dall'Assessore alle Politiche per la Salute, 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 di attività, 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 successive modificazioni 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. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modificazioni;

- la L.R. 23 dicembre 2004, n. 28 "Bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna per l'anno finanziario 2005 e bilancio pluriennale 2005-2007";

- la L.R. 23 dicembre 2004, n. 27, "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 2005 e del bilancio pluriennale 2005-2007" ed in particolare l'art.29 - comma 1.- lett. c) riguardante le spese per il funzionamento dell'Agenzia sanitaria regionale e del Centro di documentazione sanitaria;

- la propria delibera n. 200 del 7 febbraio 2005 "Modifiche all'assetto di Direzione dell'Agenzia Sanitaria Regionale";

Richiamata la propria deliberazione n. 103 in data 31 gennaio 2005 "Assegnazione all'Agenzia Sanitaria Regionale di una quota del finanziamento per l'anno 2005", con la quale questa Giunta Regionale:

- ha assegnato all'Agenzia Sanitaria Regionale la quota di finanziamento, quale anticipazione per l'anno 2005, per un importo pari a € 1.666.100,00, rientrante nel limite del 50% del finanziamento per l'anno 2004, di cui alla deliberazione n.451/2004;

- ha impegnato la spesa complessiva di € 1.666.100,00, registrata al n.367 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 2005, spesa autorizzata dall'art.29 - comma 1.- lett. c) della L.R. 23 dicembre 2004, n. 27;

- ha assegnato la somma di € 1.666.100,00 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 ad emettere buoni di prelievo, ai sensi dell'art. 7 del R.R. n. 50/1978 e successive modificazioni, entro l'importo massimo di € 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 € 50.000,00;

Ritenuto:

- di adottare il Piano di attività 2005 dell'Agenzia Sanitaria Regionale, di cui all'allegato A parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- di determinare in € 3.520.000,00 l'assegnazione complessiva all'Agenzia Sanitaria Regionale per lo sviluppo del Piano di attività 2005;

- di assegnare, pertanto, a favore dell'Agenzia la somma di € 1.853.900,00 a completamento dei fondi anticipati con la citata deliberazione n. 103/2005, pari a € 1.666.100,00;

- di stabilire che il Direttore Amministrativo dell'Agenzia Sanitaria Regionale gestirà i fondi di complessivi € 3.520.000,00, 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 e in attuazione della convenzione sottoscritta in data 13/12/2004;

- di confermare l'autorizzazione al medesimo Direttore Amministrativo 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 € 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 € 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 e successive modificazioni;

Avuto presente, inoltre, che con la citata Determinazione n. 8812 in data 22 giugno 2005, il Direttore Amministrativo dell'Agenzia Sanitaria Regionale ha presentato il documento di programmazione del fabbisogno di massima di incarichi di prestazioni professionali per l'anno 2005, 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 di attività 2005 dell'Agenzia Sanitaria Regionale è da intendersi assolto l'obbligo, previsto dall'art.12 della L.R. n. 43/2001 e successive modificazioni, di approvazione della programmazione del fabbisogno di massima degli incarichi di prestazione professionale dell'Agenzia Sanitaria;

Visti:

- la legge 30 dicembre 2004, n. 311 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2005) ed in particolare l'art.1, commi 11, 42 e 116;
- la circolare n. 4 del 15 luglio 2004 del Dipartimento della Funzione pubblica della Presidenza del Consiglio

dei Ministri "Collaborazioni coordinate e continuative. Presupposti e limiti alla stipula dei contratti. Regime fiscale e previdenziale. Autonomia contrattuale";

- la deliberazione n. 6 delle Sezioni riunite della Corte dei Conti del 15 febbraio 2005 recante "Linee di indirizzo e criteri interpretativi sulle disposizioni della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (finanziaria 2005) in materia di affidamento d'incarichi di studio o di ricerca ovvero di consulenza (art. 1, commi 11 e 42)";
- la deliberazione della Corte dei Conti n. 7/2005/G recante "Provvedimenti da adottare, istruttori ed organizzativi, conseguenti all'applicazione delle nuove disposizioni per il contenimento della spesa, contenute nella legge finanziaria per il 2005, legge 30 dicembre 2004, n. 311, articolo 1, commi 9, 11, 42, 254, 443, 545, 549";

Preso atto che gli incarichi contraddistinti con i numeri 1, 3 e 4 di cui all'Allegato B si riferiscono a incarichi di ricerca la cui negoziazione è stata posta in essere negli esercizi 2002 e 2004 e vengono inseriti nella programmazione ai soli fini della copertura finanziaria in termini di assunzione degli impegni di spesa a valere per l'anno 2005 per l'importo complessivo di € 129.484,23;

Valutato che, alla luce di quanto sopra espresso, la programmazione disposta con il presente provvedimento comporta un onere finanziario complessivo di € 291,684,23 per il fabbisogno di prestazioni professionali riconducibili alla normativa di cui alla L.R.43/01 art.12 così come previsto al punto 5) quinto capoverso della propria deliberazione n. 181/2002 integrata dalla propria deliberazione n. 1958/2003 ed inquadrabili nella normativa della Legge 311/2004;

Dato atto che l'onere finanziario di € 291,684,23 è stato assunto sulla base delle risultanze contabili per la determinazione del tetto di spesa a disposizione dell'Amministrazione regionale, nel rispetto del limite di spesa stabilito dalla legge 30 dicembre 2004, n.311, come certificato con l'apposizione del parere di regolarità contabile sul presente atto del Dirigente Professionale "Controllo e presidio dei processi connessi alla predisposizione del Bilancio e del Rendiconto generale" Dott.ssa Maria Grazia Gaspari in sostituzione della Responsabile del Servizio Bilancio - Risorse Finanziarie Dott.ssa Amina Curti, in applicazione delle delibere n.6 del 15 febbraio 2005 delle Sezioni riunite della Corte dei Conti e n. 7 dell'11 marzo 2005 della Sezione Centrale di controllo della Corte dei Conti;

Dato atto che a seguito dell'approvazione della presente deliberazione il Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale potrà provvedere ad adottare gli atti di conferimento degli incarichi a soggetti esterni alla Regione, nel rispetto dei criteri e requisiti previsti dalla propria deliberazione n. 181/2002 come integrata dalle deliberazioni n. 124/2003 e n. 1958/2003, trasmettendo tali atti alla competente Commissione consiliare Bilancio, Programmazione e Affari Generali e a richiedere la pubblicazione per estratto dell'atto di conferimento sul Bollettino Ufficiale nonché agli adempimenti previsti dal comma 11 dell'art.1 della Legge 311/2004 che prevede, tra l'altro, l'invio dei provvedimenti alla Sezione regionale di controllo della Corte dei Conti;

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 citata L.R. n. 9/2000 e successivi regolamenti di attuazione;

Dato atto del parere favorevole espresso dalla Commissione consiliare "Politiche per la salute e politiche sociali" nella seduta pomeridiana del 6 luglio 2005;

Ritenuto che ricorrano gli elementi di cui all'art.47, comma 2, della L.R. n.40/2001 e che, pertanto, l'impegno di spesa possa essere assunto con il presente atto;

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 successive modificazioni e della sopracitata deliberazione n. 447/2003:

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

- del parere di regolarità contabile espresso dal Dirigente Professional "Controllo e presidio dei processi connessi alla predisposizione del Bilancio e del Rendiconto generale" Dott.ssa Maria Grazia Gaspari in sostituzione della Responsabile del Servizio Bilancio - Risorse Finanziarie Dott.ssa Amina Curti ai sensi anche delle note del Direttore Generale Risorse Finanziarie e Strumentali prot. n. ARB/DRF/02/59146 del 7 novembre 2002 e prot. n. ARB/DRF/03/2445-i del 21 gennaio 2003;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

D e l i b e r a

1) di adottare, in attuazione delle proprie deliberazioni n.296/2004 e 451/2004, il Piano di attività 2005 dell'Agenzia Sanitaria Regionale di cui all'art. 12, comma 3, della Legge regionale n. 19/1994 e successive modificazioni, allegato A parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, formulato dal Direttore amministrativo dell'Agenzia con determinazione n. 8812 in data 22 giugno 2005, corredato dal relativo preventivo di spesa per complessivi € 3.520.000,00;

2) di dare atto che:

- viene definito con il presente provvedimento dettagliatamente il fabbisogno di massima di prestazioni professionali per complessivi € 291.684,23 per l'attuazione del Piano di attività dell'Agenzia Sanitaria Regionale per l'anno 2005, presentato dal Direttore Amministrativo dell'Agenzia con la suindicata determinazione n. 8812/2005 e riportato nell'allegato B, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

- con l'adozione del suddetto Piano di attività 2005 dell'Agenzia Sanitaria Regionale è da intendersi assolto l'obbligo, previsto dall'art. 12 della L.R. n. 43/2001 e successive modificazioni, nonché del punto 5) quinto capoverso della deliberazione n. 181/2002 integrata dalla deliberazione n. 1958/2003, di approvazione della programmazione del fabbisogno di massima degli incarichi di prestazione professionale;

- l'importo di € 291.684,23 costituisce altresì integrazione alla programmazione complessiva del fabbisogno di massima di prestazioni professionali per l'anno 2005;

- a seguito dell'approvazione della presente deliberazione il Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale potrà provvedere ad adottare gli atti di conferimento degli incarichi a soggetti esterni alla Regione, nel rispetto dei criteri e requisiti previsti dalla propria deliberazione n. 181/2002 come integrata dalle deliberazioni n. 124/2003 e n. 1958/2003, trasmettendo tali atti alla competente Commissione consiliare Bilancio, Programmazione e Affari Generali e a richiedere la pubblicazione per estratto dell'atto di conferimento sul Bollettino Ufficiale nonché agli adempimenti previsti dal comma 11 dell'art.1 della Legge 311/2004 che prevede, tra l'altro, l'invio dei provvedimenti alla Sezione regionale di controllo della Corte dei Conti;

3) di prendere atto che gli incarichi contraddistinti con i numeri 1, 3 e 4 di cui all'Allegato B si riferiscono a incarichi di ricerca la cui negoziazione è stata posta in essere negli esercizi 2002 e 2004 e vengono inseriti nella programmazione ai soli fini della copertura finanziaria in termini di assunzione degli impegni di spesa a valere per l'anno 2005 per l'importo complessivo di € 129.484,23;

4) di assegnare all'Agenzia Sanitaria Regionale, a completamento dei fondi assegnati con precedente deliberazione n. 103/2005, pari a Euro 1.666.100,00, l'ulteriore quota di finanziamento pari a Euro 1.853.900,00;

5) di impegnare la somma di € 1.853.900,00 integrando il numero di impegno 367 assunto sul capitolo 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 2005 con la citata deliberazione n.103/2005;

6) di dare atto che le obbligazioni giuridiche, conseguenti all'attuazione del presente provvedimento, dovranno essere poste in essere entro l'esercizio finanziario 2005;

7) di dare atto che:

- il Direttore Amministrativo dell'Agenzia Sanitaria Regionale gestirà i fondi per complessivi € 3.520.000,00 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 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 economiche nonché delle disposizioni di cui al precedente punto 2;

- 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 e in attuazione della convenzione sottoscritta in data 13/12/2004;

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

8) di confermare l'autorizzazione al medesimo Direttore Amministrativo 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 € 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 € 50.000,00;

9) 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;

10) di inviare infine la presente deliberazione, ai sensi della lettera c) del comma 2 del più volte citato

art.12, alla competente Commissione consiliare Bilancio,
Programmazione e Affari generali.

- - - - -

ALLEGATO A

Programma di attività 2005 dell'Agenzia Sanitaria Regionale, (corredato dal preventivo di spesa per l'esercizio 2005 per complessivi € 3.520.000,00)

-.-.-.-.-

AGENZIA SANITARIA REGIONALE

PIANO DI ATTIVITÀ ANNO 2005

**Assessorato regionale alle Politiche per la salute
Regione Emilia-Romagna**

Indice

Premessa

La Direzione

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

Area di programma Accredimento

- Progetto 1. Accredimento
- Progetto 2. Gestione del rischio
- Progetto 3. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale

Area di programma Economia e salute

- Progetto 1. Valutazione della appropriatezza dei ricoveri
- Progetto 2. Valutazione economica degli interventi sanitari
- Progetto 3. Banca dati dei consumi sanitari
- Progetto 4. Valutazione dei Trauma center
- Progetto 5. Analisi dei costi della residenzialità extra-ospedaliera

Area di programma Governo clinico

- Progetto 1. Costituzione e integrazione dei database clinici cardiologici
- Progetto 2. Valutazione tecnologie, interventi e politiche assistenziali
- Progetto 3. Liste di attesa
- Progetto 4. Indicatori di *performance*
- Progetto 5. Osservatorio sulle tecnologie

Area di programma Politiche sociali

- Sottoprogetto 1. Definizione, rilevazione e misurazione della non autosufficienza
- Sottoprogetto 2. Invecchiamento, disuguaglianze e disabilità
- Sottoprogetto 3. Qualità dell'offerta individuale dei servizi per anziani non autosufficienti

Area di programma Ricerca e innovazione

1. Sviluppo dell'infrastruttura per le attività del programma Ricerca e innovazione (PRI E-R)
2. Avvio delle attività del PRI E-R
3. Coordinamento delle attività dei Comitati Etici (CE)

Area di programma Rischio infettivo

- Progetto 1. Antibioticoresistenza e uso di antibiotici
- Progetto 2. Monitoraggio del rischio infettivo
- Progetto 3. Infezioni nelle organizzazioni sanitarie
- Progetto 4. Prevenzione e trattamento della sepsi grave

Area di programma 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 comunicazione, documentazione, formazione

- Diffusione dell'informazione scientifica
- Comunicazione con le comunità locali e sviluppo delle reti per la promozione della salute
- Formazione continua nel Servizio sanitario regionale
- Osservatorio nazionale sulla qualità dell'Educazione continua in medicina
- Documentazione scientifica e valutazione delle tecnologie sanitarie

Pubblicazioni

Collaborazioni e programmi di ricerca nazionali e internazionali

- 1. Con il sistema universitario della regione
- 2. Con il Ministero della salute
- 3. Con organismi nazionali
- 4. Con Unione europea e altri istituti internazionali
- 5. Partecipazione a organismi nazionali e internazionali

Relazione economico-finanziaria

- Esercizio 2004
- Esercizio 2005

Premessa

La Giunta regionale, con Delibera n. 296 del 23 febbraio 2004 ha approvato le "Linee di indirizzo per la predisposizione e l'attuazione del Piano programma 2004-2006 dell'Agenzia sanitaria regionale", individuato le aree di attività di interesse regionale da svilupparsi e integrando, innovandole, le attività già in corso nel triennio precedente.

Il Piano programma triennale 2004-2006, approvato con Delibera di Giunta regionale

n. 451 del 15 marzo 2004, ha definito obiettivi e progetti per le aree prioritarie in attuazione delle suddette indicazioni.

Gli obiettivi, sviluppati per Area di programma e articolati in Progetti, riguardano in particolare:

- *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 e 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 e 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 e 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 e ai master post laurea, anche in riferimento alla eventualità di nuove professioni sanitarie, e 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 dell'utilizzazione e dei costi dell'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 clinici-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.*

Nell'ambito del Piano programma 2004-2006 è stata prevista, per lo sviluppo di programmi di ricerca e intervento mirati alla promozione dell'innovazione clinica e organizzativa e al suo tempestivo trasferimento nella pratica clinica e gestionale, l'Area di programma Ricerca e Innovazione.

Nel corso dell'anno 2004, la Giunta regionale ha adottato ulteriori provvedimenti di interesse per l'attività dell'Agenzia sanitaria regionale:

- Delibera n. 2708 del 30 dicembre 2004, con la quale è stato attivato il Programma per la Ricerca e l'innovazione per l'Emilia-Romagna PRI E-R, stabilendo che allo sviluppo del programma concorrano risorse proprie della Regione e contributi di soggetti, pubblici e privati, che condividano le finalità del programma; che lo sviluppo del programma sia assegnato all'Agenzia sanitaria regionale, in collaborazione con le Aziende sanitarie; che le Aziende sanitarie adeguino la

propria organizzazione alle necessità che lo sviluppo interno della funzione di ricerca richiede;

- Delibera n. 1597 del 30 luglio 2004 di istituzione, presso l'Agenzia sanitaria regionale, di un comitato tecnico-scientifico regionale per l'area dell'assistenza cardiologica e cardio-chirurgica;
- Delibera n. 340 dell'1 marzo 2004, di istituzione, presso l'Agenzia sanitaria regionale, dell'Osservatorio regionale per la formazione medico-specialistica in attuazione del DLgs 368/1999;
- Delibera n. 297 del 23 febbraio 2004 di istituzione, presso l'Agenzia sanitaria regionale di un Osservatorio regionale per le medicine non convenzionali.

Inoltre, con Deliberazione n. 418 del 16 febbraio 2005, la Giunta regionale ha individuato l'Agenzia sanitaria regionale quale struttura di riferimento per il Centro regionale di valutazione e informazione sui farmaci.

Ma il provvedimento regionale di maggiore rilievo, istituzionale e organizzativo, approvato nel corso del 2004 è rappresentato dalla LR 29 del 23 dicembre 2004, "Norme generali sulla organizzazione del servizio sanitario regionale". La legge interviene selettivamente nelle aree su cui la nuova autonomia regionale incide maggiormente, allo scopo di consolidare da un lato i principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale e, al tempo stesso, di introdurre elementi di innovazione sia nel governo e nella gestione del Servizio sanitario regionale e delle sue Aziende, sia nelle relazioni istituzionali. L'Agenzia sanitaria regionale, per essere parte attiva del cambiamento, ha quindi proceduto a strutturare i programmi di attività del 2005 in funzione della priorità di applicazione alla nuova legge regionale, con particolare riguardo allo sviluppo della funzione di innovazione e di ricerca delle Aziende sanitarie e al sostegno del nuovo ruolo attribuito in questo ambito al Collegio di Direzione.

Il Programma di attività per il 2005 tiene, altresì, conto dell'istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza di cui all'articolo 51 della legge finanziaria regionale n. 27 del 23 dicembre 2004, specificamente rivolto al sostegno dei servizi e delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai residenti in condizioni di non autosufficienza.

All'attuazione dei programmi e progetti in cui si articola il Piano di attività dell'Agenzia sanitaria regionale contribuiscono in primo luogo tutte le Aziende sanitarie della regione, e gli Istituti Ortopedici Rizzoli. È stata inoltre sviluppata nel corso degli anni un'intensa collaborazione con il sistema sanitario regionale, e sono stati avviati programmi di ricerca con istituzioni nazionali e internazionali con specifiche competenze ed esperienze scientifiche. Questo ha comportato un crescente riconoscimento dell'attività dell'Agenzia a livello nazionale e internazionale, com'è testimoniato da un lato dall'elevato numero di pubblicazioni scientifiche (76 complessivamente, di cui 5 monografie e 17 su riviste internazionali) e dall'altro dalla crescita dell'acquisizione di finanziamenti da fonti esterne alla

Regione, attraverso processi competitivi, per un ammontare complessivo di circa € 921.000,00.

La Direzione

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

1. Progetti speciali e Programmi gestiti congiuntamente alla Direzione generale Sanità e Politiche sociali

Relazioni fra SSR e Università

1. *Protocollo d'intesa Regione-Università.* In applicazione dell'art. 9 della Legge regionale 29 del 23 dicembre 2004, nella seduta del 14 febbraio 2005, la Giunta regionale ha adottato:

- la Deliberazione n. 297 di approvazione del "Protocollo di intesa tra la Regione Emilia-Romagna e le Università degli Studi di Bologna, Ferrara, Modena-Reggio Emilia e Parma";
- la Deliberazione n. 318 di approvazione della "Disciplina delle Aziende ospedaliero-universitarie".

Il protocollo d'intesa fra Regione e Università ha definito i rapporti tra Servizio sanitario regionale e Università, provvedendo alla istituzione delle Aziende ospedaliero-universitarie come luogo dell'integrazione fra le funzioni di ricerca, didattica e assistenza proprie delle due istituzioni; alla definizione dei criteri per l'individuazione della rete regionale per la formazione specialistica e per i corsi di laurea delle professioni sanitarie, inclusa la formalizzazione delle attività didattiche svolte dal personale del SSN; allo sviluppo delle attività di didattica e di ricerca nelle Aziende sanitarie del SSR.

Il Protocollo definisce principi e criteri generali che dovranno trovare puntuale applicazione negli Accordi attuativi locali a livello di ciascuna Azienda ospedaliero-universitaria, mentre fa espresso rinvio a successivi provvedimenti per:

- istituzione, presso la Conferenza Regione-Università, di un Osservatorio per valutare l'attuazione del protocollo;
- intesa Regione-Università per l'aggiornamento degli accordi vigenti in attuazione del DLgs n. 517/1999 per il personale universitario integrato nell'assistenza;
- indirizzi Regione-Università per la promozione e l'organizzazione delle attività di sperimentazione condotte nell'Azienda ospedaliero-universitaria in pazienti in regime di ricovero e ambulatoriale;
- Protocollo d'intesa Regione-Università per la formazione medico-specialistica;
- Protocollo d'intesa per corsi di laurea e post laurea professioni sanitarie;
- istituzione dell'Osservatorio delle professioni sanitarie.

L'Agenzia sanitaria regionale attiverà, di concerto con la Direzione generale Sanità e Politiche sociali, le iniziative finalizzate all'assunzione dei provvedimenti e alla definizione delle intese sopra indicate, curando in particolare lo sviluppo dell'attività degli Osservatori previsti cui fornisce anche il supporto tecnico.

2. *Osservatorio regionale per la formazione medico specialistica.* Con Delibera n. 340 dell'1 marzo 2004 - ai sensi del comma 2 dell'art. 44 del Decreto legislativo n.

368/1999 - la Giunta regionale ha istituito presso l'Agenzia l'Osservatorio regionale per la formazione medico specialistica. Oltre ai compiti stabiliti dalla normativa nazionale, l'Osservatorio costituisce, altresì, la sede per la verifica periodica del grado di applicazione di protocolli e accordi attuativi regionali in materia di formazione medico-specialistica.

Il sistema sanitario in Italia: differenze interregionali e fattori di spiegazione

Obiettivo del progetto è valutare comparativamente gli assetti organizzativi e i modelli di funzionamento del Servizio sanitario nazionale nelle diverse regioni, con specifico riguardo alle modalità di risposta ai bisogni di salute della popolazione di riferimento nelle diverse realtà territoriali regionali e al loro impatto sul piano assistenziale ed economico.

Sviluppo dei sistemi contabili e degli strumenti di rendicontazione

1. *I sistemi contabili.* L'art. 6 della LR n. 29/2004 introduce l'obbligo per le Aziende sanitarie della regione di sottoporre a revisione contabile il bilancio d'esercizio. Già nel febbraio del corrente anno, sono stati infatti approvati dagli organi regionali i provvedimenti di modifica del regolamento regionale di contabilità così come di approvazione di: nuovi schemi di bilancio; piano dei conti; relative linee guida per l'omogenea individuazione ed evidenziazione contabile dei diversi eventi gestionali; aree tematiche di approfondimento (oggetto di principi contabili specifici per le Aziende sanitarie).

Il 2005 segnerà l'avvio concreto del processo di revisione contabile teso alla certificazione dei bilanci aziendali.

Nell'ambito del programma di sviluppo dei sistemi contabili e in considerazione delle più generali necessità di disporre di informazioni economiche, finanziarie e patrimoniali omogenee e trasparenti, costituiscono oggetto di studio anche gli strumenti di rilevazione contabile delle strutture socio-sanitarie e delle Aziende per i servizi alla persona, al fine di un loro adeguamento ai nuovi assetti organizzativi e alla luce delle competenze regionali in materia di copertura assistenziale e finanziaria dell'area ad elevata integrazione socio-sanitaria.

2. *Il bilancio di missione.* La Legge regionale n. 29/2004 prevede, all'art. 6 comma 1, che le Aziende sanitarie presentino, unitamente al bilancio d'esercizio, il "bilancio di missione" attraverso il quale rendono conto "del perseguimento degli obiettivi di salute" ad esse "assegnati dalla Regione e dalle Conferenze territoriali sociali e sanitarie". Il bilancio di missione rientra in senso lato nell'ambito delle forme di rendicontazione sociale e assume formalmente, nello specifico, il ruolo di illustrare l'azione istituzionale delle Aziende e di rafforzare il sistema di relazioni intercorrente tra le stesse e, in particolare, tra la Regione e le Conferenze territoriali sociali e sanitarie. Tale documento si affianca al tradizionale bilancio di esercizio, generato dalla contabilità economico-patrimoniale, che conserva il

proprio compito di illustrare come l'Azienda si è rapportata con i vincoli economico-finanziari, al fine di supportare il processo di evoluzione della *governance* del sistema sanitario regionale, rafforzandone la trasparenza.

Con Deliberazione n. 213 del 14 febbraio 2005, la Giunta regionale ha approvato lo schema del documento predisposto dal Gruppo di progetto, composto dalle Direzioni generali delle Aziende USL di Piacenza, Reggio Emilia, Imola, Ferrara e Rimini, coordinato dall'Agenzia sanitaria regionale.

In corrispondenza dell'adozione del bilancio d'esercizio 2004, le cinque Aziende sperimentatrici presenteranno, alle rispettive Conferenze territoriali sociali e sanitarie e alla Regione, i primi documenti. Un "osservatorio" regionale esaminerà le varie soluzioni adottate. Verrà inoltre messo a punto lo schema di bilancio di missione specifico per le Aziende ospedaliere e ospedaliero-universitarie.

L'Agenzia sanitaria regionale assumerà, congiuntamente alla Direzione generale Sanità e Politiche sociali, le iniziative (di divulgazione, di confronto e di formazione) necessarie all'estensione del progetto a tutte le Aziende della regione.

Informazione, educazione sanitaria e farmacovigilanza per l'uso appropriato dei farmaci

Le azioni di supporto verso le Aziende sanitarie della Regione relativamente all'uso appropriato del farmaco e allo sviluppo di una politica regionale prevedono per il 2005 lo sviluppo ulteriore della attività del Centro regionale di valutazione e di informazione sui farmaci (CreVIF) e una serie di interventi specifici di ricerca e di formazione rivolti a medici e farmacisti.

In particolare per quanto riguarda il *Centro regionale di valutazione e informazione sui farmaci (CreVIF)*, l'Agenzia sanitaria regionale è stata individuata quale struttura regionale di riferimento che dovrà operare, in collaborazione con il Servizio Politica del farmaco e medicina generale della Direzione generale Sanità e Politiche sociali, per fornire periodicamente un quadro delle modalità di acquisizione, distribuzione e utilizzo dei farmaci e formulare previsioni sul possibile andamento dei consumi e della spesa farmaceutica, anche al fine di formulare proposte relativamente agli strumenti per l'utilizzo appropriato di farmaci e al contenimento del loro costo. Alla luce anche del nuovo e più pregnante ruolo che la Regione assume sia nei confronti delle Aziende sanitarie del suo territorio, sia in seno agli organismi nazionali di cui le strutture dell'Emilia-Romagna sono parte attiva e importante, va rafforzato il rapporto di collaborazione con l'Università, attraverso lo sviluppo delle attività oggetto della convenzione in atto, così come di seguito specificate:

- valutazione dei farmaci, con particolare riguardo ai farmaci innovativi e ai farmaci orfani, anche a supporto delle Commissioni regionali del farmaco e per le malattie rare, nonché per le relazioni con l'AIFA;
- farmacoutilizzazione e farmacovigilanza, attraverso lo sviluppo e il mantenimento del *database* delle dosi definite giornaliere (DDD) e delle segnalazioni delle reazioni

avverse, la costruzione e validazione di indicatori sintetici di qualità della prescrizione, a supporto delle Aziende sanitarie nel monitoraggio delle prescrizioni;

- informazione e formazione sull'uso del farmaco, attraverso l'offerta di corsi di formazione universitari post-laurea e di corsi di formazione permanente, anche a distanza, rivolti a medici e farmacisti, con particolare riferimento ai corsi per medici di medicina generale organizzati dalle Aziende sanitarie;
- collaborazione con l'Agenzia sanitaria regionale e la Direzione generale Sanità e Politiche sociali per l'elaborazione del Rapporto annuale sull'utilizzo del farmaco.

Per quanto riguarda invece le attività di ricerca e formative, gli interventi principali riguardano:

1. *Sistema di sorveglianza regionale delle resistenze agli antibiotici.*

Estensione della rete a tutti i laboratori bersaglio e adozione delle codifiche necessarie per adeguarsi alle codifiche nazionali del Progetto Micronet dell'Istituto superiore di sanità messe a punto nel corso del 2004.

2. *Indagine conoscitiva delle attitudini, conoscenze e pratiche dei pediatri di libera scelta riguardo la prescrizione di antibiotici.*

L'indagine è stata conclusa ed è stata organizzata la presentazione dei risultati dell'indagine condotta su un campione di pediatri rappresentativo delle diverse Aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna e mirata a descrivere i motivi che spingono il pediatra a prescrivere antibiotici e le conoscenze e aspettative dei genitori relativamente all'uso di antibiotici. Predisposizione di materiale formativo e di pacchetti formativi e organizzazione di attività di monitoraggio da parte delle Aziende sanitarie.

3. *Attività formativa rivolta ai direttori di farmacia aziendali, territoriali e ospedalieri.*

Le scelte di programmazione sanitarie e di strategia politica attuate dall'Assessorato e dall'Agenzia sanitaria regionale hanno promosso un ruolo trasversale del farmacista nei servizi. L'orientamento regionale futuro in termini di riorganizzazione del SSR conferisce al Collegio di Direzione un ruolo portante nella definizione delle politiche aziendali e nella gestione delle risorse. In tale contesto è necessario un potenziamento della formazione già condotta negli anni 2002-2003 che ha evidenziato fabbisogni formativi nella sfera relazionale e negoziale di questi operatori sanitari che devono assumere un ruolo di affiancamento dei medici prescrittori e dei responsabili del governo clinico. Il nuovo modulo integrativo prevede 42 ore di attività didattica e 28 partecipanti e sarà svolto in collaborazione con l'Azienda di Bologna per l'organizzazione, gestione e relativa documentazione.

Progetto tubercolosi

Nel 2001-2004 l'Area di programma Rischio infettivo ha portato avanti un "Progetto tubercolosi" che ha contribuito a migliorare il flusso informativo della tubercolosi, attraverso l'integrazione tra fonti informative diverse, e a evidenziare problemi nel

controllo di questa patologia, legati soprattutto al ritardo diagnostico e alla difficoltà nel portare avanti il *follow up* di alcune categorie di pazienti. Nel 2005, l'Area di programma Rischio infettivo parteciperà alla definizione, insieme al Servizio di Sanità pubblica della Direzione generale Sanità e Politiche sociali, di atti di indirizzo regionali mirati a migliorare la sorveglianza e il controllo della tubercolosi. I principali temi di interesse sono: a) il sistema integrato regionale di sorveglianza della tubercolosi; b) il controllo della tubercolosi in gruppi ad alto rischio; c) strumenti per promuovere la tempestività diagnostica.

Programma “Ricerca e formazione in salute mentale”

Il Programma prevede:

nell'area delle relazioni internazionali

- collaborazione della Regione Emilia-Romagna con l'Organizzazione panamericana della salute (OPS) di Washington e l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) per la ristrutturazione dell'assistenza psichiatrica nei paesi dell'America Latina;

nell'area della ricerca e formazione:

- programmazione della formazione in materia di organizzazione e gestione dei sistemi sanitari, rivolto ai direttori e ai dirigenti dei Dipartimenti di salute mentale;
- prosecuzione del progetto di ricerca per la valutazione dei segni precoci di alterazione dello stato emotivo e cognitivo degli adolescenti e dei giovani adulti per la promozione della salute emotiva e mentale.

2. Centri e Osservatori

Centro per la formazione e l'aggiornamento in medicina generale

Il Centro regionale per la formazione e l'aggiornamento in medicina generale (Delibera di Giunta regionale n. 439 del 20 marzo 2003) costituito con funzioni di promozione e di coordinamento di programmi di ricerca, formazione e aggiornamento dei medici di medicina generale, opera nell'ambito dell'Agenzia sanitaria regionale, avvalendosi di un gruppo tecnico composto, in maniera paritetica, da medici di medicina generale e da componenti di parte pubblica.

Osservatorio regionale per le medicine non convenzionali

Presso l'Agenzia è stato istituito (Delibera di Giunta regionale n. 297 del 23 febbraio 2004) un Osservatorio regionale per le medicine non convenzionali (ORMNC) che ha la funzione di valutare l'efficacia e la sicurezza delle diverse pratiche assistenziali, anche sviluppando le adeguate forme di collaborazione con organismi e istituti nazionali e internazionali; di elaborare, proporre e valutare programmi sperimentali da integrare nei piani di attività delle Aziende sanitarie della regione; di diffondere la appropriata informazione ai potenziali utilizzatori e agli operatori sanitari; e di promuovere la collaborazione con le istituzioni competenti, al fine di sviluppare forme di autoregolamentazione che tutelino la sicurezza degli utilizzatori e la competenza professionale degli operatori.

Su indicazioni dell'ORMNC, la Giunta, con la Delibera n. 334 del 16 febbraio 2005, ha promosso un Programma sperimentale per l'integrazione delle medicine non convenzionali nel Servizio sanitario regionale che interessa 11 Aziende sanitarie della regione e riguarda studi e interventi con particolare riferimento ad agopuntura, omeopatia e fitoterapia, che verranno monitorati nello svolgimento e valutati nei risultati finali.

Commissione regionale ECM e Consulta regionale per la formazione in sanità

In tema di ECM (Delibera di Giunta regionale n. 1217 del 28 giugno 2004) l'Agenzia sanitaria regionale provvede a:

- assicurare i processi regionali di accreditamento e di valutazione delle iniziative formative per l'ECM proposte dalle Aziende sanitarie e dalle Università della regione e dagli Istituti scientifici del Servizio sanitario nazionale;
- garantire le funzioni di segreteria tecnica della Commissione regionale ECM e della Consulta regionale per la formazione in sanità;
- svolgere funzioni di raccordo e di coordinamento funzionale con gli Uffici formazione delle Aziende sanitarie della regione per sviluppare la formazione

continua del personale sanitario nei processi di miglioramento della qualità dell'assistenza;

- promuovere le condizioni e sperimentare metodi per favorire l'uso della formazione sul campo e dell'*e-learning*;
- realizzare programmi di valutazione della qualità dell'ECM anche in collaborazione con altre Regioni e con il Ministero della salute (vedi Osservatorio nazionale per la qualità dell'Educazione continua in medicina, pag. 67).

Le attività svolte dalla Commissione regionale nel corso del 2004 e i suoi programmi per l'anno 2005 sono presentati in maggior dettaglio a pag. 65 e seguenti.

Comitato tecnico-scientifico regionale per l'area dell'assistenza cardiologica e cardiocirurgica

Presso l'Agenzia sanitaria regionale è istituito (Delibera di Giunta regionale n. 1597 in data 30 luglio 2004) un Comitato tecnico-scientifico regionale per l'area dell'assistenza cardiologica e cardiocirurgica con funzioni di supporto tecnico-scientifico allo sviluppo della rete assistenziale e delle attività di governo clinico a livello dipartimentale e aziendale. Il Comitato ha durata coincidente con quella del Piano programma 2004-2006 dell'Agenzia sanitaria regionale ed è eventualmente rinnovato in occasione dell'adozione dei successivi programmi triennali.

- a. Le attività previste nell'ambito della Commissione cardiologica e cardiocirurgica nel corso del 2005 comprendono:
 - monitoraggio della qualità dell'assistenza in ambito cardiologico interventistico e cardiocirurgico, con particolare attenzione alle valutazioni delle *performance* cliniche dei singoli centri e alla verifica dei percorsi assistenziali dei pazienti;
 - verifica della stima del fabbisogno regionale relativo procedure e interventi in ambito cardiologico e cardiocirurgico;
 - indagini finalizzate a verificare il grado di consolidamento e funzionamento della rete assistenziale *hub & spoke* nell'ambito delle province della regione;
 - proseguimento della conduzione del progetto regionale PRIMA-RER, finalizzato alla ridefinizione dei percorsi assistenziali per i pazienti con infarto miocardico acuto;
 - valutazione della costo-efficacia di tecnologie sanitarie di particolare rilevanza, quali la TAC multistrato per l'indagine della patologia coronaria;
 - valutazione dell'impatto degli stent a rilascio di farmaco sui profili di cura dei pazienti sottoposti a rivascolarizzazione coronaria.

3. Rete informativa interna

Il Settore Rete Informativa interna per l'anno 2005 ha tre obiettivi principali:

- analisi, *testing*, eventuale introduzione e consolidamento di tecnologie che utilizzino le risorse dei server (*web* compresi) e della rete telematica regionale allo scopo di migliorare la comunicazione interna ed esterna e consentano lo sviluppo di soluzioni applicative integrate e soluzioni di *workgrouping* per l'Agenzia sanitaria, la Direzione generale Sanità e Politiche sociali e il sistema delle Aziende sanitarie;
- realizzazione di applicativi e più in generale di strumenti *software* e *hardware* che permettano la completa fruizione, anche a livello di analisi, dei dati socio-sanitari presenti sulle basi di dati utilizzate da Agenzia e Direzione (ad es. Assistenza ospedaliera, Assistenza specialistica ambulatoriale, Assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera, Medicina di base, Assistenza domiciliare, ecc.);
- ottimizzare l'utilizzo degli strumenti informatici di livello personale presenti in Agenzia e in Direzione, fornendo un'assistenza tecnica sia proattiva che risolutiva dei problemi *software* e *hardware* che si presentino. Lo svolgimento di questa attività prevedrà una funzione di *help desk* telefonico e interventi mirati in caso di problematiche che richiedano una presenza fisica del tecnico. Allo scopo di migliorare il servizio, si avvieranno, nel corso dell'anno, due progetti complementari: uno di assistenza remota, utilizzando prodotti che permettano ai tecnici di effettuare analisi e interventi (ovviamente su malfunzionamenti *software*) dal proprio posto di lavoro; l'altro sulla gestione delle chiamate, mediante dispositivi *wireless* che permettano al tecnico di ricevere le notifiche di malfunzionamenti "in tempo reale" e quindi di ottimizzarne gli spostamenti.

Le attività del Settore Rete informativa interna si svilupperanno formalmente 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.

Area di programma

Accreditamento

L'Area di programma Accreditamento sostiene l'applicazione della LR n. 34/1998 sul territorio regionale. L'attività fondamentale consiste nella verifica della rispondenza ai requisiti stabiliti delle organizzazioni sanitarie pubbliche e private che chiedono di entrare in rapporto con il SSN in qualità di fornitori e sono state riconosciute funzionali alle esigenze della programmazione regionale, secondo le priorità stabilite dalla Determinazione del Direttore generale n. 10256 e le procedure dettagliate derivanti da quelle generali previste nella LR n. 34/1998 e successivamente deliberate (DGR n. 327/2004).

A tale funzione prevalente si aggiungono attività di supporto quali la definizione e la proposta - *ex novo* o di manutenzione - di requisiti di accreditamento specifici per branca specialistica, *setting* assistenziale o programma; la formazione e l'aggiornamento dei valutatori utilizzati nelle verifiche nonché iniziative di supporto alle aziende sanitarie per la formazione del personale e l'acquisizione di strumenti operativi.

Si aggiungono poi le attività di gestione di due progetti connessi allo sviluppo delle organizzazioni sanitarie per il raggiungimento dei requisiti di accreditamento per quanto attiene la promozione della sicurezza delle prestazioni e dei servizi sanitari e l'attivazione di modalità di ascolto attivo e passivo delle esperienze e del vissuto dei cittadini, nonché lo sviluppo e la diffusione di metodi e strumenti facilitanti la loro partecipazione alla progettazione, gestione o utilizzo dei servizi sanitari.

Progetto 1. Accreditamento

L'accREDITAMENTO istituzionale costituisce lo strumento di regolazione dell'ingresso nel sistema dell'offerta sanitaria dei soggetti che intendono erogare prestazioni per conto o a carico del SSN; agisce come snodo fra l'autorizzazione ad esercitare, vincolante per tutte le strutture sanitarie, e la definizione di "appositi accordi" di fornitura fra committenti ed erogatori. La funzione di verifica della pertinenza dell'offerta sanitaria della struttura alle finalità della programmazione sanitaria è di competenza della Direzione generale Sanità e Politiche sociali; la funzione tecnica di verifica di rispondenza ai requisiti specifici compete alla Agenzia sanitaria regionale.

Nell'anno 2004 è stato portato a conclusione l'*iter* deliberativo relativo all'accREDITAMENTO istituzionale e, a partire dal 1° settembre sono iniziate le attività di verifica. Per l'anno 2005 le priorità stabilite con la Determinazione del Direttore generale Sanità e Politiche sociali prevedono l'accREDITAMENTO di 167 Unità operative di degenza. In particolare, sono interessati 27 Dipartimenti fra i quali 11 di Salute

mentale, le nuove strutture degli Ospedali Santa Maria Nuova di Reggio Emilia, Morgagni-Pietrantoni di Forlì, Ospedale di Vaio (PR), nonché tutti gli *hospice* attivati. La Delibera di Giunta relativa alle cure dentarie che ha disposto l'accreditamento degli studi/ambulatori dentistici aggiunge al programma la verifica di accreditamento di un numero ipotizzato di 300 fra studi e ambulatori dentistici.

Le attività relative alla formazione dei valutatori (mantenimento e nuovi valutatori) e quelle di supporto alle Aziende sanitarie sono svolte in collaborazione con le medesime secondo una programmazione curata dall'Area, che tiene conto anche di esigenze o proposte estemporanee di provenienza aziendale.

La Legge n. 328 dell'8 novembre 2000 e la Legge regionale Emilia-Romagna n. 2 del 12 marzo 2003 di riforma dell'assistenza, definiscono, tra l'altro, la necessità che i requisiti per l'accreditamento delle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali siano definiti a livello regionale. L'ASR è pertanto impegnata a portare il proprio contributo in questo settore.

Obiettivi specifici dell'anno

- Effettuare le verifiche di accreditamento nelle strutture di degenza e ambulatoriali individuate prioritariamente e sviluppare le attività di supporto (banca dati dei requisiti, definizione della reportistica, pagine *web* e sussidi cartacei per l'informazione);
- elaborazione dei criteri di verifica e messa a punto degli strumenti normativi che riguardano la attività ambulatoriale (Delibera di Giunta regionale di applicazione dell'istituto);
- sviluppare/completare ulteriori documenti di requisiti di specialità/programma/ tipologia di struttura e aggiornare quelli già realizzati, con particolare riferimento a medicina nucleare, centri trasfusionali, neuropsichiatria infantile, pneumologia, *screening* dei tumori dell'utero;
- sviluppare, in collaborazione con l'Area Governo clinico, una metodologia della valutazione della qualità erogata (*ex post*) e la messa a regime dei sistemi di indicatori di *performance* da utilizzare nel processo di accreditamento;
- sviluppare competenze e numero *pool* dei valutatori: nel corso del 2005 sono previsti l'avvio di un nuovo percorso-base, interregionale e attività di mantenimento del *pool* già formato;
- continuare nelle attività di sostegno e supporto delle organizzazioni (pubbliche e private) che accedono al processo;
- contribuire alla definizione dei requisiti per l'accreditamento delle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali.

Progetto 2. Gestione del rischio

Il rischio per i pazienti si pone in termini di rischio generico da struttura, di rischio biologico, che viene condiviso con i lavoratori, e di specifico rischio clinico, collegabile a eventi organizzativi negativi o a errori umani. Tutti questi "eventi" configurano gli "incidenti" per la sicurezza del paziente. Si calcola che essi si verifichino nel 10% degli episodi di ricovero e che nell'1% dei casi rivestano caratteristiche di severità. Si è sviluppata recentemente nella letteratura scientifica e nella prassi operativa una notevole sensibilità a questo tema anche per le sue implicazioni economiche collegate ai risarcimenti.

L'Agenzia sanitaria regionale ha attivato numerose iniziative di informazione e formazione (addestramento in tema di pratiche di gestione del rischio per circa 3.000 operatori su circa 56.000 impegnati in Regione nei servizi), nonché attività sperimentali relative allo sviluppo di sistemi per: segnalazione spontanea degli incidenti; analisi degli eventi mediante analisi sulle cartelle cliniche; utilizzo di tecniche proattive di identificazione dei rischi; analisi delle cause degli eventi; utilizzo della banca dati schede di dimissione come strumento di *screening* della casistica da sottoporre ad *audit*. Queste attività consentono oggi di affrontare il problema integrando compiti e responsabilità dei vari servizi che nell'ambito nelle Aziende sanitarie si occupano di sicurezza, erogazione dell'assistenza, comunicazione con i cittadini, formazione, gestione degli aspetti economici del danno.

Per il 2005 l'Agenzia sanitaria regionale favorisce e supporta l'attività delle Aziende tramite:

- l'estensione e la messa a regime di sistemi di *incident reporting* già dimostratisi efficaci di individuare gli errori nei diversi contesti (sale parto, case di cura accreditate, processo di somministrazione dei farmaci, diffusamente su ampi contesti aziendali e singole strutture);
- integrazione dei tre sistemi informativi esistenti (reclami, incidenti e contenzioso) per costruire un "osservatorio" degli eventi indesiderati;
- l'introduzione e l'utilizzo di altri strumenti di prevenzione del rischio tramite analisi di processo o sistemi di vigilanza;
- l'arricchimento degli strumenti per la formazione a distanza di grandi numeri di operatori [secondo CD contenente informazioni di estensione/approfondimento quali aspetti di sicurezza del lavoro, medico-legali, applicazioni specialistiche (anestesia, ostetricia, ...)];
- la diffusione presso le Aziende di strumenti che permettano analisi approfondite delle cause tramite formazione e sussidi e costituzione di gruppi aziendali di riferimento;

- lo sviluppo di metodi e strumenti che consentano alle Aziende sanitarie di meglio controllare la gestione del proprio contenzioso (supporto di un *database* dedicato, attualmente in fase di sperimentazione presso le Aziende, sviluppo di idonea reportistica), nonché di meglio relazionarsi con il paziente o il cittadino danneggiato, attivando modalità di mediazione del conflitto e di conciliazione (corso di formazione per lo sviluppo delle competenze).

Progetto 3. Cittadini, comunità e Servizio sanitario regionale

L'ASR ha realizzato negli anni trascorsi numerose ricerche di sfondo e di dettaglio al fine di acquisire giudizi e pareri dei cittadini su temi quali l'attesa delle prestazioni, le difficoltà di accesso al sistema delle cure, sia per effetto di disuguaglianze di partenza che per effetto di meccanismi di definizione di priorità da parte del sistema. Nel contempo sono stati messi a punto strumenti di rilevazione e metodologie di analisi dei problemi trattati.

Una consistente attenzione si è già posta inoltre allo sviluppo di una maggiore attenzione ai cittadini e ai pazienti da parte delle organizzazioni sanitarie. Le organizzazioni che forniscono servizi alla persona, per attualizzare l'ascolto e favorire la partecipazione, devono agire *in primis* al proprio interno, attivando azioni organizzative di grande impegno, che creino i presupposti per la condivisione da parte degli operatori degli obiettivi aziendali, dei livelli qualitativi (tecnico-professionali e organizzativi) dei servizi erogati e per il loro monitoraggio.

Questo approccio è stato favorito dall'inserimento fra i criteri di accreditamento di uno specifico requisito pertinente il dovere di ascolto dei pazienti e dei cittadini; dallo sviluppo del sistema di gestione dei segnalazioni spontanee dei cittadini "governato" dagli Uffici per le relazioni con il pubblico; dalla collaborazione del Comitato consultivo regionale per la qualità dal punto di vista del cittadino (CCRQ).

Gli obiettivi per il 2005 sono orientati a sviluppare ulteriori strumenti per :

- migliorare gli strumenti esistenti (rilevazione della qualità percepita e del clima organizzativo, reportistica delle segnalazioni);
- dettagliare/approfondire le informazioni (in tema di disuguaglianze, di percezione fattuale e circostanziata degli eventi negativi nell'esperienza di cura, di orientamento dei cittadini in relazione alle priorità del sistema sanitario; di valutazione della qualità della vita);
- ampliare i campi di interesse [la valutazione della qualità dei servizi da parte dei cittadini: *audit* civico; acquisizione di punti di vista provenienti da osservatori diversi per l'individuazione di tendenze di sviluppo in tema di attese di qualità dalla parte dei cittadini (*panel* di saggi)].

Area di programma

Economia e salute

Si prevede lo sviluppo e, in alcuni casi la conclusione, dei progetti avviati e già previsti nel Piano 2004-2006.

In particolare, per quanto riguarda il finanziamento dei *Trauma center*, è stata effettuata l'analisi economica dell'assistenza a pazienti politraumatizzati erogata presso i tre Sistemi integrati assistenza traumi regionali (*hub*). Questa analisi esamina anche la relazione tra gli *hub* e gli altri ospedali (*spoke*) della rete. Gli elementi raccolti fino al 2004 indicano realizzazioni del modello *hub & spoke* diffusi nelle diverse aree territoriali. Nel 2005 si giungerà al completamento dell'analisi e alla sua pubblicazione; sulla base dei contenuti del lavoro si procederà, inoltre, a ipotizzare modalità più appropriate di remunerazione, utilizzabili per eventuali revisioni delle tariffe e/o per la definizione di un finanziamento a funzione.

Per quanto riguarda la analisi dell'appropriatezza organizzativa e gestionale in materia di ricoveri ordinari, il metodo elaborato ha portato nel 2004 alla realizzazione e alla presentazione di uno strumento (Atlante dell'appropriatezza) in grado di mettere a confronto gli ospedali della regione individuando aree di miglioramento dei comportamenti. Tale strumento ha stimolato grande interesse da parte delle Aziende sanitarie regionali che hanno chiesto di renderlo routinariamente disponibile. Per procedere in questa direzione si prevede il coinvolgimento delle Aziende sanitarie al fine sia di validare lo strumento di valutazione dell'appropriatezza sia di mettere a punto modalità di trasferimento dei risultati in ambito aziendale.

Il progetto di stima delle quote capitarie ponderate per il finanziamento dell'assistenza distrettuale prevede l'utilizzo dello strumento del risk adjustment (un algoritmo che stima le spese sanitarie future sulla base delle caratteristiche demografiche e di morbilità della popolazione) in modo da determinare una misura accurata e "obiettiva" del fabbisogno della popolazione che sostenga i principi dell'equità e della solidarietà promossi dal SSN. Il modello include una serie di indicatori di morbilità della popolazione sulla base dei quali è possibile identificare i gruppi ad alta probabilità di utilizzo dei servizi sanitari, non solo a causa delle caratteristiche demografiche, ma anche con riferimento allo stato di salute della popolazione assistita.

Il progetto "banca dati dei consumi sanitari" è finalizzato alla descrizione dei percorsi di cura e dei profili di salute riferiti alla popolazione assistita in regione. La base informativa prevede la raccolta e l'integrazione di tutte le informazioni sui consumi sanitari che vengono rilevate ogni volta che un singolo individuo "interagisce" con il SSR (ospedalizzazione, farmacia, laboratorio, specialistica ambulatoriale, ...).

L'elaborazione della banca dati prevede lo sviluppo e la realizzazione di una serie di indicatori di morbilità della popolazione che permettono di stimare, con un elevato grado di accuratezza, i costi dell'attività farmaceutica e ospedaliera, per quanto riguarda la prima fase del progetto, e di integrare in seguito la stima anche con riferimento alle altre attività di assistenza (specialistica ambulatoriale, assistenza domiciliare integrata, assistenza residenziale per gli anziani e i disabili).

Questo strumento è uno dei supporti informativi più esaustivi per la valutazione e la pianificazione delle attività in ambito sanitario, dal livello regionale fino ad arrivare ai percorsi assistenziali riferiti al singolo individuo.

Il progetto che riguarda l'analisi dei costi della residenzialità extra-ospedaliera, oggetto di finanziamento ministeriale, ha completato nel 2004 la rilevazione dei costi assistenziali per gli ospiti di un campione di strutture residenziali della regione e ora può affrontare la successiva analisi della relazione fra costi e complessità assistenziale dei pazienti ricoverati.

Inoltre, continua l'attività di "supporto" dell'Area Economia e salute per lo svolgimento di valutazioni economiche richieste sia da altre aree dell'Agenzia sia da Servizi dell'Assessorato alle Politiche per la salute. In particolare, completata, in collaborazione con l'Area Governo clinico, la valutazione economica dell'utilizzo di stent medicati che ha consentito l'individuazione di un nuovo modello di comportamento clinico appropriato, efficace ed efficiente, si pone il tema dell'ulteriore confronto tra stent medicati e *bypass*.

Prosegue, inoltre, la valutazione degli interventi di artroprotesi d'anca in collaborazione sia con l'Area Governo clinico sia con il Servizio Presidi ospedalieri, che si avvale dell'apposito registro, preconditione necessaria per rendere routinaria la valutazione.

Progetto 1. Valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri

Il progetto iniziato nel 2001 ha messo a punto un sistema di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri in regime ordinario per condizioni suscettibili di trattamento in regimi assistenziali alternativi alla degenza ordinaria utilizzando dati amministrativi (le informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera). In particolare, sono stati elaborati, in collaborazione con il Center for Research in Medical Education and Health Care della Thomas Jefferson University di Philadelphia (USA), criteri clinici per valutare l'appropriatezza dei ricoveri utilizzando il sistema di classificazione per *Disease Staging* (orientato a descrivere la gravità clinica dei pazienti ricoverati) combinato al sistema per DRG e alle valutazioni di un *panel* di clinici. Su questa base i ricoveri sono stati classificati in 5 categorie: la classe "A" (ricoveri inappropriati per inefficienza) individua condizioni per cui è clinicamente appropriata la

gestione in regime diurno o ambulatoriale; la classe "E" (ricoveri inappropriati per intemperatività) identifica condizioni per le quali l'ospedalizzazione è necessaria, ma le cui complicanze si sarebbero potute evitare mediante un ricovero tempestivo o un trattamento ambulatoriale più efficace. Le classi intermedie (B, C, D) individuano condizioni che per caratteristiche del paziente (gravità, eventuali complicanze) prevedono un ricovero ordinario per obiettivi specifici e con durate di degenza diversificate.

La valutazione è stata condotta su un gruppo di 67 DRG, comprendenti oltre ai 43 DRG ritenuti "ad alto rischio di inappropriata in regime ordinario" dall'Allegato 2C del DPCM del 29 novembre 2001 (cosiddetto Decreto LEA) anche ulteriori 24 DRG ad essi correlati e oggetto di specifiche politiche di promozione dell'appropriatezza attivate dalla Regione Emilia-Romagna.

Obiettivi raggiunti

Il primo risultato è un "Atlante dell'appropriatezza organizzativa e gestionale" che individua i profili di appropriatezza per i ricoveri attribuiti ai 67 DRG selezionati e presenta, in particolare, la variabilità nei livelli di appropriatezza sia tra i DRG selezionati sia tra le diverse realtà aziendali prese in esame, nonché fra le diverse tipologie di strutture erogatrici presenti in ambito regionale (presidi a gestione diretta, Aziende ospedaliere e ospedaliero-universitarie, ospedali privati accreditati). Il destinatario "ideale" di questo Atlante potrebbe essere il Collegio di Direzione di ciascuna Azienda USL e ospedaliera.

La metodologia adottata di valutazione dell'appropriatezza organizzativa è stata presentata nel corso di diverse iniziative sia internazionali (Patient Classification Systems/Europe (PCS/E), Washington, USA, Ottobre 2003, International Society for Research in Healthcare Financial Management, Baltimora, USA, Agosto 2004, 132nd American Public Health Association, Washington, USA, Novembre 2004) che nazionali (Convegno organizzato dall'Associazione italiana di economia sanitaria, Università di Roma Tor Vergata, ottobre 2003).

Sviluppo per l'anno 2005

È stato costituito il gruppo delle Aziende sperimentatrici della provincia di Parma, Ferrara, Modena, e l'Azienda USL di Imola, con i seguenti obiettivi:

- validazione dei criteri di valutazione dell'appropriatezza del ricovero attraverso un *panel* di clinici della Regione, rappresentanti di tutte le specialità interessate;
- produzione di report per le Aziende e sviluppo delle possibilità per le Aziende di competenze e procedure in modo che possano produrre autonomamente i dati ora contenuti nell'Atlante.

Progetto 2. Valutazione economica degli interventi sanitari

Obiettivo del progetto, iniziato nel 2003, è di stimare, in collaborazione con altre aree dell'Agenzia, il profilo di costo-efficacia di tecnologie innovative introdotte nel sistema sanitario regionale al fine di confrontare la nuova tecnologia rispetto a quella più correntemente utilizzata nella pratica clinica e, in particolare, di stabilire quale fra le due alternative a confronto consegua il rapporto tra i benefici e i costi più vantaggioso.

È stata quindi avviata con l'Area Governo clinico una valutazione di costo-efficacia delle angioplastiche coronariche con impianto di stent a rilascio di farmaco rispetto alle angioplastiche con stent metallico.

Si prevede, inoltre, la partecipazione, assieme all'Area Governo clinico, al progetto di ricerca a finanziamento ministeriale condotto dal Servizio Presidi ospedalieri dell'Assessorato alle Politiche per la salute "Analisi di costo-efficacia degli interventi di artroprotesi d'anca".

Obiettivi raggiunti

I risultati della valutazione di costo-efficacia degli stent a rilascio di farmaco rispetto agli stent metallici sono stati pubblicati nella Collana Dossier dell'ASR (n. 91, 2004) e nella Collana L'informazione in pillole dell'ASR (n. 3, 2004).

Presentazione a un recente convegno organizzato dall'Associazione italiana di economia sanitaria (novembre 2004) dei risultati preliminari di un lavoro, attualmente in *progress*, che si propone di stimare l'impatto economico per il Sistema sanitario regionale di diverse politiche di impiego dello stent a rilascio di farmaco: indirizzato su casistiche selezionate (come l'utilizzo in via prioritaria nel sottogruppo di pazienti ritenuti a più alto rischio di ristenosi e quindi di successiva rivascolarizzazione) oppure applicato a tutti.

Sviluppo per l'anno 2005

Oltre al completamento delle valutazioni in corso, si prevede di effettuare nel 2005 la valutazione del profilo di costo-efficacia dell'angioplastica con impianto di stent a rilascio di farmaco rispetto al *bypass* aorto-coronarico per i pazienti con patologia coronarica multivasale. Tale valutazione rientra nel progetto di ricerca di durata biennale approvato dal Ministero della salute, nell'ambito della Ricerca finalizzata (ex art. 12 bis DLgs 229/1999), e si svolgerà in collaborazione con l'Area Governo clinico, cui è conferita la responsabilità scientifica del progetto. In particolare, sarà effettuata nel corso del 2005, per un campione di pazienti, la rilevazione dei costi diretti e indiretti associati alle procedure di angioplastica e di *bypass* aorto-coronarico e dei costi associati al *follow up* dei pazienti sottoposti a tali procedure di rivascolarizzazione.

Progetto 3. Banca dati dei consumi sanitari

L'obiettivo principale di questo progetto è predisporre una banca dati in grado di fornire indicazioni sul consumo di risorse in ambito sanitario, attraverso il collegamento dei flussi informativi correnti. Il grado di maggiore disaggregazione dell'informazione è costituita dal singolo assistito della regione Emilia-Romagna.

Il progetto prevede il continuo aggiornamento della base dati sia con riferimento al periodo temporale in cui si osservano i consumi, sia relativamente al perfezionamento dell'informazione attraverso l'integrazione delle banche dati amministrative disponibili. Nel triennio 2001-2003 sono stati concatenati, con riferimento al periodo 2000 e 2001, i dati relativi l'utilizzo dei farmaci (AFT) e l'assistenza ospedaliera (SDO). Nel corso del 2004 si è provveduto all'aggiornamento della banca dati con i flussi rilevati nell'anno 2002 (SDO e AFT) e all'inclusione dell'informazione sui consumi presenti nella banca dati dell'assistenza specialistica ambulatoriale (ASA). Nell'anno 2005 è previsto l'aggiornamento del database con i dati relativi all'anno 2003 (SDO, AFT e ASA) e l'integrazione del flusso informativo dell'assistenza domiciliare integrata (ADI).

Aree e tematiche coinvolte

La banca dati dei consumi sanitari è il fondamentale supporto informativo per alcune attività di interesse specifico dell'Area Economia e salute. È inoltre un potenziale strumento di integrazione empirica di numerosi temi della sanità: il governo clinico, l'epidemiologia, la qualità dell'assistenza, i comportamenti dei pazienti nell'accesso alla rete assistenziale, i percorsi assistenziali, l'integrazione tra i livelli dell'offerta dei servizi socio-sanitari, l'autosufficienza e l'accessibilità ai servizi, argomenti di percepibile interesse ai fini della programmazione e dell'amministrazione della spesa sanitaria.

Obiettivi raggiunti

Supporto informativo per le seguenti attività, relazioni e pubblicazioni:

- al sottoprogetto "L'autonomia distrettuale. Criteri di finanziamento per quota capitaria ponderata dei distretti";
- al sottoprogetto "Analisi dell'impatto dell'abolizione della compartecipazione alla spesa farmaceutica sui consumi farmaceutici e sul ricorso ai ricoveri ospedalieri";
- al sottoprogetto "Analisi dell'appropriatezza del consumo di farmaci per gli anziani".

Sviluppo per l'anno 2005

- Aggiornamento della banca dati che per il 2005 prevede l'inserimento dei dati 2003 e 2004, relativamente a ricoveri ospedalieri (SDO), assistenza farmaceutica

territoriale (AFT), assistenza specialistica ambulatoriale (ASA) e assistenza domiciliare integrata (ADI);

- elaborare un modello di *risk adjustment* per il finanziamento dei Distretti sanitari, che stima la spesa attesa in servizi sanitari da parte di singoli individui nell'arco di un intervallo di tempo determinato, basandosi su numerosi fattori: demografici (età e sesso), ma soprattutto su elementi di tipo clinico (*Disease Staging* e *Chronic Condition Drug Group*). Successivamente il modello verrà aggiustato rispetto a fattori economici e geografici, a caratteristiche aziendali e alle tipologie di assistenza sanitaria non rilevate individualmente.

Progetto 4. Valutazione dei *Trauma center*

Il progetto rientra nel sottoprogetto "Sistemi di finanziamento a funzione" e ha l'obiettivo di individuare modalità di finanziamento delle attività ospedaliere a forte componente di attesa, tipiche del settore di emergenza, che permettano di remunerare equamente le prestazioni sanitarie. Per tali funzioni ad elevati costi fissi e a domanda non programmabile gli ospedali rischiano di essere sottofinanziati con gli attuali sistemi a tariffe DRG-specifiche. Nel 2002 è iniziata e, condotta nei due anni successivi, un'analisi dei costi relativi al trattamento dei politraumatizzati gravi, la cui assistenza è erogata presso i tre SIAT (Sistemi integrati di assistenza ai traumi) della regione Emilia-Romagna, secondo il modello di rete *hub & spoke*. Sono stati stimati i costi per paziente rilevando dati clinico-assistenziali e di consumo di risorse dalle relative cartelle cliniche. È stata effettuata la ricostruzione e la valorizzazione del percorso complessivo del paziente, delineando anche l'impatto economico dell'attivazione del *Trauma center (hub)* sull'intero sistema di rete (altri ospedali *spoke*).

Obiettivi raggiunti

I risultati emersi dall'analisi economica e organizzativa dei tre SIAT saranno riportati in documenti specifici, presentati e discussi con ciascuna delle Aziende sede di *hub*. È previsto anche un documento finale di confronto tra i tre sistemi oggetto di studio. Per il momento è stato concluso il documento sul SIAT Romagna e discusso con l'Azienda USL di Cesena. Sono in corso le elaborazioni sui dati di costo e di attività negli altri due SIAT (Emilia orientale ed Emilia occidentale).

Sviluppo per l'anno 2005

Per febbraio 2005 è prevista la conclusione del confronto tra i *Trauma center* di Bologna e di Cesena.

Utilizzabilità ai fini del "bene comune"

Materiali, metodi e risultati del progetto possono far parte del progetto formativo/dimostrativo riguardo alle nuove funzioni attribuite ai Collegi di Direzione.

Progetto 5. Analisi dei costi della residenzialità extra-ospedaliera

L'Area collabora al progetto per lo sviluppo di sistemi di rilevazione dell'assistenza in strutture residenziali (condotto dall'Area Rischio infettivo) con l'obiettivo di associare i dati alla complessità dell'assistenza prestata agli ospiti delle strutture residenziali rilevata tramite la classificazione RUG.

La collaborazione dell'Area al progetto RUG è consistita nella stesura della scheda di rilevazione dei tempi di assistenza per le diverse figure professionali impegnate (ADB/IP/FT/MD/ecc.) e dei relativi manuali per la formazione/istruzione all'uso. Parallelamente si sono svolti due incontri con i referenti del controllo di gestione delle Aziende sanitarie interessate dal progetto per determinare la conversione in valore del risultato della rilevazione. Nel periodo settembre-ottobre 2004 si è svolta la formazione agli operatori e la rilevazione dei tempi di assistenza per circa 1.100 ospiti interessati.

Nel 2005, terminata la registrazione dei dati, si procederà alla correlazione tra classificazione RUG e costi di assistenza che potrà essere utilizzata per la determinazione delle tariffe dell'assistenza residenziale.

Area di programma

Governo clinico

Con l'approvazione della Legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29 di organizzazione del Servizio sanitario regionale, il tema generale del governo clinico cambia sostanzialmente la propria connotazione. Se fino ad ora il governo clinico di fatto rappresentava principalmente l'indicazione della necessità di un'attenzione sistematica e continuativa alla qualità dell'assistenza da parte delle organizzazioni sanitarie, ora questa esortazione di carattere generale trova nei nuovi assetti aziendali definiti dalla legge non solo le proprie basi materiali per realizzarsi come modalità operativa attraverso la quale viene assicurata la partecipazione dei professionisti allo sviluppo delle Aziende sanitarie, ma anche un'ulteriore specificazione che ne delinea con maggiore precisione la fisionomia.

Infatti, dal momento che la legge regionale individua nel Collegio di Direzione l'organo aziendale con "compiti di proposta per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi e dell'attività di ricerca e innovazione e la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori" (art. 3, comma 3), il governo clinico si configura come la dimensione attraverso la quale le professioni cliniche da una parte adeguano i servizi alle mutevoli condizioni organizzative e cliniche determinate dalle innovazioni tecnologiche e organizzative, dall'altra promuovono nell'ambito di questi ultimi le iniziative di cambiamento necessarie a garantire il mantenimento di una qualità dell'assistenza in linea con gli standard professionali.

A partire da queste premesse, le iniziative di questa Area di programma subiscono inevitabilmente una ridefinizione a partire dall'identificazione del tema dell'innovazione e dello sviluppo dei servizi come proprio filo conduttore. In questo modo si ricerca una articolazione progettuale che abbia l'esplicita finalità di contribuire alle funzioni che i Collegi di Direzione sono chiamati a svolgere come ambiti di governo del cambiamento e dello sviluppo strategico delle organizzazioni sanitarie.

Essere conseguenti con le premesse sin qui elaborate significa quindi per questa Area di programma rafforzare le sinergie con le altre aree di attività dell'Agenzia, a partire - principalmente ma non esclusivamente - dall'Area Ricerca e innovazione come ambito entro il quale si è avviata la costruzione dell'infrastruttura, in termini di relazioni e di coordinamento tra i diversi contesti aziendali, funzionale al governo delle innovazioni tecnologiche e organizzative nel servizio sanitario regionale.

Progetto 1. Costituzione e integrazione dei *database* clinici cardiologici

L'obiettivo generale di questo progetto è rappresentato dalla creazione e dal mantenimento di *database* clinici finalizzati: a) la stima del fabbisogno regionale di procedure e interventi; b) la valutazione delle *performance* cliniche; c) la valutazione dell'impatto clinico ed economico di specifiche tecnologie e interventi. Questo ambito di attività rappresenta la costituzione dell'infrastruttura funzionale alla realizzazione di alcuni dei progetti sotto riportati e fornire gli elementi epidemiologici e clinici necessari a supportare adeguatamente le attività della Commissione cardiologica e cardiocirurgica regionali.

In particolare, nel corso del 2005 si procederà all'ulteriore consolidamento e alla manutenzione dei *database* clinici già avviati (Registro regionale interventi di angioplastica coronarica, Registro regionale interventi cardiocirurgici) e alla costituzione *ex novo* di un analogo *database* per l'attività cardiologica di aritmologia interventistica.

Sul piano metodologico, verrà analizzato il contributo dei *database* clinici al monitoraggio delle *performance* cardiocirurgiche, attraverso un confronto sistematico tra i dati del Registro cardiocirurgico e quelli dei flussi informativi correnti.

Progetto 2. Valutazione tecnologie, interventi e politiche assistenziali

1. Valutazione dei determinanti dell'adozione degli stent a rilascio di farmaco e del loro impatto sui profili di assistenza.

Utilizzando le informazioni rese disponibili dal Registro regionale degli interventi di angioplastica coronarica (REAL) verranno identificati i determinanti clinici e organizzativi che, ad ormai tre anni dalla loro comparsa sul mercato, hanno favorito la diffusione e l'utilizzo degli stent a rilascio di farmaco, e ne verrà valutato l'impatto generale sulle modalità di utilizzo degli interventi di rivascolarizzazione coronarica.

2. Valutazione della costo-efficacia degli stent a rilascio di farmaco *vs* *bypass* aorto-coronarico nei pazienti con malattia coronarica multivasale

La disponibilità degli stent a rilascio di farmaco ha determinato un uso sostitutivo dell'angioplastica coronarica rispetto al *bypass* in questa categoria di pazienti. Obiettivo di questo progetto è la conduzione sull'arco di due anni, attraverso i dati resi disponibili dal Registro regionale degli interventi di angioplastica coronarica (REAL) e dal Registro regionale degli interventi cardiocirurgici, di una valutazione comparativa degli esiti clinici e dei costi associati a questi due interventi.

3. Valutazione costo-efficacia degli interventi di protesi d'anca

Utilizzando i dati resi disponibili dal Registro regionale degli interventi di protesi d'anca, coordinato dall'IRCCS Rizzoli, verrà valutata la costo-efficacia di diversi tipi di protesi.

4. Valutazione dell'impatto della TAC multistrato nella diagnosi della malattia coronarica

Nel contesto di questa iniziativa verrà valutata la resa dell'uso della TAC multistrato per l'indagine della patologia coronarica, in alternativa alla più invasiva coronarografia.

In particolare, il progetto prevede in questo anno di attività: a) un'indagine sulle caratteristiche dei macchinari acquisiti dalle Aziende della regione e sui contesti organizzativi adottati; b) una revisione sistematica degli studi che hanno valutato sensibilità e specificità delle TAC multistrato più recenti (≥ 16 strati); c) la definizione di criteri di uso appropriato di questa tecnologia.

5. Ridefinizione dei percorsi assistenziali per i pazienti con infarto miocardico acuto

Nel corso del 2003 è stata avviata un'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 e 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 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. In particolare, sarà completata la valutazione complessiva dell'impatto di questa iniziativa sui profili di assistenza dei pazienti con infarto miocardico acuto.

Progetto 3. Liste di attesa

Oltre al completamento della revisione sistematica della letteratura sull'efficacia degli interventi finalizzati a migliorare la gestione clinica e organizzativa delle liste di attesa (progetto condotto nell'ambito della Cochrane Collaboration), verrà condotta una valutazione delle implicazioni clinico-organizzative dell'uso di criteri clinici di priorità nella gestione delle liste di attesa per gli interventi di chirurgia generale e di otorinolaringoiatria, facendo seguito a quelle già elaborate per la cataratta.

Progetto 4. Indicatori di *performance*

Le attività del 2005 saranno dedicate, in collaborazione con l'Area Accreditamento, alla messa a punto e sperimentazione di modalità di utilizzo di indicatori di rischio clinico attraverso il monitoraggio di eventi avversi la cui occorrenza sia rilevabile dai flussi informativi correnti. Scopo di questi strumenti è integrare e supportare le attività di gestione del rischio promosse nei diversi contesti aziendali, verificando la validità concettuale e operativa della rilevazione di alcuni specifici indicatori.

Accanto ad iniziative di validazione delle informazioni fornite da questi indicatori rilevati dai flussi informativi correnti, verranno condotte attività di ricerca finalizzate a esplorare le implicazioni e la resa dell'applicazione delle comuni tecniche di valutazione comparativa delle *performance* cliniche al caso specifico degli eventi avversi.

Progetto 5. Osservatorio sulle tecnologie

L'identificazione il più possibile precoce di tecnologie emergenti rappresenta un'esigenza imprescindibile per lo sviluppo strategico del sistema sanitario regionale per garantire un'assistenza di buona qualità. L'Osservatorio sulle tecnologie, che verrà realizzato in collaborazione con l'Area Ricerca e innovazione e con le attività di documentazione e formazione dell'Agenzia (pagg. 65 e seguenti), si propone di assolvere le seguenti funzioni:

- raccogliere dai contesti aziendali e dai *network* professionali esistenti nelle diverse aree specialistiche segnalazioni su innovazioni tecnologiche e/o organizzative meritevoli di attenzione;
- identificare e sintetizzare le informazioni scientifiche disponibili sulle tecnologie, emergenti o meno, rilevanti per il Servizio sanitario regionale e, laddove ve ne siano le condizioni, prefigurarne gli effetti sulle organizzazioni sanitarie.

Per meglio assolvere le funzioni sopra enunciate, l'Osservatorio costruirà progressivamente relazioni con i *network* di agenzie di *technology assessment* e di *horizon scanning* esistenti a livello internazionale.

L'Osservatorio sulle tecnologie renderà quindi disponibili, nella forma di periodiche *newsletter*, i seguenti prodotti:

- brevi sintesi critiche dei rapporti di *technology assessment* prodotti da agenzie di *technology assessment* e segnalazione di tecnologie emergenti;
- valutazioni dell'impatto atteso da specifiche tecnologie, identificate sulla base della loro potenziale rilevanza, della disponibilità di dati sulla loro efficacia e di informazioni epidemiologiche sulla prevalenza e le caratteristiche dei pazienti che ne sono destinatari.

Area di programma

Politiche sociali

Il programma dell'Area Politiche sociali è finalizzato a fornire contributi di analisi studi e ricerche a sostegno dell'attività di programmazione della Regione che, a seguito della riforma del titolo V della Costituzione e della "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" (L. 328/2000), è impegnata in un ampio processo di riforma teso a definire le proprie competenze e il ruolo di programmazione e regolamentazione per consolidare e innovare la rete di protezione sociale a livello territoriale.

Il programma triennale 2001-2003 dell'Area Politiche sociali ha individuato nel lavoro di cura un aspetto costituente e unificante di un'area di *policy*, come quella dei servizi socio-assistenziali, che si è sempre caratterizzata per un ruolo residuale e frammentato degli interventi.

La suddivisione tra i diversi contesti entro i quali il lavoro di cura viene erogato è utile per sottolineare non solo la complessità dei bisogni e la molteplicità di forme sotto le quali il lavoro di cura si presenta, ma anche per cogliere e rendere esplicita la redistribuzione delle responsabilità e dei compiti di cura nella produzione di benessere tra il sistema delle famiglie, il sistema di protezione pubblico e il mercato. Tale distinzione, oltre a evidenziare le tensioni che si generano sul lato della domanda e a esplicitare le caratteristiche strutturali del nostro sistema di *welfare*, è importante per focalizzare i problemi specifici dell'integrazione fra sistema socio-assistenziale e sistema sanitario.

Per il triennio 2004-2006 l'obiettivo delle attività dell'Area è diretto a analizzare tre direttrici di ricerca:

- la definizione, la rilevazione e la misurazione della non autosufficienza;
- le caratteristiche della domanda di lavoro di cura, con particolare attenzione alle condizioni socio-economiche della popolazione interessata e al legame tra invecchiamento, disuguaglianze e disabilità;
- la qualità dell'offerta privata di servizi individuali di assistenza per gli anziani non autosufficienti.

Sottoprogetto 1. Definizione, rilevazione e misurazione della non autosufficienza

Coerentemente con gli indirizzi proposti dall'Organizzazione mondiale della sanità a partire dal 2001, anno di diffusione della ICF (Classificazione Internazionale del funzionamento e della disabilità), la disabilità è definita come il risultato di una relazione complessa tra la condizione di salute di un individuo e i fattori ambientali e personali che rappresentano le circostanze in cui egli vive. Si tratta di un'impostazione in cui il punto di vista medico-sanitario viene a essere integrato con quello più strettamente sociale.

Questa nuova impostazione richiede un ripensamento degli strumenti attualmente utilizzati per misurare la disabilità ai fini dell'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari per gli anziani non autosufficienti. Oggi infatti l'accesso alle prestazioni di servizi o ai trasferimenti monetari non solo avviene con criteri molto differenti, ma soprattutto si utilizzano modalità di accertamento del bisogno varie e disomogenee.

Affrontare quindi le problematiche relative alla definizione, rilevazione e misurazione della non autosufficienza costituisce la premessa non solo per affrontare il problema dell'appropriatezza degli interventi sanitari e sociali e dell'equità dell'accesso ma anche per costruire i parametri più adeguati per la ripartizione del Fondo regionale per la non autosufficienza a livello territoriale (art. 51, LR 27/2004).

Obiettivo di questo sottoprogetto è di pervenire a elaborare un modello operativo unitario in grado di definire, misurare e rilevare le condizioni di non-autosufficienza e disabilità tra la popolazione anziana emiliano-romagnola, utilizzando un approccio coerente con le indicazioni dell'ICF.

Obiettivi previsti per il 2005

Costituzione di un gruppo di lavoro interdisciplinare del quale faranno parte medici legali operanti nelle Commissioni mediche provinciali, componenti delle Unità di valutazione geriatrica (UVG); operatori dei Servizi anziani e disabili dei Comuni; rappresentanti dei sindacati dei pensionati; operatori dei Servizi informativi, che:

- procederà alla ricognizione degli strumenti e delle modalità vigenti nel merito delle certificazioni e dei sistemi di informativa delle medesime (banche dati, modalità di trasmissione, accettazione delle certificazioni fatte da altri enti);
- definirà i criteri per costruire uno strumento condiviso di misurazione che preveda una forte integrazione degli aspetti sociali e sanitari.

Sottoprogetto 2. Invecchiamento, disuguaglianze e disabilità

Un approccio socio-sanitario al tema della disabilità spinge a osservare il lato della domanda prendendo in considerazione non solo i diversi livelli di disabilità della popolazione interessata, ma anche le diverse condizioni familiari, di reddito, di istruzione, abitative. Il tipo e l'intensità dei bisogni degli anziani non autosufficienti infatti è funzione anche del complesso di variabili sociali ed economiche che caratterizzano le loro condizioni di vita presenti e passate.

Nella ricerca "Famiglie e lavoro di cura per anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna" ci si è scontrati con la difficoltà ad approfondire, stanti le fonti prese in considerazione, l'aspetto delle condizioni economiche, che tuttavia si rivela di particolare importanza rispetto alla disabilità.

Esiste una vasta letteratura che dimostra come non tutte le persone anziane hanno la stessa possibilità di perdere autonomia: bassi livelli di reddito e di istruzione sono infatti positivamente correlati sia con il rischio di mortalità sia, in caso di sopravvivenza, con il rischio di trovarsi in cattive condizioni di salute. Quindi in primo luogo non tutti gli anziani sono uguali davanti al rischio di disabilità; in secondo luogo, malgrado le tendenze demografiche indichino senza dubbio che la popolazione anziana è destinata ad aumentare, molto meno certe sono le previsioni relative alla diffusione della disabilità tra gli anziani poiché miglioramenti nelle condizioni economiche, sociali e culturali possono contribuire a ridurre le condizioni di disabilità o quanto meno a migliorare la qualità della vita di chi è non autosufficiente. Inoltre la capacità e la possibilità di usufruire delle diverse soluzioni offerte dal sistema pubblico e/o privato dei servizi dipende anche dalle capacità di spesa dei soggetti interessati.

Obiettivi previsti per il 2005

- Sulla base delle fonti statistiche regionali disponibili predisporre un rapporto sulla relazione tra anzianità, povertà e disabilità;
- avviare una ricognizione a livello regionale dei criteri di valutazione economica personale utilizzati dai Comuni per l'esigibilità dei diritti di accesso ai servizi o ai trasferimenti monetari;
- avviare la costituzione di un gruppo di lavoro finalizzato alla costruzione di una scheda di rilevazione sulle condizioni socio-economiche dei disabili.

Sottoprogetto 3. Qualità dell'offerta individuale dei servizi per anziani non autosufficienti

Uno dei risultati più rilevanti emersi dal sottoprogetto "L'offerta individuale di servizi di cure domiciliare: il fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna" ha evidenziato come le famiglie che hanno a carico un anziano non autosufficiente tendono a fare un uso complementare delle diverse risorse presenti nel sistema pubblico e privato della cura. Il ricorso a una badante straniera, al servizio domiciliare pubblico e a ricoveri presso strutture specializzate non si pongono come scelte che si escludono l'una con l'altra, ma come forme di assistenza complementari che le famiglie tendono a utilizzare a seconda dei bisogni della famiglia stessa e dell'anziano non autosufficiente. Questo fa sì che, in molti casi, attorno a un soggetto anziano bisognoso di assistenza si crei una complessa rete relazionale che coinvolge diversi soggetti impegnati a diverso titolo e con diverse professionalità e competenze nelle attività di cura. Da questo quadro emerge in primo luogo la complessità e la differenziazione dei bisogni espressi dagli anziani non autosufficienti, che necessitano di forme di assistenza variamente caratterizzate per contenuti sanitari specializzati e per contenuti assistenziali che vanno dalla cura della persona, alla cura dell'ambiente domestico, alla vigilanza.

L'intreccio che così si viene a creare tra lavoro di cura svolto da familiari, da personale specializzato del servizio pubblico, da personale privato spesso in posizione non regolare sul mercato del lavoro, pone al decisore pubblico una questione importante per quanto riguarda la distribuzione delle risorse tra trasferimenti monetari e servizi domiciliari. Il confronto tra i costi offre un'analisi parziale se non viene presa in considerazione la qualità delle prestazioni; questa tuttavia non può essere disgiunta dalle caratteristiche delle prestazioni sociali e sanitarie e quindi dal grado di dipendenza dei non autosufficienti. All'interno di questo quadro ad esempio assai poco si sa sulla qualità dell'assistenza nel caso di soluzioni domiciliari che prevedono il ricorso a una badante. Si tratta di un aspetto assai rilevante, considerando la dimensione che ha assunto il fenomeno negli ultimi anni, che pone al centro del dibattito, da un lato come regolamentare di questo segmento del mercato del lavoro e dall'altro quali interventi utilizzare per integrarlo nella più ampia rete dei servizi.

Obiettivi previsti per il 2005

- Analizzare il rapporto tra costi, qualità e contenuto delle prestazioni nell'assistenza per anziani non autosufficienti;
- avviare uno studio sulla qualità dell'assistenza in ambito domiciliare con particolare riferimento al ricorso ai servizi individuali.

Area di programma

Ricerca e innovazione

Obiettivo dell'Area di programma Ricerca e innovazione per il triennio 2004-2006 è sviluppare e migliorare la capacità del Servizio sanitario regionale di promuovere e incorporare la funzione di ricerca e di promozione dell'innovazione clinica e organizzativa nell'operatività delle Aziende sanitarie.

Il principale obiettivo del triennio consiste nella preparazione dell'infrastruttura e nell'avvio del Programma Ricerca e innovazione (PRI E-R). Attiene anche ai compiti di questa area per il biennio 2005-2006 il coordinamento di alcuni specifici progetti inseriti nel programma PRI E-R nell'area dell'oncologia, della diagnostica ad alto costo e dell'ictus cerebrale.

La nuova Legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29 di riorganizzazione del Servizio sanitario regionale ha introdotto importanti novità tra cui la più rilevante per questa Area di programma è il riconoscimento della funzione di ricerca come parte integrante della *mission* del SSR, funzione che viene collegata in modo indissolubile alle attività di governo clinico e formazione continua.

Obiettivi generali di quest'Area per il prossimo biennio sono quindi: a) sviluppare la capacità delle Aziende sanitarie della regione di sostenere la funzione di ricerca; b) proseguire nella definizione della cornice organizzativa del programma PRI E-R entro il quale avviare alcuni progetti capaci di coniugare l'acquisizione di informazioni su applicabilità e trasferibilità di specifiche tecnologie clinico/organizzative; c) favorire lo scambio di informazioni e l'armonizzazione delle attività dei Comitati etici locali quale momento di supporto e promozione della ricerca, particolarmente di quella mirata allo sviluppo del sistema di ricerca regionale.

1. Sviluppo dell'infrastruttura per le attività del programma Ricerca e innovazione (PRI E-R)

Il 2004 è stato dedicato alla creazione dell'infrastruttura per la realizzazione del PRI E-R attraverso iniziative di coinvolgimento delle Aziende sanitarie della regione e momenti seminari con le Direzioni sanitarie e generali aziendali. Questo ha permesso di identificare le prime aree prioritarie per i progetti che il PRI E-R avvierà nel biennio 2005-2006.

Nel corso del 2005 verrà realizzato un censimento delle attività di ricerca e innovazione intraprese dalle Aziende sanitarie della regione nel periodo 2002-2004. I risultati del censimento saranno disponibili a partire dalla fine di luglio 2005 e permetteranno la

mappatura dei punti di particolare interesse delle singole Aziende sui diversi argomenti di area clinica e organizzativa.

Il coordinamento "Ricerca e innovazione" delle Direzioni sanitarie aziendali proseguirà la propria attività per quanto riguarda la definizione del percorso e degli strumenti di cui le Aziende sanitarie devono dotarsi per rispondere in modo positivo all'assunzione della funzione di ricerca e innovazione all'interno della propria attività. All'interno di questo gruppo si è costituito un nucleo di 7 Aziende sanitarie che realizzerà, nel corso del 2005, una sperimentazione per definire l'infrastruttura minima necessaria per la promozione dell'attività di ricerca sulla base delle indicazioni messe a punto nell'ambito del National Research Framework del National Health Service inglese. Nella realizzazione di questa sperimentazione saranno direttamente coinvolti i Collegi di Direzione delle singole Aziende.

2. Avvio delle attività del PRI E-R

A fine 2004 è stato definito, con Delibera della Giunta regionale del 23 dicembre 2004, lo schema generale e di attività del PRI E-R. Sono stati sinora definiti i primi 5 progetti che saranno attivati nel corso del 2005.

Lo schema generale di funzionamento del PRI E-R prevede che ogni progetto venga avviato attraverso l'organizzazione di uno *workshop* di una giornata. Nel corso di questi *workshop* viene realizzato un confronto con le esperienze rilevanti a livello nazionale o internazionale nei settori della valutazione di efficacia, del *technology assessment* o della valutazione.

I progetti di cui l'Area di programma è direttamente responsabile sono i seguenti.

Innovazione in radioterapia oncologica

La radioterapia sta attraversando una fase di ridefinizione del proprio ruolo in ambito oncologico grazie allo sviluppo tecnologico delle apparecchiature, all'introduzione dell'*imaging* e allo sviluppo dell'informatica per l'ottimizzazione dei trattamenti. Tutto questo rende possibile l'introduzione di modalità di trattamento che consentono di ridurre significativamente la durata complessiva senza aumentare l'incidenza di complicanze, con potenziali importanti ricadute sulla qualità dei trattamenti, sulla qualità della vita del paziente e sull'efficienza operativa dei servizi. Questo comporta due domande fondamentali: le nuove modalità di trattamento radioterapico sono più efficaci, sicure e accettabili per i pazienti rispetto alle tecniche convenzionali in specifiche patologie? Quali modifiche nell'assetto organizzativo e nell'efficienza operativa dei servizi comporterà l'adozione di queste nuove modalità di trattamento?

L'attività

Per ciascuna di queste sono stati individuati progetti relativi a:

- Valutazione controllata della fattibilità, dell'efficacia e dell'impatto clinico-organizzativo della radioterapia intraoperatoria nel carcinoma della mammella operabile rispetto alla radioterapia post-operatoria convenzionale.
- Questo progetto - avviato con il primo Workshop PRI E-R (Bologna, 21 dicembre 2004) che ha permesso il confronto con i gruppi che a livello internazionale stanno sperimentando questa nuova modalità terapeutica - prevede l'acquisizione della tecnologia IORT in 3 o 4 ospedali collocati in differenti aree geografiche della regione e l'avvio dell'offerta di questa nuova modalità terapeutica all'interno di una sperimentazione controllata. L'innovatività della radioterapia intraoperatoria (IORT) consiste nella possibilità di limitare il trattamento radioterapico a una sola somministrazione del trattamento radiante durante l'atto operatorio rispetto alle 20 sedute di trattamento nel corso di 5 settimane dopo la chirurgia previste dalla modalità convenzionale oggi in uso. Nel corso dei primi mesi del 2005 si arriverà alla scelta dei centri che saranno sede della sperimentazione e alla messa a punto del protocollo definitivo dello studio che verrà definito in collaborazione con l'équipe (chirurghi, radioterapisti e oncologi medici) degli ospedali individuati. È prevista la collaborazione delle associazioni di pazienti affette da tumore del seno nella messa a punto della strategia informativa che dovrà accompagnare la realizzazione dello studio. Scopo dello studio sarà la valutazione dell'efficacia (in termini di intervallo libero da malattia e sopravvivenza globale), sicurezza e impatto clinico-organizzativo della tecnica IORT rispetto alla radioterapia esterna convenzionale. Lo studio sarà pianificato con una dimensione campionaria autonoma (circa 1.500-1.600 pazienti complessivamente) ma sarà costantemente monitorato rispetto all'evoluzione delle altre due sperimentazioni cliniche attualmente in corso (coordinate da Istituto europeo di oncologia a Milano e da Istituto Regina Elena di Roma) ed eventualmente interrotto anticipatamente qualora emergessero dati affidabili da questi altri studi sull'efficacia e sicurezza della IORT. Si prevede che lo studio - se si manterranno i tempi previsti per l'acquisizione e installazione della tecnologia - possa essere avviato all'inizio del 2006.
- Valutazione controllata della fattibilità, dell'efficacia e dell'impatto clinico-organizzativo delle nuove tecniche di frazionamento del trattamento radioterapico nei tumori della mammella e del polmone.
- Il gruppo di lavoro regionale sulla radioterapia - che comprende i clinici delle 7 Aziende sanitarie della regione dotate di radioterapia - ha iniziato nel corso del 2004 a studiare le condizioni di fattibilità e il protocollo di alcuni possibili studi per sperimentare l'efficacia e sicurezza di programmi di trattamenti radioterapici di durata inferiori a quelli convenzionali: questi trattamenti sono basati sull'utilizzo di tecniche di frazionamento che permettono - senza compromettere la sicurezza dei pazienti - la somministrazione di singole dosi di radioterapia a più elevato dosaggio. Nel corso del 2005 verranno messi a punto i protocolli di altrettanti studi da attivare nei tumori del polmone e della mammella. Al primo protocollo (tumore del polmone) - che dovrebbe essere completato entro la fine del 2005 -

parteciperanno 3 Aziende, mentre a quello sul tumore del seno - che prevede un confronto tra trattamento convenzionale di 5 settimane rispetto a quello di una sola settimana - dovrebbero partecipare le Aziende sanitarie che non faranno parte della sperimentazione sulla IORT sopra descritta.

Appropriatezza di indicazione e uso dei farmaci oncologici

La ricerca nel settore dei farmaci antineoplastici ha privilegiato studi orientati all'acquisizione di informazioni necessarie per la registrazione. Questo processo ha subito una forte accelerazione fino a portare alla registrazione di molecole anche solo dopo studi di fase II o comunque prima della pubblicazione completa degli stessi studi registrativi. Questo comporta l'ingresso nella pratica clinica di farmaci per i quali non sono disponibili le informazioni necessarie alla definizione di un adeguato profilo beneficio-rischio. È quindi urgente avviare studi di efficacia disegnati per completare le informazioni che mancano per definire profili di uso appropriato.

Le domande

Qual è il grado di variabilità nell'utilizzo dei nuovi farmaci oncologici, soprattutto di quelli mirati al bersaglio molecolare, nella pratica clinica? È possibile mettere a punto modalità esplicite condivise per definire, e mantenere aggiornati, criteri espliciti per l'utilizzo di specifici farmaci, ancora parzialmente privi di indicazioni consolidate? Quali sono le modalità più efficaci di utilizzo di specifici farmaci oncologici?

L'attività

- Valutazione della fattibilità e applicabilità di una metodologia esplicita per la definizione di criteri di uso appropriato dei farmaci oncologici di nuova registrazione.

Questo programma prevede la costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare (nel quali siano presenti oncologi medici, internisti, radioterapisti, anatomopatologi, chirurghi, medici di medicina generale, epidemiologi e farmacologi clinici, medici di organizzazione e rappresentanti dei pazienti) che avrà il compito di stabilire le indicazioni per l'uso appropriato dei nuovi farmaci oncologici man mano che essi verranno immessi sul mercato. I clinici inseriti in questi gruppo sono rappresentativi di tutte le Aziende sanitarie della regione. Il prodotto dell'attività di questi gruppi sarà un rapporto (disponibile in formato cartaceo ed elettronico) contenente l'analisi critica della documentazione scientifica disponibile e la definizione della categorie di pazienti per i quali l'uso del farmaco risulta - alla luce delle conoscenze disponibili - appropriato. Questo gruppo di lavoro verrà insediato alla fine del mese di luglio 2005 e inizierà la propria attività nell'autunno 2005.

- Sviluppo di indicazioni cliniche per l'uso dei farmaci antineoplastici nel trattamento adiuvante dei tumori della mammella, colon retto, polmone.

Come risultato dello Workshop PRI E-R dedicato al confronto con le più significative esperienze internazionali di produzione e implementazione di linee guida in oncologia (Bologna, 23 febbraio 2005) saranno insediati tre gruppi di lavoro multidisciplinari (comprendenti oncologi medici, internisti, radioterapisti, anatomopatologi, chirurghi, medici di medicina generale, epidemiologi e farmacologi clinici, medici di organizzazione e rappresentanti dei pazienti) che avranno il compito di sviluppare raccomandazioni per l'utilizzo appropriato delle terapie adjuvanti (nella fase cioè nella quale i pazienti hanno ricevuto la terapia primaria radio-chirurgica ma necessitano di un ulteriore trattamento per la prevenzione di possibili recidive) nelle tre patologie sopracitate. Il prodotto dell'attività di questi gruppi sarà un documento di indirizzo (disponibile in formato cartaceo ed elettronico) contenente l'analisi critica delle linee guida internazionali già disponibili e l'identificazione dei quesiti più importanti non ancora adeguatamente affrontati nelle linee guida disponibili. Per questi quesiti i gruppi svilupperanno delle nuove specifiche raccomandazioni. L'aderenza a queste raccomandazioni verrà successivamente monitorata all'interno di tutti i reparti/divisione di oncologia medica della regione. I tre gruppi di lavoro - che comprendono operatori sanitari di tutte le Aziende sanitarie della regione - saranno insediati a inizio del mese di luglio 2005, inizieranno da subito la propria attività con la previsione di avere a disposizione i 3 documenti di indirizzo entro la fine del mese di gennaio 2006.

- Implementazione di una *database* comune tra tutte le oncologie mediche della regione.

Un elemento essenziale dell'infrastruttura necessaria a garantire un meccanismo permanente di monitoraggio e valutazione della qualità e appropriatezza della prescrizione dei farmaci oncologici è la disponibilità di un database comune presso tutte le Aziende della regione. Attualmente alcune Aziende sanitarie hanno un database attivo ma non in grado di comunicare e scambiare informazioni in modo standardizzato, mentre in altre Aziende sono possibili valutazioni dell'uso appropriato dei farmaci oncologici solo attraverso valutazioni studi ad hoc. Nell'ambito dei progetti PRI E-R in area oncologica è stato insediato nel mese di marzo 2005 un gruppo di lavoro che vede presenti sia clinici sia esperti di informatica e responsabili dei sistemi informativi di alcune Aziende sanitarie della regione per definire le caratteristiche di un database comune. Tale gruppo completerà la propria attività nella seconda metà del 2005 ed è previsto che il database comune sarà a regime in tutte le Aziende sanitarie della regione a partire dai primi mesi del 2006. Questo database permetterà il monitoraggio dell'aderenza alle raccomandazioni prodotte dai gruppi di lavoro sopra descritti e rappresenterà anche uno strumento utile alla definizione dei budget per i farmaci oncologici a livello delle singole Aziende.

Follow up del paziente oncologico

In assenza di prove di efficacia i pazienti oncologici vengono sottoposti a programmi di *follow up* (inteso come quell'insieme di visite ed esami condotti in maniera sistematica nel contesto di programmi predefiniti) di variabile frequenza e intensità. Questi programmi vengono offerti assumendo che una diagnosi precoce delle recidive dopo terapia primaria migliori la prognosi e comportano sia un significativo impegno assistenziale per le strutture sia un elevato carico emotivo per pazienti e familiari, in assenza di una ragionevole sicurezza che l'assistenza offerta sia appropriata.

Le domande

Qual è la reale efficacia e l'impatto sulla qualità della vita dei pazienti di programmi di *follow up* di variabile intensità e durata dopo la terapia primaria? Quale impegno organizzativo e assistenziale comportano sulle strutture che li erogano? Quale impatto potrebbe avere sull'appropriatezza clinico-organizzativa di questi programmi una maggiore integrazione tra assistenza offerta in ospedale e nel territorio?

L'attività

- Analisi della variabilità e delle implicazioni organizzative dei programmi di *follow up* nei pazienti con tumori del colon retto, della mammella e con neoplasie ginecologiche.

Nello Workshop PRI E-R della metà di giugno 2005 verrà messo a punto il programma specifico di attività in questo settore. Schematicamente, in questa area si prevede l'insediamento di un gruppo di lavoro regionale dedicato alla messa a punto e al monitoraggio di raccomandazioni sull'appropriatezza del follow up nelle principali patologie oncologiche, con iniziale attenzione soprattutto ai tumori della mammella e del colon retto che determinano il maggiore impegno organizzativo/assistenziale per le Aziende sanitarie. A partire dal mese di settembre 2005 verrà avviato uno studio mirato a descrivere le modalità di organizzazione e conduzione del follow up nei tumori della mammella e colon retto nelle Aziende sanitarie della regione. Contemporaneamente un gruppo di lavoro ad hoc comprendente rappresentanti dei clinici e dei medici di organizzazione responsabili del follow up oncologico nelle proprie Aziende metterà a punto un documento di indirizzo con le principali raccomandazioni relative a tipo e modalità di follow up per i due tumori considerati e la discussione delle criticità sul piano organizzativo e gestionale. A fine 2005 - acquisita la disponibilità del documento di indirizzo e i risultati dello studio conoscitivo - verranno valutate all'interno del gruppo di lavoro regionale le tappe successive dell'attività che sarà estesa anche alla problematica delle neoplasie ginecologiche.

Uso della PET in oncologia

La tomografia a emissione di positroni (PET) è una tecnologia non invasiva di medicina nucleare in grado di fornire informazioni utili a valutare la perfusione e l'attività metabolica di vari organi vitali. In Emilia-Romagna esistono attualmente cinque centri PET e il numero di esami è notevolmente cresciuto a partire dal 2002. Nonostante le crescenti aspettative circa l'efficacia diagnostica di questa tecnologia in ambito oncologico, non vi è ancora un accordo definitivo su quale sia il migliore indicatore per misurarne l'impatto rispetto alle più convenzionali tecniche diagnostiche (TAC, RMN).

Le domande

Quali sono le indicazioni cliniche nelle quali la PET è in grado di fornire informazioni utili al *management* clinico e aggiuntive rispetto a quelle ottenibili con tecniche diagnostiche convenzionali e meno costose? Quali sono le aree cliniche di impiego della PET che devono essere prioritariamente indagate per valutare il valore aggiunto - all'interno del processo di cura - dell'utilizzo della procedura?

L'attività

- Definizione di criteri di appropriatezza della PET in oncologia e loro monitoraggio
Proseguendo ed estendendo l'attività avviata dall'Agenzia sanitaria regionale nel 2002, è stato insediato, a fine 2004, un gruppo di lavoro multidisciplinare che comprende medici nucleari, oncologi medici, internisti e medici di organizzazione delle 6 Aziende della regione dotate di apparecchiature PET. Il gruppo di lavoro completerà entro la fine di luglio 2005 la revisione e l'aggiornamento dei criteri ed entro la fine del 2005 verrà avviato il primo audit prospettico relativo all'applicazione di questi criteri nelle 6 Aziende della regione che offrono questa prestazione. Per il mese di ottobre 2005 è stato organizzato uno Workshop PRI E-R dedicato alla presentazione del lavoro svolto e al confronto con altre esperienze condotte a livello internazionale. Entro la fine del 2005 il gruppo di lavoro regionale produrrà un breve documento di indirizzo indicante i temi prioritari per l'avvio di sperimentazioni cliniche sull'efficacia e sicurezza della PET in oncologia.

3. Coordinamento delle attività dei Comitati etici

Nel 2005 proseguirà l'attività di coordinamento e confronto dei Comitati etici (CE) della regione. A partire dai risultati ottenuti con il censimento condotto nel 2004, e dall'attività di coordinamento avviato con i gruppi di lavoro insediati a metà 2004, il coordinamento si prefigge di offrire alle Aziende sanitarie della regione indicazioni specifiche su come ottimizzare ruolo e attività dei CE.

Nel primo trimestre del 2005 è stata inviata una nota a tutti i Presidenti dei CE della regione per informarli dell'attività svolta e per invitarli a organizzare una discussione interna al proprio Comitato relativamente ai temi che saranno oggetto dello Workshop PRI E-R previsto per ottobre 2005. Nella seconda metà del 2005 sarà disponibile una

pubblicazione (nella collana Dossier dell'ASR) sui risultati dell'attività svolta. Nel mese di ottobre 2005 è prevista la realizzazione di uno Workshop PRI E-R dedicato alla discussione generale delle maggiori criticità attualmente all'attenzione dei Comitati etici (sostegno e promozione della ricerca indipendente, monitoraggio e integrità degli studi, utilizzo aziendale dei fondi provenienti dalla sperimentazioni commerciali, ecc). Si prevede per fine 2005 l'avvio di uno studio di follow up dei protocolli approvati da alcuni CE della regione per mettere in relazione contenuto dei protocolli inizialmente approvati e output effettivo delle ricerche una volta pubblicate.

Area di programma

Rischio infettivo

Obiettivo delle attività dell'Area di Programma Rischio infettivo per il 2004-2006 è migliorare la capacità del Servizio sanitario regionale di prevenzione e controllo del fenomeno delle malattie infettive, con particolare riguardo al fenomeno delle infezioni antibioticoresistenti e delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria. In particolare, le attività dell'area avranno l'obiettivo di:

- consolidare ed estendere la capacità di sorveglianza e monitoraggio degli eventi di interesse;
- migliorare la capacità diagnostica della rete dei laboratori di microbiologia;
- sostenere le Aziende sanitarie della regione nell'adozione di strumenti e metodologie funzionali al raggiungimento degli obiettivi della gestione del rischio infettivo.

Il progetto "Antibioticoresistenza e uso di antibiotici" si propone di documentare la frequenza di infezioni antibioticoresistenti a livello regionale e il ricorso agli antibiotici sia in comunità che in ospedale, come anche di migliorare la capacità diagnostica dei laboratori per quanto concerne il saggio dell'antibioticoresistenza. Il progetto prevede anche interventi formativi e informativi per medici e genitori su antibiotici e resistenze.

Il progetto "Monitoraggio del rischio infettivo" si propone di sviluppare a livello regionale sistemi di monitoraggio, in grado di consentire: a) la tempestiva individuazione di eventi che necessitano di interventi immediati di controllo, quali le epidemie e alcuni eventi sentinella; b) il monitoraggio della frequenza con cui si verificano complicanze infettive evitabili in reparti ospedalieri selezionati, quali le chirurgie e le Unità di terapia intensiva; c) il monitoraggio degli incidenti occupazionali a rischio biologico.

Il progetto "Infezioni nelle organizzazioni sanitarie" si propone di sviluppare strumenti e metodologie per la prevenzione del rischio infettivo sia nel corso dell'assistenza ospedaliera, che in strutture residenziali per anziani e nell'assistenza domiciliare. Le aree di interesse del progetto, per il 2005, sono: le pratiche infermieristiche in terapia intensiva, le misure di prevenzione della trasmissione di infezioni in endoscopia, le infezioni nelle strutture residenziali per anziani, i modelli organizzativi per la gestione del rischio infettivo nelle Aziende.

Il progetto "Prevenzione e trattamento della sepsi grave" si propone di valutare l'impatto di interventi di carattere formativo e organizzativo, per migliorare la tempestività del riconoscimento della sepsi e l'inizio del trattamento, e di trattamenti la

cui efficacia è stata dimostrata all'interno di sperimentazioni controllate, ma di cui non è definita trasferibilità e applicabilità.

Progetto 1. Antibioticoresistenza e uso di antibiotici

Nell'ambito del progetto verranno condotte le attività indicate di seguito.

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, in modo che siano integrabili 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. 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.

Nel 2004 è stata realizzata la trasmissione dei dati relativi al 2003 per 11 dei 17 laboratori e ne è stata valutata la qualità. Altri 3 laboratori hanno trasferito dati di prova su un campione di esami di laboratorio, mentre in altri tre casi si realizzeranno le condizioni per la trasmissione informatica dei dati solo nel corso del 2005. Nel 2004 l'Agenzia ha inoltre partecipato alla standardizzazione a livello nazionale delle codifiche per le variabili di interesse batteriologico (antibiotici testati, materiale, tipo di esame, ecc.).

Nel 2004 è stato anche avviato un sistema di sorveglianza rapido della tubercolosi farmacoresistente, con notifica tramite fax, che ha interessato i 10 laboratori della regione che eseguono saggi di sensibilità dei micobatteri ai farmaci. I dati ottenuti sono stati integrati con il sistema di sorveglianza clinico-epidemiologica della tubercolosi.

Obiettivi per il 2005

- Ottenere la trasmissione elettronica dei dati di laboratorio da parte tutti i laboratori selezionati, con l'utilizzo delle nuove codifiche concordate a livello nazionale;
- valutare la qualità dei dati trasmessi e individuare le eventuali modifiche necessarie;
- produrre un rapporto sull'antibioticoresistenza a livello regionale;

- sperimentare la trasmissione di dati relativi agli esami sierologici, parassitologici e virologici;
- promuovere il confronto tra laboratori sulle metodiche utilizzate per saggiare la resistenza in patogeni che pongono problemi particolari, attraverso momenti formativi;
- consolidare il sistema di sorveglianza della farmacoresistenza ai farmaci antitubercolari, integrandolo nel flusso informativo previsto per la tubercolosi a livello regionale.

Sorveglianza dell'uso di antibiotici

La sorveglianza delle infezioni deve essere accompagnata e integrata dall'analisi del 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 2004-2006 verranno definite modalità standardizzate per l'utilizzo dei flussi informativi correnti e valutata l'opportunità di crearne di nuovi sulla base dei risultati delle indagini condotte.

L'uso di antibiotici è stato analizzato in diversi ambiti: a) nel 2003 è stata condotta un'indagine sulle prescrizioni antibiotiche in ambito veterinario a livello regionale, nell'arco di 1 mese, i cui risultati sono stati analizzati nel corso del 2004; b) le prescrizioni di antibiotici in età pediatrica in comunità sono state analizzate nel triennio 2000-2002 ed è stato messo a punto un formato standard per la produzione di un rapporto annuale; c) nel 2003-2004 è stata condotta un'indagine *ad hoc* mirata a quantificare l'uso non appropriato di antibiotici in età pediatrica e a identificarne i principali determinanti (Progetto ProBA).

Obiettivi per il 2005

- Completare l'elaborazione dei dati dell'indagine sull'uso di antibiotici in veterinaria, preparare il relativo rapporto e diffonderlo. Formulare proposte per l'utilizzo delle prescrizioni veterinarie a fini di farmacosorveglianza;
- preparare un rapporto annuale sull'uso di antibiotici in comunità e in ospedale in età pediatrica e negli adulti;
- sviluppare un piano di comunicazione dei risultati del Progetto ProBA e costituire un gruppo regionale per predisporre strumenti e programmi per la comunicazione del rischio e la promozione di pratiche professionali mirate a promuovere l'uso razionale degli antibiotici da parte dei pediatri.

Progetto 2. Monitoraggio del rischio infettivo

Sorveglianza degli eventi epidemici

Per controllare adeguatamente la diffusione di infezioni nel caso di epidemie o di *cluster* epidemici di infezioni in strutture sanitarie o in altre collettività, come anche di eventi sentinella, devono essere tempestivamente attivati dalle Aziende sanitarie gli interventi necessari e, ove opportuno, tali interventi devono essere supportati e coordinati a livello regionale.

Obiettivi per il 2005

- Istituire un sistema regionale di segnalazione precoce di eventi epidemici;
- predisporre strumenti specifici di supporto alle Aziende, quali modelli di sorveglianza attiva sulla base dei dati di laboratorio, consulenza per la gestione di eventi epidemici e programmi di formazione e informazione per la gestione di tali eventi.

Monitoraggio delle infezioni in reparti a rischio

Per contenere il rischio infettivo nei reparti ove la frequenza di tali eventi è particolarmente elevata, è essenziale disporre di dati utili a monitorare tali eventi, sulla base dei quali avviare programmi di *audit* delle attività assistenziali. Nel 2004 è stato sperimentato un sistema di sorveglianza delle infezioni della ferita chirurgica in alcune Aziende sanitarie della regione.

Obiettivi per il 2005

- Istituire un sistema regionale di monitoraggio delle infezioni della ferita chirurgica per alcuni interventi selezionati;
- istituire un sistema regionale di monitoraggio delle infezioni associate a procedure invasive in terapia intensiva.

Monitoraggio degli incidenti occupazionali a rischio biologico

Un'indagine condotta nel 2003 ha evidenziato un'ampia variabilità nei sistemi informativi adottati per la rilevazione del rischio occupazionale, con particolare riguardo alle infezioni occupazionali.

Obiettivo per il 2005

- Sperimentare un sistema regionale di monitoraggio degli incidenti occupazionali basato su un numero limitato di variabili, che rappresenti il minimo denominatore comune tra i sistemi già esistenti a livello aziendale.

Progetto 3. Infezioni nelle organizzazioni sanitarie

Il progetto "Infezioni nelle organizzazioni sanitarie" si pone l'obiettivo di sperimentare modelli di intervento per la prevenzione di tali rischi. Le aree di interesse prioritario sono rappresentate dall'area critica, dall'endoscopia 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 e individuazione dei principali rischi e l'attivazione di programmi di intervento, di cui viene valutato l'impatto e la fattibilità.

Nell'ambito del progetto verranno condotte le attività indicate di seguito.

Promozione di pratiche infermieristiche sicure in terapia intensiva

Un'indagine condotta a livello regionale nel 2003 tra tutte le Unità di terapia intensiva della regione ha evidenziato la necessità di interventi mirati a promuovere l'adozione di misure più aderenti agli standard per quanto concerne l'igiene delle mani, le metodiche di pulizia, disinfezione e sterilizzazione, l'adozione delle precauzioni standard, la gestione dei dispositivi medici per la ventilazione meccanica, la gestione dei dispositivi medici per gli accessi vascolari, il cateterismo vescicale.

Obiettivo per il 2005

- Promuovere il confronto tra il personale infermieristico delle UTI per uniformare le pratiche assistenziali in uso a quelle raccomandate per la prevenzione del rischio infettivo.

Promozione di pratiche assistenziali sicure in endoscopia

L'endoscopia rappresenta un'area a rischio di complicanze infettive e per la quale le raccomandazioni per la prevenzione delle infezioni risultano di difficile trasferimento nella pratica clinica.

Obiettivo per il 2005

- Elaborare, nell'ambito di un gruppo di lavoro regionale, documentazione a supporto di iniziative per l'implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione delle infezioni in endoscopia nella pratica quotidiana.

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 è stato 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 saranno diffusi e utilizzati per promuovere la qualità dell'assistenza nelle strutture non direttamente coinvolte nel progetto.

Obiettivi per il 2005

- 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 un'indagine di prevalenza delle infezioni e delle lesioni da decubito in un campione delle strutture residenziali di 10 Aziende sanitarie della regione.

Modelli organizzativi per la prevenzione e il controllo delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie

Nel 2003 è stata condotta un'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.

Obiettivi per il 2005

- Analisi e diffusione dei risultati dell'indagine condotta nel 2003;
- elaborazione di proposte di modelli organizzativi per la prevenzione e il controllo delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie.

Progetto 4. Prevenzione e trattamento della sepsi grave

La sepsi rappresenta una condizione clinica frequente e in aumento, di difficile gestione clinica, associata a una prognosi grave. Negli ultimi anni sono stati proposti interventi mirati a migliorare la diagnosi e il trattamento di questa sindrome, che, in alcuni casi, si sono rivelati promettenti nel ridurre la mortalità associata, a condizione però che la diagnosi fosse precoce, il trattamento tempestivo e che le innovazioni terapeutiche fossero integrate in schemi di trattamento di base appropriati. A giugno del 2004 è stato avviato un registro delle sepsi gravi che ha coinvolto le Unità di terapia intensiva della provincia di Bologna.

Obiettivi per il 2005

- Avviare uno studio prospettico dei determinanti del ritardo evitabile nella diagnosi di sepsi e delle condizioni organizzative e di contesto che facilitano la tempestiva presa in carico dei pazienti.

- Estendere a livello regionale lo studio di *follow up* dei casi di sepsi grave ricoverati in TI attraverso l'istituzione di un Registro regionale per descrivere le caratteristiche cliniche dei pazienti, valutare l'appropriatezza del percorso assistenziale e l'esito dei pazienti con sepsi grave.

Area di programma

Risorse umane

In tutte le organizzazioni produttive, le risorse umane costituiscono elemento strategico e fattore critico di successo. Ciò è ancor più vero nelle organizzazioni che producono servizi sanitari, diretti alle persone. Nei servizi sanitari e socio-sanitari il rapporto utente-operatore risulta significativamente caratterizzato dal grado di personalizzazione, umanizzazione e affidabilità delle prestazioni, al punto che il giudizio sulla qualità dei servizi è spesso fortemente influenzato dalla percezione di questi aspetti. L'interesse rivolto al ruolo delle persone che partecipano alla produzione di servizi sanitari e socio-sanitari è dovuto alla riconosciuta importanza del fattore umano nella realizzazione sia di obiettivi di efficienza, efficacia, qualità e appropriatezza, sia di condizioni di personalizzazione e umanizzazione dei servizi e delle prestazioni offerti.

La gestione e lo sviluppo delle risorse umane rappresenta "il punto critico di qualsiasi sistema e il principale determinante dei risultati del cambiamento". Cambiamento che rappresenta una grande sfida per il sistema regionale, fortemente sollecitato dalla diffusione, a tutti i livelli, dei principi di autonomia e di responsabilizzazione conseguenti al processo di aziendalizzazione; dalla differenziazione dell'offerta e dalla divaricazione di una domanda sempre più esigente e informata; dalla complessità organizzativa dei servizi; dalle esigenze di partecipazione dei cittadini e degli operatori.

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 dall'elaborazione di proposte operative, sperimentabili "sul campo" grazie alla collaborazione delle Aziende sanitarie della regione.

L'eventuale esito positivo delle sperimentazioni, da verificare mediante predeterminati indicatori e criteri di valutazione, potrà consentire il trasferimento delle soluzioni ipotizzate, nei confronti degli enti e delle Aziende che ritengano di avvalersi dei risultati.

Progetto 1. Capitale intellettuale

Il progetto parte dall'assunto che le risorse intangibili di un'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. Il progetto si propone quindi di studiare il capitale intellettuale, analizzandolo rispetto a ciascuno dei tre distinti ambiti che lo compongono: le persone, con le loro conoscenze e competenze, ossia il cosiddetto *capitale umano*; l'organizzazione aziendale, ossia il cosiddetto *capitale organizzativo*; l'ambiente esterno e le relazioni, ossia il cosiddetto *capitale relazionale esterno*.

È in quest'ottica che, dopo aver proceduto nel corso del 2004 a un'indagine conoscitiva relativa alla letteratura nazionale e internazionale legata alla gestione, misurazione e reportistica del capitale intellettuale, per il 2005 il progetto si prefigge di:

- indagare le modalità operative tramite cui le Aziende sanitarie possano gestire il proprio capitale intellettuale;
- individuare un quadro teorico generale per la definizione di strumenti di *reporting* esterno in grado di considerare le diverse dimensioni del capitale intellettuale nelle Aziende sanitarie;
- ipotizzare modelli di misurazione dei beni intangibili per le Aziende sanitarie, sulla base delle conoscenze teoriche e applicate dei sistemi interni ed esterni alle Aziende.

Il progetto è svolto in collaborazione con il Dipartimento di Economia Istituzioni e Territorio dell'Università degli studi di Ferrara e vi partecipano le seguenti Aziende sanitarie: Azienda USL di Piacenza, Azienda USL di Parma, Azienda USL di Rimini, Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara, IOR.

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

Scopo del progetto è riuscire da un lato a migliorare la capacità di previsione del *turnover* e dall'altro, obiettivo ancora più rilevante, individuare gli strumenti per contrastarlo efficacemente, mettendo a disposizione delle Aziende modelli validati utili alla gestione del personale.

Incrociando la capacità di ritenzione del personale infermieristico da parte delle Aziende con i tratti caratteristici del contesto lavorativo sarà possibile:

- individuare le motivazioni che spingono gli infermieri a uscire dalla struttura;
- descrivere le condizioni organizzative utili nella motivazione professionale;

- evidenziare gli elementi che favoriscono la relazione interpersonale;
- comprendere la relazione esistente tra anzianità di servizio e orientamento nell'ambito di lavoro desiderato;
- mettere in luce le esperienze e le strategie applicabili per la ritenzione del personale infermieristico.

Per l'anno 2005 si prevedono la realizzazione delle seguenti fasi:

- realizzazione di *focus group* ai vari livelli e ambiti dell'organizzazione finalizzati a raccogliere i differenti punti di vista utili a focalizzare gli elementi che maggiormente influenzano gli infermieri nella decisione di lasciare il posto di lavoro;
- elaborazione e validazione dello strumento di indagine sulla base degli elementi emersi dalla letteratura e dai *focus group*;
- coinvolgimento delle Direzioni dei Servizi infermieristici e tecnici di tutte le Aziende al fine di concordare le modalità di somministrazione dei questionari;
- somministrazione, agli infermieri, del questionario nelle sue possibili 2 forme: cartaceo o informatizzato.

Al progetto collaborano le Aziende USL di Reggio Emilia, Modena, Ferrara, Bologna, Imola, Cesena, Rimini, e le Aziende ospedaliere di Reggio Emilia, Modena e Ferrara.

Il progetto è condotto dall'Area Risorse umane, in collaborazione con l'Area Accreditamento dell'ASR e il Servizio Giuridico, amministrativo e sviluppo delle risorse umane della Direzione generale Sanità e Politiche sociali.

Progetto 3. Riconoscimento e valorizzazione della performance dirigenziale

La rilevazione condotta con il Progetto "I sistemi premianti" ha evidenziato come le Aziende sanitarie abbiano adottato modelli diversificati, funzionali alle rispettive strategie organizzative, e anche come non tutte abbiano sviluppato o portato a termine processi e modelli di valutazione del personale. Le Direzioni generali più coinvolte hanno comunque riconosciuto che un efficace modello di valutazione della *performance* dirigenziale conduce alla valorizzazione delle competenze dei professionisti e all'accrescimento della motivazione personale, identificando nella valutazione uno dei principali strumenti strategici di quella azione di governo che devono esercitare. Oggetto di indagine, per il triennio 2004-2006, è costituito dalle complesse problematiche attinenti gli ambiti della valutazione e le metodologie ad essa collegate. In particolare, l'indagine verrà orientata sulla capacità di raggiungere il risultato inteso:

- sia come *performance* tipicamente quantitativa, dove l'oggettivizzazione del risultato è generalmente collegabile a fenomeni misurabili quali volume, tipologia, caratteristiche qualitative di prodotti o servizi finali o intermedi di attività cliniche. Fanno capo a quest'area valutazioni inerenti l'efficienza, la produttività,

l'economicità, ma anche parti di processi più o meno realizzati ovvero esiti intermedi o finali di percorsi di cura, con ciò includendo elementi di valutazione qualitativa del processo di cura e dell'esito clinico dello stesso;

- sia come capacità di interpretazione del ruolo, dove gli elementi di valutazione sono meno tangibili e oggettivi e attengono alla *leadership*, alla capacità di comunicazione, alla capacità di risolvere conflitti, di innovazione, ecc.

L'obiettivo è di cogliere linee di lettura capaci di armonizzare, in un unico quadro di valutazione della prestazione, le due aree della performance dirigenziale sopra esplicitate.

Sottoprogetto. Il sistema dei controlli nella PA e le sue peculiarità nelle Aziende sanitarie

Realizzare una raccolta organica della normativa e di elementi della dottrina, in materia, che illustri le linee evolutive dell'ordinamento e predisposizione di un elaborato che ne evidenzi la ricaduta sull'organizzazione e sull'attività delle Aziende sanitarie.

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

L'articolazione dei titoli didattici introdotti dalla riforma dell'Università (DLgs n. 509/1999) ha reso assai più complesso rispetto al passato il sistema formativo universitario, che si compone oggi - anche per i profili delle professioni sanitarie - di laurea, laurea magistrale, diploma di specializzazione, dottorato di ricerca e corsi di perfezionamento (Master di 1° e 2° livello).

Corrispondentemente, in questi anni l'evoluzione del Servizio sanitario regionale - che ha accentuato l'autonomia delle Aziende sanitarie attraverso lo strumento di autorganizzazione rappresentato dall'atto aziendale, ha sviluppato forme di assistenza innovative che privilegiano l'assistenza territoriale, si è organizzato secondo un modello operativo a rete integrata di servizi - ha modificato anche la domanda formativa per effetto dell'attribuzione di nuove competenze e responsabilità a figure professionali "tradizionali".

Da qui la necessità di analizzare il ruolo richiesto ai professionisti nell'organizzazione aziendale al fine di determinare i 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, per l'anno 2005, si analizzeranno, oltre a quanto presente in letteratura, gli atti di programmazione approvati dalla Regione implicanti un nuovo e più rilevante ruolo del personale (a cominciare da quello infermieristico) nei processi assistenziali, al fine di individuare ambiti, settori e livelli organizzativi in cui l'innovazione deve essere supportata da specifici processi formativi, e definire - con il coinvolgimento dei dirigenti delle Direzioni generali aziendali e della Direzione generale Sanità e Politiche sociali - le aree prioritarie su cui intervenire per l'identificazione del ruolo e del relativo fabbisogno formativo.

Sistema comunicazione, documentazione, e formazione

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 diffusione dell'informazione scientifica e di comunicazione in campo sanitario, il sostegno alle reti di promozione della salute, i programmi e i metodi per la formazione continua nel sistema sanitario regionale, la documentazione in particolare sulle tecnologie innovative.

L'Agenzia sanitaria regionale ha riunito le funzioni e le competenze relative a questi aspetti in un sistema integrato che si compone di una Redazione editoriale, di una Biblioteca e di un Settore formazione e che opera in stretta collaborazione con le altre Aree dell'Agenzia sanitaria.

Le attività del Sistema CDF si articolano nei seguenti 5 progetti:

- Diffusione dell'informazione scientifica.
- Comunicazione con le comunità locali e sviluppo delle reti per la promozione della salute.
- Formazione continua nel Servizio sanitario regionale.
- Osservatorio nazionale sulla qualità dell'Educazione continua in medicina.
- Documentazione scientifica e valutazione delle tecnologie sanitarie.

Diffusione dell'informazione scientifica

La competenza dei cittadini in campo sanitario e, quindi, la diffusione delle conoscenze scientifiche è un problema particolarmente importante da affrontare, ma anche difficile a causa della complessità dei temi, delle incertezze che comportano e dei diversi modi con cui vengono interpretate e percepite. La strategia in questo settore si basa sul massimo impegno a rendere note le informazioni, prodotte dalle attività di ricerca e di valutazione in cui è coinvolta l'Agenzia, in primo luogo agli amministratori e agli operatori sanitari che sono gli interlocutori principali, anche perché possano svolgere al meglio la loro funzione comunicativa nei confronti dei cittadini.

L'Agenzia sanitaria utilizza a questo scopo tre Collane editoriali che vengono pubblicate a stampa e diffuse gratuitamente.

DOSSIER testi a carattere scientifico, finalizzati a diffondere nel sistema sanitario documenti prodotti prevalentemente nell'ambito delle attività dell'Agenzia in collaborazione con gruppi tecnici regionali. Affrontano

temi diversi di sanità pubblica, tecnologie sanitarie, organizzazione dei servizi. Mettono a disposizione analisi della letteratura scientifica, valutazioni su tecnologie, descrizioni di metodi e strumenti, risultati preliminari di studi, documenti di indirizzo e linee guida. La Collana è nata nel 1990 e con i 15 volumi pubblicati nel 2004 (vedi tabella con l'elenco), di cui sono state stampate oltre 10.000 copie complessivamente, ha superato i 100 titoli.

PILLOLE schede tecniche, finalizzate a divulgare informazioni sintetiche su argomenti critici di interesse per il sistema sanitario e sui principali documenti prodotti dall'Agenzia. La varietà dei problemi da affrontare, la ricchezza informativa, non sempre di qualità, e il poco tempo che può essere dedicato alla lettura rendono difficile per tutti, operatori sanitari, amministratori, giornalisti, ecc., mantenere un buon livello di aggiornamento. Al fine di offrire uno strumento utile a diminuire tali problemi, agile, potenzialmente di larga diffusione, è stata avviata nel 2004 questa nuova Collana. I primi 16 numeri (vedi tabella con l'elenco) hanno suscitato positive accoglienze.

ESTRATTI libretti, che per gli argomenti trattati, l'impaginazione, il linguaggio e l'ampio spazio lasciato all'iconografia sono rivolti a sostenere e facilitare l'azione informativa degli operatori sanitari nei confronti dei cittadini. In questi prodotti si affrontano argomenti diversi, di attualità nel campo delle politiche per la salute.

I prodotti editoriali vengono diffusi anche attraverso il SITO WEB dell'Agenzia (<http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/index.htm>) nel quale è possibile trovare, inoltre, informazioni sui progetti in atto e notizie sulle iniziative in programma. Nel 2004 le pagine del sito sono state visitate quasi 1 milione di volte. L'andamento nel tempo risulta piuttosto stabile, segnale che esiste ormai un folto e fedele gruppo di utilizzatori (vedi tabella con visite e *download* di file).

Sono state, inoltre, utilizzate tecnologie web per lo sviluppo di funzioni comunicative più complesse, come:

- la gestione in linea di procedure tecniche, quali l'accreditamento degli eventi per l'Educazione continua in medicina;
- l'interazione con operatori sanitari o cittadini particolarmente impegnati in specifici campi, come nei progetti di promozione della salute;
- l'informazione in situazioni critiche, come nell'emergenza SARS;
- la diffusione di informazioni su procedure complesse, come quelle per accreditamento delle strutture sanitarie;
- il supporto al funzionamento di gruppi di lavoro e all'apprendimento in comunità professionali, come gli operatori degli Uffici formazione delle Aziende sanitarie della regione.

Il Sistema CDF ha avviato, in collaborazione con la Rete informativa interna e le strutture preposte della Regione, un processo di ristrutturazione del sito finalizzato a facilitare l'uso della grande quantità di materiali disponibili e l'integrazione con il portale dell'Assessorato alle Politiche per la salute.

Nel 2005 l'impegno a promuovere in modo sistematico la diffusione dell'informazione sulle conoscenze prodotte dall'Agenzia e sui punti critici dei processi assistenziali verrà proseguito attraverso:

- le pubblicazioni a stampa della Collana Dossier;
- un impegno specifico nella produzione delle Pillole con particolare attenzione alla qualità comunicativa e al linguaggio e alla diffusione anche attraverso programmi di collaborazione con gli Uffici comunicazione delle Aziende sanitarie e con Ordini, Collegi e Associazioni professionali;
- il completamento del nuovo sito *web* dell'Agenzia, la cui prima sperimentazione è prevista per la seconda metà dell'anno; verrà curato il coordinamento editoriale e lo sviluppo in particolare dei nuovi siti tematici;
- la progettazione e la realizzazione di programmi specifici di diffusione dell'informazione scientifica relativi a progetti di ricerca e innovazione (PRI E-R) attraverso l'uso integrato e coordinato di diversi strumenti a stampa e *web* e curando in particolare gli aspetti etici e le modalità di comunicazione con gli operatori sanitari interessati.

Comunicazione con le comunità locali e sviluppo delle reti per la promozione della salute

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

Contestualmente all'affermazione del nuovo approccio alla salute, la Regione Emilia-Romagna ha ribadito, con la Legge n. 29 del 2004, i principi dell'universalismo e della globalità dell'intervento, sulla base delle caratteristiche cliniche e delle necessità assistenziali dei cittadini in modo da assicurare, mantenendo gli attuali livelli contributivi, assistenza di elevata qualità, con servizi adeguati ed efficienti, rispettando le preferenze dei cittadini. Il problema della comunicazione tra le Aziende sanitarie e le comunità, in particolare le Conferenze territoriali sociali e sanitarie è sottolineato nella legge anche con la introduzione di un nuovo strumento di rendicontazione sociale: il Bilancio di missione.

Il punto di vista dei cittadini in questo contesto diventa fondamentale. L'associare la qualità non più soltanto al rispetto di procedure di controllo di ordine tecnico-amministrativo da parte dell'organizzazione, ma anche alla capacità di tenere conto degli aspetti insiti nella domanda espressa dai cittadini, rappresenta un'importante sfida all'interno del più generale mutamento culturale e organizzativo sostenuto dall'attuale processo di ridefinizione delle politiche di promozione della salute e di organizzazione dei servizi assistenziali. Particolare rilevanza assume in questo contesto la conoscenza delle possibili disuguaglianze esistenti nelle popolazioni e del contributo del sistema sanitario per ridurle.

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 territoriali sociali e sanitarie. A questi processi hanno contribuito direttamente e in modo organizzato centinaia di cittadini "competenti" (amministratori, educatori, operatori sanitari e sociali, giornalisti, ecc.) 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.

Il Sistema CDF dell'Agenzia sanitaria ha sostenuto questo processo raccogliendo e analizzando dati e informazioni sui Piani per la salute, costruendo una banca dati regionale della documentazione prodotta, producendo uno specifico sito web, realizzando iniziative formative e pubblicazioni e partecipando a uno studio nazionale per la valutazione dell'efficacia delle attività di educazione alla salute.

In questo ambito va anche considerata la collaborazione dell'Agenzia alla Rete delle Regioni per la salute dell'Organizzazione mondiale della sanità. L'Agenzia sanitaria rappresenta, infatti, il Focal point regionale dell'Emilia-Romagna e collabora ad alcuni progetti finalizzati a promuovere le conoscenze e il confronto internazionale sulle caratteristiche e il funzionamento delle organizzazioni sanitarie e sulle principali azioni per la salute sviluppate a livello regionale.

In Emilia-Romagna, inoltre, sono attive anche altre due reti che confermano l'elevato interesse che l'approccio alla promozione della salute dell'Organizzazione mondiale della sanità suscita: la rete delle Città sane, che è coordinata a livello nazionale da Bologna, e quella degli Ospedali per la salute, che è coordinata a livello regionale dall'Azienda USL di Reggio Emilia. Quest'ultima sta promuovendo in particolare il programma internazionale Migrant friendly and culturally competent hospitals finalizzato ad accrescere l'attenzione verso la crescente domanda di assistenza da parte delle minoranze etniche e di cittadini stranieri e a migliorare le competenze e le risorse nelle strutture sanitarie per una più adeguata risposta ai nuovi bisogni specifici che si pongono.

L'Agenzia ha promosso primi utili contatti tra la rete dei Piani per la salute, delle Città sane, degli Ospedali per la salute e delle Regioni per la salute a livello regionale al fine di rafforzare sinergie e orientare priorità.

La comunicazione per la salute si è sviluppata anche attraverso la collaborazione alle campagne informative regionali e alle iniziative di comunicazione del rischio per la salute rivolte a tutti i cittadini, avviate e condotte dall'Assessorato alle Politiche per la salute.

Nel 2005 l'Agenzia sanitaria regionale sarà impegnata in questi processi comunicativi in particolare attraverso:

- l'attività di documentazione e informazione sui Piani per la salute in Emilia-Romagna e la pubblicazione di un volume di sintesi delle esperienze e dei materiali più significativi realizzati nel periodo 2000-2004;
- la partecipazione alle iniziative della rete delle Regioni per la salute e ai progetti di confronto internazionale e di diffusione delle informazioni;
- il supporto al coordinamento delle reti per la promozione della salute a livello regionale (PPS, Città sane, Ospedali per la salute e Regioni per la salute), tra l'altro con azioni di scambio informativo e di formazione comune degli operatori coinvolti;
- la collaborazione con la rete degli Ospedali per la salute per il coordinamento del progetto internazionale *Migrant friendly and culturally competent hospitals* e la realizzazione di uno studio di fattibilità per lo sviluppo di un programma di innovazione organizzativa nelle Aziende sanitarie della regione;
- la partecipazione al progetto nazionale, coordinato dalla Regione Lombardia, per la valutazione dell'efficacia di attività di educazione alla salute;
- la collaborazione al progetto Bilancio di missione per lo sviluppo degli aspetti comunicativi;
- la consulenza tecnica nella fase di pianificazione e coordinamento, di valutazione dell'efficacia degli strumenti e dei mezzi utilizzati e di monitoraggio dei risultati ottenuti nelle campagne di informazione dei cittadini organizzate dall'Assessorato regionale alle politiche per la salute.

Formazione continua nel Servizio sanitario regionale

I miglioramenti nell'assistenza sanitaria sono fortemente condizionati dal comportamento degli operatori sanitari e dei dirigenti e dalla capacità di mantenere livelli di coinvolgimento ampi, condivisi e duraturi. In questo complesso fenomeno svolge una funzione importante la formazione, intesa come l'insieme delle attività finalizzate al continuo adeguamento delle capacità di intervento rispetto allo sviluppo

scientifico, tecnico e organizzativo dell'assistenza e al mutare della domanda di salute della popolazione. La formazione va, quindi, considerata come strumento fondamentale di cambiamento individuale e funzione specifica del servizio sanitario stesso, indispensabile a garantire nel tempo le sue prestazioni.

La nuova Legge regionale n. 29/2004 sul funzionamento del Servizio sanitario regionale introduce elementi fortemente innovativi anche per quanto riguarda la formazione continua. Alle strutture sanitarie viene, infatti, riconosciuta una funzione formativa importante che integra quella assistenziale e ne promuove lo sviluppo. È previsto, inoltre, che il sistema sanitario collabori strettamente con l'Università sia nella formazione al lavoro (lauree infermieristiche, specializzazioni, abilitazione per la medicina generale, ecc.) sia nello sviluppo continuo delle competenze professionali e nella ricerca. Per meglio governare queste nuove funzioni e integrarle con l'insieme delle attività del governo clinico, è stato costituito nelle Aziende sanitarie il Collegio di Direzione. L'orientamento e il rafforzamento delle competenze dei Collegi di Direzione e dei referenti per la formazione sarà, quindi, un problema centrale del prossimo futuro.

Gli scenari aperti dai progetti di innovazione inclusi nel PRI E-R rappresentano un terreno di sperimentazione anche per le strategie di formazione continua per le modalità di analisi dei bisogni formativi che richiedono, per la possibilità di utilizzare a pieno le tecniche della formazione sul campo e per l'integrazione stretta con la valutazione dell'efficacia pratica delle nuove tecnologie adottate.

L'Agenzia ha in questi anni sviluppato su precise indicazioni della Giunta regionale (Delibere n. 2435 del 2000, n. 296 e n. 1217 del 2004) una propria strategia nel campo della formazione continua in sanità, che si articola in particolare su tre piani:

- promuovere le condizioni per la piena applicazione dell'Educazione continua in medicina nel sistema sanitario dell'Emilia-Romagna;
- organizzare direttamente programmi di formazione e informazione rivolti in particolare all'alta dirigenza delle Aziende sanitarie;
- sostenere i diversi progetti di ricerca dell'Agenzia e in particolare del Programma regionale per la ricerca e l'innovazione, sperimentando anche metodi per l'apprendimento sul campo e la crescita di comunità professionali.

L'Educazione continua in medicina, prevista dal DLgs n. 229/1999 e regolamentata da una serie di Accordi della Conferenza Stato/Regioni, è stata introdotta nel Sistema sanitario regionale dal 2002 (Delibera della Giunta regionale n. 1072/1992 integrata dalla Delibera n. 1217 del 2004). In questo processo l'Agenzia sanitaria regionale svolge un ruolo istituzionale di accreditamento degli eventi (oltre 6.000/anno), di supporto alla Commissione regionale di esperti e alla Consulta dei rappresentanti di tutte le categorie professionali di utenti interessate, di indirizzo nei confronti degli Uffici formazione delle Aziende sanitarie, di valutazione della qualità delle attività realizzate. L'Agenzia cura anche la redazione del Rapporto annuale sull'ECM in Emilia-Romagna.

Le iniziative di formazione realizzate nel 2004 dall'Agenzia sanitaria regionale hanno interessato oltre 3.000 persone (vedi tabella delle iniziative di formazione realizzate nel 2004) e hanno riguardato sia il completamento del II Corso "Mario Nironi" per l'Alta dirigenza delle Aziende sanitarie, sia il supporto ai programmi di ricerca dell'Agenzia sanitaria.

Il Progetto di formazione continua nel Servizio sanitario regionale sarà sviluppato nel 2005 in particolare attraverso:

- l'accreditamento regionale degli eventi di Educazione continua in medicina e l'aggiornamento del sistema di gestione in linea realizzato con la collaborazione dell'Università di Bologna e il CINECA;
- il supporto ai lavori della Commissione regionale e della Consulta per la formazione continua in medicina e la redazione del Rapporto sull'ECM 2004;
- lo sviluppo della collaborazione con la comunità professionale degli operatori degli Uffici formazione delle Aziende sanitarie in particolare per la sperimentazione della formazione sul campo e il miglioramento della qualità;
- l'impegno per il supporto formativo alle Aree dell'Agenzia;
- la conferma della certificazione ISO 2000 per la progettazione e l'organizzazione formativa;
- la progettazione e la organizzazione del III Corso "Mario Nironi" per Direttori generali, sanitari, e amministrativi che verrà in particolare indirizzato all'approfondimento dei temi prioritari attuali per il Servizio sanitario regionale (Legge 29/2004; protocolli di intesa con l'Università; indirizzi per gli atti aziendali; Fondo per la non autosufficienza e integrazione socio sanitaria; sviluppo dei Collegi di Direzione; ecc.);
- la collaborazione al progetto di innovazione nell'assistenza ai malati di *stroke* e agli altri progetti previsti nell'ambito del PRI E-R.

Osservatorio nazionale sulla qualità dell'Educazione continua in medicina

L'esperienza regionale ha contribuito utilmente al processo di sviluppo dell'ECM a livello nazionale e l'Agenzia sanitaria regionale è stata incaricata dal Ministero della salute di coordinare un progetto pilota per la costituzione di un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'ECM. Al progetto hanno aderito 9 Regioni (Val d'Aosta, Lombardia, Trentino, Veneto, Marche, Toscana, Lazio, Campania e Puglia) e altre hanno chiesto di collaborare. Si presenta, quindi, come una concreta opportunità per realizzare un approfondimento e un confronto a livello nazionale sui modelli di accreditamento e sulle linee di sviluppo della formazione continua realizzati dalle diverse Regioni.

Il progetto, il cui termine è previsto per la seconda metà del 2006, è direttamente finalizzato alla definizione di criteri comuni per la valutazione delle attività formative

accreditate per l'ECM, di un modello per la selezione e la formazione degli osservatori e di proposte per la integrazione del sistema informativo nazionale.

Il progetto si svilupperà nel 2005 attraverso:

- la definizione e la sperimentazione di una griglia di valutazione della coerenza tra le iniziative di educazione continua realizzate e i relativi progetti accreditati;
- la messa a punto di un modello di analisi delle competenze dei centri di formazione relativamente sia alle capacità di gestione d'aula nei processi formativi residenziali, sia alla utilizzazione dei sistemi di valutazione;
- la progettazione e la realizzazione di un corso per gli osservatori;
- l'organizzazione di un confronto nazionale sulla situazione e gli sviluppi dell'Educazione continua in medicina.

Documentazione scientifica e valutazione delle tecnologie sanitarie

L'accesso all'informazione e alla documentazione scientifica è un aspetto di crescente rilevanza anche per lo sviluppo delle organizzazioni sanitarie. L'applicazione delle nuove tecnologie offre opportunità per il potenziamento degli strumenti e impone nuove strategie di acquisizione e diffusione. Questi aspetti sono strettamente correlati alla valutazione delle tecnologie sanitarie, alle iniziative per migliorare l'assistenza e ai processi di formazione continua.

La Biblioteca dell'Agenzia rappresenta un centro di riferimento regionale e nel 2004 è stata definitivamente collegata al Sistema Bibliotecario Nazionale. Ha anche avviato lo sviluppo di un archivio aperto della documentazione scientifica prodotta dall'Agenzia finalizzato a promuoverne ulteriormente la diffusione anche attraverso il nuovo sito *web*.

Oltre al mantenimento dei servizi di documentazione già attivati, la Biblioteca nel 2005 svilupperà in particolare la collaborazione per la realizzazione di un Osservatorio delle tecnologie sanitarie (vedi Area di programma Governo clinico).

Visite al sito e files scaricati - Anno 2004

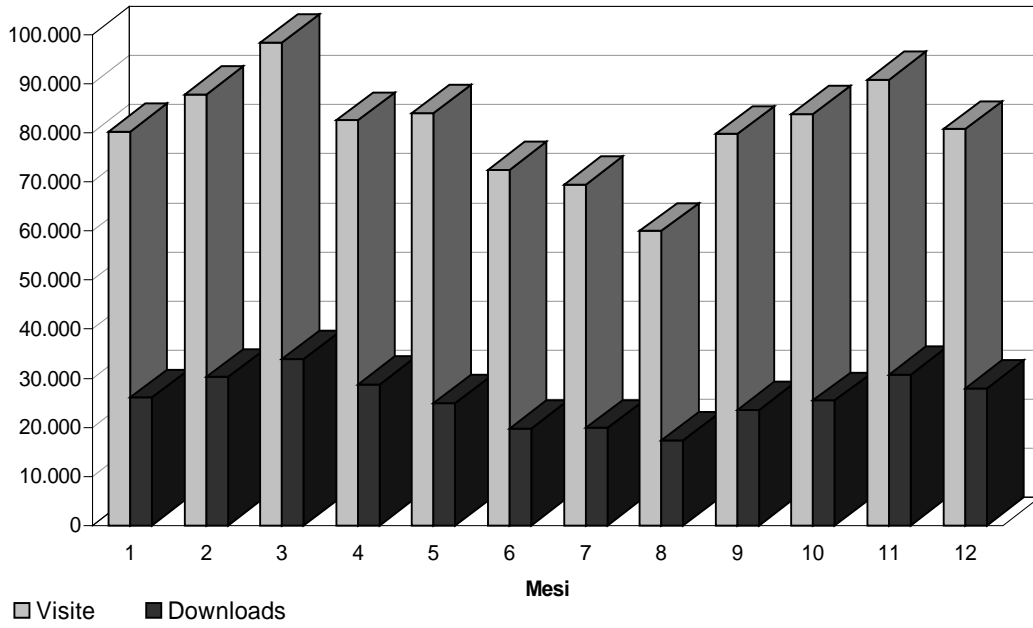


Tabelle attività didattiche 2004

Tipologia delle iniziative	Numero iniziative	Numero giornate	Numero ore	Numero partecipanti
Formazione Alta dirigenza	1	7	46	40
Corsi	4	7	39	206
Convegni	6	6	37	1.527
Seminari	10	13	48	1.298
<i>Totale</i>	<i>21</i>	<i>33</i>	<i>170</i>	<i>3.071</i>

Formazione Alta dirigenza	Data di svolgimento	Partecipanti
2° Corso Mario Nironi per l'Alta dirigenza delle Aziende sanitarie (maggio 2003 - giugno 2004)	gennaio-giugno	40
<i>Totale</i>		<i>40</i>

Corsi, <i>workshop</i> e incontri	Numero giornate	Numero ore	Data di svolgimento	Partecipanti
AtoZ, il nuovo strumento della Biblioteca per facilitare l'accesso ai periodici in linea	1	2	2 marzo	50
Gruppo di lavoro internazionale progetto "A framework and tools to develop effective quality improvement programs in European healthcare (ReBEQI)"	4	25	13-16 dicembre	25
Diagnosi e terapia della sepsi grave in terapia intensiva	1	6	15 dicembre	55
1° <i>workshop</i> PRI E-R "La radioterapia intraoperatoria nel tumore della mammella"	1	6	21 dicembre	76
<i>Totale corsi</i>	<i>7</i>	<i>39</i>		<i>206</i>

Convegni	Numero giornate	Numero ore	Data di svolgimento	Partecipanti
Governare il cambiamento in cardiologia: il caso degli stent a rilascio di farmaco	1	9	30 aprile	152
L'Educazione continua in medicina: II Conferenza regionale in Emilia-Romagna	1	4	13 maggio	96
Un sistema di garanzie per i cittadini. L'autorizzazione e l'accreditamento delle organizzazioni sanitarie in Emilia-Romagna	1	4	14 maggio	132
Un "bilancio di missione" per il governo della sanità in Emilia-Romagna	1	4	14 maggio	87
PRI E-R Programma Ricerca e innovazione dell'Emilia-Romagna	1	8	15 novembre	360
Rischio e sicurezza in sanità	1	8	29 novembre	700
<i>Totale convegni</i>	<i>6</i>	<i>37</i>		<i>1.527</i>

Seminari	Numero giornate	Numero ore	Data di svolgimento	Partecipanti
Anteprima in 60'	4	7	aprile-luglio	250
Apprendimento in rete e condivisione delle conoscenze	1	7	13 gennaio	40
Il progetto RUG: uno strumento per l'analisi dell'assistenza residenziale	1	5	6 aprile	168
Centro formazione e aggiornamento in medicina generale	1	4	22 giugno	100
Servizio sanitario tedesco: un viaggio di studio in Baviera	1	5	2 luglio	71
Seminari itineranti - Le infezioni nelle strutture sanitarie: 1° seminario "Infezioni in endoscopia: pulizia, disinfezione e sterilizzazione degli endoscopi"	1	4	7 ottobre	182
Linee guida nazionali per l'antibiotico profilassi perioperatoria	1	4	9 novembre	201
Seminari itineranti - Le infezioni nelle strutture sanitarie: 2° seminario: Attualità sulla legionellosi in ambienti comunitari e nelle strutture sanitarie	1	4	25 novembre	164
La sostenibilità del lavoro di cura: famiglia e anziani non autosufficienti in E-R	1	4	6 dicembre	50
Le attività di disseminazione e implementazione delle informazioni scientifiche e per il miglioramento della qualità dell'assistenza	1	4	15 dicembre	72
<i>Totale seminari</i>	<i>13</i>	<i>48</i>		<i>1.298</i>

Publicazioni

Accetta G., Biocca M., Borghi E., Caranci N., Forni S., Frasca G., Galassi C., Giorio M.P., Luppi G., Michelozzi P., Perucci C.A., Solipaca A., Tasco C., Zacchia Rondinini A., Zocchetti C., La valutazione delle politiche sanitarie regionali attraverso gli indicatori dell'indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". In Sabbadini L.L., Costa G. (a cura di). *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno. Roma, 10-12 settembre 2002*. Istituto Nazionale di Statistica, Roma, 2004, pp. 171-187.

Antonazzo E., Fiorentini G., Grilli R., Paganelli A., L'impatto dei criteri di priorità per gli accessi alla diagnostica ambulatoriale. In Fiorentini G. (a cura di). *I servizi sanitari in Italia. 2004*. Il Mulino, Bologna, 2004.

Antonazzo E., Grilli R., L'utilizzo dell'analisi delle serie storiche nella valutazione di impatto degli interventi sui servizi sanitari. In Grilli R., Taroni F. (a cura di). *Governo clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004, pp. 155-172.

Atkins D., Best D., Briss P.A., Eccles M., Falck-Ytter Y., Flottorp S., Guyatt G.H., Harbour R.T., Haugh M.C., Henry D., Hill S., Jaeschke R., Leng G., Liberati A., Magrini N., Middleton P., Mrukowicz J., O'Connell D., Oxman A.D., Phillips B., Schunemann H.J., Edejer T.T., Varonen H., Vist G.E., Williams J.W. Jr, Zaza S., GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, Jun 19; 328 (7454): 1490, 2004.

Atkins D., Eccles M., Flottorp S., Guyatt G.H., Henry D., Hill S., Liberati A., O'Connell D., Oxman A.D., Phillips B., Schunemann H., Tan-Torres Edejer T., Vist G.E., Williams J.W., The Grade Working Group. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: Critical appraisal of existing approaches. *BMC Health Serv Res*, Dec 22; 4 (1): 38, 2004.

Baccarini M., Marzaroli P., Serra V., Stiassi R., Testi L., *Dinamiche del personale infermieristico nelle Aziende sanitarie. Permanenza in servizio e mobilità in uscita*. Collana Dossier, n. 100, Regione Emilia-Romagna - Agenzia Sanitaria Regionale, 2004.

Baccarini M., Marzaroli P., Serra V., Testi L., *Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna*. Collana Dossier, n. 96, Regione Emilia-Romagna - Agenzia Sanitaria Regionale, 2004.

Ballini L., Liberati A., *Linee guida per la pratica clinica: Manuale per la implementazione delle linee guida*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004.

Basini V., Il sistema di incident reporting. In Cinotti R. (a cura di). *La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004, pp. 181-194.

- Basini V., Di Denia P., Un processo condiviso ed un minimum data set per un sistema di governo aziendale/regionale. In Cinotti R. (a cura di). *La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004, pp. 289-299.
- Berti E., Casolari L., Cisbani L., Fortuna D., Guastaroba P., Nobilio L., Vizioli M., Grilli R., Il monitoraggio delle performance cliniche. In Grilli R., Taroni F. (a cura di). *Governo clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004, pp. 51-90.
- Berti E., Casolari L., Grilli R., Governo clinico e linee guida. In Grilli R., Taroni F. (a cura di). *Governo clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004, pp. 29-49.
- Biocca M., Bobbio L. (a cura di). *A più voci. Amministrazioni pubbliche, imprese, associazioni e cittadini nei processi decisionali inclusivi*. Edizioni Scientifiche Italiane, Roma, 2004.
- Biocca M., Gestione del rischio e formazione continua: problematiche generali e specifiche. In Cinotti R. (a cura di), *La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004, pp. 145-156.
- Biocca M., I piani per la salute. *I sentieri dell'ascolto. Ascoltare i cittadini per migliorare la governance in Emilia-Romagna. Riflessioni su metodi, strumenti, percorsi. Quaderni di comunicazione pubblica*, 13: 61-62, Regione Emilia-Romagna, CLUEB, 2004.
- Biocca M., Risk communication and the precautionary principle. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 17 (1): 197-201, 2004.
- Biocca M., Verso una formazione continua per il governo clinico. In Grilli R., Taroni F. (a cura di). *Governo clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004, pp. 279-297.
- Biocca M., Bissoni G., D'Autilia N., De Franco S., Di Nino G., De Plato G., Falcinelli S., Ingrosso M., Martelli L., Martini M., Messina P., Montaguti U., Righi M., Rimondini L., Salizzato L., Sarli L., Suzzi R., Tomasi A., Zaniboni P., *Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003*. Collana Dossier, n. 92, Regione Emilia-Romagna - Agenzia Sanitaria Regionale, 2004.
- Bobbio M., Liberati A., Il rapporto medici/industria farmaceutica: un buon indicatore dello stato di salute del sistema sanitario? In Fiorentini G. (a cura di). *I servizi sanitari in Italia. 2004*. Il Mulino, Bologna, 2004, pp. 313-333.
- Boccia D., Spila Alegiani S., Pantosti A., Moro M.L., Traversa G., The geographic relationship between the use of antimicrobial drugs and the pattern of resistance for *Streptococcus pneumoniae* in Italy. *Eur J Clin Pharmacol*, 60 (2): 115-119, 2004.
- Bonucci L., Cinotti R., Distanti C., Magi B., Renzi A.M., *Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento*. Collana Dossier, n. 97, Regione Emilia-Romagna - Agenzia Sanitaria Regionale, 2004.

Borrini B.M., Droghini L., Finarelli A.C., Furini A., Gagliotti C., Marchi M., Moro M.L., Resi D., *La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002*. Collana Dossier, n. 98, Regione Emilia-Romagna - Agenzia Sanitaria Regionale, 2004.

Campaniello G., Angelini R., Incerti Medici C., Bolognesi A., Donatini A., Targa G., Salute.it: navigando tra i siti web delle aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna. *Politiche Sanitarie*, 5 (1): 33-42, 2004.

Capizzi S., Nicoli M.A., Antonazzo E., Cinotti R., Grilli R., *Le liste di attesa dal punto di vista dei cittadini*. Collana Dossier, n. 93, Regione Emilia-Romagna - Agenzia Sanitaria Regionale, 2004.

Casolari L., Grilli R., Il governo clinico del sistema sanitario. In Cinotti R. (a cura di). *La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004, pp. 3-14.

Cinotti R. (a cura di), *La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004.

Cinotti R., Accreditemento e gestione del rischio: le sinergie e le specificità. In Cinotti R. (a cura di). *La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004, pp. 49-63.

Cinotti R., L'analisi delle cause. In Cinotti R. (a cura di). *La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004, pp. 269-281.

Cinotti R., La gestione del rischio. In Grilli R., Taroni F. (a cura di). *Governo clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004, pp. 121-153.

Cinotti R., La gestione del rischio: un approccio di sistema. In Cinotti R. (a cura di). *La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004, pp. 15-27.

Cinotti R., Processi e strumenti della gestione della sicurezza. In Cinotti R. (a cura di). *La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004, pp. 29-37.

Cinotti R., Basini V., La revisione della cartella sanitaria per l'individuazione di eventi avversi. In Cinotti R. (a cura di). *La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004, pp. 201-212.

Cinotti R., Sturlese V., "Osservare" la qualità percepita: l'esperienza della Regione Emilia-Romagna. *RROnline*, 45, Novembre 2004.

Cisbani L., Negro A., Fortuna D., Grilli R., Le carte di controllo. In Grilli R., Taroni F. (a cura di). *Governo clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004, pp. 91-119.

Cisbani L., Vizioli M., Grilli R., L'uso dei database amministrativi per il monitoraggio degli eventi avversi. In Cinotti R. (a cura di). *La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004, pp. 247-256.

Costa G., Spadea T., Vannoni F., Biocca M., Perticaroli S., Salute e lavoro in una popolazione che invecchia. In Sabbadini L.L., Costa G. (a cura di). *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno. Roma, 10-12 settembre 2002*. Istituto Nazionale di Statistica, Roma, 2004, pp. 269-284.

Di Denia P., La FMEA-FMECA. Un metodo per la riduzione dei rischi delle attività sanitarie. In Cinotti R. (a cura di). *La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004, pp. 227-242.

Di Denia P., La formazione come supporto alla gestione del rischio nelle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna. Appendice a Biocca M. Gestione del rischio e formazione continua: problematiche generali e specifiche. In Cinotti R. (a cura di). *La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004, pp. 153-156.

Di Denia P., La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie: uno strumento del governo clinico per il miglioramento della qualità dell'assistenza. *Professione Infermiere*, 1: 47-53, 2004.

Di Denia P., Basini V., Cinotti R., Il programma dell'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia-Romagna per la gestione del rischio nelle strutture sanitarie: promuovere il cambiamento con un approccio di sistema. *QA*, 15 (1): 14-20, 2004.

Fantini M.P., Negro A., Accorsi S., Cisbani L., Taroni F., Grilli R., Development and assessment of a priority score for cataract surgery. *Can J Ophthalmol*, Feb; 39 (1): 48-55, 2004.

Gagliotti C., Morsillo F., Milandri M., Resi D., Buttazzi R., Moro M.L., *Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002*. Collana Dossier, n. 102, Regione Emilia-Romagna - Agenzia Sanitaria Regionale, 2004.

Gagliotti C., Ravaglia F., Resi D., Moro M.L., Quality of local guidelines for surgical antimicrobial prophylaxis. *Journal of Hospital Infection*, 56 (1): 67-70, 2004.

Galassi C., Biocca M., Luppi G., Borghi E., Zacchia A., Frasca G., Caranci N., Repetto F., Stato di salute e livelli di assistenza: alcuni spunti di variabilità tra le regioni. In Sabbadini L.L., Costa G. (a cura di). *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno. Roma, 10-12 settembre 2002*. Istituto Nazionale di Statistica, Roma, 2004, pp. 109-116.

Gerra G., Angioni L., Zaimovic A., Moi G., Bussandri M., Bertacca S., Santoro G., Gardini S., Caccavari R., Nicoli M.A., Substance use among high-school students: relationships with temperament, personality traits, and parental care perception. *Substance Use & Misuse*, 39 (2): 345-367, 2004.

Grilli R., Gli strumenti del governo della domanda. *Salute e Territorio*, 143: 107-112, 2004.

Grilli R., Governo clinico: innovazione o déjà vu?. In Grilli R., Taroni F. (a cura di). *Governo clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004, pp. 1-28.

- Grilli R., Berti E., Fiorini M., Guastaroba P., *Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico*. Collana Dossier, n. 91, Regione Emilia-Romagna - Agenzia Sanitaria Regionale, 2004.
- Grilli R., Taroni F. (a cura di), *Governo clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004.
- Grilli R., Taroni F., *Empirical assessment of the impact of drug-eluting stents on rate of use of coronary revascularization procedures*. Int.J.Technology Assessment. 2004, 20 (3); 356-360.
- Grimshaw J., McAuley L.M., Bero L.A., Grilli R., Oxman A.D., Ramsay C., Vale L., Zwarenstein M., Systematic reviews of the effectiveness of quality improvement strategies and programmes. In Grol R., Baker R., Moss F. (eds.). *Quality Improvement Research. Understanding the science of change in health care*. BMJ Publishing Group, London (UK), 2004, pp. 79-96.
- Lelli B., Nicoli M.A., Resi D., Moro M.L., *La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti*. Collana Dossier, n. 90, Regione Emilia-Romagna - Agenzia Sanitaria Regionale, 2004.
- Liberati A., Research Ethics Committees: can they contribute to the improvement of clinical research in Europe? *J Ambul Care Manage*, 27 (2): 154-165, 2004.
- Liberati A. (a cura di), *Etica, conoscenza e sanità: L'Evidence Based Medicine tra ragione e passione*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004.
- Liberati A., D'Amico R., Pifferi, Torri V., Brazzi L., Antibiotic prophylaxis to reduce respiratory tract infections and mortality in adults receiving intensive care. *Cochrane Database Syst Rev*, 1: CD000022, 2004.
- Liberati A., Ruolo G., Perché la Ricerca Sanitaria non resti sempre una cenerentola. *Ricerca Roche*. Novembre 2004.
- Liberati A., Vineis P., Introduction to the symposium: what evidence based medicine is and what it is not. *J Med Ethics*, 30 (2): 120-121, 2004.
- Melotti R., Grilli R., Liste di attesa e governo clinico. In Grilli R., Taroni F. (a cura di). *Governo clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004, pp. 199-221.
- Mongardi M., Bedosti C., Moro M.L. e Gruppo di lavoro regionale, *Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani*. Collana Dossier, n. 95, Regione Emilia-Romagna - Agenzia Sanitaria Regionale, 2004.
- Moro M.L., Infezioni post-operatorie: qualche passo in avanti? (editoriale). *Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere*, 11 (3): 110-113, 2004.
- Moro M.L., Mongardi M., Gestione del rischio e infezioni. In Cinotti R. (a cura di). *La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004, pp. 101-112.

Moro M.L., Morsillo F., Can Hospital discharge diagnoses be used for surveillance of surgical site infections? *Journal of Hospital Infections*, 56 (3): 249-251, 2004.

Moro M.L., Petrosillo N., Gandin C., Bella A., Infection control programs in Italian hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 25 (1): 36-40, 2004.

Nobilio L., Fortuna D., Vizioli M., Berti E., Guastaroba P., Taroni F., Grilli R., *Impact of regionalization of cardiac surgery in Emilia-Romagna, Italy*. *J. Epidemiology Community Health* 2004, 58: 97-102.

Nonino F., Liberati A., Essential requirements for practice guidelines at national and local levels. *Neurol Sci*, 25 (1): 2-7, 2004.

Oxman A.D., Chalmers I., Liberati A., A field guide to experts. *BMJ*, Dec 18; 329 (7480): 1460-1463, 2004.

Resi D., Gagliotti C., Moro M.L., Side effects from first line antituberculosis drugs. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 169: 542, 2004.

Schunemann H.J., Cook D., Grimshaw J., Liberati A., Heffner J., Tapson V., Guyatt G., Antithrombotic and thrombolytic therapy: from evidence to application: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest*, Sep; 126 (3 Suppl): 688S-696S, 2004.

Taroni F., Evidence-based policy: un bilancio critico. In Liberati A. (a cura di). *Etica, conoscenza e sanità: L'Evidence Based Medicine tra ragione e passione* Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004, pp. 259-300.

Taroni F., Governi clinici fra speranze e delusioni. In Grilli R., Taroni F. (a cura di). *Governo clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004, pp. 299-343.

Taroni F., I DRG/ROD otto anni dopo. In Nonis M., Lerario A.M. (a cura di). *DRG: valutazione e finanziamento degli ospedali*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004, pp. 1-15.

Taroni F., Prefazione. In Falcitelli N., Langiano T. (a cura di). *Politiche innovative nel SSN: i primi dieci anni dei DRG in Italia*. Il Mulino, Bologna, 2004, pp. 9-19.

Taroni F., Nobilio L., Concentrazione e persistenza della spesa sanitaria: evidenze empiriche e implicazioni per le politiche sanitarie. In Fiorentini G. (a cura di). *I servizi sanitari in Italia. 2004*. Il Mulino, Bologna, 2004, pp. 171-199.

POSTER "Economic analysis of a trauma network: the case of the Emilia-Romagna Region, Italy", fifth European Conference on Health Economics (ECHE), organizzata dalla LSE Health and Social Care presso la London School of Economics and Political Science, Londra, settembre 2004. Relazione "Valutazione economica ed organizzativa di un sistema 'Hub and Spoke' per l'assistenza ai politraumatizzati gravi della Regione Emilia-Romagna", Convegno nazionale dell'AIES (Associazione Italiana Economisti Sanitari), tenuto presso l'Università Bocconi di Milano, novembre 2004.

Cinotti R., Sturlese V., Percezione di qualità e risultato delle cure: costituzione di una rete integrata di osservatori regionali. Il valore del reclamo. In Baraldo G., Bortolami S., Cipolla C. (a cura di). *Il circolo virtuoso del reclamo in sanità*. FrancoAngeli, Milano (in corso di pubblicazione).

Liberati A., Bonacini I., Comitati etici sotto esame. *Janus*, 16: 55-62, 2005.

Volumi della Collana DOSSIER pubblicati nel 2004

103. Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro artistico. Bologna.
102. Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna.
101. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna.
100. Dinamiche del personale infermieristico nelle Aziende sanitarie. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna.
99. La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna.
98. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna.
97. Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna.
96. Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna.
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna.
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna.
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna.
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna.
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica conorarica. Impatto clinico ed economico. Bologna.
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti - Bologna.
89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare - Bologna.

Numeri della Collana PİLLOLE pubblicati nel 2004

16. La sicurezza dei pazienti: il processo e gli strumenti per la gestione del rischio
15. La gestione del rischio nelle strutture sanitarie
14. Il costo della inappropriatezza nella diagnostica ambulatoriale. Densitometria ossea ed eco(color)doppler
13. PRI E-R Programma Ricerca e Innovazione Emilia-Romagna
12. Mito n. 3: La proprietà privata delle strutture sanitarie produrrebbe un sistema più efficiente. (Traduzione di Mythbusters 13-2004)
11. Come gestire i pazienti con tubercolosi? Il punto di vista dei professionisti. (Sommaro del Dossier 90)
10. Mito n. 2: Più soldi ridurrebbero l'affollamento del Pronto soccorso. (Traduzione di Mythbusters 1-2000)
9. Autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie in Emilia-Romagna
8. ECM - Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003
7. Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Uno strumento per illustrare l'azione istituzionale delle Aziende sanitarie e per sviluppare le relazioni fra di loro, con la Regione, e con le Conferenze territoriali sociali e sanitarie
6. Accredimento delle organizzazioni sanitarie in Emilia-Romagna. Un sistema di garanzie per i cittadini
5. Impatto del modello organizzativo hub & spoke per l'assistenza cardiocirurgica in Emilia-Romagna
4. Valutazione empirica dell'impatto dei DES sulla frequenza di utilizzo delle procedure di rivascolarizzazione coronaria
3. Stent coronarici medicati (DES): fanno bene? quanto costano? (Sommaro del Dossier 91)
2. Mito n. 1: I ticket potrebbero eliminare gli sprechi e garantire un uso migliore del sistema sanitario. (Traduzione di Mythbusters 4-2001)
1. Esistono prove a sostegno dell'utilizzo appropriato della PET in oncologia? (Sommaro del Dossier 81)

Collaborazioni e programmi di ricerca 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 anche attraverso la partecipazione a programmi di ricerca finanziati dal Ministero della salute, dall'Unione europea e da altri Enti o Istituzioni.

1. Con il sistema universitario della regione

Area di programma Accreditamento

Progetto *Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale*

- Università di Bologna - Facoltà di scienze politiche, Dipartimento di sociologia
- Università di Bologna - Facoltà di psicologia
- Università di Parma - Dipartimento di psicologia

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 e uso di antibiotici*

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

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

Area di programma Risorse umane

Progetto *Capitale intellettuale*

- Università di Ferrara - Dipartimento di economia, istituzioni e territorio

Sistema comunicazione, documentazione, formazione

Comunicazione con le comunità locali e sviluppo delle reti per la promozione della salute

- 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 speciali e progetti gestiti con la Direzione generale Sanità e Politiche sociali

- Università di Bologna - Dipartimento di discipline economico-aziendali
- Università degli studi di Modena e Reggio Emilia - Dipartimento di economia politica e Centro di Analisi delle Politiche Pubbliche (CAPP)

Inoltre l'Agenda 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. Con il Ministero della salute

Direzione generale della Ricerca scientifica e tecnologica - Programmi ex art. 12 DLgs 502/1992

La Regione è capofila per il 2005 di tre progetti di ricerca (finanziati ex artt. 12-12 bis, DLgs n. 502/1992), che si aggiungono ai trentanove progetti avviati in anni precedenti, di cui sei tuttora in corso, e partecipa attualmente come unità operativa a 10 progetti in collaborazione con altre Regioni. Per contribuire alla programmazione e realizzazione di questi progetti, l'Agenda sanitaria regionale partecipa alle attività della Commissione nazionale Ricerca sanitaria e a quelli della Commissione Ricerca & sviluppo dell'Agenda italiana del farmaco (AIFA). Inoltre l'ASR 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.

Capofila ASR

- 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.
- Analisi dei costi della residenzialità extra-ospedaliera.
- Appropriately e valutazione di efficacia in oncologia.
- Costo-efficacia della angioplastica con stent a rilascio di farmaco vs bypass nei pazienti con malattia coronarica multivasale.

Partecipazioni

- Alla ricerca interregionale per la valutazione di interventi tecnologie e politiche assistenziali e in particolare per la definizione di criteri oggettivi di priorità della lista di attesa per interventi di chirurgia protesica (coordinamento Istituti Ortopedici Rizzoli in Bologna).
- 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*).
- Alla ricerca interregionale per l'analisi costo-efficacia degli interventi di artroprotesi di anca (*coordinamento Servizio Presidi ospedalieri Direzione generale Sanità e Politiche sociali*).
- 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*).
- Alla ricerca interregionale sulla programmazione dell'innovazione sulla gestione del rischio (*coordinamento Agenzia per i servizi sanitari regionali*).
- Alla ricerca interregionale sulla promozione della salute (*coordinamento Regione Lombardia*).
- Alla ricerca interregionale "Come garantire l'applicazione degli interventi efficaci nell'assistenza allo stroke" (*coordinamento Servizio Presidi ospedalieri Direzione generale Sanità e Politiche sociali*).

Dipartimento della Qualità - Direzione generale delle risorse umane e delle professioni sanitarie

Capofila ASR

- Osservatorio nazionale sulla qualità dell'Educazione continua in medicina. Progetto pilota.

3. Con organismi nazionali

- Istituto superiore di sanità
- Istituto ricerche farmacologiche Mario Negri, Milano
- Università di Trento - Facoltà di sociologia
- Associazione CittadinanzAttiva onlus
- Associazione CEPAS - Organismo di certificazione delle professionalità e della formazione

4. Con Unione europea e altri istituti internazionali

- Collaborating Center per la documentazione dell'Organizzazione internazionale del lavoro (ILO) (Ginevra, Svizzera).
- Thomas Jefferson University, Jefferson Medical School, Philadelphia (USA) per collaborazione a progetti dell'Area Economia e salute.
- Health Services Research Unit, National Institute of Public Health, Oslo - Progetto REBEQI "A framework and tools to develop effective quality improvement programs in European healthcare", QLRT-2001-00657.
- Ariel Conseil, Francia - Progetto "Care-paths (percorso assistenziale)", in collaborazione con l'Azienda ospedaliera di Parma.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta (USA).
- Università Claude Bernard, Lyon (Francia) - Progetto "Improving Patient safety in Europe".

5. Partecipazioni a organismi nazionali e internazionali

- Commissione nazionale ricerca sanitaria – Roma.
- Commissione ricerca & sviluppo della Agenzia italiana del farmaco (AIFA) – Roma.
- Gruppo tecnico "Osservatorio per la determinazione dei fabbisogni formativi per i sistemi sanitari regionali" – Roma.
- Commissione di studio in materia di sperimentazione e innovazioni gestionali – Roma.
- Commissione nazionale per la formazione continua - Gruppo di lavoro "Requisiti minimi per l'accreditamento di provider ECM" e Gruppo di lavoro "Criteri per l'assegnazione di crediti nelle attività di ECM".
- Commissione nazionale ECM - Sezione Regioni.

- Gruppo di lavoro per la predisposizione di linee guida sugli stent coronarici medicati - ASSR Roma.
- *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 e il trasferimento nella pratica clinica delle conoscenze scientifiche.
- Organizzazione mondiale della sanità - Ufficio Europeo - Collaborazione alla *Region for Health Network* a cui la Regione Emilia-Romagna ha aderito.
- *AGREE Collaboration* - Progetto Valutazione interventi tecnologie e politiche assistenziali.
- Università di Ottawa - Cochrane Review Group on Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) - 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.

Relazione economico-finanziaria

Esercizio 2004

Con Deliberazione n. 451/2004 - nell'ambito del finanziamento attribuito all'Agenzia sanitaria regionale (art. 34 - I° comma - lett. c), LR 22 dicembre 2003, n. 28 "Legge finanziaria regionale adottata a norma dell'art. 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") - la Giunta regionale ha attribuito all'Agenzia sanitaria regionale € 3.460.000,00.

I fondi assegnati, gestiti con lo strumento del Funzionario delegato, hanno coperto, in particolare:

- quanto a € 1.548,744,32: rimborsi alle Aziende sanitarie per personale dipendente di cui l'Agenzia si avvale ai sensi dell'art. 39, comma 5, della Legge regionale n. 50 del 1994 e successive modificazioni (codice 101);
- quanto a € 1.140,451,86: progetti di innovazione alla cui realizzazione hanno partecipato Aziende sanitarie anche con proprie risorse (come da elencazione in calce alle relazioni delle singole aree) (codice 104).

L'Agenzia ha inoltre coperto, con tale assegnazione, gli oneri relativi a:

- attribuzione di n. 3 incarichi libero professionali e stipula di n. 4 convenzioni. Il Direttore generale dell'Agenzia ha provveduto, nel rispetto della normativa vigente, a conferire gli incarichi ricompresi nel documento di previsione del fabbisogno di massima di incarichi di prestazioni professionali (presentato ai sensi dell'art. 12 della LR 43/2001 e della Deliberazione DG 181/2002 e successive integrazioni, e approvato dalla Giunta regionale con Deliberazione 451/2004) e a trasmettere copia delle determinazioni adottate alla competente Commissione consiliare;
- iniziative di formazione per il personale interno e/o del Servizio sanitario regionale;
- spese per l'acquisto delle monografie e degli abbonamenti alle riviste scientifiche per la Biblioteca;
- acquisto di attrezzature informatiche;
- pubblicazioni, partecipazione a convegni e agli eventi dedicati all'informazione.

Tenuto conto delle disposizioni di cui alla Legge 30 luglio 2004, n. 191 "Conversione in legge, con modificazioni, del DL 12 luglio 2004, n. 168, recante interventi urgenti per il contenimento della spesa pubblica", l'Agenzia sanitaria regionale in chiusura d'esercizio, ha restituito la somma di € 93.013,69.

Nel 2004, hanno concorso al finanziamento dei programmi risorse pari a € 501.560,90 acquisite da organismi nazionali e comunitari per lo sviluppo di 11 progetti di ricerca

nazionali e di 4 progetti finanziati da enti internazionali, rispetto a una disponibilità complessiva di € 616.051,51. Per il biennio 2004-2005, infatti, i finanziamenti nazionali ammontavano a € 421.139,51 (di cui € 230.266,51 già iscritti nel bilancio regionale di precedenti esercizi e relativi a 7 progetti avviati nel corso di anni precedenti), e i finanziamenti dell'Unione europea ammontavano a € 194.912,00, di cui € 114.912,00 già iscritti nel bilancio regionale in precedenti esercizi e relativi a tre progetti avviati nel 2003.

I rendiconti relativi al periodo 1 gennaio - 31 dicembre 2004 dei fondi gestiti dal Funzionario delegato dell'Agenzia sanitaria regionale sono stati depositati, nei termini previsti, alla struttura regionale competente in materia di controllo contabile. A tutt'oggi tutti i rendiconti di spesa dell'Agenzia sanitaria regionale (esercizi 1996/2003), accertata l'esattezza contabile sulla base dei dovuti controlli effettuati, sono stati approvati dal Servizio Bilancio - Risorse finanziarie della Regione Emilia-Romagna.

Esercizio 2005

Con LR 23 dicembre 2004, n. 27 "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 2005 e del bilancio pluriennale 2005-2007" è stato stanziato il finanziamento per le spese di funzionamento dell'Agenzia sanitaria regionale per l'anno 2005 (art. 29, comma 1, lett. c).

Il preventivo di spesa per il corrente esercizio finanziario, di cui al prospetto riportato in calce, illustra l'impiego di fondi pari a € 3.520.000,00, a valere sul suddetto stanziamento. 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 e 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 successive modificazioni e della Deliberazione della Giunta regionale n. 181/2002, come integrata dalle DGR n. 124/2003 e n. 1958/2003, dall'Agenzia sanitaria regionale (Allegato B parte integrante e sostanziale della Determinazione del Direttore dell'Agenzia di presentazione del Piano di attività anno 2005), 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.

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 3 progetti finanziati da enti internazionali. Per il biennio 2005-2006 i finanziamenti nazionali ammontano a € 794.545,72 (di cui € 171.245,72 già iscritti nel bilancio regionale e relativi a 5 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 tre progetti da sviluppare nell'ambito delle Aree di programma Governo clinico e Rischio infettivo ammontano a € 126.385,28 per le due annualità 2005 e 2006, di cui € 96.385,28 già iscritti nel bilancio regionale e relativi a due progetti di cui uno avviato nel 2003 e uno nel 2004. Per i finanziamenti sopra indicati non ancora iscritti nel bilancio regionale, e relativi a progetti già approvati, si provvederà all'iscrizione nel corso del 2005 a necessaria documentazione pervenuta da parte del Ministero della salute e della UE.

¹ Il Direttore 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 n. 124/2003 e n. 1958/2003, trasmettendo tali atti alla competente Commissione consiliare e alla Corte dei conti.

Agenzia sanitaria regionale - Bilancio per l'esercizio finanziario 2005

	Previsione anno 2005	PERSONALE in AVVALIMENTO (cod.101)	ESPERTI- CONSULENTI- EQUIPE 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	115.000,00	36.000,00	24.378,25	38.758,74	1.500,00	215.636,99
2	Amministrativo - Contabile (PO)	73.750,00	0,00	0,00	22.256,29	2.120,00	0,00	98.126,29
3	Sistema documentazione, formazione, comunicazione	260.500,00	0,00	85.194,23	363.850,73	80.623,00	2.664,00	792.831,96
4	Accreditamento	419.000,00	0,00	0,00	125.899,52	0,00	4.000,00	548.899,52
5	Economia e salute	134.900,00	0,00	0,00	237.717,40	0,00	0,00	372.617,40
6	Governo clinico	190.300,00	0,00	0,00	125.281,84	2.510,00	166.584,00	484.675,84
7	Rischio infettivo	232.800,00	0,00	0,00	46.717,75	0,00	0,00	279.517,75
8	Risorse umane e sviluppo progetti in collaborazione con DGSPS	57.000,00	47.200,00	8.290,00	83.606,87	0,00	0,00	196.096,87
9	Ricerca e innovazione	28.000,00	0,00	0,00	114.535,09	0,00	0,00	142.535,09
10	Politiche sociali	0,00	0,00	0,00	55.737,91	90,00	0,00	55.827,91
11	Rete informativa interna integrata	0,00	0,00	0,00	25.529,59	0,00	25.500,00	51.029,59
12	IRAP Buoni mensa e altri rimborsi	140.840,00	0,00	0,00	120.022,70	1.658,85	19.683,24	282.204,79
TOTALE		1.537.090,00	162.200,00	129.484,23	1.345.533,94	125.760,59	219.931,24	3.520.000,00

AGENZIA SANITARIA REGIONALE

*Fabbisogno di massima di incarichi di prestazione professionale.
Anno 2005*

(art. 12 LR 43/2001 e successive modificazioni)

-.-.-.-.-.-

<p style="text-align: center;">AGENZIA SANITARIA REGIONALE Fabbisogno di massima di incarichi di prestazione professionale. Anno 2005 - (art. 12 LR 43/2001 e s.m.)</p>				
NUM OB	Obiettivi, Motivazioni, Tipologia	Capitolo 51721-05	Altri capitoli	
		importo €	Numero capitolo	importo €
1	Obiettivi: Sviluppo e sperimentazione di supporti ai programmi di Educazione Continua in Medicina	€ 85.194,23		
	Motivazioni: 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			
	Tipologia: incarico di ricerca			
	TOT. OBIETTIVO	€85.194,23		€0,00
NUM OB	Obiettivi, Motivazioni, Tipologia	Capitolo 51721-05	Altri capitoli	
		importo €	Numero capitolo	importo €
2	Obiettivi: Programmi cogestiti con DGSPS: "Sviluppo dei sistemi contabili e degli strumenti di rendicontazione"	€ 47.200,00		
	Motivazioni: Necessità di avvalersi di esperti di specifica, elevata competenza professionale			
	Tipologia: incarico di ricerca			
	TOT. OBIETTIVO	€47.200,00		€0,00
NUM OB	Obiettivi, Motivazioni, Tipologia	Capitolo 51721-05	Altri capitoli	
		importo €	Numero capitolo	importo €
3	Obiettivi: Area Risorse Umane Progetto "Capitale intellettuale"	€ 8.290,00		
	Motivazioni: Collaborazione con gruppi di ricerca scientifica di riconosciuta competenza, esperienza ed autorevolezza tecnica e professionale per supporto tecnico scientifico specialistico			
	Tipologia: incarico di ricerca			
	TOT. OBIETTIVO	€8.290,00		€0,00

AGENZIA SANITARIA REGIONALE
 Fabbisogno di massima di incarichi di prestazione professionale.
 Anno 2005 - (art. 12 LR 43/2001 e s.m.)

NUM OB	Obiettivi, Motivazioni, Tipologia	Capitolo 51721-05	Altri capitoli	
		importo €	Numero capitolo	importo €
4	Obiettivi: Progetti speciali e Programmi cogestiti con la Direzione generale Sanità e Politiche Sociali: "Differenze interregionali nei sistemi sanitari"			
	Motivazioni: Collaborazione con gruppi di ricerca scientifica di riconosciuta competenza, esperienza ed autorevolezza tecnica e professionale per supporto tecnico scientifico specialistico			
	Tipologia: incarico di ricerca	€ 36.000,00		
	TOT. OBIETTIVO	€ 36.000,00		€ 0,00
NUM OB	Obiettivi, Motivazioni, Tipologia	Capitolo 51721-05	Altri capitoli	
		importo €	Numero capitolo	importo €
5	Obiettivi: art.51 L.R. 27/2004			
	Motivazioni: Necessità di avvalersi di una équipe di esperti di specifica, elevata competenza professionale			
	Tipologia: incarichi di studio/di ricerca	€ 115.000,00		
	TOT. OBIETTIVO	€ 115.000,00		€ 0,00
		Totale capitolo € 291.684,23		Totale capitolo € 0,00

TOTALE COMPLESSIVO
€ 291.684,23