

Master in Politiche e gestione nella sanità Europa-America latina

**Tracce del percorso didattico in Emilia-Romagna
2009-2010**



Agenzia
sanitaria
e sociale
regionale

Regione Emilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

ISSN 1591-223X

DOSSIER
202-2010

Master in Politiche e gestione nella sanità Europa-America latina

**Tracce del percorso didattico in Emilia-Romagna
2009-2010**

**Sistema Comunicazione
documentazione formazione**

La redazione del documento è stata curata da

Francesca Senese Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Stefano Albertini Università di Bologna
Davide Botturi Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Diletta Priami Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Marco Biocca Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

La collana Dossier è curata dal Sistema Comunicazione, documentazione, formazione dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

responsabile Marco Biocca

redazione e impaginazione Federica Sarti

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, dicembre 2010

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna - Sistema CDF

viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

e-mail fsarti@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet

http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss202.htm

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

Direttore del Master

Giovanni De Plato Università degli studi di Bologna

Consiglio scientifico didattico

Marco Biocca Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Roberto Grilli Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Guido Sarchielli Università degli studi di Bologna
Francesco Taroni Università degli studi di Bologna

Tutor didattici

Stefano Albertini Università degli studi di Bologna
Davide Botturi Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Diletta Priami Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Francesca Senese Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Sono intervenuti durante lo *stage* a Bologna ¹

Rocco Amendolara Azienda USL di Modena, Coordinatore dell'Osservatorio epidemiologico Ufficio infermieristico e tecnico aziendale
Giuliana Barchi Azienda USL di Reggio Emilia, Direttrice del Centro di salute mentale di Scandiano
Maria Basenghi Azienda USL di Cesena, Direttore generale
Patrizia Beltrami Azienda USL di Bologna, Dipartimento sanità pubblica, Area comunicazione e promozione della salute
Elena Berti Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, Area di programma Governo clinico
Elisa Bertocchi Direzione generale per la sanità e le politiche sociali della Regione Emilia-Romagna, Servizio assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari
Lina Bianconi Medico di medicina generale, Responsabile per il Settore formazione, FIMMG Reggio Emilia
Antonio Brambilla Direzione generale per la sanità e le politiche sociali della Regione Emilia-Romagna, Responsabile del Servizio assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari
Giuliana Bulgarelli Azienda USL di Modena, Dipartimento cure primarie

(continua)

¹ Gli enti di affiliazione si riferiscono al periodo di svolgimento del Master.

- Nicola Caranci** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, Sistema Comunicazione, documentazione e formazione
- Bianca Maria Carozzo** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, Sistema Comunicazione, documentazione e formazione
- Tiziano Carradori** Azienda USL di Ravenna, Direttore generale
- Rosalba Casetti** Comitato consultivo regionale dell'Emilia-Romagna per la qualità dal lato del cittadino
- Loretta Casolari** Azienda USL di Modena, Direzione sanitaria, Responsabile dell'Area ricerca e innovazione
- Marzia Cavazza** Direzione generale per la sanità e le politiche sociali della Regione Emilia-Romagna, Responsabile del Servizio programmazione economico-finanziaria
- Augusto Cavina** Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna, Direttore generale
- Vincenzo Ceroni** Coordinatore del Programma patologia clinica di Area vasta Romagna
- Barbara Cevenini** Intercent-ER Agenzia regionale di sviluppo dei mercati telematici
- Luca Cisbani** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, Area di programma Governo clinico
- Paolo Cordioli** Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna, Direttore amministrativo
- Barbara Curcio Rubertini** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna e dottoranda presso la Scuola di dottorato in sanità pubblica, Università degli studi di Bologna
- Salvatore De Franco** Azienda ospedaliera di Reggio Emilia, Direttore servizio formazione, innovazione clinica e biblioteca
- Stefano Del Canale** Medico di medicina generale, Coordinatore del Nucleo di cure primarie, Azienda USL di Parma
- Eugenio Di Ruscio** Direzione generale per la sanità e le politiche sociali della Regione Emilia-Romagna, Responsabile del Servizio presidi ospedalieri
- Andrea Donatini** Direzione generale per la sanità e le politiche sociali della Regione Emilia-Romagna, Servizio assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari
- Annalisa Faccini** Comune di Bologna, Servizi per minori e famiglie

(continua)

- Agatina Fadda** Direzione generale per la sanità e le politiche sociali della Regione Emilia-Romagna, Servizio assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari
- Giovanni Fattori** Azienda USL di Modena, Coordinatore del Sistema comunicazione e marketing sociale
- Guido Federzoni** Azienda USL di Modena, Responsabile del Programma Piani per la salute, salute anziani
- Gianfranco Finzi** Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna, Direttore dell'Area di igiene, prevenzione e protezione, di coordinamento e controllo dei servizi di supporto della Direzione medica
- Patrizia Guidetti** Azienda USL Modena, Direttore del Distretto di Carpi
- Pierluigi La Porta** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, Area di programma Accreditamento e qualità
- Alessandro Liberati** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna e Università degli studi di Modena
- Thomas Marcacci** Università degli studi di Bologna, Facoltà di Psicologia
- Giorgio Martelli** Azienda USL di Cesena, Direttore sanitario
- Luisa Martelli** Direzione generale per la sanità e le politiche sociali della Regione Emilia-Romagna, Responsabile del Servizio politiche del farmaco
- Remo Martelli** Presidente del Comitato consultivo regionale per la qualità dal lato del cittadino
- Franco Mongelli** Azienda ospedaliero-universitaria di Parma, Responsabile Qualità e sviluppo organizzativo
- Antonella Negro** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, Area di programma Governo clinico
- Ottavio Nicastro** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, Area di programma Accreditamento e qualità
- Maria Augusta Nicoli** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, Area di programma Accreditamento e qualità
- Ilaria Nonni** Azienda ospedaliero-universitaria di Parma, Area Qualità e sviluppo organizzativo
- Luisa Palmisano** Azienda USL di Modena, Direzione sanitaria, Area ricerca e innovazione
- Donato Papini** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
- Vittoria Pastorelli** Direzione generale per la sanità e le politiche sociali della Regione Emilia-Romagna, Servizio assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari

(continua)

- Luisa Paterlini** Azienda USL di Reggio Emilia, Direttore del Servizio Programmazione e controllo
- Paolo Pazzi** Azienda USL di Cesena, Direttore del Dipartimento di Medicina interna
- Cosimo Picoco** Azienda USL di Bologna, Referente medico della Centrale operativa regionale 118
- Gianna Poppi** Azienda USL di Bologna, Direttrice del Dipartimento igienico organizzativo
- Eno Quargnolo** Azienda USL di Ravenna, Direttore attività socio-sanitarie
- Davide Resi** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, Area di programma Rischio infettivo
- Manuela Righi** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, Sistema comunicazione, documentazione e formazione
- Francesco Ripa Di Meana** Azienda USL di Bologna, Direttore generale
- Maria Rolfini** Direzione generale per la sanità e le politiche sociali della Regione Emilia-Romagna, Servizio assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari
- Corrado Ruozzi** Azienda USL di Reggio Emilia, Responsabile del Servizio per lo sviluppo organizzativo e formazione
- Piera Anna Sanna** Direzione generale per la sanità e le politiche sociali della Regione Emilia-Romagna, Servizio assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari
- Michele Sanza** Azienda USL di Cesena, Direttore del Programma dipendenze patologiche
- Giorgio Scagliarini** Azienda USL di Bologna
- Marco Tieghi** Università degli studi di Bologna, Facoltà di Economia
- Raffaele Tomba** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, Responsabile dell'Area di programma Innovazione sociale
- Susanna Trombetti** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, Area di programma Governo clinico
- Eleonora Verdini** Direzione generale per la sanità e le politiche sociali della Regione Emilia-Romagna, Responsabile del Servizio sistema informativo sanità e politiche sociali
- Carlo Veronesi** Azienda USL di Reggio Emilia, Direttore del Dipartimento di sanità pubblica
- Nilla Viani** Azienda USL di Reggio Emilia, Area vasta Emilia nord
- Angela Zanichelli** Sindaco di Sorbolo (PR)

Partecipanti alla 4ª edizione del Master

- José Fernando Assoni** Coordinador adjunto, Coordenação Nacional de Saúde, MERCOSUR, Brasil
- Hugo Diosnel Benigno Bareiro** Coordinador, Sub Secretaría de Coordinación Operativa, Ministerio de Desarrollo Social, Argentina
- María Lía Bazterrechea** Jefe del Depatamiento Administrativo contable, Hospital "Gob Centeno", Argentina
- Marta Helena Buzati Fert** Serviço Técnico Especializado, Gerência de Ensino e pesquisa, Coordenação de ensino, Hospital Nossa Senhora da Conceição S/A - GHC, Brasil
- César Ramon Cabral Mereles** Funcionario, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay
- Eduardo Henrique De Arruda Santos** Sanitarista, Subsecretaria de Programação em Saúde, Brasil
- Marcelo Angel Garcia Brunelli** Director General de Equipamiento y Mantenimiento de la Subsecretaría de Salud de la Provincia de Neuquén, Argentina
- Cristian Edit Godoy** Estadística, Ministerio Provincia de Santa Fe, Argentina
- Margarete Isoton de David** Enfermeira, Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, em Enfermagem do Trabalho e em Saúde Individual e Coletiva, Brasil
- Eduardo Luis Jurisic** Director de Prestaciones Médicas - Programa Federal de Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina
- Ena Elizabeth Llamosas Félix** Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, Ministerio de Salud, Perú
- Milva Lombardi** Responsable Adscripto, Comité Terapéutico Nacional, Ministerio del Poder Popular para la Salud, Venezuela
- Sebastian Marotz** Lic en Economía, consultor privado, Argentina
- Carola Musetti** Miembro Aseosría, Área de Asesores Legales del Sr Ministro de Salud y Ambiente, Argentina
- Pedro Alfonso Niño Sequera** Director Asociación de Apoyo al desarrollo Araucano, Apoyar ONG, Colombia
- Nils Picca** Responsable, Departamento de Médicos de Familia, Derivaciones Médicas y Prestaciones Médicas, Obra Social del Personal de Renta y Propiedad Horizontal, Argentina
- Gilberto Ríos Ferreira** Subdirector General de Salud, Ministerio de Salud Pública, Uruguay
- William Alberto Robles Fonnegra** Auditor Investigador, Centro de investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional, Superintendencia Nacional de Salud (Ministerio de Salud), Colombia
- Patricia Norma Rodriguez** Responsable administrativo, Obra Social del Personal de Renta y Propiedad Horizontal, Argentina

Indice

Sommario	13
<i>Abstract</i>	14
Introduzione	15
1. Primo modulo: il governo regionale del sistema sanitario e sociale dell'Emilia-Romagna	17
1.1. Le linee di indirizzo regionali	17
1.2. La programmazione economico-finanziaria	19
1.3. Un solo Piano, tanti protagonisti per la salute	20
1.4. Misurare le disuguaglianze	21
1.5. Visita a un'Azienda USL: l'aziendalizzazione e l'organizzazione delle Aziende sanitarie locali	22
1.6. L'integrazione socio-sanitaria: aspetti di carattere generale e specificità del modello emiliano-romagnolo	23
1.7. Le politiche e la <i>governance</i> per l'integrazione socio-sanitaria	24
2. Secondo modulo: il governo dell'assistenza territoriale	25
2.1. Le linee di indirizzo per il governo dell'assistenza territoriale: il Distretto e le cure primarie	25
2.2. Il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta e l'assistenza primaria	28
2.3. I Nuclei di cure primarie (NCP) e i profili di Nucleo	30
2.4. La partecipazione delle professioni sanitarie assistenziali nelle cure primarie	31
2.5. L'assistenza specialistica ambulatoriale	32
2.6. Il governo dell'offerta: dalla prescrizione alla prenotazione	33
2.7. L'applicazione della normativa sui <i>ticket</i> sanitari - la partecipazione alla spesa sanitaria	34
2.8. La sanità digitale: il progetto Sanità <i>on line</i> (SOLE)	35
2.9. La programmazione regionale del percorso nascita	36
2.10. Visita a un'Azienda USL: il processo di riforma nella salute mentale, dal superamento dell'ospedale psichiatrico alla psichiatria di comunità	38

3. Terzo modulo: la rete ospedaliera	39
3.1. Le linee di sviluppo della rete ospedaliera	39
3.2. L'organizzazione e la gestione degli ospedali	41
3.3. Il servizio di emergenza e urgenza	42
3.4. Il rischio infettivo nelle strutture ospedaliere	43
3.5. Visita a un'Azienda ospedaliero-universitaria	44
4. Quarto modulo: il ruolo dei professionisti della salute	45
4.1. Le linee di indirizzo per la valorizzazione del ruolo dei professionisti nel governo clinico	45
4.2. Il governo clinico e i suoi strumenti	46
4.3. Sviluppo e impiego di indicatori di <i>performance</i> per la valutazione della qualità dell'assistenza	47
4.4. L'innovazione tecnologica e organizzativa	48
4.5. Il ruolo dei <i>network</i> professionali nella valutazione delle innovazioni - l'esempio della tomografia computerizzata multistrato	49
4.6. La formazione di base e continua dei professionisti della salute	50
4.7. La valutazione delle competenze e lo sviluppo professionale: l'esempio dell'Azienda USL di Reggio Emilia	52
4.8. Visita a un'Azienda USL: il Collegio di direzione e le sue funzioni nel governo clinico	53
4.9. La <i>governance</i> aziendale	54
5. Quinto modulo: le strategie e gli strumenti di supporto al sistema	55
5.1. Inquadramento delle strategie e degli strumenti di supporto al sistema	55
5.2. Il sistema informativo regionale	57
5.3. La rendicontazione: il Bilancio di missione	58
5.4. L'accreditamento delle organizzazioni sanitarie	59
5.5. La sperimentazione clinica e il finanziamento della ricerca indipendente	60
5.6. La collaborazione con l'industria per la ricerca: l'esempio del distretto biomedicale di Modena	61
5.7. La sperimentazione clinica e il ruolo dei Comitati etici	62
5.8. L'Area vasta come sperimentazione gestionale	63

6. Sesto modulo: la partecipazione dei cittadini	65
6.1. Coinvolgimento o partecipazione?	65
6.2. La partecipazione dei cittadini e i Piani per la salute	66
6.3. La comunicazione strategica per la salute: l'esempio dell'Azienda USL di Modena	68
6.4. Il ruolo degli Enti locali nella promozione della salute	70
6.5. I Comitati consultivi misti	71
Allegati	73
Allegato 1.	75
Programma dello <i>stage</i> della 4 ^a edizione del Master universitario II livello " <i>Políticas y gestión en salud, Europa - America latina</i> ". Bologna, 18 gennaio - 26 febbraio 2010	
Allegato 2.	89
Programma della giornata di chiusura della 4 ^a edizione del Master universitario II livello " <i>Políticas y gestión en salud, Europa - America latina</i> "	

Sommario

L'Università degli studi di Bologna e la Regione Emilia-Romagna sono impegnate dal 2006 nella realizzazione del Master di II livello Politiche e gestione nella sanità, Europa - America latina (*Políticas y gestión en salud, Europa - America latina*) rivolto a esperti di istituzioni e organizzazioni sanitarie dei Paesi latinoamericani.

Dopo il buon esito delle prime edizioni, largamente sottolineato anche dai partecipanti al corso, l'impegno è stato confermato anche per il 2009-2010 e si è rinnovata la convenzione fra Università e Regione in una prospettiva di verifica e di sviluppo nel tempo. Il corso accademico prevede 5 moduli didattici in presenza presso la sede di Buenos Aires dell'Università di Bologna nel periodo luglio-dicembre e, successivamente, una seconda fase di formazione sul campo, tra gennaio e febbraio, presso il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna.

Il percorso didattico svolto in Emilia-Romagna ha seguito la traccia che viene descritta nelle pagine che seguono. Si è articolato in sei moduli, durante i quali i partecipanti hanno studiato il sistema sanitario e sociale della Regione entrando a diretto contatto con i protagonisti a livello regionale e locale. Con il presente documento si è cercato perciò di offrire una guida logica degli incontri e degli interventi succedutisi durante il percorso didattico e di testimoniare l'impegno di coloro che sono intervenuti.

Abstract

Postgraduate course "Policies and management for health, Europe - Latin America". Outlines of the program carried out in Emilia-Romagna, 2009 - 2010

The University of Bologna and the Emilia-Romagna Region are engaged since 2006 in the realization of the postgraduate course "Policies and management for health, Europe - Latin America", addressed to experts belonging to institutions and health organizations in Latin American Countries.

Given the success of the previous editions, widely acknowledged by participants themselves, the University and the Region reaffirmed their commitment for the 2009-2010 academic year and renewed the Agreement with the perspective of verification and further developments over time. The academic course includes 5 didactic modules to be attended at the Buenos Aires venue of the University of Bologna between July and December and, afterwards, a second phase of field learning within the Regional health system (RHS) of Emilia-Romagna, in January and February.

The didactic program carried out in Emilia-Romagna followed the trace presented in this volume. It was articulated in six modules during which the participants studied the regional health and social system with direct contact with the protagonists both at regional and local level. Hence, the present document is an attempt to provide a logical guidance through the lectures and meetings occurred during the course and to witness the engagement of those who contributed to this experience.

Introduzione

La Regione Emilia-Romagna è fortemente impegnata nella cooperazione tra le aree regionali dell'Unione europea e degli altri continenti per promuovere lo sviluppo delle risorse economiche e umane al fine di elevare il benessere delle popolazioni. La collaborazione tra istituzioni pubbliche e soggetti privati (organizzazioni *profit* e *no profit*) e l'integrazione dei servizi sanitari e sociali richiede da parte dei Governi, ai diversi livelli, un forte investimento nel promuovere l'unità tra ricerca, formazione e assistenza quali risorse determinanti per innovare e migliorare gli attuali sistemi sanitari e sociali e per rispondere con qualità ed economia alla complessità dei bisogni vecchi e nuovi della popolazione.

La continuità dell'impegno nella cooperazione internazionale e nella collaborazione con l'Università di Bologna per la Regione ha una finalità ancora più ambiziosa, che è quella di riconoscere che i sistemi sanitari e sociali di elevata qualità possono costituire un motore per lo sviluppo del capitale economico, sociale e umano.

In questa politica di cooperazione va collocata la Convenzione tra l'Università di Bologna e la Regione Emilia-Romagna che sostiene il Master di II livello Politiche e gestione nella sanità, Europa - America latina (*Políticas y gestión en salud, Europa - America latina*) rivolto a esperti di istituzioni e organizzazioni sanitarie dei Paesi latinoamericani iniziato nell'anno accademico 2006-2007.

Dopo il buon esito delle prime edizioni, largamente sottolineato anche dai partecipanti al corso, l'impegno è stato confermato anche per il 2009-2010 e si è rinnovata la Convenzione in una prospettiva di verifica e di sviluppo nel tempo.

I partecipanti alla IV edizione provenivano da molti Paesi importanti (Argentina, Brasile, Cile, Colombia, Paraguay, Uruguay, Venezuela) e svolgevano ruoli significativi nelle amministrazioni pubbliche e nelle organizzazioni sanitarie di questi Paesi.

Dopo le 5 settimane iniziali di corso presso la sede di Buenos Aires dell'Università di Bologna nel periodo luglio-dicembre 2009, è stata organizzata la seconda fase di formazione, tra il 18 gennaio e il 26 febbraio 2010, presso il Servizio sanitario regionale (SSR) dell'Emilia-Romagna, che ha seguito la traccia che viene descritta nel presente documento.

Il percorso didattico in Emilia-Romagna si è articolato in sei moduli durante i quali i partecipanti hanno studiato il sistema sanitario e sociale regionale entrando a diretto contatto con i protagonisti a livello regionale e locale.

Nelle pagine che seguono è descritta la traccia del percorso didattico seguito. Non sono raccolte informazioni di tipo didattico né la valutazione dei moduli effettivamente realizzati, ma si è cercato di offrire una guida logica degli incontri e degli interventi succedutisi durante il percorso, un mosaico di voci e punti di vista che ha parlato molto eloquentemente del sistema di *governance* del SSR mostrando le caratteristiche

istituzionali e organizzative ma anche la forte identificazione e l'impegno degli organizzatori e dei relatori in termini complessivi di linee di indirizzo e di specifiche azioni. Il documento si articola in sei capitoli, che seguono lo sviluppo dei sei moduli settimanali. I principali interventi della settimana (che qui sono stati ridotti a grande sintesi dai curatori del volume) sono stati preceduti da un inquadramento sul tema specifico e integrati con visite sul campo e incontri con persone strettamente coinvolte. In chiusura a ogni scheda è riportata una breve bibliografia di riferimento e le parole chiave relative all'intervento, in modo da facilitare la lettura del documento e suggerire collegamenti con le diverse aree di lavoro.

1. Primo modulo: il governo regionale del sistema sanitario e sociale dell'Emilia-Romagna

1.1. Le linee di indirizzo regionali

Il Servizio sanitario regionale (SSR) rispetta i tre principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale: universalismo dell'assistenza, equità di accesso e solidarietà. Tali principi sono ribaditi nel Decreto legislativo n. 229/1999 che identifica nei livelli essenziali di assistenza (LEA) le prestazioni e i servizi essenziali per la tutela, la cura e il recupero della salute da assicurare a tutti e in modo uniforme in tutto il Paese.

L'introduzione al sistema sanitario della Regione Emilia-Romagna passa principalmente attraverso l'analisi della Legge regionale approvata nel 2004, nella quale si ribadiscono i principi sopra elencati e si affrontano alcuni aspetti critici che in sintesi sono:

- la responsabilità pubblica della tutela della salute;
- l'universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari per tutte le persone presenti sul territorio regionale;
- la globalità della copertura assistenziale in base alla necessità assistenziale di ciascuno, secondo quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza;
- il finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale;
- la portabilità dei diritti in tutto il territorio nazionale.

La Legge regionale n. 29/2004 riconsidera, inoltre, l'organizzazione e il funzionamento del SSR tenendo conto delle maggiori competenze affidate alle Regioni e agli Enti locali e le regole del gioco per gli attori che collaborano nel sistema.

Volendo sintetizzare, le strategie specifiche della Regione in merito al funzionamento del sistema sanitario sono:

- il rinforzo delle competenze degli Enti locali in materia di programmazione, verifica e controllo dei risultati di salute;
- l'enfasi sulla programmazione concertata degli obiettivi di salute fra Regione e Conferenze territoriali sociali e sanitarie;
- la valorizzazione delle risorse umane e l'istituzionalizzazione della loro partecipazione al governo aziendale, attraverso l'elevazione del Collegio di direzione a organo aziendale;
- la collaborazione con le Università per migliorare e integrare l'assistenza, la formazione e le capacità di svolgere ricerca biomedica e sanitaria;

- l'attenzione alla *accountability* anche attraverso l'introduzione del Bilancio di missione delle Aziende verso la Regione e le Conferenze territoriali sociali e sanitarie.

Con la Legge regionale n. 29 si stabilisce altresì quali soggetti possono essere *provider* di servizi socio-assistenziali e quali sono i meccanismi per poterli finanziare. In primo luogo le Aziende sanitarie pubbliche, cioè le Aziende Unità sanitarie locali (AUSL), le Aziende ospedaliere (AO) e ospedaliero-universitarie (AOU) e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e, quindi, altri soggetti pubblici e privati accreditati, con i quali le Aziende sanitarie abbiano stipulato accordi contrattuali.

Infine, a livello regionale le funzioni di programmazione, coordinamento e controllo dei servizi sanitari sono svolte dall'Assessorato alle politiche della salute e dalla Direzione generale Salute e politiche sociali nei limiti dell'autonomia gestionale delle Aziende sanitarie attraverso il suo principale strumento programmatico che è il Piano sociale e sanitario regionale e altri strumenti (atti di indirizzo, circolari).

Bibliografia di riferimento

- Legge regionale n. 29/2004. *Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale*. BUR Emilia-Romagna n. 178 del 28/12/2004. <http://burer.regione.emilia-romagna.it>
- *Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010. Il Distretto*. Capitolo 3. BUR Emilia-Romagna n. 93 del 3/7/2008. <http://burer.regione.emilia-romagna.it/BUR/>

Parole chiave

Regioni - Aziende sanitarie - livelli essenziali di assistenza

1.2. La programmazione economico-finanziaria

La sanità pubblica in Italia si finanzia principalmente attraverso:

- la fiscalità generale (imprese, individui, IVA, accise) che produce il Fondo sanitario nazionale (FSN);
- le entrate dirette delle Aziende sanitarie (*co-payment*, patrimoni);
- le entrate delle Regioni a Statuto speciale.

Con l'aziendalizzazione della sanità e la determinazione dei LEA, si è introdotta la quota capitaria "corretta" nella distribuzione del FSN secondo un sistema di pesi stabiliti sulla base della popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori epidemiologici e particolari indicatori territoriali (Legge n. 662/1996).

La riforma costituzionale del 2001 ha devoluto alle Regioni, tra l'altro, la responsabilità finanziaria e del ripiano del deficit e garantisce agli Enti locali autonomia di spesa. In Emilia-Romagna (LR n. 29/2004 art. 3) la ripartizione del Fondo sanitario regionale alle Aziende sanitarie territoriali tiene conto della quota capitaria ed è articolata su tre livelli:

- assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro (4,6%);
- assistenza territoriale/distrettuale: farmaceutica, medici convenzionati, assistenza specialistica, assistenza domiciliare, salute mentale, SERT (50,4%);
- assistenza ospedaliera (45%).

Esistono, inoltre, ulteriori strumenti di quasi-mercato per i vari *provider* sul territorio: la libera scelta del cittadino, il sistema tariffario, il sistema degli "accordi di fornitura" e del *budget* concordato con il privato accreditato.

Bibliografia di riferimento

- Legge regionale n. 29/2004. *Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale*. art. 3. *Organizzazione e finanziamento delle Aziende sanitarie*. BUR Emilia-Romagna n. 178 del 28/12/2004.
<http://burer.regione.emilia-romagna.it/BUR/>
- Legge costituzionale n. 3/2001. *Modifiche al Titolo V della parte seconda della Costituzione*. <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/01003lc.htm>
- Delibera dell'Assemblea legislativa della Regione Emilia-Romagna n. 265/2009. *Programma annuale 2009: obiettivi e criteri generali di ripartizione delle risorse ai sensi dell'art. 47, comma 3, della L.R. n. 2/2003 in attuazione del piano sociale e sanitario regionale*. <http://demetra.regione.emilia-romagna.it/>
- DGR n. 234/2010. *Finanziamento del Servizio sanitario regionale per l'anno 2010*.
<http://www.regione.emilia-romagna.it/wcm/ermes/pagine/delibere.htm>

Parole chiave

finanziamento - quota capitaria - livelli di spesa

1.3. Un solo Piano, tanti protagonisti per la salute

Il Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010 è lo strumento con il quale la Regione mira a promuovere gli obiettivi di salute e di benessere, nonché l'integrazione socio-sanitaria, propri del modello di *welfare* di comunità. I principi guida del Piano sono fondati sul modello dei determinanti sociali della salute e sostengono quindi la tutela e l'inclusione delle persone attraverso la creazione di un ambiente sociale "sano".

Il Piano sociale e sanitario afferma i seguenti principi guida:

- intersectorialità: ogni fattore critico va affrontato identificando l'ambito di pertinenza e la relazione con gli altri settori per sviluppare politiche intersectoriali (ad esempio trasporti, istruzione, abitazione, alimentazione, ecc.);
- forte orientamento alla prevenzione;
- impegno diretto di tutte le Amministrazioni pubbliche per dare risposte puntali e concrete a problemi di salute;
- inclusione e integrazione come obiettivi e come medium per il miglioramento dello stato di salute;
- contrasto delle disuguaglianze e sostegno all'equità di accesso alle cure primarie e ai servizi;
- scelte di priorità rappresentative dei territori (profili di comunità, percorsi di partecipazione, valorizzazione del capitale sociale e professionale);
- forte orientamento alla qualità e in particolare all'introduzione di interventi di provata efficacia;
- rendicontazione e valutazione dell'impatto sulla comunità;
- coltivare la ricerca e l'innovazione.

Bibliografia di riferimento

- *Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010*. BUR Emilia-Romagna n. 93 del 3/7/2008. <http://burer.regione.emilia-romagna.it/BUR/>
- Servizio sanitario regionale: programmazione e organizzazione. <http://www.saluter.it>
- Biocca M. (a cura di). *La governance nelle organizzazioni sanitarie*. FrancoAngeli, Milano, 2008.

Parole chiave

programmazione - organizzazione - Piano sociale e sanitario regionale

1.4. Misurare le disuguaglianze

Nella popolazione italiana, e ancora di più in quella emiliano-romagnola, è evidente un aumento della popolazione anziana e negli ultimi anni la crescita demografica dovuta soprattutto all'immigrazione. Il territorio si caratterizza in modo disomogeneo a seconda di vari indicatori socio-economici (istruzione, occupazione, abitazione e famiglia).

Gli esempi relativi al contesto regionale di indicatori semplici di stato socio-economico (SES), a partire dal censimento e dai dati sui redditi dichiarati, confermano le conoscenze note da studi internazionali e locali sul peso che tali determinanti hanno sulla salute degli individui, dalla gravidanza, al parto e alle condizioni del neonato, alla propensione ad avere un ricovero e alla mortalità generale. Indici più complessi (deprivazione) consentono di rappresentare la distribuzione dello svantaggio relativo e la sua eventuale influenza sulla salute.

Stabilire misure di svantaggio relativo associate a determinate condizioni di salute ha come obiettivo quello di identificare i meccanismi che sono alla base dei processi di disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari ed è finalizzato a predisporre azioni di governo, a livello regionale e locale, per garantire maggior equità d'accesso.

Bibliografia di riferimento

- *Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna e il nuovo welfare: La popolazione.* <http://www.saluter.it>
- AA.VV. *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi.* 2009, rapporto tecnico. <http://asr.regione.emilia-romagna.it/>
- *Rapporti italiani su povertà e disoccupazione.* ISTAT, 2008. <http://www.istat.it>
- *Closing the gap in a generation.* WHO, 2008. http://www.who.int/social_determinants
- *La nascita in Emilia-Romagna. 6° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto. Dati anno 2008.* <http://www.saluter.it>
- Marinacci C., Schifano P., Cesaroni G., Caranci N., Ruso A., Costa G. Magnitude and shape of income inequalities in hospitalization for all causes in Italy. *Italian Journal of public health*, vol. 6, n. 3, 2009.
- Costa G., Cislighi C., Caranci N. Un indice di deprivazione a livello aggregato da utilizzare su scala nazionale: giustificazioni e composizione dell'indice. Disuguaglianze sociali di salute. Problemi di definizione e di misura. *Salute e Società*, a. VIII, n. 1, 2009.

Parole chiave

popolazione - stato socio-economico - disuguaglianze - salute - indice di deprivazione

1.5. Visita a un'Azienda USL: l'aziendalizzazione e l'organizzazione delle Aziende sanitarie locali

La principale innovazione delle riforme sanitarie 1992-1999 è la trasformazione delle USL da organizzazioni dei Comuni ad Aziende regionali con personalità giuridica propria e autonomia organizzativa, amministrativa e patrimoniale.

Lo Stato prima, le Regioni successivamente alla modifica costituzionale del 2001, definiscono le competenze delle Aziende in materia socio-assistenziale, l'impianto organizzativo, le modalità di finanziamento e di rendicontazione sociale e finanziaria. In Emilia-Romagna è la Legge regionale n. 29/2004 a ridefinire lo scenario.

Gli obiettivi istituzionali assegnati alle Aziende sono sia di salute che di buona gestione (efficacia, efficienza ed economicità). Si prevede la separazione ai fini contabili e finanziari degli interventi sanitari da quelli socio-assistenziali: le funzioni sanitarie sono a carico dell'Azienda sanitaria, mentre quelle socio-assistenziali sono di competenza degli Enti locali. D'altro lato si opera per una progressiva integrazione dell'assistenza territoriale.

La partecipazione degli Enti locali alla programmazione delle Aziende sanitarie è realizzata attraverso la Conferenza territoriale sociale e sanitaria e i Comitati di Distretto. La consultazione con le associazioni degli utenti e i rapporti con le rappresentanze sociali e sindacali presenti sul territorio allargano le modalità di partecipazione delle comunità alle scelte di politica assistenziale.

Le Aziende redigono l'Atto aziendale, lo strumento che disciplina l'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda, i compiti e i livelli di responsabilità dei suoi dirigenti e in particolare il ruolo dei suoi organi propri: il Direttore generale, il Collegio di direzione e il Collegio sindacale.

Bibliografia di riferimento

- L'aziendalizzazione della sanità in Italia. <http://www.salute.gov.it>
- Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di). *Rapporto OASI 2009: l'aziendalizzazione della sanità in Italia*. Cergas, Milano, 2009. <http://www.cergas.unibocconi.it>

Parole chiave

aziendalizzazione

1.6. L'integrazione socio-sanitaria: aspetti di carattere generale e specificità del modello emiliano-romagnolo

L'integrazione socio-sanitaria è in divenire. Dall'attenzione specifica a gruppi vulnerabili (disabili, immigrati, anziani, ecc) si è giunti sin dal 2000 a porre l'attenzione al sistema sociale e sociosanitario che è già riconoscibile anche nella Legge quadro n. 328/2000: "Disposizioni per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali". Questa legge dimostra il superamento della frammentarietà in favore della progettualità allargata di tutti gli atti che sono in grado di promuovere il benessere di persone e famiglie. La Regione Emilia-Romagna promulga nel 2003 la LR n. 2 (legge quadro sui servizi sociali).

Nonostante le molte asimmetrie fra i mezzi, l'organizzazione propria e la formazione del personale delle organizzazioni sanitarie e sociali, si conviene che l'armonizzazione fra questi settori rappresenti una strada necessaria per migliorare la qualità dell'assistenza. Tra i gruppi che maggiormente possono beneficiare di tale approccio vi sono quelli del campo materno-infantile, ma anche i disabili, gli anziani, le persone non autosufficienti con patologie cronic-degenerative, i dipendenti da droga, alcool e farmaci, i malati psichiatrici, i pazienti terminali.

Gli obiettivi dell'integrazione socio-sanitaria sono:

- offrire servizi più accessibili, meglio coordinati, più personalizzati e continuativi;
- assicurare la presa in carico delle persone e assicurare la continuità assistenziale;
- generare maggiore efficacia di cura e favorire maggiore appropriatezza d'uso delle risorse professionali;
- favorire la comunione di intenti e la collaborazione fra organizzazioni e professionisti di cultura e prassi diverse;
- incoraggiare l'impegno e la responsabilità di ciascun professionista.

Inoltre, l'integrazione va promossa nei tre diversi livelli: integrazione istituzionale e comunitaria; integrazione organizzativa e gestionale; integrazione professionale.

Bibliografia di riferimento

- Legge nazionale n. 328/2000, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*. <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/00328l.htm>
- Legge regionale n. 2/2003. *Sistema integrato di interventi e servizi sociali*. <http://burer.regione.emilia-romagna.it/BUR/>
- L'integrazione socio-sanitaria. <http://www.saluter.it>
- *Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010*. BUR Emilia-Romagna n. 93 del 3/7/2008. <http://burer.regione.emilia-romagna.it/BUR/>

Parole chiave

integrazione socio-sanitaria - continuità assistenziale

1.7. Le politiche e la *governance* per l'integrazione socio-sanitaria

Il sistema di *governance* e programmazione delle politiche sociali e sanitarie che la Regione Emilia-Romagna ha sviluppato negli ultimi anni si basa sull'esigenza di integrare le politiche ponendo al centro la responsabilità delle istituzioni pubbliche, in particolare degli Enti locali, con processi decisionali che si basano sulla concertazione delle scelte fra Regione, Comuni e Province, forze sociali e terzo settore.

Sono stati definiti gli organismi competenti nel governo del sistema sociale e sanitario, a livello regionale (Cabina di regia), intermedio (Conferenza territoriale sociale e sanitaria) e distrettuale (Comitato di Distretto).

I Comuni sono stati sollecitati a scegliere tra le diverse possibilità previste dalla legislazione, fra cui la forma associativa, per garantire un governo condiviso a livello distrettuale. Sono stati semplificati gli strumenti della programmazione che hanno carattere integrato e comprendono la programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria dei vari livelli territoriali (*Tabella 1*).

Sono anche stati istituiti gli strumenti tecnici a supporto della programmazione: il Comitato tecnico-scientifico della Cabina di regia, l'Ufficio di supporto alla Conferenza territoriale sociale e sanitaria, l'Ufficio di piano distrettuale.

Tabella 1. Gli organismi e gli strumenti per il governo del sistema sociale e sanitario regionale

Regione	Piano sociale e sanitario regionale
Conferenza territoriale sociale e sanitaria	Atto di indirizzo e coordinamento
Comitato di Distretto (o Comune singolo o Unione di Comuni se coincidente con ambito territoriale del Distretto)	Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale (triennale) Piano attuativo annuale

Bibliografia di riferimento

- *Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010*. BUR Emilia-Romagna n. 93 del 3/7/2008.
<http://burer.regione.emilia-romagna.it/BUR/>
- *Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna e il nuovo welfare*. 2009.
<http://www.saluter.it>

Parole chiave

governance - programmazione - integrazione socio-sanitaria

2. Secondo modulo: il governo dell'assistenza territoriale

2.1. Le linee di indirizzo per il governo dell'assistenza territoriale: il Distretto e le cure primarie

L'Emilia-Romagna persegue un'idea di *welfare* di comunità per il benessere dei cittadini basato su una forte presenza di garanzia del pubblico e, contemporaneamente, su processi decisionali, programmatori e attuativi di servizi e interventi sociali e sanitari fortemente partecipati dalle organizzazioni della società civile, del Terzo settore e dalle stesse persone e famiglie che esprimono esigenze di sostegno e cura.

La Legge regionale n. 29/2004 (art. 5) e il Piano sociale e sanitario regionale individuano nel Distretto

l'articolazione fondamentale del governo aziendale [poiché] è funzionale allo sviluppo delle nuove e più incisive forme di collaborazione fra Aziende sanitarie ed Enti locali e rappresenta la sede ottimale per lo sviluppo della assistenza territoriale e della integrazione fra servizi sanitari e sociali.

Il Comitato di Distretto è l'organismo di governo a livello comunitario capace di compiere scelte per la salute dei suoi cittadini, capace quindi di fare programmazione integrata e committenza al suo principale interlocutore: il Dipartimento di cure primarie delle Aziende sanitarie. I Distretti e le Aziende sanitarie programmano congiuntamente l'organizzazione delle cure primarie, ma spetta al Distretto richiedere il raggiungimento di determinati obiettivi e verificare il sistema integrato dei servizi.

L'assetto istituzionale della Regione Emilia-Romagna si contraddistingue per un sistema di *governance* che coinvolge le parti interessate nei processi decisionali a diversi livelli territoriali e non solo istituzionali. Con la Legge n. 24/2009 e la trasformazione del Distretto in organismo che svolge attività di committenza si introduce la separazione fra la committenza e i produttori.

Tabella 2. Gli organismi di *governance* delle politiche sociali e sanitarie in Emilia-Romagna

	Organismo	Composizione	Funzioni
Regionale	Cabina di regia per le politiche sanitarie e sociali	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assessori regionali alle politiche per la salute e alle politiche sociali ▪ Presidenti delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie ▪ Sindaci dei Comuni capoluogo di Provincia, Presidenti delle Province 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Confronto e integrazione tra Regione ed Enti locali, in materia di politiche sanitarie e sociali ▪ Attività istruttoria e di impulso nei confronti delle decisioni della Giunta regionale
Livello intermedio territorio dell'AUSL	Conferenza territoriale sociale e sanitaria (CTSS)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presidente della Provincia, Sindaci dei Comuni dell'ambito territoriale dell'Azienda USL, Rettore dell'Università (limitatamente alle materie di interesse) ▪ Partecipano alle sedute i Direttori della Aziende sanitarie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formulazione di indirizzi per la programmazione partecipata in ambito distrettuale e per la integrazione delle politiche settoriali ▪ Espressione di pareri su atti delle Aziende sanitarie ▪ Promozione della salute ▪ Verifica sul funzionamento della rete dei servizi sociali e sanitari
Distrettuale	Comitato di Distretto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sindaci dei Comuni dell'ambito distrettuale - o organo della forma associativa dei Comuni per l'ambito distrettuale ▪ Partecipa alle sedute il Direttore di Distretto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programmazione delle politiche per la salute e il benessere sociale ▪ Definizione e attuazione delle norme per il funzionamento e la verifica del sistema integrato dei servizi ▪ Committenza

Un accenno in più va fatto rispetto all'organizzazione delle cure primarie in Italia, che accoglie i principi di Alma Ata, secondo i quali:

L'assistenza sanitaria di base fa parte integrante sia del sistema sanitario nazionale, di cui è il perno e il punto focale, sia dello sviluppo economico e sociale globale della collettività. È il primo livello attraverso il quale gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il sistema sanitario nazionale, avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria.

Le cure primarie rappresentano, dunque, una vera e propria area-sistema dotata di caratteristiche peculiari e profondamente diverse da quelle dell'assistenza ospedaliera. Per le cure primarie a prevalere è il cosiddetto paradigma "dell'iniziativa" con il quale si intende un *pattern* assistenziale orientato alla promozione attiva della salute e al rafforzamento delle risorse personali e sociali (reti di prossimità e capitale sociale)

a disposizione dell'individuo, in particolare se affetto da malattie croniche o disabilità. Per l'assistenza ospedaliera è invece prevalente il paradigma "dell'attesa" con il quale si evidenzia un *pattern* assistenziale ad elevata standardizzazione e intensività tecnico-assistenziale che si mobilita in presenza di un evento nuovo e con caratteristiche prevalentemente di acuzie, di urgenza o emergenza.

Tabella 3. Le differenze tra sistema ospedaliero e sistema delle cure primarie

Assistenza ospedaliera "Paradigma dell'attesa"	Cure primarie "Paradigma dell'iniziativa"
Intensività tecno-assistenziale ed elevata standardizzazione dei processi	Estensività socio-assistenziale e modularità della risposta
Orientato alla produzione di prestazioni e alla cura dell'episodio acuto	Orientato alla gestione di processi assistenziali e alla continuità delle cure
Presidia l'efficienza	Presidia l'efficacia e i risultati
Tende all'accentramento e alla verticalità per realizzare economie di scala	Tende al decentramento e alla orizzontalità per valorizzare il capitale sociale
Punta all'eccellenza	Punta all'equità
L'integrazione tra i due paradigmi di intervento avviene attraverso la costituzione di un'unica rete assistenziale.	

Elementi fondamentali dell'area delle cure primarie sono dunque l'estensività ed equità nell'assistenza e nell'accesso alle cure, la prossimità delle cure ai luoghi di vita dei cittadini, l'integrazione tra attività sanitaria e sociale, la valorizzazione del capitale umano e sociale a disposizione dell'individuo e la partecipazione della comunità locale e dei cittadini alla programmazione dei servizi e alla valutazione delle attività e dei risultati di salute.

Bibliografia di riferimento

- *Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010. Il Distretto*. Capitolo 3. BUR Emilia-Romagna n. 93 del 3/7/2008. <http://burer.regione.emilia-romagna.it/BUR/>
- I Distretti delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna. <http://www.saluter.it>
- *Cure primarie e casa della salute*. Ministero della salute. <http://www.salute.gov.it>
- La documentazione sulle cure primarie. <http://www.saluter.it>

2.2. Il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta e l'assistenza primaria

L'assistenza primaria in Emilia-Romagna comprende:

- medici di medicina generale e pediatri di libera scelta;
- specialistica ambulatoriale;
- assistenza domiciliare;
- consultori;
- assistenza socio-sanitaria in strutture residenziali e a domicilio;
- assistenza farmaceutica.

L'assistenza primaria è offerta da una rete di professionisti e strutture sanitarie che fa capo al Dipartimento di cure primarie di ciascuna Azienda sanitaria territoriale. Il primo punto di accesso alle cure primarie, e al sistema sanitario pubblico nel complesso, è il pediatra di libera scelta per i minori di 14 anni o il medico di medicina generale; entrambe queste figure sono liberi professionisti che operano in regime di convenzione con il SSN a partire dalla sua istituzione nel 1978.

L'assistenza primaria è garantita inoltre da altri medici, dipendenti del SSR e liberi professionisti convenzionati (come i medici di continuità assistenziale, i medici specialisti ambulatoriali e i medici di emergenza territoriale,) e dalle altre figure professionali sanitarie.

L'organizzazione e le modalità di remunerazione dei professionisti sanitari sono regolate da Accordi collettivi nazionali, integrati da Accordi regionali ai quali si aggiungono ulteriori Accordi con l'Azienda sanitaria territoriale.

Bibliografia di riferimento

- *Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni - quadriennio normativo 2006-2009, biennio economico 2006-2007.*
<http://www.sisac.info>
- *Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici pediatri di libera scelta ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni - quadriennio normativo 2006-2009, biennio economico 2006-2007.*
<http://www.sisac.info>
- DGR n. 1807/2006. *Approvazione delle intese sottoscritte fra l'Assessore alle Politiche per la salute e le Organizzazioni sindacali rappresentative dei medici specialisti ambulatoriali interni e dei biologi, chimici e psicologi ambulatoriali interni gli specialisti ambulatoriali interni.* http://www.sisac.info/resources/AIR/er_spec.pdf (pdf, 5,7 Mb)
- Struttura interregionale sanitari convenzionati. <http://www.sisac.info>
- DGR n. 1398/2006. *Accordo tra Regione Emilia-Romagna e medici di medicina generale, in applicazione dell'Accordo collettivo nazionale.*
<http://www.regione.emilia-romagna.it/wcm/ermes/pagine/delibere.htm>

- DGR n. 17/2009. *Accordo tra Regione Emilia-Romagna e pediatri di libera scelta, in applicazione dell'Accordo collettivo nazionale.*

<http://www.regione.emilia-romagna.it/wcm/ermes/pagine/delibere.htm>

Parole chiave

assistenza primaria - medicina generale

2.3. I Nuclei di cure primarie (NCP) e i profili di Nucleo

Le cure primarie rappresentano un sistema complesso di servizi e attività realizzato da una molteplicità di operatori (medici di medicina generale, pediatri, infermieri, ostetriche e operatori socio-assistenziali). Al fine di favorire l'integrazione fra questi attori e la prestazione di servizi integrati (reti cliniche integrate e integrazione socio-sanitaria) di qualità crescente, si è consolidato il Nucleo di cure primarie.

I Nuclei di cure primarie sono supportati dalle Aziende sanitarie territoriali e sono volti a promuovere il sistema di autonomie e responsabilità per rispondere in modo adeguato alle differenti esigenze assistenziali dei cittadini di un determinato territorio. In particolare, i NCP mirano a garantire:

- accesso alle cure;
- continuità e integrazione;
- assistenza domiciliare (compresa la palliazione);
- assistenza ambulatoriale (di Nucleo o Dipartimento);
- assistenza alla comunità.

I Nuclei di cure primarie nominano un coordinatore e svolgono varie attività, fra le quali la creazione del profilo di Nucleo, uno strumento analitico che utilizza metodi epidemiologici per confrontare i percorsi della pratica medica attraverso varie dimensioni della qualità della cura offerta, che generalmente include un'analisi demografica dettagliata, indicazioni sulla qualità della prescrizione farmaceutica, il confronto dei livelli di derivazione per prestazioni specialistiche e l'appropriatezza dei ricoveri.

Particolare rilievo viene posto agli indicatori di qualità assistenziale. Il coordinatore del NCP può impiegare questi dati per il confronto periodico interno dell'attività dei medici di medicina generale. Tali strumenti di analisi e discussione possono stimolare il cambiamento di pratiche prescrittive inappropriate e l'adozione di linee guida comuni da utilizzare nella pratica assistenziale.

Bibliografia di riferimento

- Cure primarie e casa della salute in Italia. <http://www.salute.gov.it>
- Le cure primarie in Italia. <http://www.salute.gov.it>
- Fiorini M. *et al.* *Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna*. Dossier n. 132/2006.
http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss132.htm
- Maio V. *et al.* Potentially Inappropriate Medication Prescribing for Elderly Outpatients in Emilia-Romagna, Italy: A Population-Based Cohort Study. *Drugs & Aging*, 23 (11): 915-924, 2006.

Parole chiave

Nuclei di cure primarie - profilo di Nucleo - appropriatezza prescrittiva e organizzativa

2.4. La partecipazione delle professioni sanitarie assistenziali nelle cure primarie

L'evoluzione culturale, il lento superamento dell'esclusiva medicalizzazione delle cure, ma soprattutto il livello di professionalizzazione raggiunto negli ultimi anni da infermieri, terapisti della riabilitazione e ostetriche, fa sì che queste figure siano divenute le protagoniste dell'assistenza e dell'organizzazione delle cure primarie. Sono infatti le professioni sanitarie, e in particolar modo gli infermieri, a garantire l'accesso ai servizi e la corretta presa in carico delle persone attraverso interventi di *self management*, *disease management* e *case management*.

La trasformazione del ruolo delle professioni sanitarie nelle cure primarie è stata resa possibile grazie:

- alla professionalizzazione della formazione di base e l'istituzione di corsi universitari post-laurea (lauree di primo e secondo livello, Master nell'assistenza e nel *management*, dottorati di ricerca);
- al cambiamento del paradigma assistenziale (centralità del cittadino, *focus* sui bisogni dell'assistito, presa in carico e continuità assistenziale);
- alla ridefinizione delle funzioni e delle responsabilità (assistenza generalista e specialista);
- all'acquisizione di metodi e strumenti adeguati per rilevare i bisogni e intraprendere azioni.

La professionalizzazione delle figure sanitarie rappresenta un'innovazione organizzativa notevole in ambito regionale volta a innalzare il livello qualitativo e l'efficacia delle cure primarie. Alla crescente professionalizzazione delle professioni sanitarie va inoltre corrisposto un adeguato riconoscimento delle responsabilità e il coinvolgimento nella gestione economica e tecnica dei processi aziendali attraverso lo sviluppo di carriere professionali per queste figure.

Bibliografia di riferimento

- Le professioni sanitarie e le arti ausiliarie riconosciute dal Ministero della salute.
<http://www.salute.gov.it>

Parole chiave

infermieri - terapisti della riabilitazione - ostetriche - *case management* - cure primarie

2.5. L'assistenza specialistica ambulatoriale

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale vanno ricondotte nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza (visite specialistiche, prestazioni di diagnostica strumentale, prestazioni di laboratorio, prestazioni terapeutiche e di riabilitazione) che il cittadino ha diritto di ricevere in regime ambulatoriale (DM 1996) e che interessano il livello distrettuale.

Sono regolate da un *Nomenclatore tariffario nazionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di riferimento* e da indicazioni sui tempi di attesa massimi per tipologia di prestazione. Le Regioni regolamentano e organizzano tali servizi e le attività e possono aggiungere prestazioni non presenti nell'elenco nazionale garantendone il finanziamento con risorse proprie.

Vi possono essere forme di compartecipazione alla spesa (cosiddetto *ticket*) da parte del cittadino per accedere ad alcune prestazioni specialistiche, che sono invece erogate a titolo gratuito alle persone esenti (per condizione socio-economica o di patologia). L'offerta delle prestazioni è monitorata attraverso le prescrizioni, ovvero l'emissione della ricetta del SSN, in particolare per la valutazione dei tempi di attesa.

Bibliografia di riferimento

- Migliori M. *et al. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna*. Dossier n. 101/2004.
http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss101.htm
- Falcitelli M., Langiano T. *La remunerazione delle attività sanitarie: caratteristiche attuali ed ipotesi evolutive*. Edizioni Il Mulino, 2006.
- La programmazione sanitaria e i LEA.
<http://www.salute.gov.it/programmazioneSanitariaELea/programmazioneSanitariaELea.jsp>
- Le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. <http://www.nsis.salute.gov.it/>

Parole chiave

specialistica ambulatoriale - Nomenclatore tariffario - prestazioni specialistiche ambulatoriali

2.6. Il governo dell'offerta: dalla prescrizione alla prenotazione

A luglio 2009 con la Delibera n. 1035 la Giunta regionale ha approvato la "Strategia regionale per il miglioramento dell'accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale in applicazione della DGR 1532/2006".

Le Aziende sono chiamate a garantire le visite entro un massimo di 30 giorni di attesa effettivi e la diagnostica entro un massimo di 60 giorni per almeno il 90% delle prestazioni elencate nel "Piano regionale di contenimento dei tempi di attesa" e per almeno l'80% di tutte le altre prestazioni. Lo strumento di monitoraggio di queste prestazioni a livello regionale è il flusso informativo dell'assistenza specialistica ambulatoriale (ASA).

Il "Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa" del 2006, introduce inoltre un innovativo sistema per il monitoraggio regionale dei tempi di attesa sia prospettici (*ex ante*), che di "sintesi dell'intervento" per monitorare i tempi di attesa effettivi (*ex post*).

La rilevazione dei tempi di attesa prospettici, ovvero del tempo di attesa che intercorre fra la data di richiesta della prestazione (prenotazione al CUP, al telefono, ecc.) e la data prospettata per l'esecuzione della stessa, rileva periodicamente i tempi di attesa per le prestazioni per le quali la Regione e la normativa nazionale prefiggono tempi massimi.

Bibliografia di riferimento

- Il Portale dei tempi di attesa per i cittadini. <http://www.tdaer.it>
- Flusso informativo della specialistica ambulatoriale ASA. <https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi/>

Parole chiave

prestazioni specialistiche - tempi di attesa

2.7. L'applicazione della normativa sui *ticket* sanitari - la partecipazione alla spesa sanitaria

Nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza efficaci, appropriati e uniformi posti a carico del Servizio sanitario nazionale sono individuate le prestazioni la cui fruizione è subordinata al pagamento diretto da parte dell'assistito di una quota limitata di spesa, finalizzata a promuovere la consapevolezza del costo delle prestazioni stesse (art. 1 Decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124).

I *ticket* sanitari si applicano ad alcune prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio, all'assistenza termale, al Pronto soccorso in base alla normativa regionale sull'applicazione dei *ticket* ai codici bianchi.

L'applicazione dei *ticket* prevede comunque gruppi e condizioni di esenzione in base a: patologie croniche, malattie rare, diagnosi precoce tumori (*screening*), invalidità, gravidanza, test HIV, basso reddito. Per conoscere nel dettaglio i casi di esenzione dal *ticket* regione per regione è possibile consultare il sito del Ministero della salute.

Bibliografia di riferimento

- Esenzioni dal *ticket*, Ministero della salute. <http://www.salute.gov.it>
- DLgs n. 124/1998. *Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449.* Gazzetta ufficiale - Serie generale n. 99 del 30/4/1998. <http://www.normativasanitaria.it>

Parole chiave

ticket - compartecipazione alla spesa sanitaria - esenzioni

2.8. La sanità digitale: il progetto Sanità *on line* (SOLE)

Per lo sviluppo dell'utilizzazione delle tecnologie digitali nel sistema sanitario è stato promosso il progetto sanità *on line* (SOLE). Questo è finalizzato alla costruzione di una rete informatizzata relativa ai percorsi clinici individuali di tutti i cittadini che collega i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta con le strutture sanitarie e che prevede anche il fascicolo sanitario elettronico (FSE) del cittadino. Il sistema SOLE è interoperabile con i sistemi informativi delle Aziende USL e consente:

- l'aggiornamento automatico dei dati anagrafici degli assistiti;
- l'invio delle prescrizioni elettroniche da parte dei MMG/PLS e ricezione del referto elettronico, registrato nella cartella clinica informatizzata del MMG/PLS;
- l'acquisizione automatica di tutti i dati della ricetta tramite il recupero delle prescrizioni elettroniche dal CUP e dalle accettazioni;
- l'invio ai MMG/PLS degli eventi di ricovero e dimissione, referto di Pronto soccorso e successiva lettera di dimissione dei propri assistiti;
- l'assistenza integrata per il diabete: il MMG e lo specialista del Centro diabetologico si scambiano in tempo reale informazioni e alimentano il fascicolo diabetologico del paziente;
- la pubblicazione dei rapporti di fine campagna vaccinazioni (antinfluenzale, antipneumococcica e virus A/H1N1) con inserimento dei dati da parte dei vaccinatori;
- gestione del processo amministrativo sull'assistenza domiciliare integrata (ADI) grazie alla condivisione del piano di avvio della presa in carico;
- la realizzazione del fascicolo sanitario elettronico del cittadino che gli consente di visualizzare *on line* la propria storia clinica.

Inoltre il sistema SOLE dovrebbe presto consentire la rapida creazione del *patient summary*, ossia una veloce e universale presentazione del paziente al momento di un contatto non predeterminato, per esempio in situazioni di emergenza e di Pronto soccorso, un'idea piuttosto innovativa se si considera che ad oggi il medico di medicina generale è l'unico a detenere l'informazione sull'assistito.

Bibliografia di riferimento

- *Linee guida in tema di fascicolo sanitario elettronico e di dossier sanitario*. Deliberazione n. 25. Gazzetta ufficiale - Serie generale n. 178 del 3/8/2009. <http://www.normativasanitaria.it>
- Il progetto SOLE, Sanità on line. <http://www.progetto-sole.it>

Parole chiave

progetto SOLE - fascicolo sanitario elettronico - continuità assistenziale

2.9. La programmazione regionale del percorso nascita

La Regione Emilia-Romagna ha istituito con DRG n. 533/2008 "La programmazione regionale in merito al percorso nascita". Questo percorso nasce a tutela delle donne e dei nati in regione ed è un esempio di integrazione dell'assistenza ospedaliera con le cure primarie e l'assistenza territoriale.

Vista l'epidemiologia specifica e i recenti cambiamenti demografici, quali l'aumento delle gestanti straniere, un gruppo di lavoro interdisciplinare sta disegnando un programma di accompagnamento e assistenza integrata, un vero e proprio percorso nascita. Il programma individua nei consultori familiari la sede privilegiata per l'assistenza integrata alle donne in gravidanza e si prefigge 10 obiettivi, ai quali si affiancano chiare indicazioni sul razionale dell'obiettivo, le modalità operative, i risultati attesi e gli indicatori per la valutazione:

- predisporre un percorso razionale della diagnosi prenatale delle anomalie cromosomiche e morfologiche fetali, revisione delle metodiche di diagnosi prenatale invasiva e non;
- centralità del ruolo dell'ostetrica e sua integrazione con le altre figure professionali nell'assistenza al percorso nascita;
- controllo del benessere fetale durante il travaglio e il parto;
- assistenza dei disturbi emozionali della donna in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino;
- relazione madre-bambino e sostegno all'allattamento al seno;
- processo di ascolto dell'opinione delle donne e delle coppie che hanno accesso ai servizi per il percorso nascita;
- prassi diagnostico-assistenziali in caso di nato morto;
- assistenza al travaglio e parto fisiologico in ambiente extra-ospedaliero;
- garantire l'offerta attiva dei corsi prenatali di base;
- controllo del dolore nel parto.

Bibliografia di riferimento

- DM 10/9/1998. *I protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità.*
<http://www.salute.gov.it/saluteDonna/saluteDonna.jsp>
- Legge n. 194/1978. *Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza.* <http://www.salute.gov.it/saluteDonna/saluteDonna.jsp>
- Legge n. 40/2004, *Norme in materia di procreazione medicalmente assistita.*
<http://www.salute.gov.it/saluteDonna/saluteDonna.jsp>
- Legge n. 405/1975. *Legge istitutiva dei consultori familiari.*
<http://www.salute.gov.it/saluteDonna/saluteDonna.jsp>

- Legge n. 1204/1971. *Tutela delle lavoratrici madri.*
<http://www.salute.gov.it/saluteDonna/saluteDonna.jsp>
- Legge n. 53/2000. *Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città.*
<http://www.salute.gov.it/saluteDonna/saluteDonna.jsp>
- DLgs n. 151/2001. *Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'art. 15 della legge n. 53 /2000.*
<http://www.salute.gov.it/saluteDonna/saluteDonna.jsp>
- Documentazione sul percorso nascita in Emilia-Romagna su Saluter.
<http://www.saluter.it>

Parole chiave

salute materno-infantile - percorso nascita - continuità assistenziale

2.10. Visita a un'Azienda USL: il processo di riforma nella salute mentale, dal superamento dell'ospedale psichiatrico alla psichiatria di comunità

Fino al 1968 in Italia vi è stata una crescita degli ospedali psichiatrici (OP) e con essi l'aumento del numero degli internati. Con la Legge n. 431/1968 si apre il cammino per la chiusura di tali istituzioni e per la presa in carico delle persone affette da disturbi mentali da parte della comunità, attraverso la riabilitazione e il reinserimento sociale.

La legge è stata possibile solo grazie a un cambiamento del paradigma culturale che ha permesso l'introduzione di elementi innovativi quali: la proposta di istituire una divisione di psichiatria all'interno degli ospedali generali, l'introduzione dell'intervento psicologico e psicosociale a favore dei ricoverati negli OP, l'introduzione del ricovero volontario in OP, l'abolizione della registrazione dell'assistito ricoverato nel casellario giudiziale e l'istituzione dei Centri di igiene mentale (CIM), per il supporto terapeutico e sociale agli assistiti dimessi dall'OP e rientrati nel territorio di origine. Quindi la creazione di unità intensive negli ospedali generali è affiancata alla creazione di strutture di supporto fuori dall'ospedale.

La Legge n. 180/1978 (Legge Basaglia) sancisce il superamento di tutti gli ospedali psichiatrici con divieto di costruirne di nuovi e di utilizzare gli OP esistenti, la cui offerta di posti letto deve limitarsi a un massimo di 15 per 150.000 abitanti. Nello stesso anno si istituisce il Servizio sanitario nazionale e la salute mentale assume una connotazione territoriale e di prevenzione, i Servizi psichiatrici diventano competenza delle Unità sanitarie locali e si provvede alla dimissione dei ricoverati, alla restrizione dell'applicazione del trattamento sanitario obbligatorio (TSO) a provvedimento amministrativo per i soli casi in cui si rende necessario l'intervento esterno. Si provvede infine a offrire una diagnosi specifica del disturbo mentale cronico o comportamentale e alla valutazione di *équipe* multiprofessionali dello stato psicofisico della persona attraverso la formulazione di una proposta sul progetto di riabilitazione psichiatrica e sociale migliore.

Un riordino del 1994 ha definito l'organizzazione del SSN secondo dipartimenti, ponendo al centro dell'operare psichiatrico il Dipartimento di salute mentale (struttura non ospedaliera), mentre un secondo provvedimento nel 1999 ha sancito il passaggio dalla cura alla promozione e tutela della salute mentale per tutti i cittadini.

Bibliografia di riferimento

- Legge n. 431/1968 *Provvidenze per l'assistenza psichiatrica*. GU n. 101 del 18/3/1968.
- Legge n. 180/1978. *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*. Gazzetta ufficiale n. 133 del 16/5/1978.
- WHO Mental Health. http://www.who.int/topics/mental_health/en/

Parole chiave

psichiatria - salute mentale - riforma ospedali psichiatrici - integrazione sociale

3. Terzo modulo: il governo dell'assistenza ospedaliera

3.1. Le linee di sviluppo dell'organizzazione ospedaliera

L'assistenza ospedaliera offre i servizi di diagnosi, cura, riabilitazione, effettuati in regime di ricovero (ordinario, *day hospital*, lungodegenza riabilitativa) o ambulatoriale.

L'assistenza ospedaliera nelle Aziende USL fa capo ai presidi ospedalieri, che comprendono una o più strutture ospedaliere e sono dotati di autonomia tecnico-gestionale, economica e finanziaria. I presidi devono garantire l'erogazione delle prestazioni e dei servizi specialistici non erogabili nell'ambito delle cure primarie. La rete ospedaliera comprende anche le Aziende ospedaliere, le Aziende ospedaliero-universitarie e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

La rete ospedaliera (ospedali pubblici e privati accreditati) ha subito una forte riorganizzazione a partire dalla fine degli anni '90, allo scopo di migliorare la qualità delle prestazioni e garantire la sostenibilità economica. Gli obiettivi principali del riordino e le azioni intraprese possono essere riassunte come nella tabella di seguito.

Tabella 4. Obiettivi e azioni intraprese per rinnovare l'organizzazione ospedaliera

Obiettivo	Azione
Valorizzazione della produzione	- Introduzione tariffe DRG regionali ponderate per complessità e maggiori per le prestazioni con liste d'attesa elevate
Regolazione della produzione e appropriatezza della programmazione regionale e locale	- Accordo quadro regionale con il privato e successivi accordi locali - Accordi tra le Aziende sanitarie per la mobilità fra AUSL e esperienze di Area vasta - Riduzione posti letto - Introduzione del modello <i>hub & spoke</i> (reti integrate)
Continuità assistenziale	- Programmazione locale per garantire maggiore continuità a discipline di "autosufficienza" (ad esempio dimissioni protette)

A livello regionale è definita la programmazione e l'organizzazione delle alte specialità ospedaliere secondo il modello *hub & spoke*. Fra le varie specialità organizzate in rete, attualmente si contano: la cardiocirurgia e la cardiologia, le neuroscienze, i trapianti, le grandi ustioni, le alte specialità riabilitative, la genetica, il sistema emergenza-urgenza, il sistema trasfusionale e le malattie rare.

Bibliografia di riferimento

- Piano sanitario regionale 1999-2001. Proposta della Giunta regionale n. 54, 25 gennaio 1999.
- L'assistenza ospedaliera. <http://www.saluter.it>
- *Impatto del modello organizzativo hub & spoke per l'assistenza cardiocirurgica in Emilia-Romagna*. Pillola n. 5/2004.
http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_pillole/pill005.htm

3.2. L'organizzazione e la gestione degli ospedali

Con l'istituzione del SSN nel 1978, gli ospedali vengono rilevati dalle Unità sanitarie locali e, quindi, dalle Aziende sanitarie.

Il finanziamento degli ospedali non appartenenti alle AUSL avviene secondo un tariffario basato sulle patologie (DRG) e vincolato al conseguimento dei risultati.

Gli ospedali di insegnamento, di rilievo nazionale e ad alta specializzazione sono costituiti in Azienda autonoma, quindi con autonomia economico-finanziaria e contabilità.

In Emilia-Romagna esistono 1 Azienda ospedaliera, 4 Aziende ospedaliero-universitarie e 54 ospedali di minore complessità gestiti direttamente dalle Aziende sanitarie territoriali.

Attualmente gli ospedali di un territorio sono organizzati secondo Dipartimenti ospedalieri, strutture trasversali all'intera organizzazione con l'obiettivo di garantire servizi omogenei, livelli di qualità e accessibilità a tutti i cittadini dell'ambito territoriale. Sotto il profilo organizzativo ogni Dipartimento è suddiviso in aree dipartimentali a valenza funzionale comprendenti a loro volta diverse Unità operative.

Bibliografia di riferimento

- Legge n. 132/1968. *Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera*. Gazzetta ufficiale n. 68 del 12/3/1968.
- Legge n. 833/1978. *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale in Italia*. Gazzetta ufficiale n. 360 del 28/12/1978.
- DLgs n. 502/1992. *Riordino della disciplina in materia sanitaria*. Gazzetta ufficiale n. 305 del 30/12/1992.
- Legge n. 419/1998. *Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992*. Gazzetta ufficiale. n. 286 del 7/12/1998.
- DGR n. 318/2005. *Disciplina delle aziende ospedaliero-universitarie ai sensi dell'art. 9, comma 6, della legge regionale 23 dicembre 2004 n. 29 recante norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario regionale*.

Parole chiave

Azienda ospedaliera - assistenza ospedaliera

3.3. Il servizio di emergenza e urgenza

Il servizio di emergenza e urgenza in Italia è comunemente chiamato "118" dal numero di telefono corrispondente (che nel prossimo futuro diventerà 112 per uniformarsi agli indirizzi dell'Unione europea). È un servizio pubblico e gratuito di pronto intervento sanitario, attivo 24 ore su 24, coordinato da una centrale operativa che gestisce tutte le chiamate per necessità urgenti e di emergenza sanitaria, inviando personale e mezzi adeguati alle specifiche situazioni di bisogno.

Il 118 è stato istituito nel 1992 con l'Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza. In Emilia-Romagna il primo nucleo del 118 è nato a Bologna, e si è costituito intorno a uno dei gruppi di pubblica utilità, Bologna Soccorso, che più si erano distinti per efficienza e organizzazione durante il soccorso ai feriti della strage della stazione di Bologna nell'estate del 1980.

La centrale operativa utilizza un sistema altamente informatizzato che permette di localizzare con un modulo cartografico (GIS) in ogni momento la posizione delle richieste d'intervento, la dislocazione e la fase (stazionaria, verso emergenza, intervento, trasporto verso pronto soccorso) in cui si trovano i diversi mezzi di soccorso:

- mezzi di soccorso avanzato ALS (*advanced life support*), quali automediche e elicotteri;
- ambulanza con infermiere ILS (*immediate life support*);
- ambulanza ordinaria di primo soccorso con operatori BLS/D (*basic life support* con aggiunta della procedura di defibrillazione).

Al momento della chiamata il servizio opera un primo *triage* assegnando un codice d'urgenza (dal bianco al rosso su una scala di 4) ed è in grado di coordinare l'intervento eventuale dell'elisoccorso e di altre forze pubbliche (vigili del fuoco, polizia, protezione civile, ...).

Bibliografia di riferimento

- 118 in Emilia-Romagna. <http://www.118er.it>

Parole chiave

118 - emergenza - urgenza

3.4. Il rischio infettivo nelle strutture ospedaliere

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono tra le malattie diffusibili più importanti in questa fase. Tra queste vi sono quelle sostenute da microrganismi resistenti agli antibiotici; infezioni che rappresentano un problema crescente anche fuori dagli ospedali. In Emilia-Romagna sono stati attivati sistemi per la sorveglianza delle ICA in tutte le strutture sanitarie ospedaliere e, in particolare, nei reparti ad alto rischio, quali i reparti chirurgici e i servizi di terapia intensiva. Oltre ai sistemi di sorveglianza regionali sono stati messi a punto strumenti per diffondere le capacità e le competenze nella gestione del rischio infettivo fra tutti i professionisti, come il Progetto LaSER (lotta alla sepsi in Emilia-Romagna) mirato a ridurre la mortalità per sepsi, di cui sono consultabili le linee guida.

Inoltre, con l'aumento della popolazione anziana stanno aumentando i ricoveri in strutture residenziali e assistenziali per anziani e parallelamente è sorto l'interesse per le problematiche sanitarie a carico di questo specifico gruppo di popolazione. Esistono numerose aree suscettibili di miglioramento, soprattutto riguardanti le misure di prevenzione e controllo degli eventi avversi.

Bibliografia di riferimento

- European Center for Disease Prevention and Control. <http://www.ecdc.europa.eu>
- Le notifiche di malattie infettive in Italia. <http://www.istat.it>
- Il sito *web* del Sistema informatizzato Malattie infettive dell'Istituto superiore di sanità. <http://www.simi.iss.it>
- La prevenzione delle malattie infettive su Saluter. <http://www.saluter.it>
- Area di programma Rischio infettivo, ASSR. <http://asr.regione.emilia-romagna.it>

Parole chiave

sorveglianza - infezioni correlate all'assistenza - gestione del rischio infettivo

3.5. Visita a un'Azienda ospedaliero-universitaria

Il processo di aziendalizzazione vede oltre alla costituzione delle Aziende ospedaliere, il riconoscimento delle Aziende ospedaliero-universitarie per gli ospedali di insegnamento e ad elevata complessità. Il Decreto legislativo n. 517 del 21/12/1999, disciplinante i rapporti tra Sistema sanitario nazionale e Università a norma della legge n. 419/1998, definisce gli obiettivi e le modalità di finanziamento delle Aziende ospedaliero-universitarie che, al pari delle altre strutture di offerta ospedaliera, vengono finanziate in base alle prestazioni prodotte ed erogate attraverso il sistema di remunerazione a DRG. Il governo regionale può riconoscere a tali istituti di cura un finanziamento ulteriore (dal 3 all'8% della valorizzazione dell'attività assistenziale) in ragione dei maggiori costi di produzione per effetto dell'attività congiunta di assistenza, didattica e ricerca.

In Emilia-Romagna la legge regionale n. 29/2004, "Relazioni fra Servizio sanitario regionale e Università" riconosce la collaborazione tra il SSR e le Università della regione (Bologna, Ferrara, Modena-Reggio Emilia e Parma) per la programmazione sanitaria regionale.

Bibliografia di riferimento

- Atto aziendale dell'Azienda universitaria-ospedaliera Sant'Orsola-Malpighi di Bologna. <http://www.aosp.bo.it>
- Legge regionale n. 29/2004. *Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale*. BUR Emilia-Romagna n. 178 del 28/12/2004. <http://burer.regione.emilia-romagna.it/BUR/>
- Accordo in attuazione del Protocollo d'intesa tra Regione e Università dell'Emilia-Romagna, per le attività assistenziali, tra l'Università di Bologna e l'Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna - Policlinico Sant'Orsola-Malpighi. <http://www.unibo.it>

Parole chiave

Azienda ospedaliero-universitaria - programmazione

4. Quarto modulo: il ruolo dei professionisti

4.1. Le linee di indirizzo per la valorizzazione del ruolo dei professionisti nel governo clinico

La Regione Emilia-Romagna individua le reti professionali (*network*) come uno dei fattori di stimolo alla innovazione dei servizi e favorisce l'aggregazione di comunità professionali, viste come ambiti che rendono possibile il confronto multidisciplinare, una maggiore orizzontalità nel governo dell'assistenza, il miglioramento continuo e l'integrazione delle pratiche. In regione vi sono esperienze di *network* più o meno strutturati spinti dall'introduzione dei principi del governo clinico (*clinical governance*).

Il governo clinico rappresenta il tentativo di trovare un approccio integrato al problema della qualità dell'assistenza, riconoscendo la necessità di orientare i sistemi assistenziali nel loro insieme, e non più le singole decisioni dei clinici, verso l'appropriatezza. Gli elementi cruciali sono: la formazione continua dei professionisti (*lifelong learning*), il monitoraggio dei processi assistenziali e dei loro risultati (*audit* clinico), la gestione dei rischi clinici implicati dall'assistenza sanitaria (*risk management*). Tutte queste azioni richiedono la responsabilizzazione dei professionisti, la loro disponibilità a monitorare le proprie prestazioni secondo principi di valutazione professionalmente condivisi che rendono trasparente la qualità dell'assistenza. Questa "apertura" è possibile solo attraverso la costruzione di relazioni fra gli stessi professionisti basate sulla fiducia e sulla condivisione di obiettivi, più che sul controllo esterno.

La responsabilizzazione dei professionisti costituisce una sfida per l'organizzazione del lavoro e richiede soluzioni nuove. In primo luogo bisogna offrire formazione che permetta di acquisire le conoscenze e le competenze indispensabili a questo passaggio culturale, includendo insegnamenti sulla adozione di decisioni "appropriate" (epidemiologia clinica, EBM, *risk management*, *shared care*, *managed care*) e sul miglioramento gestionale e organizzativo (*clinical governance*, teoria dei sistemi, *leadership*, lavoro di gruppo, ecc.), insegnamenti che consentono al professionista di valutare le ricadute del suo intervento e le aree di miglioramento.

Per costruire relazioni di questo tipo è inoltre indispensabile dare centralità agli operatori e quindi coinvolgerli nel governo delle organizzazioni sanitarie. Il Collegio di direzione, organo interno alle Aziende, ha funzioni strategiche e i professionisti concorrono allo sviluppo dei servizi e partecipano, esprimendo pareri obbligatori e raccomandazioni, alla direzione aziendale in particolare per quanto riguarda la ricerca e la formazione.

Bibliografia di riferimento

- Gli operatori della sanità su Saluter. <http://www.saluter.it>
- Area di programma Governo clinico, ASSR. <http://asr.regione.emilia-romagna.it>

4.2. Il governo clinico e i suoi strumenti

Il governo clinico si definisce come "la costruzione delle condizioni cliniche e organizzative finalizzate a permettere una attenzione sistematica e continuativa alla valutazione della qualità dell'assistenza". Perché si realizzino queste condizioni è necessario individuare le azioni che consentano una collaborazione tra i professionisti e il *management* ("governo *coi* clinici") al fine di promuovere l'appropriatezza clinica e organizzativa.

Alcuni strumenti del governo clinico sono:

- linee guida e documenti di *technology assessment*: dalla EBM/EBHC alle raccomandazioni per la pratica clinica e alle valutazioni costo-efficacia delle tecnologie;
- il metodo GRADE per l'elaborazione delle raccomandazioni;
- i *database* clinici, gli indicatori e gli *audit*: la valutazione e il monitoraggio dell'assistenza.

Questi strumenti hanno trovato applicazione nell'ambito dell'attività dell'Area di programma Governo clinico dell'ASSR, che svolge una funzione di supporto metodologico alle Commissioni tecnico-scientifiche regionali, e del Programma ricerca e innovazione (PRI E-R), che coordina numerose iniziative di ricerca e supporta l'adozione controllata delle innovazioni tecnologiche nelle Aziende sanitarie in Emilia-Romagna. Alcuni esempi di tali esperienze sono: "Criteri di appropriatezza per l'impianto primario di protesi d'anca" e "Progetto regionale di adozione della IORT". Le finalità comuni ai progetti sono di costruire percorsi di valutazione dell'appropriatezza clinica e organizzativa, nel rispetto della sostenibilità economica di sistema.

Bibliografia di riferimento

- Il metodo GRADE. <http://www.gradeworkinggroup.org>
- *La produzione di raccomandazioni cliniche con il metodo GRADE. L'esperienza sui farmaci oncologici*. Dossier n. 172/2009, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna. http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss172.htm
- Area di programma Governo clinico, ASSR. <http://asr.regione.emilia-romagna.it>

Parole chiave

governo clinico - EBM

4.3. Sviluppo e impiego di indicatori di *performance* per la valutazione della qualità dell'assistenza

L'uso di indicatori è considerato utile al fine di conoscere come un sistema lavora e come poterlo migliorare (*research role*), per monitorare se e come un'organizzazione si comporta in riferimento ad uno standard (*improvement role*) e per responsabilizzare i diversi livelli - pazienti, istituzioni, governo (*accountability role*).

Se il governo clinico si esprime in un'attenzione alla qualità dell'assistenza, allora uno degli aspetti essenziali del governo clinico nell'ambito dei servizi è la capacità di acquisire e condividere in forma il più possibile sistematica e continuativa informazioni sulle prestazioni erogate a sulle specifiche categorie di pazienti.

La valutazione della *performance* sanitaria prevede la definizione di standard di riferimento relativi alla capacità tecnico-funzionale e organizzativa di una struttura di fornire cure appropriate (linee guida e/o standard), l'utilizzo di *data-base* di vario tipo (dati amministrativi correnti, *set* di informazioni raccolte *ad hoc*) e la "selezione" di indicatori come strumenti utili a determinare il grado di implementazione dei processi assistenziali e l'impatto sugli esiti.

Oltre alle tecniche statistiche comuni e data la complessità e variabilità dei fenomeni osservabili in sanità, viene utilizzato il metodo *Statistical Process Control* (SPC) per lo studio della variabilità degli *outcome* aziendali e ospedalieri. Questo metodo ha portato alla compilazione delle cosiddette "Carte di controllo", strumenti di analisi che coadiuvano le attività di *audit* clinico, di responsabilità aziendale e rafforzano la capacità di controllo e verifica dei processi assistenziali erogati e dei loro esiti.

Bibliografia di riferimento

- *Carte di controllo: strumenti per il Governo Clinico*. Dossier n. 66/2002, ASR.
http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss066.htm

Parole chiave

indicatori - governo clinico - *statistical process control* - carte di controllo

4.4. L'innovazione tecnologica e organizzativa

In Emilia-Romagna per rispondere alle esigenze di ricerca e valutazione delle innovazioni in ambito sanitario, soprattutto quando mancano prove sull'efficacia clinica, è stato costituito presso l'Agenzia sanitaria e sociale regionale l'Osservatorio regionale per l'innovazione (ORI).

Per avviare il processo di adozione e disseminazione delle tecnologie, è necessario un lavoro integrato tra chi valuta la conoscenza disponibile (metodologi ORI), chi si occupa dell'adozione (responsabili delle decisioni) e chi userà la nuova conoscenza (clinici).

La valutazione delle tecnologie, quindi, da parte dell'ORI è svolta in collaborazione con i professionisti della regione seguendo un processo strutturato, mentre la diffusione dei risultati è accompagnata dalla produzione di documenti tecnici (Dossier, *knowledge summary* e *short report*).

Il dossier ha come destinatari il governo regionale e si configura come un rapporto di *health technology assessment* che analizza le evidenze disponibili, le implicazioni economiche e il contesto in cui si andrà a collocare la tecnologia e formula raccomandazioni per l'adozione e/o per la ricerca.

Il *knowledge summary* che ha come destinatari le Aziende sanitarie è un documento che analizza le evidenze disponibili e il contesto in cui si andrà a collocare la tecnologia e demanda al contesto aziendale le considerazioni sull'eventuale adozione.

Infine lo *short report* include valutazioni preliminari su tecnologie a medio/alto costo non presenti in Emilia-Romagna. L'obiettivo degli *short report* è di mettere a disposizione dei responsabili delle decisioni aziendali informazioni in tempi brevi.

Bibliografia di riferimento

- *La chirurgia robotica: il robot da Vinci*. Dossier n. 167/2008, ASR.
http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss167.htm
- Hutton J., Trueman P., Henshall C. Coverage with evidence development: An examination of conceptual and policy issues. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 23 (4): 425-435, 2007.
- Best Practice In Undertaking And Reporting Health Technology Assessments. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 18 (2): 361-422, 2002.

Parole chiave

innovazione tecnologica - *health technology assessment* - Osservatorio regionale per l'innovazione

4.5. Il ruolo dei *network* professionali nella valutazione delle innovazioni - l'esempio della tomografia computerizzata multistrato

Un Servizio sanitario regionale moderno deve fornirsi di un sistema di valutazione delle innovazioni clinico-organizzative che le individui tempestivamente (*ex ante*), che distingua le vere dalle false e che le diffonda in modo controllato e coordinato. Per garantire l'introduzione di nuove tecnologie e garantirne l'uso appropriato è fondamentale la valorizzazione dei professionisti coinvolti nel loro utilizzo, la costruzione di capacità di ricerca all'interno delle Aziende sanitarie e la elevazione della ricerca a parte integrante della pratica clinica.

Ad esempio di *technology assessment* viene portato il caso della coronaro-TC con il "progetto regionale per l'adozione della TCMS 16/64 strati" partito nel 2005 per studiare l'impatto diagnostico di questa tecnologia nella diagnosi della malattia coronarica e che è stato strutturato nelle seguenti fasi:

- revisione sistematica della letteratura;
- costituzione gruppo multidisciplinare;
- elaborazione di criteri condivisi di uso appropriato (RAND);
- organizzazione di un sistema di monitoraggio (REGISTRO);
- programma di formazione continua degli operatori.

I risultati principali di questa indagine hanno dimostrato che:

- non vi è alcuna differenza significativa in termini di *outcome* clinici ed economici nell'impiego della coronaro-TC come diagnostica di primo livello o di secondo livello;
- la tecnica di *bootstrap* suggerisce come la strategia che prevede l'impiego dello stress-test prima della TCMS sia maggiormente costo-efficace.

Sono seguiti incontri itineranti bimensili di discussione con i professionisti dei casi clinici sottoposti a TCMS e la continua lettura dei risultati. Infine, la ASSR non ha impedito l'acquisizione di nuove TCMS da parte delle Aziende, ma è riuscita a contenere la crescita dei volumi di attività. Un percorso di monitoraggio così lungo ha avuto certamente vantaggi, ma si è rilevato lungo e oneroso, da applicarsi solo per tecnologie ad alto costo e dubbia efficacia.

Bibliografia di riferimento

- *Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura e indicazioni d'uso appropriato.* Dossier n. 162/2008, ASSR.

http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss162.htm

- Hendel R.C. *et al.* Appropriateness Criteria for Cardiac Computed Tomography and Cardiac Magnetic Resonance Imaging. *J Am Coll Cardiol*, 48: 1475-1497, 2006.

Parole chiave

coronaro-TC - *technology assessmet* - innovazione

4.6. La formazione di base e continua dei professionisti della salute

Le figure professionali sanitarie operanti nel Servizio sanitario nazionale si distinguono in 30 profili diversi, cui si aggiungono 5 diverse figure per le arti ausiliarie e altre 5 diverse figure non sanitarie.

La formazione per ottenere il titolo di professione sanitaria è di livello universitario con durata variabile: dai 3 anni per le professioni infermieristiche, tecnico-sanitarie, della prevenzione e della riabilitazione, fino ai 9-12 anni per le professioni mediche. La formazione universitaria si articola in formazione di base e post-base. Quest'ultima è finalizzata al conseguimento delle specializzazioni mediche per i laureati in medicina e chirurgia o alla laurea magistrale per le professioni sanitarie non mediche.

Tutta la formazione universitaria professionalizzante delle figure sanitarie si svolge in collaborazione con le strutture del Servizio sanitario regionale, che quindi offre servizi di tirocinio, di *tutoring* e di docenza.

Quando i professionisti sanitari sono inseriti nell'ambito lavorativo, hanno l'obbligo di partecipare ad attività di formazione continua (programma di Educazione continua in medicina - ECM), totalizzando almeno 150 crediti formativi (corrispondenti a circa 150 ore) in un triennio.

La formazione continua ECM, regolamentata a livello nazionale ed attuata con la partecipazione delle Regioni, è finalizzata a mantenere, sviluppare e incrementare le conoscenze, le competenze e le prestazioni degli operatori sanitari, con l'obiettivo di assicurare efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale.

La Regione individua triennialmente e annualmente gli obiettivi prioritari degli interventi di organizzazione sanitaria, che devono essere sostenuti da iniziative formative a livello regionale e a livello aziendale. In quest'ambito le Aziende sanitarie pianificano e attuano la formazione continua per il proprio personale dipendente e convenzionato.

Bibliografia di riferimento

- Le scuole di specializzazione in medicina.
<http://scuole-specializzazione.miur.it/index.html>
- Ministero dell'istruzione. <http://www.istruzione.it>
- Classi di laurea delle professioni sanitarie. <http://www.cestor.it/atenei/0classes1.htm>
- Legge n. 43/2006. *Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali.*
<http://www.parlamento.it/parlam/leggi/060431.htm>
- L'educazione continua in medicina, ECM. <http://ecm.sanita.it/>
- L'educazione continua in medicina, ECM in Emilia-Romagna.
<http://ecm.regione.emilia-romagna.it/>

- *Per un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'educazione continua in medicina*, Dossier n. 170/2008, ASSR.

http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss170.htm

- *Le opinioni dei professionisti della sanità sulla formazione continua*. Dossier n. 169/2008, ASSR.

http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss169.htm

Parole chiave

professionisti sanitari - corsi di laurea delle professioni sanitarie - scuole di specializzazione medica - corsi di laurea magistrale - organizzazione aziendale della formazione continua - ECM - educazione continua in medicina - formazione sul campo

4.7. La valutazione delle competenze e lo sviluppo professionale: l'esempio dell'Azienda USL di Reggio Emilia

L'Azienda USL di Reggio Emilia ha un'area di sviluppo delle risorse umane in seno alla Direzione generale, certificata UNI EN ISO 9001, che si occupa di formazione di base e continua, valutazione e sviluppo del personale e rapporti con l'Università. Il Servizio formazione dell'Azienda USL di Reggio Emilia supporta varie tipologie formative:

- la formazione interna: nella quale rientrano tutti i corsi prodotti all'interno delle strutture aziendali;
- la formazione esterna: è la partecipazione a iniziative di aggiornamento organizzate da terzi, cioè extra Azienda USL, identificabili in corsi, congressi, convegni, seminari e simili organizzati da soggetti pubblici e/o privati;
- la formazione sul campo: rappresenta le attività che si svolgono sul proprio posto di lavoro e che contengono una significativa valenza didattica (es. addestramento, partecipazione a commissioni o comitati, *audit* clinico, partecipazione a progetti di miglioramento, partecipazione a ricerche).

Inoltre questa Azienda ha sviluppato un avanzato sistema di valutazione individuale delle competenze che permette di programmare l'offerta formativa aziendale. La normativa sulle progressioni di carriera e sui sistemi incentivanti prevede un percorso di valutazione del personale dirigente a decorrenza annuale e di tipo relazionale, attraverso un colloquio. Una piattaforma informatica (CICERONE) nella quale si inseriscono le competenze rilevate durante il colloquio, insieme a quelle attese dall'Azienda e quelle espresse dai dirigenti, facilita tale attività. A partire da questa informazione dettagliata si generano dei *cluster* di esigenze formative ed è possibile organizzare, o individuare, eventi formativi appropriati alla crescita professionale dei dirigenti. Questo meccanismo ha favorito il miglioramento del clima organizzativo e il rinforzo della *leadership* della Direzione aziendale sulla formazione dei dirigenti, nonché maggiore coerenza fra obiettivi istituzionali e sviluppo professionale dei dirigenti.

La formazione è vista come tecnologia a supporto della relazione professionista-organizzazione, nella quale entrambe le parti esplicitano le reciproche attese e definiscono gli ambiti di spendibilità degli apprendimenti necessari.

Bibliografia di riferimento

- Annichiarico M. *et al.* Professioni e professionalità in sanità: nuovi adattamenti per nuovi bisogni. *Mecosan*, n. 67, 2008.
- Castellucci A. *et al.* *I saperi della formazione in sanità*. Maggioli Editore, 2007.
- Ruozi C. L'analisi dei bisogni formativi nell'azienda sanitaria. In Innesco, Pressato, Rognoni, Zabeo (a cura di). *Governare la formazione per la salute*. Il Pensiero Scientifico Editore, 2005.

Parole chiave

competenze - valutazione - formazione

4.8. Visita a un'Azienda USL: il Collegio di direzione e le sue funzioni nel governo clinico

Il Collegio di direzione nasce con l'obiettivo di promuovere il ruolo dei professionisti nelle Aziende in particolare per il governo clinico. Oggi, nel contesto di quella che viene chiamata terza aziendalizzazione (dopo LR n. 29/2004) il modello attuale di governo clinico, riflesso nell'organizzazione del Collegio di direzione, poggia sulla valorizzazione delle risorse professionali del SSR attraverso la partecipazione e la collegialità dei processi decisionali, lo sviluppo dell'attività di ricerca, formazione, innovazione ed integrazione dell'assistenza.

La ricerca istituzionalizzata per ogni Azienda, l'obbligo alla qualità sono obiettivi aziendali che il legislatore ha predisposto trasformando il Collegio di direzione in organo, al pari del Direttore generale e del Collegio sindacale, con il dovere di esprimersi attraverso il Governo clinico.

Il Collegio di direzione dura in carica tre anni, ed è composto da:

- Direttore sanitario che lo presiede;
- direttori dei Dipartimenti sanitari, tecnici e amministrativi;
- direttori delle direzioni tecniche aziendali;
- 3 rappresentanti, 1 dei MMG, 1 dei PLS e 1 dei medici specialisti ambulatoriali, individuati dal Direttore generale fra gli incaricati di funzioni di coordinamento/gestione, all'interno di un elenco predisposto dal direttore del Dipartimento di cure primarie;
- il presidente del Collegio aziendale delle professioni sanitarie.

Il Collegio di direzione è organo con compiti di proposta o parere obbligatorio circa:

- l'elaborazione delle strategie aziendali;
- l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi;
- le attività di ricerca e innovazione;
- la gestione del rischio infettivo;
- la formazione e la valorizzazione delle risorse umane;
- in materia di libera professione intramoenia, individuando strumenti e modalità per il monitoraggio;
- la committenza interna ed esterna dei ricovero e dell'attività ambulatoriale, attraverso la valutazione dei tempi di attesa e l'individuazione di priorità e strategie per ridurre i tempi d'attesa.

Bibliografia di riferimento

- *A First Class Service, Quality in the new NHS.* Department of Health, 1998.
- *Piano sanitario regionale 1999-2001.* <http://www.saluter.it>

Parole chiave

Collegio di direzione - direttore sanitario - governo clinico

4.9. La *governance* aziendale

La *governance* nelle Aziende sanitarie regionali implica il dispiego di forme manageriali innovative per il raggiungimento degli obiettivi istituzionali e della *mission* aziendale specifica. L'aziendalizzazione ha come caratteristiche l'elevata qualità degli strumenti manageriali e la finalizzazione di questi strumenti alla tutela della salute con il migliore impiego delle risorse disponibili, in pratica un *management* di qualità in grado di raggiungere gli obiettivi istituzionali e creare valore.

Alcuni elementi innovatori quali: la partecipazione locale istituzionale dei cittadini, la partecipazione organizzativa dei professionisti, l'integrazione fra pubblico-privato e socio-sanitaria stanno portando la Regione verso una ulteriore fase di sviluppo dell'aziendalizzazione. Ciò presuppone il rafforzarsi della capacità delle Direzioni aziendali di fare pianificazione strategica, superando logiche di allocazione ed analisi per divenire realmente dinamica, strategica, in altre parole virtuosa. Per fare ciò, la *governance* aziendale deve tendere a:

- la ricerca del vantaggio competitivo;
- avere una cornice strategica di pianificazione;
- creare cultura e valori;
- dotarsi di processi di pianificazione flessibili e creativi;
- fusione tra pianificazione e *management*;
- diffusione delle competenze, pervasività della visione strategica e del cambiamento.

Al fine di intraprendere con successo la strada della pianificazione strategica, bisogna distinguere le fasi di un ciclo composto dalle seguenti parti:

- analisi ambientale (esterna e interna);
- formulazione delle scelte strategiche e loro implementazione;
- controllo strategico: valutazione dei risultati e rendicontazione.

Bibliografia di riferimento

- *Piano sanitario regionale 1999-2001*. <http://www.saluter.it>
- *Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010. Il Distretto*. Capitolo 3. BUR Emilia-Romagna n. 93 del 3/7/2008. <http://burer.regione.emilia-romagna.it/BUR/>

Parole chiave

pianificazione strategica - *governance* aziendale - innovazione

5. Quinto modulo: le strategie e gli strumenti di supporto al sistema

5.1. Inquadramento delle strategie e degli strumenti di supporto al sistema

Il sistema socio-sanitario sinora descritto si caratterizza per la sua complessità, volontà di continua innovazione e dialogo con gli operatori del sistema e gli interlocutori territoriali, quali i Distretti e le Conferenze territoriali. Diversi sono i meccanismi per la *governance* nelle Aziende e altrettanto plurali e coordinati sono gli strumenti a supporto e mantenimento del sistema. Selezionando fra gli strumenti che attualmente ricevono maggior attenzione, e così come enucleati dal Piano sociale e sanitario 2008-2010, questo modulo riflette sugli strumenti e infrastrutture in ambito sanitario volte al supporto del sistema.

La ricerca e l'innovazione

La ricerca sta divenendo funzione istituzionale ed elemento essenziale allo sviluppo strategico giacché rafforza le forme di collaborazione con il sistema universitario, favorisce l'esercizio del governo clinico, migliora quindi la *performance* e l'organizzazione aziendale, riqualifica la formazione continua e il coinvolgimento del personale sanitario.

I sistemi informativi

L'informazione sistematica è elemento chiave per dare supporto alle attività di programmazione, di valutazione e di regolazione del sistema. Inoltre, lo sviluppo e l'integrazione dei sistemi informativi consente il potenziamento dell'attività di ricerca e l'acquisizione di informazioni rilevanti sui processi assistenziali e sui loro esiti, per la valutazione della qualità dell'assistenza e dell'impatto di tecnologie e interventi.

La comunicazione e la partecipazione

La corretta comunicazione per la salute è un elemento decisivo sia per garantire maggiore efficacia alle azioni promosse sia per migliorare la programmazione delle attività assistenziali includendo programmaticamente la prospettiva degli utenti.

Accreditamento e qualità

In Emilia-Romagna l'accreditamento è considerato come uno strumento strategico ai fini del perseguimento, mantenimento e creazione di una cultura della qualità totale e continua. Tradizionalmente l'accreditamento mira a certificare in primo luogo la sicurezza dell'assistenza, abbracciando quindi la gestione del rischio, ma è inoltre visto come

stimolo sano alla competizione fra organizzazioni sanitarie pubbliche e private nell'offerta di servizi alla persona.

Le sperimentazioni gestionali

La Regione promuove sperimentazioni gestionali (LR n. 29/2004), le quali si stanno diffondendo anche nei servizi sociali dando dinamismo all'integrazione socio-sanitaria. Per quanto concerne le Aziende sanitarie, la sperimentazione di nuove modalità gestionali e organizzative nell'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari è incoraggiata purché tenda al miglioramento della qualità dei servizi, arrechi convenienza economica e sia coerente alla programmazione regionale. Le Aree vaste ne sono un esempio.

Bibliografia di riferimento

- *Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010. Il Distretto*. Capitolo 3. BUR Emilia-Romagna n. 93 del 3/7/2008. <http://burer.regione.emilia-romagna.it/BUR/>
- Biocca M. (a cura di). *La governance nelle organizzazioni sanitarie*. FrancoAngeli, Milano, 2008.
- Legge regionale n. 29/2004. *Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale*. BUR Emilia-Romagna n. 178 del 28/12/2004. <http://burer.regione.emilia-romagna.it/BUR/>

Parole chiave

ricerca e innovazione - sistemi informativi - comunicazione - accreditamento e qualità - sperimentazioni gestionali

5.2. Il sistema informativo regionale

Il sistema informativo del SSR raccoglie sia i flussi ministeriali che alcuni flussi strategici per il governo del sistema e per la programmazione.

I dati utili ai fini della programmazione regionale includono:

- la scheda di dimissione ospedaliera (SDO);
- i controlli sull'attività degli ospedali (indici di performance e attività);
- la specialistica ambulatoriale (tempi d'attesa, indici di consumo);
- la spesa farmaceutica.

L'integrazione dei vari flussi ha permesso di supportare azioni specifiche intersettoriali, quali:

- il Percorso nascita: il sistema informativo consente di stilare un rapporto nascita annuale con approfondimento sul numero dei cesarei, le disuguaglianze, percentuale di donne seguite da Consultori, immigrate;
- il Bilancio di missione: i dati elaborati dalla Regione consentono alle Aziende di raccontarsi e confrontarsi;
- il documento per i finanziamenti degli investimenti strutturali.

Il Servizio informativo regionale garantisce i flussi strategici al monitoraggio e programmazione delle attività sanitarie, inoltre consente l'avanzamento delle politiche sociali raccogliendo informazione su: infanzia, adolescenza, immigrazione, volontariato, terzo settore e garantisce un'attività di ricerca di alta qualità.

Bibliografia di riferimento

- Il portale del Servizio informativo Politiche per la salute e politiche sociali.
<https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi/>
- Accordo quadro Stato-Regioni 22 febbraio 2001, Sviluppo del nuovo sistema informativo sanitario nazionale.
<http://www.governo.it/backoffice/allegati/13400-144.pdf> (pdf, 156 Kb)
- Il progetto Mattoni. <http://www.mattoni.salute.gov.it/>

Parole chiave

Sistema informativo - programmazione

5.3. La rendicontazione: il Bilancio di missione

Il Bilancio di missione è lo strumento con cui, a partire dal 2004, le Aziende sanitarie rendono conto dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi assegnati dalla Regione e dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria. È un documento strutturato, annuale, logicamente e funzionalmente coordinato con il Bilancio di esercizio che rende conto degli esiti prettamente economici e di gestione. Il Bilancio di missione rientra fra gli strumenti comunicativi e le scelte di *governance* volte ad accrescere la cultura dell'*accountability*.

Le Aziende dispongono attualmente di un documento-guida per la costruzione del Bilancio coerente con il modello di *governance* e gli obiettivi istituzionali della programmazione sociale-sanitaria 2008-2010. La sua realizzazione dà anche spazio a sperimentazioni comunicative e a forme di organizzazione dei contenuti che stanno mantenendo vivo il dibattito sulle modalità per ricercare nuove forme di *accountability* da parte delle Aziende, alcune più sintetiche e coerenti alla programmazione, altre più aperte che vogliono offrire un bilancio sociale dell'Azienda al più vasto pubblico, come già avviene in altre regioni d'Italia.

La struttura attuale del documento si articola secondo sette capitoli:

- contesto di riferimento;
- profilo aziendale;
- obiettivi istituzionali e strategie aziendali;
- condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione;
- sistema di relazioni e strumenti di comunicazione;
- ricerca e innovazione;
- obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale.

Bibliografia di riferimento

- DGR n. 213/2005. *Introduzione del Bilancio di missione nel Servizio sanitario regionale*. <http://www.regione.emilia-romagna.it/wcm/ermes/pagine/delibere.htm>
- Biocca M. (a cura di). *Bilancio di missione. Aziende sanitarie responsabili si raccontano*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2010.

Parole chiave

accountability - bilancio sociale - Bilancio di missione

5.4. L'accreditamento delle organizzazioni sanitarie

Il modello regionale di accreditamento rappresenta un sistema di garanzie per la qualità delle organizzazioni sanitarie e dei professionisti, un insieme standardizzato o selezionato di requisiti di governo del sistema considerati utili agli obiettivi prefissi. In Emilia-Romagna l'accreditamento garantisce primariamente la qualità delle cure offerte da tutti i *provider*, sia pubblici che privati, anche prestatori di servizi sociali.

Mentre l'autorizzazione è un provvedimento amministrativo che rende lecito l'esercizio dell'attività sanitaria da parte di qualsiasi soggetto pubblico e privato in possesso di requisiti minimi prestabiliti e verificati, l'accreditamento istituzionale riconosce ai soggetti già autorizzati lo *status* di potenziali erogatori di prestazioni, aggiudicatari del finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

L'accreditamento usa un approccio sistemico e continuativo basato sui fatti: lettura dei segnali interni ed esterni all'organizzazione, pianificazione delle attività, governo dei processi, orientato non solo al mantenimento della qualità esistente (controllo), ma anche allo sviluppo e al miglioramento continuo. In quanto applicabile a tutte le strutture, si sta adattando a ogni procedura e tipo di struttura, vedasi l'accreditamento delle singole unità operative.

L'accreditamento è inoltre integrato in quanto può arricchire le prescrizioni introducendo sempre nuovi requisiti strutturali, organizzativi che prevedano l'adeguatezza delle competenze professionali necessarie. È quindi un percorso virtuoso e multidimensionale che, grazie al suo carattere pattizio, vincola l'attivazione di contratti di fornitura al costante monitoraggio regionale e interno della qualità delle strutture e dei percorsi assistenziali.

Bibliografia di riferimento

- Il percorso degli anni 1996-2009 verso l'accreditamento in Emilia-Romagna.
<http://asr.regione.emilia-romagna.it>
- L'accreditamento istituzionale della organizzazioni sanitarie e dei professionisti in Emilia-Romagna.
<http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/aree/accred/accreditamento/index.htm>

Parole chiave

accreditamento - qualità - requisiti - contratti di fornitura

5.5. La sperimentazione clinica e il finanziamento della ricerca indipendente

La ricerca in Emilia-Romagna rappresenta una strategia di *governance* e un'attività istituzionale delle Aziende sanitarie. Si articola in quattro principali filoni:

- il Programma regionale di ricerca e innovazione (PRI E-R) che, oltre a sottolineare il carattere finalizzato dei fondi per la ricerca e l'invito a tutte le strutture e Aziende USL a partecipare ai bandi, si ripropone di sperimentare relazioni positive con l'industria, riconoscendo la problematicità di tali relazioni ma anche la loro ineludibile rilevanza;
- il Programma di ricerca Regione-Università, dotato di un budget elevato e finalizzato alla collaborazione tra i due sistemi sia su obiettivi di base che per ricerche finalizzate e per la formazione;
- la ricerca per la modernizzazione, riservato alla innovazione organizzativa nelle Aziende sanitarie;
- la ricerca sulle medicine non convenzionali, per affrontare in modo rigoroso una prospettiva non inclusa nei livelli essenziali di assistenza ma largamente richiesta dai cittadini.

La ricerca deve orientarsi al trasferimento nella pratica clinica dei risultati della ricerca, alla valutazione di impatto delle tecnologie, al consolidamento dell'infrastruttura regionale per la *research capacity* e l'innovazione organizzativa.

Bibliografia di riferimento

- *La ricerca come attività istituzionale del Servizio sanitario regionale. Principi generali e indirizzi operativi per le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna*. Dossier n. 182/2009, ASSR. http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss182.htm
- *Il Programma Ricerca e innovazione (PRI E-R) dell'Emilia-Romagna. Report delle attività 2005-2008*. Dossier n. 185/2009, ASSR. http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss185.htm
- *Il Programma di ricerca Regione-Università. 2007-2009*. Dossier n. 184/2009, ASSR. http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss184.htm

Parole chiave

ricerca - innovazione - *governance*

5.6. La collaborazione con l'industria per la ricerca: l'esempio del distretto biomedicale di Modena

Il settore italiano dei dispositivi medici (DM) rappresenta il 5,8% del totale della spesa sanitaria costituendo il terzo mercato in Europa; è composto prevalentemente da imprese di piccole dimensioni, localizzate principalmente nel centro nord Italia. L'Emilia-Romagna rappresenta la prima regione italiana per numero di occupati nel settore biomedicale e Modena è la prima provincia italiana per numero di addetti e per valore delle esportazioni.

Il distretto biomedicale di Mirandola (MO) è oggi considerato il terzo comparto al mondo in questo settore. La specializzazione più importante rimane quella nei *disposable* e nelle apparecchiature per emodialisi, per la quale Mirandola riveste una posizione di *leadership* a livello internazionale.

Le Aziende sanitarie della provincia di Modena sono in posizione di avanguardia per qualità e molteplicità della propria dotazione tecnologica e in grado di realizzare concretamente la valutazione delle tecnologie, la gestione della sicurezza, la verifica di efficacia. L'Azienda USL di Modena coordina dal 2005 un *Quality Center Network* (QCN) per concorrere allo sviluppo di strategie per il trasferimento nella pratica clinica delle conoscenze derivanti dal settore industriale e per contribuire al miglioramento degli aspetti formativi associati alla tecnologia. Questo QCN serve inoltre alle imprese del settore biomedicale come riferimento per la valutazione pre-clinica e clinica dei DM e per poter valutare le ricadute cliniche, organizzative, economiche delle tecnologie sanitarie. L'accordo è stato siglato tra le associazioni imprenditoriali del distretto biomedicale, l'Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico di Modena, l'Azienda USL di Modena, l'Università degli studi di Modena e Reggio Emilia, la Provincia di Modena, l'Unione dei Comuni modenesi Area nord e il Centro per l'innovazione e il trasferimento tecnologico della Provincia di Modena (Democenter-Sipe).

Il QCN rappresenta un modello di integrazione tra soggetti istituzionali e dell'industria con cultura e organizzazioni aziendali differenti, che vedono questa collaborazione come vantaggiosa in quanto:

- rafforza il sistema delle imprese, in particolare quelle di dimensioni inferiori;
- rafforza il rapporto con le istituzioni sanitarie locali, intensificando la collaborazione scientifica tra produttori e consumatori/applicatori dei prodotti biomedicali;
- favorisce i rapporti con le istituzioni sanitarie e di ricerca territorialmente più vicine a beneficio della economicità di questo aspetto fondamentale nel processo di innovazione.

Bibliografia di riferimento

- Quality Center Network: Guida ai servizi per la valutazione clinica nella Provincia di Modena. <http://www.qualitycenternetwork.it/>

Parole chiave

Dispositivi medici - sperimentazioni - biomedicale - ricerca

5.7. La sperimentazione clinica e il ruolo dei Comitati etici

I Comitati etici (CE) in Italia sono stati definiti con il Decreto ministeriale del 18 marzo 1998 per offrire consulenza etica nella pratica clinica e tutelare i pazienti reclutati in ricerche, garantendo la partecipazione informata alla ricerca e valutando la qualità metodologica e la rilevanza della ricerca clinica ed epidemiologica.

Nel 2006, con il Decreto ministeriale del 12 maggio, sono stati ridefiniti i requisiti minimi per l'istituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei Comitati etici, fissando nuovi standard qualitativi e quantitativi. In Emilia-Romagna ora vi sono 9 CE che differiscono significativamente per tipo di attività, tipo di studi esaminati, pareri rilasciati e tempi di approvazione rigetto degli studi clinici. È stato anche costituito un coordinamento regionale che sta analizzando le criticità relative alle modalità organizzative dei 9 Comitati, in termini di criteri di valutazione degli studi e capacità di offrire pareri tempestivi facilitando inoltre l'approvazione di studi multicentrici, funzione resa difficoltosa dalla frammentazione dei CE.

Il Comitato etico regionale dovrebbe favorire il superamento delle seguenti criticità e potenziare alcune competenze:

- capacità e tempestività dei singoli CE di svolgere alcune funzioni (giudizi di etica clinica, monitoraggio della ricerca, valutazioni economiche e valutazioni su conflitti di interesse);
- aumento degli studi no profit, difficile per i singoli CE;
- uso "improprio" dei CE (es. supporto diretto alla stesura dei protocolli);
- standardizzazione della documentazione per l'approvazione degli studi;
- maggiore attenzione agli studi diversi dalla sperimentazione di farmaci;
- potenziamento dell'efficienza in alcuni settori (es. valutazione studi multicentrici).

Bibliografia di riferimento

- *I Comitati etici locali in Emilia-Romagna*. Dossier n. 183/2009, ASSR.
http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss183.htm
- *I Comitati etici nelle Regioni italiane nel 2009*. AIFA.

Parole chiave

studi clinici - Comitati etici

5.8. L'Area vasta come sperimentazione gestionale

5.8.1. L'esperienza dell'Area vasta Romagna e il laboratorio unico di analisi

Le esperienze di Area vasta attive nel SSR hanno aggregato le Aziende sanitarie secondo criteri geografici, storici e culturali, definendo tre territori di Area vasta relativi a Emilia ovest; Emilia centro e Romagna.

Quest'ultima ha attivato un innovativo modello organizzativo di laboratorio unico di analisi che persegue la massima efficienza operativa e massima efficacia clinica del servizio di analisi per oltre un milione di cittadini utenti, servendo presidi ospedalieri e oltre 93 punti territoriali di prelievo. Il laboratorio impiega 313 professionisti e produce oltre 20 milioni di analisi cliniche e microbiologiche all'anno.

Il laboratorio unico di analisi dell'Area vasta Romagna applica il modello *hub & spoke* tende a qualificare i servizi e sta favorendo:

- accessibilità integrata e omogenea a tutti i cittadini;
- tempestività esecutiva analitica;
- eccellenza e trasparenza;
- competenza e qualità;
- completezza;
- accuratezza;
- appropriatezza.

Bibliografia di riferimento

- Hoffmann G.E. Concepts for the third generation of laboratory systems. *Clin Chem Acta*, 278 (2): 203-216, 1998.
- Seaberg R.S., Stallone R.O., Statland B.E. The role of total laboratory automation in a consolidated laboratory network. *Clin Chem*, 46 (5): 751-756, 2000.
- *Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010. L'integrazione sovraziendale: le Aree vaste*. Capitolo 2. BUR Emilia-Romagna n. 93 del 3/7/2008.
<http://burer.regione.emilia-romagna.it/BUR/>

Parole chiave

Area vasta Romagna - patologia clinica - medicina di laboratorio - sperimentazioni gestionali

5.8.2. L'acquisto di farmaci nell'Area vasta Emilia nord

Il bacino di utenza dell'Area vasta Emilia nord (AVEN) include 2 milioni di abitanti e 7 Aziende, di cui 3 ospedaliere. L'associazione delle Aziende in questa struttura sovra-aziendale prevede riunioni periodiche dei Direttori generali e un Comitato tecnico-scientifico costituito dai Direttori amministrativi e sanitari delle Aziende. Inoltre, la AVEN è la sede di incontro di Gruppi tecnici permanenti (ad es. farmacisti) per la gestione degli acquisti e servizi su vasta scala.

Nel caso dei farmaci si è intrapreso un percorso dinamico per ottimizzare lo stoccaggio, il rifornimento e l'acquisto dei farmaci per le Aziende consociate. Dato il costo e la necessità di determinati farmaci, la selezione degli acquisti su larga scala ha permesso l'aggiudicazione di gare centralizzate AVEN per l'acquisizione dei farmaci, unificando le scadenze contrattuali, allineando i Prontuari provinciali e definendo criteri comuni sulla sovrapposibilità d'impiego dei farmaci.

L'acquisto sovra-aziendale di farmaci ha dato risultati economici e ha fatto crescere un clima positivo di collaborazione e adesione tra tutte le figure professionali coinvolte nella gara d'acquisto.

Queste sinergie stanno incoraggiando nuove strategie organizzative, come l'adozione di un unico Prontuario, la creazione di una segreteria scientifica unica, la formazione di gruppi di lavoro sempre più specifici e la determinazione a indirizzare la pratica prescrittiva e terapeutica verso maggior appropriatezza e efficienza.

L'esperienza dell'acquisto farmaci via AVEN è un esempio di come uno strumento di *governance* che contempra l'inclusione e il coinvolgimento attivo dei professionisti può stimolare iniziative che migliorano il sistema; infatti l'acquisto congiunto dei farmaci sta avendo come benefici secondari:

- la creazione spontanea di strumenti, documentazione e metodologie per un'informazione "alternativa" e indipendente nell'ambito della medicina di base;
- la volontà di intervenire sull'appropriatezza prescrittiva di quei farmaci che hanno maggiore impatto sul governo del sistema;
- l'elaborazione di strumenti di *audit* e *feedback* sulla prescrizione farmaceutica.

Bibliografia di riferimento

- AVEN: presentazione. <http://www.aven-rer.it>
- Schede di valutazione della sovrapposibilità all'interno di una classe omogenea di farmaci. <http://www.aven-rer.it>
- AVEN: Piano delle azioni 2009-2010. <http://www.aven-rer.it>

Parole chiave

Area vasta - gare d'acquisto - farmaci - *governance*

6. Sesto modulo: la partecipazione dei cittadini

6.1. Coinvolgimento o partecipazione?

La comunicazione per la salute è un elemento decisivo nel governo delle attività assistenziali che ha avuto un impulso notevole negli ultimi anni e rappresenta il primo passo verso l'ascolto, il coinvolgimento e la partecipazione sociale in sanità. Ad oggi, in Emilia-Romagna tutte le Aziende hanno realizzato Carte dei servizi, avviato Uffici per le relazioni con il pubblico (URP) e Comitati consultivi misti (CCM). Il Piano sanitario e sociale regionale supporta le iniziative di comunicazione e il coinvolgimento dei cittadini nella valutazione dei servizi come risorsa per garantire adeguati processi di miglioramento, come previsto dal percorso di accreditamento.

L'ascolto dei cittadini in merito alla soddisfazione dei propri bisogni e alle loro valutazioni dei servizi ricevuti nonché la partecipazione dei cittadini ai processi decisionali in ambito socio-sanitario sono temi rilevanti, ai quali la Regione risponde offrendo sempre maggiore trasparenza (Bilancio di missione) e accogliendo, in seno alle Aziende sanitarie,

forme innovative di cittadinanza attiva che permettono un coinvolgimento più approfondito e rappresentativo come quello delle associazioni di cittadini interessati, malati o familiari, che danno voce a larghi e importanti gruppi di popolazione: i Comitati consultivi misti (PSSR).

Le Conferenze territoriali sociali e sanitarie e i Comitati di Distretto si fanno promotori della partecipazione nei processi di programmazione locale, in particolare per l'Atto di indirizzo e coordinamento triennale e il Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale. Attraverso questi strumenti di programmazione si considera formalizzata la partecipazione sociale, mentre grazie ai CCM le Aziende sanitarie ascoltano e recepiscono le richieste degli utenti e cittadini sulle attività dei servizi.

Bibliografia di riferimento

- *Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010. Il Distretto.* Capitolo 3. BUR Emilia-Romagna n. 93 del 3/7/2008. <http://burer.regione.emilia-romagna.it/BUR/>
- Piano di zona distrettuale per la salute e per il benessere sociale. <http://www.emiliaromagnasociale.it/wcm/emiliaromagnasociale/home/Pianosociale/pianidistrettuali.htm>
- Atti di indirizzo e coordinamento triennale delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie (CTSS). <http://www.emiliaromagnasociale.it/wcm/emiliaromagnasociale/home/Pianosociale/CTSS.htm>

Parole chiave

partecipazione - Comitati consultivi misti - Piano di zona - Atto di indirizzo

6.2. La partecipazione dei cittadini e i Piani per la salute

I determinanti della salute sono prevalentemente di natura socio-economica e ambientale e occorre, quindi, rivolgere l'attenzione alle diverse politiche e all'impatto che hanno sulla salute. In particolare la realizzazione di interventi multisettoriali possono orientare le diverse forze presenti sul territorio verso obiettivi di salute comuni. In quest'ottica di *empowerment* personale e comunitario, la partecipazione è chiave e rappresenta l'anello più importante nella promozione della salute. La partecipazione è vincente quando adotta un approccio socio-ecologico che preveda:

- la condivisione delle responsabilità nella presa di decisioni, all'interno di relazioni negozianti;
- la comunicazione bidirezionale intorno a problemi e temi sempre in corso di definizione;
- la ricerca e costruzione delle risorse utili alla comunità per condurre un processo di cambiamento, emancipazione.

La Regione Emilia-Romagna, a partire dal 1999, ha previsto che siano costruite opportunità e programmi concreti di ascolto dei cittadini e di promozione della salute: i Piani per la salute (PPS). I PPS rappresentano un esempio di "programmazione negoziata" fra Aziende sanitarie e gruppi di cittadini intorno alle priorità di salute del territorio. I PPS hanno coinvolto primariamente i "cittadini competenti", ovvero i rappresentanti di organizzazioni della società civile, amministratori pubblici e operatori sanitari.

Oltre ai PPS, la Regione e le Aziende hanno sperimentato altre forme di partecipazione volontaria dei cittadini che tuttavia vertono sulla partecipazione come leva strategica per comunicare efficacemente obiettivi di salute.

Ad esempio, l'Azienda USL di Bologna ha attivato dal 2004 "Il Laboratorio dei cittadini per la salute", al quale partecipano cittadini, terzo settore e personale sanitario. Il Laboratorio mira a apprendere dai cittadini logiche comunicative nuove, ideative, negoziali al fine di scegliere le strategie comunicative più efficaci per la comunità bolognese.

Alcuni esempi di progetti avviati sono:

- "La tua disdetta aiuta chi aspetta" per spronare i cittadini a disdire le visite specialistiche prenotate;
- "Non ti scordar di te" per incoraggiare gli uomini a prender parte alle attività di *screening*;
- percorsi partecipati *ad hoc*, rivolti alle fasce di popolazione più svantaggiate e immigrati;
- "Farmaci ed *empowerment* dei cittadini", per promuovere l'aderenza al trattamento e l'uso appropriato di tre categorie di farmaci: statine, colliri antiglaucoma e terapie inalatorie per bronchite cronica e asma (BPCO).

Bibliografia di riferimento

- Biocca. M. (a cura di). *Cittadini competenti costruiscono azioni per la salute: I Piani per la salute in Emilia-Romagna 2000-2004*. FrancoAngeli, Milano, 2006.
- Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11 (1): 11-18, 1996.
- Dahlgren G., Whitehead M. *Policies and Strategies to Promote Equity in Health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1991.
- *La Carta di Ottawa*. OMS, 1996.
- *La Carta di Bangkok*. OMS, 2005.
- Guttman N. *Public Health Communication Interventions: Values and ethical dilemmas*. Sage Publications, 2000.
- Costa G., Cardano M. De Maria M. *Torino. Storie di salute in una grande città, osservatorio socio-economico torinese*. 1998.
- Buchanan D. *An Ethic for Health Promotion*. Oxford University Press, New York, 2000.
- Azienda USL di Bologna, Promozione della salute. <http://www.ausl.bologna.it>

Parole chiave

partecipazione - comunità - promozione della salute - *empowerment* - Piani per la salute - Laboratorio dei cittadini

6.3. La comunicazione strategica per la salute: l'esempio dell'Azienda USL di Modena

L'aziendalizzazione, la definizione dei compiti delle Aziende sanitarie e la crescente attenzione alla gestione della qualità offrono alle Aziende l'opportunità di intraprendere scelte strategiche nell'area della comunicazione. Questa può essere intesa come:

- comunicazione sanitaria: promuove e dà coerenza sia alle attività di comunicazione interna, rivolte agli operatori dell'Azienda, che alla comunicazione esterna, rivolta ai cittadini e agli utilizzatori dei servizi.
- comunicazione per la salute: progetta, sostiene e realizza azioni di comunicazione in sinergia sia con attori interni che esterni, rivolte ai cittadini, per la prevenzione e la promozione della salute.

Un esempio di comunicazione strategica aziendale è offerto dall'Azienda USL di Modena. La peculiarità dell'Area comunicazione dell'Azienda è che adopera strategie di cosiddetto *marketing sociale*, ovvero

l'utilizzo dei principi e delle tecniche del marketing per influenzare un gruppo target ad accettare, rifiutare, modificare o abbandonare un comportamento in modo volontario, allo scopo di ottenere un vantaggio per i singoli, i gruppi o la società nel suo complesso (Kotler et al., 2002)

Al fine di supportare la comunicazione efficace e le iniziative di *marketing sociale*, l'Azienda si arma di tecniche di ricerca di mercato e avvia sperimentazioni di *partnership*, linguaggi e canali di comunicazione per promuovere la salute. Le attività di *marketing sociale* vengono affiancate al monitoraggio dei processi e alla valutazione delle attività di comunicazione per la salute realizzate. Ad oggi, le attività promosse dall'AUSL sono riuscite a coinvolgere, ad esempio, i piccoli agricoltori locali nella produzione di *snack* e merende economiche competitive, *appealing*, ma soprattutto salutari vendute nei distributori automatici localizzati in punti strategici, come le scuole. Questa iniziativa ha giovato ai destinatari (ragazzi), ma anche ai piccoli agricoltori che grazie all'Azienda USL hanno intrapreso un'attività economica.

Oltre alle iniziative volte alla promozione della salute per i cittadini, l'Area comunicazione dell'Azienda USL di Modena è anche in grado di orientare le scelte comunicative aziendali nei confronti degli Enti locali, delle istituzioni e di tutti i soggetti sociali che perseguono obiettivi comuni di salute.

Bibliografia di riferimento

- Kotler P., Roberto N., Lee N. *Social Marketing Improving the Quality of Life*. Thousand Oaks, California, Sage Publications, 2002.
- Le campagne promosse dall'Azienda USL di Modena. <http://www.ausl.mo.it>

- Fattori G., Artoni P., Tedeschi M. Choose Health in Food Vending Machines: Obesity Prevention and Healthy Lifestyle Promotion in Italy. In Cheng H., Kotler P., Lee N. (a cura di). *Social Marketing for Public Health: Global Trends and Success Stories*. Jones and Bartlett Publishers, 2009.

Parole chiave

comunicazione - innovazione - *social marketing*

6.4. Il ruolo degli Enti locali nella promozione della salute

Gli Enti locali sono il catalizzatore di iniziative di promozione della salute, un ruolo che può essere svolto non solo attraverso progetti specifici, ma anche, e soprattutto, attraverso l'azione quotidiana di programmazione e gestione del territorio in generale, dalle politiche sociali a quelle culturali, dalla viabilità ai trasporti pubblici, dai rifiuti alla tutela dell'ambiente e così via.

Gli Enti locali possono avvalersi del supporto delle Aziende sanitarie (al cui interno operano tecnici competenti) per elaborare strategie di coinvolgimento dei cittadini e di gruppi specifici di popolazione e svolgere così una funzione di promozione della salute. D'altro canto, però, sono i cittadini stessi che, attraverso la pressione sui rappresentanti locali, possono divenire promotori di salute su temi che ritengono prioritari e per i quali richiedono l'intervento degli Enti locali e delle Aziende (inquinamento, viabilità, igiene pubblica, ecc.). In altre parole, si tratta di una doppia azione: quella che dall'alto arriva alla comunità (*top down*) e quella che dalla comunità arriva ai *decision maker* per orientarne l'azione (*bottom up*).

Il ruolo svolto dagli Enti locali aiuta la comunità a crescere, ad essere più coesa, a sviluppare la cultura della salute, ma anche la solidarietà e, insieme, la consapevolezza che la promozione della salute può e deve diventare impegno condiviso da tutti.

Bibliografia di riferimento

- *Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010. Il Distretto*. Capitolo 3. BUR Emilia-Romagna n. 93 del 3/7/2008. <http://burer.regione.emilia-romagna.it/BUR/>

Parole chiave

promozione della salute - integrazione - comunità - Enti locali

6.5. I Comitati consultivi misti

I riferimenti normativi della Regione Emilia-Romagna consentono varie modalità di partecipazione del cittadino al miglioramento della qualità dei servizi nell'ambito sanitario. In particolare, i Comitati consultivi misti (CCM), costituiti in tutte le Aziende sanitarie locali e ospedaliere della regione, sono organismi aziendali preposti al miglioramento e alla verifica costante della qualità dei servizi sanitari che "mediano" fra Aziende e cittadini anche individuando soluzioni ai disagi segnalati dai cittadini.

I CCM nelle Aziende sanitarie e il Comitato consultivo regionale per la qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino (CCRQ) assicurano la partecipazione e il confronto strutturato con le organizzazioni dei cittadini impegnate in sanità e svolgono un ruolo di verifica della qualità dei servizi dal lato del cittadino e di stimolo costante al loro miglioramento secondo la prospettiva degli utenti. Il CCM partecipa inoltre all'attività dei Comitati di Distretto esprimendo pareri e proposte per il miglioramento del servizio sanitario.

Il CCRQ regionale, a cui partecipano i rappresentanti dei CCM aziendali di tutto il territorio regionale, ha il compito di esprimere parere su nuove norme che hanno come riferimento il cittadino.

Bibliografia di riferimento

- Legge regionale n. 19/1994. *Norme per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo n. 502/1992.* <http://demetra.regione.emilia-romagna.it/>
- DGR n. 1011/1995. *Direttiva alle Aziende sanitarie per la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini ai sensi dell'art. 15 della Legge regionale 19/1994.* <http://demetra.regione.emilia-romagna.it/>

Parole chiave

partecipazione cittadina - Comitato consultivo misto - miglioramento qualità

Allegati

Allegato 1.

**Programma dello *stage* della
4^a edizione del Master universitario
II livello “*Políticas y gestión en
salud, Europa - America latina*”**

Bologna, 18 gennaio - 26 febbraio 2010

Note

A. Le attività didattiche si articolano in

- incontri con direzione e docenti del Master e discussioni plenarie per pianificare, orientare e valutare l'andamento dello stage
- incontri con esperti del Servizio sanitario regionale per comprendere e approfondire come vengono programmati, organizzati e valutati i servizi
- visite guidate sul campo per osservare direttamente le strutture e i servizi
- n. 5 moduli didattici suddivisi per tema
 1. il Servizio sanitario regionale
 2. l'assistenza territoriale
 3. l'assistenza ospedaliera
 4. il ruolo dei professionisti
 5. gli strumenti di supporto al sistema
- conclusioni: sesta e ultima settimana

B. L'agenda settimanale prevede

- inizio delle attività il lunedì pomeriggio
- termine delle attività il venerdì mattina (o il pomeriggio)
- introduzione al modulo didattico ogni lunedì pomeriggio
- visita presso le strutture sanitarie il giovedì
- testimonianze di attori chiave del sistema il venerdì mattina

I settimana: il Servizio sanitario regionale

Lunedì 18 gennaio

Mattina e pomeriggio

Ore 9.00 - 17.00

Partecipazione al Convegno "Ricerca & innovazione nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna" organizzato dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Martedì 19 gennaio

Mattina

Ore 9.00 - 12.30

Partecipazione al Convegno "Ricerca & innovazione nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna" organizzato dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Pomeriggio

Ore 14.30

Saluti di apertura dello *stage*

Maria Giuseppina Muzzarelli, Vice-presidente Giunta regionale dell'Emilia-Romagna

Roberto Grilli, Direttore Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Giovanni De Plato, Direttore Master, Università di Bologna

Ore 15.00

Introduzione

Marco Biocca, Coordinatore dello *stage*, Responsabile Sistema Comunicazione documentazione formazione, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Ore 15.30 - 17.00

Il sistema sanitario regionale dell'Emilia-Romagna

Francesco Taroni, Università di Bologna

Sera

Ore 20.00

Cena di benvenuto

Mercoledì 20 gennaio

Mattina

Ore 9.00 - 13.00

La programmazione economico-finanziaria del sistema sanitario regionale
Marzia Cavazza, Responsabile Servizio programmazione economico-finanziaria, Regione Emilia-Romagna

Pomeriggio

Ore 14.00 - 17.00

Approfondimenti

Giovedì 21 gennaio

Visita guidata all'Azienda USL di Ravenna:
aziendalizzazione e privatizzazione nel Sistema sanitario regionale

Venerdì 22 gennaio

Mattina

Ore 9.00 - 13.00

La *governance* e le politiche per l'integrazione dell'assistenza sociale e sanitaria
Raffaele Tomba, Responsabile Area di programma Innovazione sociale,
Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Eno Quargnolo, Direttore attività socio-sanitarie Azienda USL di Ravenna

Pomeriggio

Ore 14.00 - 17.00

Punto della situazione

Giovanni De Plato, Marco Biocca e tutor

II settimana: l'assistenza territoriale

Lunedì 25 gennaio

Pomeriggio

Ore 14.00 - 17.00

Le linee regionali di indirizzo per il governo dell'assistenza territoriale

Antonio Brambilla, Responsabile Servizio assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari, Regione Emilia-Romagna

Martedì 26 gennaio

Mattina

Ore 9.00 - 13.00

Il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta e l'assistenza primaria

Andrea Donatini, Servizio assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari, Regione Emilia-Romagna

Sefano Del Canale, Medico di medicina generale, Azienda USL di Parma

Pomeriggio

Ore 14.00 - 17.00

Il governo dell'offerta: dalla prescrizione alla prenotazione

Alessia Orsi, Servizio assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari, Regione Emilia-Romagna

Mercoledì 26 gennaio

Mattina

Ore 9.00 - 13.00

L'assistenza specialistica: organizzazione e funzionamento

Agatina Fadda, Servizio Distretti, Regione Emilia-Romagna

Pomeriggio

Ore 14.00 - 17.00

Le politiche per l'assistenza farmaceutica

Luisa Martelli, Responsabile Servizio farmaci, Regione Emilia-Romagna

Giovedì 28 gennaio

Visita guidata all'Azienda Usl di Reggio Emilia:
le attività dei dipartimenti di sanità pubblica e salute mentale;
visita al museo psichiatrico e a "Luoghi di prevenzione"

Venerdì 29 gennaio

Mattina

Ore 9.00 - 13.00

Il ruolo degli Enti locali nell'integrazione sociale e sanitaria

Giovanni De Plato, Direttore Master, Università di Bologna

Maria Grazia Bonzagni, Direttore generale ASP "Giovanni XXIII" di Bologna

Pomeriggio

Ore 14.00 - 16.00

L'evoluzione della salute mentale nella Regione Emilia-Romagna

Giovanni De Plato, Direttore Master, Università di Bologna

III settimana: l'assistenza ospedaliera

Lunedì 1 febbraio

Mattina

Ore 10.00 - 12.00

Gli obiettivi delle Aziende sanitarie e la valutazione dei Direttori generali

Marzia Cavazza, Responsabile Servizio programmazione economico-finanziaria, Regione Emilia-Romagna

Pomeriggio

Ore 14.00 - 17.00

Le linee regionali di indirizzo per il governo dell'assistenza ospedaliera

Eugenio Di Ruscio, Responsabile Servizio ospedali, Regione Emilia-Romagna

Martedì 2 febbraio

Mattina

Ore 9.00 - 13.00

La gestione e l'organizzazione ospedaliera

Gianna Poppi, Direttore Dipartimento igienico-organizzativo Distretto di Casalecchio, Azienda USL di Bologna

Salvatore De Franco, Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

Pomeriggio

Ore 14.00 - 17.00

Il sistema dell'emergenza - urgenza

Cosimo Picoco, Dipartimento di Emergenza-Urgenza, Azienda USL di Bologna

Mercoledì 3 febbraio

Mattina

Ore 9.00 - 13.00

La continuità assistenziale: il caso dell'area materno-infantile

Giorgio Scagliarini, Dipartimento materno-infantile, Ospedale Maggiore, Azienda USL di Bologna

Pomeriggio

Ore 14.00 - 17.00

Il rischio infettivo nell'assistenza

Maria Luisa Moro, Responsabile Area di programma Rischio infettivo, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Giovedì 4 febbraio

Visita guidata Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Orsola-Malpighi di Bologna

Venerdì 5 febbraio

Mattina

Ore 9.00 - 13.00

Approfondimenti

IV settimana: Il ruolo dei professionisti nel sistema

Lunedì 8 febbraio

Mattina

Ore 9.00 - 12.30

La partecipazione per la salute nella Regione Emilia-Romagna

Bianca Maria Carlozzo, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Patrizia Comi, Assemblea legislativa - Regione Emilia-Romagna

Patrizia Beltrami, Dipartimento sanità pubblica - Azienda USL di Bologna

Angela Zanichelli, Sindaco di Sorbolo (PR)

Pomeriggio

Ore 14.00 - 17.00

Le linee regionali di indirizzo per la partecipazione dei professionisti nel governo dell'assistenza

Roberto Grilli, Direttore Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Martedì 9 febbraio

Mattina

Ore 9.00 - 13.00

Gli strumenti per la *clinical governance*

Rossana De Palma, Responsabile Area governo clinico, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Pomeriggio

Ore 14.00 - 17.00

L'innovazione tecnologica e organizzativa

Antonella Negro, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Network professionali e tomografia computerizzata multistrato

Elena Berti, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Mercoledì 10 febbraio

Mattina

Ore 9.00 - 13.00

La formazione di base e continua

Manuela Righi, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Diletta Priami, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Pomeriggio

Ore 14.00 - 17.00

La formazione e lo sviluppo organizzativo

Corrado Ruozi, Responsabile sviluppo risorse umane, Azienda USL di Reggio Emilia

Giovedì 11 febbraio

Visita guidata all'Azienda USL e Facoltà di Psicologia di Cesena

Venerdì 12 febbraio

Mattina

Ore 9.00 - 13.00

La *governance* aziendale

Francesco Ripa di Meana, Direttore generale Azienda USL Bologna

V settimana: gli strumenti di supporto al sistema

Lunedì 15 febbraio

Pomeriggio

Ore 14.00 - 17.00

Le linee regionali di indirizzo per gli strumenti di supporto al governo dell'assistenza

Marco Biocca, Responsabile Sistema documentazione comunicazione e formazione, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Martedì 16 febbraio

Mattina

Ore 9.00 - 13.00

Il sistema informativo

Eleonora Verdini, Responsabile Sistema informativo politiche per la salute, Regione Emilia-Romagna

Pomeriggio

Ore 14.00 - 17.00

La rendicontazione delle Aziende sanitarie: il Bilancio di missione

Marco Tieghi, Università di Bologna

Mercoledì 17 febbraio

Mattina

Ore 9.00 - 13.00

L'accreditamento istituzionale

Pier Luigi La Porta, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Pomeriggio

Ore 14.00 - 17.00

La gestione del rischio

Ottavio Nicastro, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Giovedì 18 febbraio

Visita guidata all'Azienda USL di Modena: la comunicazione

Venerdì 19 febbraio

Mattina

Ore 9.00 - 13.00

L'Area vasta: il laboratorio unico di analisi e la centrale di acquisto farmaci

Tiziano Carradori, Coordinatore Area vasta Romagna, Direttore generale
Azienda USL di Ravenna

Nilla Viani, Direttore operativo Area vasta Emilia Nord

Vincenzo Ceroni, Direttore Laboratorio unico di analisi Area vasta Romagna

VI settimana: conclusioni

Lunedì 22 febbraio

Ore 9.00 - 17.00

Le donazioni di sangue

Paolo Zucchelli, Direttore Centro regionale sangue, Regione Emilia-Romagna

Martedì 23 febbraio

Mattina

Ore 9.00 - 13.00

I cittadini e il Servizio sanitario regionale: *empowerment* e *audit* civico

Augusta Nicoli, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Pomeriggio

Ore 14.00 - 17.00

I Comitati consultivi misti

Remo Martelli, Presidente Comitato consultivo regionale dell'Emilia-Romagna

Mercoledì 24 febbraio

Mattina

Ore 9.00 - 13.00

I Comitati etici

Alessandro Liberati, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Pomeriggio

Ore 14.00 - 17.00

Incontro con Università di Bologna e visita al Museo

Ivano Dionigi, Magnifico Rettore Università di Bologna

Carla Salvaterra, Responsabile relazioni internazionali Università di Bologna

Allegato 2.

Programma della giornata di chiusura della 4^a edizione del Master universitario II livello “*Políticas y gestión en salud, Europa - America latina*”

Giovedì 25 febbraio 2010

Mattina

Ore 9.00

Presentazione e discussione dei risultati emersi dall'analisi delle schede di valutazione dei moduli didattici settimanali

Stefano Albertini, tutor Master

Ore 10.00

Valutazione complessiva dello *stage* presso la Regione Emilia-Romagna

Giovanni De Plato, Direttore Master, Università di Bologna

Marco Biocca, Coordinatore dello *stage*, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Pomeriggio

**Workshop "I problemi e le prospettive nel governo dell'assistenza:
America latina ed Europa"**

Ore 14.00

Saluti

Roberto Grilli, Direttore Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Ore 14.30

Introduzione

I contesti politici, economici e sociali (*Assoni, Rios Ferreira, Nino Sequera*)

I cambiamenti nei sistemi assistenziali (*Bareiro, Garcia Brunelli, Buzati Fert*)

Ad ogni presentazione è assegnato un tempo massimo di 30 minuti; le presentazioni sono curate dai partecipanti al Master.

Ore 15.30

Problematiche

Il finanziamento dei sistemi assistenziali

(*De Arruda Santos, Marotz, Bazterrechea*)

L'assistenza primaria e l'integrazione socio-sanitaria

(*Isoton de David, Godoy, Llamosas Felix*)

Le risorse umane

(*Robles Fonnegra, Cabral Mereles*)

Ad ogni presentazione è assegnato un tempo massimo di 15 minuti; le presentazioni sono curate dai partecipanti al Master.

Ore 16.30

Discussione

Marco Biocca, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Francesco Taroni, Università di Bologna

Ore 17.30

Conclusioni

Giovanni De Plato, Direttore Master, Università di Bologna

COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agazia sanitaria e sociale regionale

1990

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna. (*)

1991

6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna. (*)

1992

9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna. (*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna. (*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna.
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna. (*)

1993

14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna. (*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna. (*)
17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna. (*)

1994

18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna. (*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna. (*)

(*) volumi disponibili presso l'Agazia sanitaria e sociale regionale. Sono anche scaricabili dal sito http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm

22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna. (*)
23. 5ª Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna.

1995

24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna. (*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna. (*)

1996

26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna. (*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna. (*)
28. Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna. (*)

1997

29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna. (*)

1998

35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna. (*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna. (*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna. (*)
39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna. (*)

1999

40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna. (*)

2000

41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna. (*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna. (*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna. (*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna. (*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.

2001

47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)

49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna. (*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)

2002

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna. (*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna. (*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna. (*)
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna. (*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna. (*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna. (*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
72. Linee guida per la chemioprolifassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna. (*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna. (*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna.

2003

76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna. (*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna. (*)

- 81.** Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna. (*)
- 82.** Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna. (*)
- 83.** Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna.
- 84.** I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
- 85.** Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna. (*)
- 86.** Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna.
- 87.** I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 88.** Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna. (*)

2004

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

2005

- 105.** SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna.
- 106.** La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna. (*)
- 107.** Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 108.** Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna.
- 109.** Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna.
- 110.** Domanda di cure domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna.
- 111.** Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna.
- 112.** La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna. (*)
- 113.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna. (*)

- 114. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna. (*)
- 115. Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna. (*)
- 116. Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna. (*)

2006

- 117. Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna. (*)
- 118. Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna. (*)
- 119. Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna. (*)
- 120. Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna.
- 121. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna. (*)
- 122. Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna. (*)
- 123. Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna.
- 124. Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna. (*)
- 125. Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna. (*)
- 126. Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna. (*)
- 127. La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna. (*)
- 128. La guida DISCERNere. Valutare la qualità dell'informazione in ambito sanitario. Bologna. (*)
- 129. Qualità in genetica per una genetica di qualità. Atti del convegno Ferrara, 15 settembre 2005. Bologna. (*)
- 130. La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna.
- 131. La nascita pre-termine in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna. (*)
- 132. Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 133. Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative. Bologna. (*)
- 134. Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto. Bologna. (*)
- 135. Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7. Bologna. (*)
- 136. Uso degli antimicrobici negli animali da produzione. Limiti delle ricette veterinarie per attività di farmacovigilanza. Bologna. (*)
- 137. Il profilo assistenziale del neonato sano. Bologna. (*)
- 138. Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 139. La cooperazione internazionale negli Enti locali e nelle Aziende sanitarie. Premio Alessandro Martignani - IV edizione. Catalogo. Bologna.
- 140. Sistema regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza dell'antibioticoresistenza. 2003-2005. Bologna. (*)

2007

- 141. Accreditamento e governo clinico. Esperienze a confronto. Atti del convegno Reggio Emilia, 15 febbraio 2006. Bologna. (*)
- 142. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2005. Bologna. (*)
- 143. Progetto LaSER. Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna. Razionale, obiettivi, metodi e strumenti. Bologna. (*)
- 144. La ricerca nelle Aziende del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Risultati del primo censimento. Bologna. (*)
- 145. Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie. Bologna. (*)
- 146. Gestione del rischio in Emilia-Romagna 1999-2007. Sussidi per la gestione del rischio 8. Bologna. (*)

- 147.** Accesso per priorità in chirurgia ortopedica. Elaborazione e validazione di uno strumento. Bologna. (*)
- 148.** I Bilanci di missione 2005 delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 149.** E-learning in sanità. Bologna. (*)
- 150.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2002-2006. Bologna. (*)
- 151.** "Devo aspettare qui?" Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna. Bologna. (*)
- 152.** L'abbandono nei Corsi di laurea in infermieristica in Emilia-Romagna: una non scelta? Bologna. (*)
- 153.** Faringotonsillite in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 154.** Otite media acuta in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 155.** La formazione e la comunicazione nell'assistenza allo stroke. Bologna. (*)
- 156.** Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 1998-2004. Bologna. (*)
- 157.** FDG-PET in oncologia. Criteri per un uso appropriato. Bologna. (*)
- 158.** Mediare i conflitti in sanità. L'approccio dell'Emilia-Romagna. Sussidi per la gestione del rischio 9. Bologna. (*)
- 159.** L'audit per il controllo degli operatori del settore alimentare. Indicazioni per l'uso in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 160.** Politiche e piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Bologna. (*)

2008

- 161.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2006. Bologna. (*)
- 162.** Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura e indicazioni d'uso appropriato. Bologna. (*)
- 163.** Le Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Una lettura di sintesi dei Bilanci di missione 2005 e 2006. Bologna. (*)
- 164.** La rappresentazione del capitale intellettuale nelle organizzazioni sanitarie. Bologna. (*)
- 165.** L'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Studio pilota sull'impatto del processo di accreditamento presso l'Azienda USL di Ferrara. Bologna. (*)
- 166.** Assistenza all'ictus. Modelli organizzativi regionali. Bologna. (*)
- 167.** La chirurgia robotica: il robot da Vinci. ORientamenti 1. Bologna. (*)
- 168.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
- 169.** Le opinioni dei professionisti della sanità sulla formazione continua. Bologna. (*)
- 170.** Per un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'Educazione continua in medicina. Bologna. (*)
- 171.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2007. Bologna. (*)

2009

- 172.** La produzione di raccomandazioni cliniche con il metodo GRADE. L'esperienza sui farmaci oncologici. Bologna. (*)
- 173.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
- 174.** I tutor per la formazione nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna. Rapporto preliminare. Bologna. (*)
- 175.** Percorso nascita e qualità percepita. Analisi bibliografica. Bologna. (*)
- 176.** Utilizzo di farmaci antibatterici e antimicotici in ambito ospedaliero in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
- 177.** Ricerca e innovazione tecnologica in sanità. Opportunità e problemi delle forme di collaborazione tra Aziende sanitarie e imprenditoria biomedicale. Bologna. (*)
- 178.** Profili di assistenza degli ospiti delle strutture residenziali per anziani. La sperimentazione del Sistema RUG III in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 179.** Profili di assistenza e costi del diabete in Emilia-Romagna. Analisi empirica attraverso dati amministrativi (2005 - 2007). Bologna. (*)

- 180. La sperimentazione dell'audit civico in Emilia-Romagna: riflessioni e prospettive. Bologna. (*)
- 181. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2008. Bologna. (*)
- 182. La ricerca come attività istituzionale del Servizio sanitario regionale. Principi generali e indirizzi operativi per le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 183. I Comitati etici locali in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 184. Il Programma di ricerca Regione-Università. 2007-2009. Bologna. (*)
- 185. Il Programma Ricerca e innovazione (PRI E-R) dell'Emilia-Romagna. Report delle attività 2005-2008. Bologna. (*)
- 186. Le medicine non convenzionali e il Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Un approccio sperimentale. Bologna. (*)
- 187. Studi per l'integrazione delle medicine non convenzionali. 2006-2008. Bologna. (*)

2010

- 188. Misure di prevenzione e controllo di infezioni e lesioni da pressione. Risultati di un progetto di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna. (*)
- 189. "Cure pulite sono cure più sicure" - Rapporto finale della campagna nazionale OMS. Bologna. (*)
- 190. Infezioni delle vie urinarie nell'adulto. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 191. I contratti di servizio tra Enti locali e ASP in Emilia-Romagna. Linee guida per il governo dei rapporti di committenza. Bologna. (*)
- 192. La *governance* delle politiche per la salute e il benessere sociale in Emilia-Romagna. Opportunità per lo sviluppo e il miglioramento. Bologna. (*)
- 193. Il *mobbing* tra istanze individuali e di gruppo. Analisi di un'organizzazione aziendale attraverso la tecnica del *focus group*. Bologna. (*)
- 194. Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica. Bologna. (*)
- 195. Indagine sul dolore negli ospedali e negli *hospice* dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 196. Evoluzione delle Unità di terapia intensiva coronarica in Emilia-Romagna. Analisi empirica dopo implementazione della rete cardiologica per l'infarto miocardico acuto. Bologna. (*)
- 197. TB FLAG BAG. La borsa degli strumenti per l'assistenza di base ai pazienti con tubercolosi. Percorso formativo per MMG e PLS. Bologna. (*)
- 198. La ricerca sociale e socio-sanitaria a livello locale in Emilia-Romagna. Primo censimento. Bologna. (*)
- 199. Innovative radiation treatment in cancer: IGRT/IMRT. Health Technology Assessment. ORientamenti 2. Bologna. (*)
- 200. SIRS - Servizio Informativo per i Rappresentanti per la Sicurezza. **(in fase di predisposizione)**
- 201. Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2008. Bologna. (*)
- 202. Master in Politiche e gestione nella sanità, Europa - America latina. Tracce del percorso didattico in Emilia-Romagna, 2009 - 2010. Bologna. (*)

