

# REGIONE EMILIA-ROMAGNA

## Atti amministrativi

### GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 2179 del 17/12/2018

Seduta Num. 52

**Questo** lunedì 17 **del mese di** dicembre  
**dell' anno** 2018 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA  
**la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:**

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Gualmini Elisabetta	Vicepresidente
3) Caselli Simona	Assessore
4) Corsini Andrea	Assessore
5) Costi Palma	Assessore
6) Donini Raffaele	Assessore
7) Gazzolo Paola	Assessore
8) Petitti Emma	Assessore

**Funge da Segretario l'Assessore:** Costi Palma

**Proposta:** GPG/2018/2199 del 29/11/2018

**Struttura proponente:** DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

**Assessorato proponente:** ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

**Oggetto:** APPROVAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREDISPOSIZIONE ED ATTUAZIONE DEL PIANO-PROGRAMMA 2019-2021 DELL'AGENZIA SANITARIA E SOCIALE REGIONALE E APPROVAZIONE DELLA RELAZIONE 2016-2018

**Iter di approvazione previsto:** Delibera ordinaria

**Responsabile del procedimento:** Maria Luisa Moro

## LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Premesso che le vigenti disposizioni organizzative dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale (ASSR) contenute nella propria deliberazione n. 293/2009, come modificata dalla n. 630/2016 prevedono che:

- l'ASSR operi - secondo le tipologie definite per le agenzie regionali di cui al soprarichiamato art. 43 della L.R. 24 marzo 2004, n. 6 e s.i.m. e dalla regolamentazione contenuta nella richiamata propria deliberazione n. 1914/2005 - quale agenzia di supporto tecnico e regolativo a sostegno del Servizio sanitario regionale e del Sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui alla legge regionale n. 2 del 2003;
- l'ASSR sia priva di personalità giuridica autonoma; sia dotata di autonomia organizzativa ed operativa, nell'ambito degli indirizzi adottati dalla Giunta, alla quale risponde dell'attività svolta;
- le funzioni, come definite dagli artt. 9 e 10 della L.R. n. 34/1998 e s.i.m. e dalla L.R. n. 4/2008 vadano inquadrare nel contesto generale del Servizio sanitario regionale, come innovato dalla L.R. n. 23 dicembre 2004, n. 29 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale" e successive modificazioni, che ha consolidato i principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale (SSN) ed introdotto elementi di innovazione sia nel governo sia nella gestione del Servizio sanitario regionale (SSR) e delle sue Aziende/Enti e del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui alla citata L.R. n. 2/2003;
- svolga le proprie attività di ricerca e sviluppo sulla base di un'autonoma capacità ideativa e progettuale, nel rispetto degli indirizzi ed obiettivi strategici fissati dalla Giunta e correlati con le previsioni del Piano Sociale e Sanitario Regionale;
- gli indirizzi per il programma pluriennale di attività siano adottati dalla Giunta, previo parere della competente Commissione assembleare, su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute e dell'Assessore alle politiche di welfare e politiche abitative, con il parere di legittimità del Direttore dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale e il parere di merito del Direttore Generale cura della persona, salute e welfare;
- il programma triennale, come definito per tutte le agenzie di supporto tecnico e regolatorio, venga adottato dalla Giunta Regionale, previo parere della competente Commissione Assembleare, su proposta dell'Assessore alle Politiche per la salute e dell'Assessore alle politiche di welfare e politiche

abitative, con il parere di legittimità del Direttore dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale e il parere di merito del Direttore Generale Cura della persona, salute e welfare;

- operi sulla base di un programma annuale di attività nel quale sono descritte le attività che si prevede di realizzare nel corso dell'anno, in riferimento agli obiettivi del programma pluriennale e sono definite le risorse che verranno gestite;

Atteso che:

- la definizione delle funzioni dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale è derivata dall'evoluzione del ruolo che l'ASSR ha assunto nel corso degli anni nei rapporti con l'organizzazione regionale, con il Sistema universitario della regione, con gli Enti del Servizio Sanitario Regionale e con gli Enti Locali, in coerenza con le norme generali ed in applicazione degli indirizzi formulati da questa Giunta relativamente ai Piani Programma elaborati nel corso degli anni (da ultimo, il Piano-programma per il triennio 2016-2018 approvato con la deliberazione n. 1173/2016) che hanno portato a caratterizzare l'ASSR quale punto di riferimento tecnico e scientifico per il miglioramento delle condizioni di salute e di benessere delle comunità e dei cittadini dell'Emilia-Romagna;
- l'innovazione organizzativa e tecnologica in sanità e nelle politiche sociali rappresenta un elemento essenziale per garantire il miglioramento continuo del sistema sanitario e sociale regionale, se accompagnata dall'effettiva capacità di individuare e promuovere le vere innovazioni;
- funzioni, nate come sperimentali nell'ASSR, nel tempo sono divenute attività correnti di governo a livello regionale e sono state allocate presso la Direzione Generale di riferimento, mentre nuove funzioni vengono attribuite dall'evoluzione normativa in atto e altre rilevanti attività devono essere garantite;

Richiamate le proprie deliberazioni:

- n. 1604/2015 con la quale, recependo l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (Repertorio n. 32/CSR del 19/02/2015), viene dato atto che in questa Regione si è già ottemperato alle previsioni di cui all'Intesa stessa, poiché fin dal 1998, in base alla Legge Regionale n. 34/1998, è operante un organismo tecnico con le caratteristiche ivi previste (c.d. Organismo tecnicamente accreditante) nell'attuale "Funzione Accreditamento" dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale; l'Intesa riconferma l'accreditamento come strumento di garanzia della qualità delle prestazioni erogate e di miglioramento continuo della qualità nonché strumento di selezione dei soggetti erogatori per conto del Servizio Sanitario Nazionale, caratterizzato dalla

necessaria corrispondenza ad una serie di requisiti che sono direttamente correlati ai livelli di qualità attesi e dalla temporaneità del riconoscimento di adeguatezza agli stessi, che richiede una periodicità di controlli ed ha riconfermato tale funzione presso l'Agenzia sanitaria e sociale regionale;

- n. 1648/2009 e successive integrazioni (si vedano, in particolare, le D.G.R. n. 1332/2011 e n. 1333/2011) che conferma in capo all'Agenzia le funzioni di coordinamento, supporto tecnico, organizzativo ed operativo dell'Osservatorio regionale per la formazione continua in sanità (ORFoCS) e la cura, tra l'altro, delle relazioni con la Commissione nazionale per la formazione continua (CRFC) e la Commissione salute della Conferenza Stato-Regioni;
- n. 318/2013 recante "Linee di indirizzo alle Aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile di antibiotici" che dà mandato all'Agenzia sanitaria e sociale regionale, in collaborazione con i Servizi interessati della Direzione Generale cura della persona, salute e welfare, di sostenere, stimolare e monitorarne l'attuazione e di apportare gli eventuali correttivi;
- n. 1021/2018 con la quale, recependo l'Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza (PNCAR) 2017-2020" si sottolinea che il contrasto al fenomeno dell'antibioticoresistenza costituisce una priorità che le Istituzioni sanitarie e sociali sono chiamate ad affrontare e che questa Regione negli anni si è contraddistinta per programmi e iniziative specifiche di elevato livello qualitativo;

Richiamato il vigente "Piano sociale e sanitario 2017-2019" (Proposta della Giunta Regionale in data 15 maggio 2017, n. 643), approvato con la deliberazione dell'Assemblea Legislativa della Regione Emilia-Romagna n. 120/2017 che, in linea con il precedente, ribadisce che:

- la ricerca e i progetti innovativi costituiscono fattori imprescindibili per il dinamismo e la capacità di cambiare del nostro sistema. La Regione ed il sistema delle autonomie locali si avvalgono dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale in qualità di ente di supporto tecnico-scientifico, che sviluppa progetti di ricerca e di innovazione clinica, organizzativa, gestionale in ambito sia sanitario che sociale, in stretta relazione con le priorità dello stesso Piano;
- l'ASSR costituisce lo strumento del sistema integrato dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali per promuovere e sostenere lo sviluppo e l'innovazione della rete, con particolare riferimento alla qualificazione delle professioni,

alla ricerca e alla sperimentazione, in raccordo con gli Enti locali;

Considerato che il richiamato PSSR prevede nelle schede attuative al medesimo diverse attività che coinvolgono l'ASSR, quali, ad esempio, la valutazione delle Case della Salute e la stratificazione della popolazione come strumento a supporto della medicina di iniziativa (scheda n. 1 "Case della Salute e Medicina di iniziativa"), il proseguimento delle attività di ricerca nell'ambito del partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento sano e attivo (scheda n. 20 "Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità nell'anziano") oppure la metodologia "Community Lab" (scheda n. 26 "Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità") divenuta strumento attraverso il quale si intende supportare come azione di sistema lo sviluppo dell'empowerment delle comunità e, più in generale, il coinvolgimento attivo della popolazione e degli operatori nella programmazione zonale sia nelle fasi di definizione delle priorità sia nelle fasi di progettazione e realizzazione successiva degli interventi;

Tenuto conto delle attività svolte nel triennio 2016-2018 così come illustrate nella "Relazione conclusiva delle attività 2016-2018" dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale, allegata quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (Allegato 1);

Valutato di approvare le "Linee di indirizzo per la predisposizione e l'attuazione del Piano-programma 2019-2021 dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale", allegate quali parte integrante e sostanziale alla presente deliberazione (Allegato 2);

Dato atto del parere espresso dalla Commissione Assembleare Politiche per la salute e Politiche sociali nella seduta del 11 dicembre 2018;

Richiamati:

- la L.R. 15 novembre 2001, n. 40 per quanto applicabile;
- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modificazioni ed integrazioni;
- il D.Lgs. n. 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e s.m.;

Richiamate le proprie deliberazioni:

- n. 2416/2008 "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007" e ss. mm. per quanto applicabile;

- n. 193/2015 "Contratto di lavoro ai sensi dell'art. 43 L.R. 43/2001 e affidamento dell'incarico di Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali";
- n. 628/2015 "Riorganizzazione della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali" come rettificata dalla n. 1026 del 27 luglio 2015;
- n. 2189/2015 "Linee di indirizzo per la riorganizzazione della organizzazione regionale";
- n. 270/2016 "Attuazione prima fase della riorganizzazione avviata con delibera 2189/2015";
- n. 622/2016 "Attuazione seconda fase della riorganizzazione avviata con delibera 2189/2015";
- n. 1681/2016 "Indirizzi per la prosecuzione della riorganizzazione della macchina amministrativa regionale avviata con delibera n. 2189/2015";
- n. 2344/2016 "Completamento della riorganizzazione della direzione generale cura della persona, salute e welfare";
- n. 468/2017 "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna" e le Circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017 relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni, predisposte in attuazione della propria deliberazione n. 468/2017;
- n. 1833/2017 "Proroga al 30/06/2020 dell'incarico di Direttore della Agenzia sanitaria e sociale regionale conferito con delibera di Giunta n. 242/2015";
- n. 93/2018 "Approvazione piano triennale di prevenzione della corruzione. Aggiornamento 2018-2020";
- n. 931/2018 "Approvazione del catalogo dei processi amministrativi a rischio corruzione. Modifica integrativa del piano triennale di prevenzione della corruzione 2018-2020 della Giunta regionale";
- n. 1123/2018 "Attuazione Regolamento (Ue) 2016/679: definizione di competenze e responsabilità in materia di protezione dei dati personali. Abrogazione Appendice 5 della Delibera di Giunta Regionale N. 2416/2008 e ss.mm.ii";
- n. 1786/2018 "Linee guida per l'applicazione del D. Lgs. n. 39 del 2013, dell'art. 35 bis del D. Lgs. n. 165 del 2001 e degli artt. 6 e 13 del D.P.R. n. 62 del 2013 nell'ordinamento regionale";

Sentito il Direttore dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale;

Dato atto che il responsabile del procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Dato atto dei pareri allegati;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la salute e dell'Assessore alle politiche di welfare e politiche abitative;

A voti unanimi e palesi

## **D E L I B E R A**

1. di approvare:

- la "Relazione conclusiva delle attività 2016-2018" dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale nel testo allegato (Allegato 1) alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale;

- le "Linee di indirizzo per la predisposizione e l'attuazione del Piano-programma 2019-2021 dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale", allegate alla presente deliberazione (Allegato 2) quali parte integrante e sostanziale;

2. di dare atto che, per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa.

**Allegato 1**  
**Agenzia sanitaria e sociale regionale**

**RELAZIONE ATTIVITÀ 2016 - 2018**

Assessorato regionale alle Politiche per la salute

Assessorato alle Politiche di welfare e alle politiche abitative

Regione Emilia-Romagna

Sommario

<b>Progetti a supporto di cambiamenti innovativi nel Servizio Sanitario Regionale e nella rete integrata dei servizi sociali.....</b>	<b>4</b>
<b><i>Stima del burden di malattie o condizioni di salute a livello regionale.....</i></b>	<b><i>4</i></b>
Malattia diabetica.....	4
Demenza.....	5
Multimorbilità.....	5
Condizioni socioeconomiche e loro effetto sul consumo di prestazioni e sulla salute.....	6
Prevalenza di antimicrobico-resistenza, infezioni correlate all'assistenza e uso di antibiotici.....	7
<b><i>Valutazione dell'impatto di politiche regionali.....</i></b>	<b><i>8</i></b>
Impatto delle Case della Salute.....	8
Cause di non aderenza ai percorsi diagnostici terapeutici assistenziali per la cronicità.....	10
Implementazione di un sistema di monitoraggio dell'assistenza territoriale.....	11
Analisi economica dei PDTA e valutazione organizzativa e di costo.....	11
<b><i>Strumenti a supporto di azioni regionali.....</i></b>	<b><i>12</i></b>
Stratificazione della popolazione in relazione al rischio di ospedalizzazioni prevenibili.....	12
<b><i>Sicurezza del paziente: il rischio infettivo in ambito assistenziale.....</i></b>	<b><i>13</i></b>
Sorveglianza e controllo del rischio infettivo.....	14
Sviluppo e trasferimento di strumenti innovativi.....	17
Progetti su scala sovraregionale.....	19
<b><i>Il governo delle tecnologie sanitarie.....</i></b>	<b><i>20</i></b>
Percorso regionale per il governo dei dispositivi medici innovativi.....	20
Valutazione di modelli organizzativi secondo la metodologia HTA.....	21
Cabina di Regia del Programma Nazionale HTA dei Dispositivi Medici.....	23
<b><i>Innovazione sociale.....</i></b>	<b><i>23</i></b>
Progetti di innovazione sociale per le trasformazioni istituzionali e lo sviluppo del sistema regionale dei servizi sanitari e sociali.....	24
Progetti per tradurre in pratica l'equità.....	27
Progetti di sistema per il cambiamento e per l'apprendimento organizzativo attraverso processi di coinvolgimento e partecipazione.....	31
Azioni di supporto al processo regionale di internazionalizzazione in tema delle politiche sanitarie e sociosanitarie.....	33
<b>Promozione e governo della ricerca e innovazione a livello regionale.....</b>	<b>34</b>
<b><i>Ricerca nel Servizio Sanitario Regionale.....</i></b>	<b><i>34</i></b>



Rilancio del Sistema di Ricerca e Innovazione nel SSR.....	34
Supporto al programma di ricerca Regione-Università.....	34
<b>Interventi a supporto delle attività di ricerca.....</b>	<b>35</b>
Riorganizzazione dei Comitati Etici.....	35
Piattaforme informatiche a supporto della Ricerca.....	36
Documentazione e valutazione dei prodotti della ricerca.....	36
<b>Networking a sostegno dell'internazionalizzazione della ricerca nel Servizio Sanitario Regionale.....</b>	<b>37</b>
Programma mattone Internazionale (PROMIS).....	37
Euregha- Network of European Regional and local health authorities.....	37
European Innovation Partnership on Active Healthy Ageing.....	38
<b>Progetti e programmi internazionali di ricerca.....</b>	<b>39</b>
SUNFRAIL project.....	39
Joint Action sulla Fragilità (ADVANTAGE).....	40
RECAE.....	40
Joint Action 3 EUNETHTA.....	40
My Health.....	41
Doing rights: Innovative tools for professionals working with LGBT families.....	41
Laboratorio italo-brasiliano.....	41
<b>Le funzioni attribuite all'Agenzia Sanitaria e Sociale.....</b>	<b>44</b>
<b>Funzione Accreditamento.....</b>	<b>44</b>
Mantenimento dell'attività istituzionale di verifica dei requisiti per l'accreditamento delle strutture sanitarie.....	45
Revisione del modello di accreditamento.....	46
<b>Governo regionale della formazione.....</b>	<b>47</b>
Governo del sistema di formazione continua in medicina.....	47
Formazione manageriale.....	48
Sviluppo delle competenze (progettazione e produzione di attività formative).....	49
<b>Medicine non convenzionali.....</b>	<b>49</b>
<b>ATTIVITA' DI DIREZIONE.....</b>	<b>51</b>
<b>Attività di responsabilità diretta della Direzione.....</b>	<b>51</b>
Partecipazione a gruppi tecnici inter-regionali per la ricerca sanitaria.....	51
Formazione medico-specialistica.....	51
Comitato Regionale di Indirizzo Regione-Università.....	51
IRCCS.....	51
Centro Nazionale di Coordinamento dei Comitati Etici.....	52
PNCAR.....	52
<b>Attività trasversali.....</b>	<b>52</b>
Consulenza e procedure tecniche, amministrative e contabili per la ricerca a finanziamento internazionale e nazionale.....	52

Il Programma triennale 2016-2018, adottato dalla Giunta il 25 Luglio 2016 con la Delibera n.1173/2016, prevedeva che l'Agenzia sanitaria e sociale regionale si caratterizzasse come ambito di supporto tecnico-scientifico alle attività di governo delle strutture del Servizio sanitario regionale e della rete integrata dei servizi sociali ed all'elaborazione, sviluppo e valutazione dei cambiamenti innovativi identificati come prioritari nel triennio.

Il Programma prevedeva che le attività dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale nel triennio dovessero svilupparsi in tre principali direzioni:

1. l'ideazione e conduzione di progetti di innovazione e ricerca sui servizi sanitari e sociali a sostegno del sistema sanitario e sociale regionale;
2. la promozione e il governo dell'attività di ricerca condotta nelle Aziende sanitarie e negli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico regionali, ai fini della massimizzazione del suo impatto sulla rete dei servizi;
3. lo svolgimento delle funzioni assegnate dalla normativa vigente, tra le quali, la gestione del sistema di verifica e valutazione del possesso dei requisiti di accreditamento, il coordinamento tecnico scientifico dell'Educazione Continua in Medicina, il coordinamento dell'Osservatorio delle Medicine Non Convenzionali.

## PROGETTI A SUPPORTO DI CAMBIAMENTI INNOVATIVI NEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E NELLA RETE INTEGRATA DEI SERVIZI SOCIALI

I progetti tesi a promuovere cambiamenti innovativi a livello regionale si sono focalizzati sui seguenti ambiti:

- la stima del *burden* di malattie o condizioni di salute utile a sostenere interventi e politiche regionali;
- la valutazione dell'impatto di politiche regionali che hanno introdotto cambiamenti organizzativi rilevanti nell'assistenza territoriale o in quella ospedaliera, quali le Case della Salute o i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA);
- la messa a punto di strumenti utili a promuovere la medicina di iniziativa per la presa in carico dei pazienti con patologie croniche;
- la definizione di percorsi e flussi informativi innovativi per assicurare la sicurezza del paziente con riferimento al rischio infettivo in ambito assistenziale;
- lo sviluppo di metodi e strumenti innovativi per assicurare percorsi di governo delle nuove tecnologie sanitarie;
- l'innovazione nelle politiche sociali mirata a promuovere la partecipazione e coinvolgimento delle persone e delle comunità ai processi di programmazione ed erogazione dei servizi e l'equità in tutte le politiche.

### Stima del burden di malattie o condizioni di salute a livello regionale

#### *Malattia diabetica*

E' stato valutato l'impatto della malattia diabetica nella popolazione adulta dell'Emilia-Romagna dal 2010 al 2016, attraverso l'integrazione delle banche dati dei ricoveri ospedalieri, della farmaceutica territoriale, delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, delle esenzioni per patologia e dell'archivio di mortalità. Le analisi sono state utilizzate anche a supporto dei lavori del "Comitato di indirizzo per la malattia diabetica" come da DPG/2017/14449 del 06/09/2017.

Nel corso degli anni si è assistito a un lieve incremento del tasso standardizzato di prevalenza dei soggetti diabetici che si è accompagnato però ad una riduzione della mortalità e delle complicanze (mortalità, coma diabetico, cardiopatia ischemica acuta e cronica, ictus, complicanze oculari, interventi di rivascolarizzazione periferica e amputazione e procedure di dialisi). Il tasso standardizzato di ricovero per qualsiasi causa si è ridotto e sono aumentati i tassi di adesione alle prestazioni raccomandate dalle linee guida regionali (determinazione dell'emoglobina glicata, microalbuminuria, esame completo delle urine). La spesa media complessiva per assistito si è ridotta, in particolare quella dell'assistenza ospedaliera, mentre è lievemente aumentata la spesa per utilizzatore, ossia per paziente che effettivamente usufruisce di assistenza in termini di farmaci, visite specialistiche e ricoveri; in termini assoluti, la spesa sanitaria totale e per farmaci e assistenza specialistica è aumentata, mentre è diminuita quella per i ricoveri.

#### *Documenti di riferimento*

Dossier n. 264/2018 - Profili di assistenza e costi del diabete in Emilia-Romagna. Analisi empirica attraverso dati amministrativi 2010-2016"

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss264>

## *Demenza*

A supporto delle attività del tavolo per la elaborazione del PDTA regionale della demenza (determinazione n. 4250 del 28/3/2018), che è stato costituito in accordo con gli obiettivi del Piano nazionale per le demenze (Accordo Stato-Regioni 2014) e con il documento "Linee di indirizzo nazionali sui percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali per le demenze" (approvato in sede di Conferenza unificata il 23/10/17), recepiti dalla Regione Emilia-Romagna con la Delibera di Giunta Regionale n. 990/2016, è stata condotta un'analisi epidemiologica della prevalenza e incidenza della demenza in Emilia-Romagna, coerente con le linee di indirizzo nazionali sull'uso dei sistemi informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze.

La frequenza di demenza nella popolazione emiliano-romagnola è stata stimata sulla base dei flussi amministrativi regionali (ricoveri ospedalieri, assistenza farmaceutica territoriale ed erogazione diretta, esenzioni per patologia, assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani, registro di mortalità). È stata considerata la coorte dei pazienti con demenza in carico al Servizio sanitario regionale nel corso del 2017, con età maggiore/uguale a 18 anni e residenti in Emilia-Romagna nel 2017. Sono state calcolate la prevalenza puntuale al 31/12/2017; la prevalenza di periodo nell'anno 2017 e l'incidenza nell'anno 2017.

La demenza è risultata molto frequente nella popolazione regionale: prevalenza di periodo per l'anno 2017 pari a 18,5 per mille abitanti nella popolazione generale (12,5 nei maschi e 24,1 nelle femmine) e 62,8 nella popolazione con età  $\geq 65$  anni (46,4 nei maschi e 75,4 nelle femmine), con una importante variabilità tra distretti sanitari (tasso standardizzato per età e sesso nei diversi distretti 13,4 e 22,2 per mille abitanti). Il tasso di incidenza è risultato essere pari a 4,7 casi per mille abitanti (3,6 nei maschi e 5,6 nelle femmine). La popolazione con demenza presenta nell'8,6% dei casi solamente la demenza, nel 13% dei casi una patologia concomitante, nel 78% dei casi due o più patologie concomitanti. E' stato anche analizzato il consumo di risorse sanitarie.

## *Documenti di riferimento*

Rapporto. Epidemiologia della demenza in Emilia-Romagna nel 2017. Analisi attraverso dati amministrativi.

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/notizie/home/report-demenza>

## ***Multimorbilità***

La gestione dei pazienti con patologie croniche rappresenta una delle maggiori sfide che i sistemi sanitari devono e dovranno affrontare nei prossimi decenni. La presenza di più patologie croniche concomitanti (multimorbilità) rappresenta un tema di grande rilevanza sia sotto il profilo dell'utilizzo di risorse che per l'inadeguatezza dei diversi sistemi sanitari nel gestire la complessità dei bisogni della popolazione affetta.

Per stimare la frequenza della multimorbilità è stato condotto uno studio con l'obiettivo di definire e individuare la multimorbilità - intesa come co-presenza di 2 o più patologie croniche, stimarne prevalenza e incidenza e valutarne l'impatto in termini di utilizzo dell'assistenza sanitaria erogata dal Servizio sanitario regionale, nella popolazione adulta residente in Emilia-Romagna nell'anno 2016 e 2017. Lo studio ha consentito di sviluppare uno strumento che consente di descrivere il fenomeno della multimorbilità in Emilia-

Romagna, utile per la programmazione sanitaria in quanto, facilitando l'identificazione e l'anticipazione dei bisogni della popolazione con multimorbidità, permette di indirizzare strategie preventive e percorsi di cura, come indicato dal Piano nazionale della cronicità 2016 e dal nuovo Piano sociale e sanitario dell'Emilia-Romagna per il triennio 2017-2019.

Nel 2017, in Emilia-Romagna il 25,2% della popolazione adulta – e, in particolare, il 61% degli ultra 65enni – è affetto da due o più patologie croniche; nel dettaglio, 8,5% nella fascia di età 40-50 anni, 19,7% nella fascia 50-60, 41,6% nella fascia 60-70, 62,5% nella fascia 70-80 e 72,5% negli ultra 80enni. I pazienti con multimorbidità assorbono una proporzione elevata delle risorse per l'assistenza sanitaria: 64% dei ricoveri ospedalieri, 71% delle prescrizioni farmaceutiche, 88% dell'assistenza domiciliare, 79% dell'assistenza residenziale e semi-residenziale, 89% delle cure palliative in hospice, 89% dell'assistenza negli ospedali di comunità (OSCO), 51% dell'assistenza specialistica ambulatoriale, 43% degli accessi in Pronto soccorso.

Date le dimensioni del fenomeno sembrano necessari interventi utili a intercettare e anticipare i bisogni della popolazione con multimorbidità, adottare interventi di prevenzione su popolazioni a rischio, indirizzare i percorsi di cura.

#### *Documenti di riferimento*

Rapporto. Epidemiologia e impatto della multimorbidità in Emilia-Romagna. Anno 2016

Rapporto. Epidemiologia e impatto della multimorbidità in Emilia-Romagna. Anno 2017

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/multimorbidita-2017>

#### ***Condizioni socioeconomiche e loro effetto sul consumo di prestazioni e sulla salute***

Nel Piano sociale e sanitario regionale (PSSR) 2017-2019 tra le azioni da sviluppare viene incluso il "monitoraggio epidemiologico delle condizioni socio-economiche e demografiche che influenzano la salute di individui e comunità". L'Agenzia sanitaria e sociale regionale da tempo ha sviluppato competenze utili per fornire dati utili a supportare politiche capaci di produrre salute in modo equo.

Per rendere ancora più sistematiche, integrate nelle azioni del PSSR e fruibili le competenze sviluppate, è stato messo a punto un rapporto con l'obiettivo di condividere metodi e strumenti sperimentati e applicati per effettuare analisi e/o attività di sorveglianza delle disuguaglianze.

In particolare, sono stati analizzati i metodi e i relativi risultati delle analisi finalizzate rispettivamente a:

- descrivere il profilo demografico e socio-economico della popolazione emiliano-romagnola;
- analizzare l'impatto delle condizioni socioeconomiche sulla salute.

Il rapporto evidenzia, attraverso una molteplicità di approcci e fonti informative, come i fattori socio-economici abbiano un impatto su diversi esiti di salute o consumo di prestazioni, tra i quali: la mortalità, l'incidenza di tubercolosi, l'adesione alla vaccinazione, l'ospedalizzazione evitabile. Il rapporto ha anche evidenziato come programmi organizzati di intervento con elevato livello di adesione siano in grado di esercitare un'azione di livellamento sulle differenze socio-economiche che si vogliono contrastare: è quanto è accaduto per lo screening del tumore alla mammella.

#### *Documenti di riferimento*

Rapporto. Analisi delle condizioni socio-economiche e salute in Emilia-Romagna attraverso l'uso integrato di dati.

[http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/report\\_disuguaglianze\\_2018](http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/report_disuguaglianze_2018)

### ***Prevalenza di antimicrobico-resistenza, infezioni correlate all'assistenza e uso di antibiotici***

Il problema della crescente diffusione di microrganismi antibioticoresistenti e di infezioni da questi sostenute rappresenta una minaccia per la salute pubblica a livello mondiale. In Italia il quadro epidemiologico è tra i più preoccupanti a livello europeo, assieme alla Grecia. Negli ultimi anni sono stati sviluppati a livello regionale sistemi di sorveglianza, sostenuti da flussi informativi correnti o da indagini ad hoc, per monitorare il problema e guidare gli interventi preventivi e di controllo.

Annualmente, viene pubblicato un rapporto su sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici, un rapporto analogo ma focalizzato all'età pediatrica, un rapporto sulla sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico.

I risultati del sistema di sorveglianza su antibioticoresistenza e uso di antibiotici relativi al periodo 2010-2017 mostrano, soprattutto negli anni più recenti, una stabilizzazione delle percentuali di resistenza agli antibiotici e, in alcuni casi, una tendenza al decremento di questi indicatori. In particolare, le percentuali di resistenza del 2017 risultano in lieve riduzione rispetto all'anno precedente per i principali microrganismi Gram negativi e per *Staphylococcus aureus*. Si riscontra anche una riduzione dei consumi di antibiotici sistemici in ambito territoriale a partire dal 2010: nel 2017 il tasso di consumo è stato inferiore del 16% rispetto al 2010. Questi dati testimoniano l'efficacia delle azioni intraprese a livello regionale.

Periodicamente vengono inoltre condotte indagini di prevalenza a livello regionale per ottenere dati sulla prevalenza di tutte le infezioni correlate all'assistenza (ICA) negli ospedali per acuti e nelle residenze assistenziali per anziani.

L'indagine di prevalenza negli ospedali per acuti è stata condotta nel periodo ottobre-dicembre 2016 ed ha coinvolto 37 ospedali e 6235 pazienti. La prevalenza di ICA è stata pari a 8% (da 1% in neonatologia/pediatria a 24% in Terapia Intensiva). Il 42% dei pazienti era in trattamento con antibiotici il giorno dello studio.

L'indagine di prevalenza nelle strutture residenziali per anziani è stata invece condotta nel periodo aprile-giugno 2017 ed ha coinvolto 200 strutture residenziali e 10722 ospiti. La prevalenza di ICA è stata pari a 3,2%; la prevalenza di ospiti in trattamento antibiotico a 3,3%.

### ***Documenti di riferimento***

Rapporti annuali sulla sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/prevenzione-antibioticoresistenza-infezioni/sorveglianza-controllo/sorveglianza-rischio-infettivo/rapporti-sorveglianza>

Studio di prevalenza su infezioni correlate all'assistenza e uso di antibiotici negli ospedali per acuti. Rapporto regionale 2016.

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/report-pps-antibiotici-acuti-2016>

La prevalenza di infezioni correlate all'assistenza e di uso di antibiotici nelle strutture residenziali per anziani in Emilia-Romagna. I risultati del Progetto europeo HALT3 2017. Rapporto regionale.

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/report-regionale-halt3-2017>

## Valutazione dell'impatto di politiche regionali

### *Impatto delle Case della Salute*

L'istituzione formale delle Case della Salute (CdS) in Emilia-Romagna è avvenuta nel 2010, con la Delibera della Giunta Regionale n. 291. La prima fase è stata finalizzata, prevalentemente, alla definizione degli aspetti strutturali e del sistema di offerta delle Case della Salute; la seconda è stata, invece, mirata all'armonizzazione delle modalità di funzionamento delle Case della Salute (Delibera della Giunta Regionale n. 2128/2016).

All'inizio del 2017 sono stati avviati i lavori di un Gruppo di lavoro regionale costituito con Determinazione n. 21072 31/12/2016 per lo "Sviluppo di un modello di valutazione dell'impatto delle Case della Salute", con rappresentanti della Direzione generale Cura della persona, salute e welfare e dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale; professionisti che operano nelle CdS, quali Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti ambulatoriali; Direzioni aziendali, Direttori di Dipartimenti Cure Primarie e di altri servizi aziendali; rappresentanti degli Enti locali; rappresentanti dei cittadini e del volontariato; l'Università. L'obiettivo principale era quello di sviluppare un modello concettuale e analitico potenzialmente utile per la valutazione empirica dell'impatto delle CdS attraverso dati amministrativi ponendo attenzione ai temi di interesse comune per la programmazione e la sostenibilità dei sistemi sanitari (equità, efficacia, sicurezza ed economicità).

Tale gruppo di lavoro ha accompagnato la messa a punto del modello di valutazione basato su:

- i dati amministrativi regionali,
- una ricognizione dello stato di attuazione della DRG nelle CdS,
- un modello di valutazione della qualità percepita da parte dei cittadini e di valutazione dell'esperienza dei professionisti.

### VALUTAZIONE SULLA BASE DEI DATI AMMINISTRATIVI REGIONALI

Le attività si sono sviluppate in due successive fasi:

- definizione del modello di analisi
- analisi e restituzione dei risultati.

#### Definizione del modello di analisi

E' stata effettuata una ricognizione dei flussi amministrativi disponibili a livello regionale, la verifica dei protocolli per l'implementazione di indicatori già utilizzati dall'assistenza territoriale per descrivere le attività dei profili di nucleo. Nello specifico, sono state adeguate e integrate ai flussi di attività corrente sanitaria le

informazioni desumibili dalla banca dati dell'Anagrafe Strutture Sanitarie, Socio-Sanitarie, Sociali autorizzate e accreditate per quanto concerne le caratteristiche delle Case della Salute (<http://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepts/anagrafi/strutture> ). Sono stati considerati, in prima analisi, per il calcolo delle misure relative alla qualità dell'assistenza, i protocolli e gli indicatori utilizzati per il monitoraggio e la produzione della reportistica predefinita relativa dell'attività assistenziale dei Nuclei di Cure Primarie, così come riportati nella piattaforma ReportER #OpenData (<http://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepts/sanita/prim/analisi-statistica-ed-2018/reportistica-predefinita-nuclei-cure-primarie-edizione-2018>). E' stata quindi condotta un'analisi preliminare per alcuni indicatori pilota con l'intento di sperimentare alcuni protocolli già strutturati dal sistema regionale per poi valutare l'opportunità di implementare misure più specifiche direttamente correlate all'attività delle Case della Salute.

In parallelo all'attività analitica, è stata avviata una raccolta organizzata della letteratura nazionale ed internazionale che si è occupata dell'analisi e alle modalità di valutazione (anche da un punto di vista statistico) dell'impatto di modelli organizzativi innovativi in ambito sanitario e socio-sanitario, con l'obiettivo di identificare le dimensioni che sono state utilizzate per valutare l'impatto di innovazioni organizzative simili in altri paesi, quali esiti di salute, promozione dell'appropriatezza, presa in carico del paziente, livello di integrazione dei servizi.

#### Analisi e restituzione dei dati

E' stato sviluppato un modello analitico multivariato, basato esclusivamente sulle fonti di dati amministrativi disponibili in regione. Gli indicatori studiati sono stati: 1) Accessi in Pronto Soccorso per codici bianchi (valutazione in triage) concordanti con codici NON urgenti (valutazione in dimissione) x1000 residenti; 2) Ricoveri ACSC (condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale) per diabete/scompenso cardiaco/BPCO/polmonite batterica, x 1000 residenti con età  $\geq 65$  anni; 3) Episodi di cura di assistenza infermieristica e/o medica domiciliare, x 1000 residenti con età  $\geq 65$  anni; 4) Farmaci – politerapia ( $\geq 5$  farmaci differenti per principio attivo) x 100 residenti con età  $\geq 65$  anni; 5) Farmaci inappropriati x 100 residenti con età  $\geq 65$  anni; 6) Ricoveri ripetuti, x 100 residenti ricoverati (Sistema di Valutazione SIVER - Edizione 2017, C8a.2); 7) Ricoveri oltre soglia, x 100 residenti ricoverati con età  $\geq 65$  anni (Sistema di Valutazione SIVER - Edizione 2018, IND0102).

Sono stati messi a punto tre diversi modelli statistici: 1) un modello regionale in cui la coorte di esposti alle CdS a livello regionale è stata confrontata con la coorte dei non esposti a livello regionale, per la valutazione di un effetto medio complessivo; 2) un modello mirato a stimare la variabilità tra Aziende Sanitarie, nel quale la coorte di esposti a CdS in ciascuna Azienda è stata confrontata con l'intera coorte dei pazienti non esposti alla CdS a livello regionale; 3) un modello mirato a stimare la variabilità tra Case della Salute, nel quale la coorte di esposti a ciascuna CdS è stata confrontata con l'intera coorte dei pazienti non esposti alla CdS a livello regionale.

A ottobre 2018 è stato organizzato un seminario a cui sono state invitate tutte le Aziende Sanitarie nel corso del quale sono stati presentati i risultati dell'analisi. Il rapporto finale è in via di pubblicazione.

L'analisi evidenzia una significativa riduzione del numero di accessi al Pronto Soccorso per motivi inappropriati (codici bianchi secondo il triage infermieristico all'ingresso che vengono confermati come non urgenti dal medico alla dimissione), una riduzione dei ricoveri per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale, un aumento degli accessi all'assistenza domiciliare integrata.



## RICOGNIZIONE REGIONALE SULLO STATO DI SVILUPPO DELLE CdS

E' stato messo a punto uno strumento di rilevazione (questionario) con l'obiettivo di descrivere le funzioni/dimensioni caratterizzanti la Casa della Salute (accesso, valutazione del bisogno, presa in carico, integrazione professionale, medicina di iniziativa, empowerment di comunità) e alcuni degli elementi che rendono tangibili questa funzione. Lo scopo era quello di identificare gruppi di Case della Salute con livelli pressoché omogenei di attuazione delle indicazioni regionali (DGR 2128 del 5/12/2016).

Il questionario, è stato inviato alle Direzioni Sanitarie in data 21/9/2017, con richiesta di diffusione ai Direttori dei Dipartimenti di Cure Primarie. Nel mese di ottobre, sono stati organizzati una serie di incontri con alcuni Dipartimenti di Cure Primarie (AVEN, AUSL Bologna, AUSL Romagna), per fornire indicazioni precise sulle modalità di interpretazione/compilazione dei singoli item.

Sono stati rilevati dati sulle 84 CdS aperte entro i primi sei mesi del 2016 (33 Case della Salute a bassa complessità e 51 Case della Salute a medio-alta complessità) ed è stata riscontrata una significativa variabilità nel grado di sviluppo di tutte le funzioni previste per le CdS dalla DGR 2128/2016.

## CASA QUALITÀ. L'ESPERIENZA DEGLI UTENTI E DEI PROFESSIONISTI NELLE CASE DELLA SALUTE

Per descrivere l'esperienza di utenti e professionisti nelle Case della Salute sono state portate avanti/programmate le seguenti attività:

- Costruzione/elaborazione di un pacchetto multi-metodo comprensivo di strumenti di rilevazione per gli utenti e per i professionisti
- Realizzazione di una indagine regionale mirata a quantificare i livelli di soddisfazione espressi dagli utenti con esperienza di cura nelle Case della Salute rispetto a utenti con esperienza di cura nei Poliambulatori; l'indagine regionale è stata preceduta da una indagine pilota per validare gli strumenti di rilevazione
- Sperimentazione degli strumenti di ascolto rivolti a pazienti cronici e ai professionisti di riferimento (questionari Acic e Pacic).

L'indagine regionale è attualmente in corso. Nel primo lotto di indagine verranno inclusi 16 Distretti selezionati casualmente e 1-2 CdS/1-2 Poliambulatori per distretto. Si prevede la prima analisi dei dati e il rapporto intermedio a dicembre 2018; il rapporto finale sarà pronto all'inizio del 2019.

### *Documenti di riferimento*

Sono disponibili sul sito dell'ASSR tutti i documenti e materiali dell'indagine.

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/ricerca-sociale/casa-qual/intro>

### ***Cause di non aderenza ai percorsi diagnostici terapeutici assistenziali per la cronicità***

E' stato condotto uno studio in collaborazione con le Aziende USL di Piacenza, di Modena e della Romagna finalizzato ad esplorare con tecniche quantitative e qualitative i possibili motivi di non aderenza ai percorsi assistenziali per il diabete.

Sebbene sia stato evidenziato un miglioramento a livello regionale della presa in carico dei pazienti diabetici nel corso degli anni, l'aderenza non è uniforme in tutte le aziende considerate e in diversi gruppi di popolazione.

E' stato quindi condotto uno studio mirato ad analizzare l'aderenza sulla base delle banche dati amministrative regionali (coorte di > 275.000 persone con diabete) ed una analisi qualitativa dei motivi di non aderenza nelle tre Aziende Sanitarie (13 Focus Group con utenti e operatori).

Le analisi effettuate sulle banche dati integrate disponibili a livello regionale (Anagrafe assistiti, SDO, ASA, AFT, FED, REM, Esenzioni, FAR, ADI, GRAD) hanno dimostrato una significativa non aderenza ai controlli da parte dei pazienti più giovani (in particolare, tra i 18 e i 40 anni) e degli stranieri; è risultata invece una significativa maggiore aderenza dei pazienti più anziani (ultra 60enni), insulinodipendenti e con comorbidità associate.

Ipotizzando l'esistenza di altri fattori di tipo culturale, organizzativo, attitudinale, informativo, ecc., sono state condotte indagini ad hoc di tipo qualitativo (focus group) con pazienti e professionisti che hanno evidenziato punti di forza e debolezza nella relazione medico paziente, nell'empowerment dei pazienti e negli aspetti strutturali e organizzativi del percorso diabete. Tra questi particolarmente importante è risultata la relazione fra professionisti e pazienti basata su una figura di riferimento; l'empowerment del paziente; gli aspetti strutturali e organizzativi del percorso che incidono profondamente sulle dinamiche relazionali, comunicative e autonomizzanti e devono essere orientati a garantire facilità di accesso, fluidità operativa e integrazione fra le diverse articolazioni aziendali coinvolte.

#### *Documenti di riferimento*

Rapporto. Indagine conoscitiva sulle cause di non aderenza ai Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali per il diabete mellito. Report intermedio. 2016

Rapporto. Cause di non aderenza al percorso diagnostico-terapeutico assistenziale del diabete mellito: uno studio quali-quantitativo per il miglioramento. Report finale. 2018

#### ***Implementazione di un sistema di monitoraggio dell'assistenza territoriale***

Nell'ambito di un progetto nazionale di ricerca autofinanziata (anno 2015), coordinato dall' Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), finalizzato a definire un sistema di identificazione e monitoraggio dei soggetti con Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e valorizzare i costi del percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) relativo, è stato realizzato quanto segue:

- calcolo, sulla base dell'algoritmo ministeriale previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza della prevalenza di BPCO nel 2016, nelle 8 aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna e confronto con la stima ottenuta con l'applicazione dell'algoritmo della Regione Emilia-Romagna;
- stratificazione della popolazione con BPCO identificata con l'algoritmo ministeriale, per numero di patologie (monopatologia, 1 patologia cronica associata, 2 o più patologie croniche associate) sulla base dell'algoritmo 'multimorbidity' della Regione Emilia-Romagna;
- valorizzazione del costo totale nel 2016 della BPCO identificata con l'algoritmo ministeriale, con descrizione delle singole voci di "costo" (SDO TUC, specialistica al lordo del ticket, farmaceutica ecc. considerando la mobilità).

### *Documenti di riferimento*

Relazione finale del progetto inviata ad Agenas.

### ***Analisi economica dei PDTA e valutazione organizzativa e di costo***

Le esigenze conoscitive a supporto dei processi decisionali rendono necessaria una valutazione economica ed organizzativa di alcuni dei percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali attuati recentemente nell'ambito dei percorsi di riorganizzazione dei servizi territoriali e delle reti ospedaliere.

Il progetto è realizzato in collaborazione con la Scuola Superiore di Politiche per la Salute dell'Università di Bologna e l'Azienda USL di Parma. Hanno partecipato anche le Aziende USL di Modena e Bologna; è stato avviato nel 2016 e si concluderà nel 2019. Obiettivo principale del progetto è mettere a punto un modello di stima dei costi di alcuni percorsi diagnostico-terapeutici (diabete, insufficienza renale cronica e frattura di femore) basandosi sulla rilevazione dei consumi di risorse desumibili dalle banche dati amministrative e sulla rilevazione puntuale dei costi per singola prestazione e centro erogatore e valutarne l'impatto. E' stata completata la stima dei costi associati al diabete secondo la metodologia COI (cost of illness) e sono stati differenziati i costi della popolazione con diabete sulla base della presenza/assenza di complicanze e durata della malattia. E' stata condotta, inoltre, una valutazione dell'impatto clinico derivante dall'adesione alle linee-guida di follow-up del diabete e delle modalità di gestione del paziente adottate.

Per quanto concerne il percorso della frattura di femore, sono state condotte analisi descrittive ed individuati i principali percorsi riabilitativi dei pazienti. Per l'insufficienza renale cronica è stato definito il protocollo di studio.

### *Documenti di riferimento*

Relazione dell'attività svolta dall'ASSR relativa al I e al II anno.

## **Strumenti a supporto di azioni regionali**

### ***Stratificazione della popolazione in relazione al rischio di ospedalizzazioni prevenibili***

Per essere realmente efficaci, i servizi sanitari devono essere in grado di gestire la salute dell'intera popolazione e non solo di coloro che richiedono attivamente una prestazione sanitaria o sociale. Tale approccio viene definito *population health management* - PHM e ha l'obiettivo di mantenere quanto più possibile la popolazione in buone condizioni di salute e minimizzare il ricorso a prestazioni sanitarie costose, adattando gli interventi offerti alle persone in ragione del livello di rischio di utilizzo dei servizi sanitari. Le persone a rischio più elevato di utilizzo inappropriato dei servizi sanitari (accessi al Pronto Soccorso o ricovero in ospedale) vengono prioritariamente assegnate a un successivo intervento, in particolare la presa in carico individuale.

L'Agenzia Sanitaria e Sociale ha sviluppato nel 2014 una metodologia per la stratificazione della popolazione a rischio di ospedalizzazione per cause potenzialmente evitabili, in collaborazione con la Thomas Jefferson University di Philadelphia. Nel 2016 si è ritenuto opportuno rivedere il modello originariamente sviluppato, con l'obiettivo di rendere possibile un processo mirato ad aggiornare il modello e arricchirlo con variabili aggiuntive di carattere socioeconomico. Poiché il modello originale utilizzava un algoritmo che prevedeva

l'utilizzo del disease staging, sistema sviluppato dalla Jefferson University, la prima fase è consistita nel riprodurre il modello senza l'utilizzo di questo sistema, verificando che la performance del modello fosse sempre elevata e che non ci fossero discordanze nella identificazione delle diverse categorie di rischio.

Le attività svolte nel triennio hanno riguardato: la ricognizione dello stato dell'arte che si è svolta nel primo periodo di attività attraverso la condivisione delle esperienze locali e nazionali sul tema della stratificazione del rischio di ospedalizzazione per popolazioni a carico dei sistemi sanitari. E' stata quindi raccolta la letteratura e la documentazione relativa alle metodologie empiriche, anche innovative e sperimentali, utilizzate nelle diverse esperienze nazionali ed internazionali, per la stima di modelli predittivi dell'utilizzo dei servizi sanitari e dei bisogni di salute. E' stata quindi sperimentata e verificata la performance utilizzando il nuovo modello.

Il prodotto finale ha assunto la denominazione di "RiskER". Il modello RiskER, in tutto analogo al modello originariamente sviluppato in collaborazione con la Jefferson University tranne che per l'utilizzo del disease staging, risulta avere una performance analoga se non leggermente superiore al modello originario. La possibilità di stratificare la popolazione sulla base dell'algoritmo RiskER, utilizzando quindi informazioni come la categoria diagnostica principale disponibili a tutti, rende questa metodologia potenzialmente utilizzabile per operare confronti tra Regioni e Aziende sanitarie diverse, stratificando la popolazione adulta in ragione del rischio di ricovero o decesso per condizioni prevenibili. In prospettiva sarà inoltre possibile arricchire ulteriormente l'algoritmo RiskER, integrandolo con variabili in grado di catturare altri determinanti del rischio di ospedalizzazione prevenibile, quali quelli socio-economici.

In funzione dei progetti di medicina d'iniziativa attivati in regione, sulla base del modello RiskER, sono state determinate e messe a disposizione le "liste" di popolazione stratificata e definita ad alto e molto alto rischio di ospedalizzazione. Dal settembre 2018, il modello RiskER è utilizzato anche per le finalità e gli obiettivi definiti nel progetto a finanziamento CCM Programma 2017 "Stratificazione del rischio di fragilità della popolazione: valutazione di impatto e analisi dei modelli organizzativi".

#### *Documenti di riferimento*

Rapporto. "Stratificazione della popolazione in relazione al rischio di ospedalizzazione per cause prevenibili e decesso: l'algoritmo RiskER. 2018"

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/report-risker-2018>

### **Sicurezza del paziente: il rischio infettivo in ambito assistenziale**

Il programma portato avanti nella Regione Emilia-Romagna ha consentito di conseguire importanti risultati e la sua innovatività è riconosciuta a livello nazionale ed internazionale. Sono tuttavia necessarie azioni utili a promuovere il consolidamento di quanto realizzato e l'attivazione di interventi ulteriori.

Nel corso del 2017 è stato presentato dal Ministero della Salute il nuovo Piano Nazionale per il contrasto all'antibioticoresistenza, che verrà discusso prossimamente in sede di Conferenza Stato-Regioni. Molte delle azioni previste dal Piano sono state già sviluppate e sperimentate nel corso degli anni dall'Agenzia sanitaria e sociale della Regione Emilia-Romagna.

In particolare, i sistemi di sorveglianza attivati in regione rispondono già a quanto raccomandato dall'*European Center for Disease Control* e recepito dal Piano Nazionale ed a questi si affianca un innovativo

sistema regionale di sorveglianza dell'antibioticoresistenza; sono stati attivati programmi di intervento mirati a ridurre il consumo inappropriato di antibiotici; la Delibera della Giunta Regionale 318/2013 ha fornito alle Aziende Sanitarie le linee di indirizzo per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza, attività che vengono monitorate annualmente.

Nel triennio l'obiettivo è stato quello di ideare e sperimentare strumenti innovativi per la sorveglianza/monitoraggio e per promuovere l'implementazione nella pratica di strumenti efficaci. Tali obiettivi, funzionali alla implementazione in ambito locale delle attività per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e per la promozione dell'uso responsabile di antibiotici (DGR n. 318/2013), sono stati perseguiti in sinergia con la Direzione generale Cura della persona, salute e welfare e con le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna e in ottemperanza al Piano Regionale Prevenzione 2014-2018.

Gli ambiti di interesse sono stati in particolare:

- la sperimentazione di soluzioni innovative per la sorveglianza e il controllo delle infezioni,
- lo sviluppo di strumenti innovativi per il controllo delle infezioni e delle resistenze antibiotiche. Tra questi si ricordano strumenti per l'implementazione di linee guida per gli operatori sanitari, strumenti per valutare l'adesione alle raccomandazioni e materiali per la comunicazione ai pazienti,
- campagne regionali dirette alla popolazione generale.

Tutti gli indicatori disponibili testimoniano di un progressivo miglioramento a livello regionale della situazione epidemiologica come anche la progressiva diffusione di programmi aziendali e di comportamenti appropriati a ridurre il rischio di antibiotioresistenza. Si osserva infatti:

- un *trend* in riduzione dell'uso totale di antibiotici nei bambini in comunità, dell'uso di specifici antibiotici non indicati come prima scelta e delle percentuali di resistenza agli antibiotici,
- la diffusione di strumenti innovativi per l'uso appropriato di antibiotici (integrazione nei profili di cura dei pediatri di libera scelta; richieste da parte di altre regioni di riutilizzo di tali strumenti)
- il costante aumento del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani nelle Aziende Sanitarie della regione a testimonianza di una migliore aderenza alle linee guida per la corretta igiene delle mani in ambito assistenziale.

### ***Sorveglianza e controllo del rischio infettivo***

#### SORVEGLIANZA DEL RISCHIO INFETTIVO

#### *Sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza*

E' stato consolidato il sistema di sorveglianza regionale delle infezioni del sito chirurgico (SICCh-ER). Tale sistema è stato integrato dal SISEPS tra gli altri flussi amministrativi correnti regionali, legandolo alla Scheda di dimissione ospedaliera (Circolare 18/2016). In questo modo sono stati realizzati i seguenti obiettivi:

- una maggiore efficienza operativa evitando la rilevazione multipla delle stesse informazioni da sistemi regionali paralleli (SDO e SICChER),
- la possibilità di monitorare la qualità delle informazioni rilevate attraverso l'analisi incrociata dei dati SICChER con altri flussi regionali (SDO/LAB/PS),

- la possibilità di definire una reportistica interattiva a disposizione delle unità e Aziende Sanitarie,
- l'inclusione nel sistema di tutte le strutture chirurgiche accreditate.

Sono state inoltre coordinate le due indagini di prevalenza delle ICA a livello regionale (vedi sezione "Burden di malattie e condizioni a livello regionale").

#### *Documenti di riferimento*

Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali. Sicurezza in chirurgia.

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/sicurezza-chirurgia>

#### *Monitoraggio dell'uso di antibiotici*

La sorveglianza dell'uso di antibiotici basata sui flussi regionali della farmaceutica è stata integrata nel Sistema indicatori di valutazione dell'Emilia-Romagna (SIVER), identificando gli indicatori di valutazione e monitoraggio da utilizzare in ambito territoriale per la popolazione generale e pediatrica e in ambito ospedaliero.

#### *Documenti di riferimento*

SISEPS. InSiDER - Indicatori Sanità e Dashboard Emilia-Romagna

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/reporter/InSiDER>

#### *Monitoraggio annuale dello stato di attuazione a livello aziendale della D.G.R. n. 318/2013*

E' proseguito il monitoraggio annuale del grado di adesione delle Aziende Sanitarie agli indirizzi per il governo del rischio infettivo definiti a livello regionale, con un questionario di rilevazione che è stato aggiornato e un software per l'input e analisi dei dati migliorato.

L'ultima rilevazione testimonia di un progressivo miglioramento dell'adesione da parte delle Aziende: è in miglioramento l'indicatore sintetico utilizzato per descrivere complessivamente le attività portate avanti, l'adesione alla corretta igiene delle mani (nel 2017 a livello regionale si è sostanzialmente raggiunto lo standard definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità), l'adesione al sistema di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico.

#### *Gruppo Regionale MicroRER*

E' ormai consolidata la necessità di un approccio al tema dell'antibioticoresistenza che sia "one Health" ossia che tenga conto contemporaneamente di ciò che avviene in ambito umano ed in ambito veterinario, dato il rischio che la diffusione di microrganismi antibioticoresistenti in un ambito possa influenzare ciò che accade nell'altro.

A tale scopo è stato istituito nel 2017 un gruppo di lavoro a livello regionale denominato "Micro-RER (DPG/2017/13785 del 22/08/2017) con l'obiettivo di sperimentare un sistema di sorveglianza combinato umano/veterinario per la sorveglianza delle resistenze antibiotiche a colistina e per la sorveglianza dei fenomeni emergenti in antibioticoresistenza.

Il gruppo ha definito il protocollo di sorveglianza della resistenza degli enterobatteri a colistina e la reportistica per la restituzione dei risultati ai laboratori partecipanti. Sono stati analizzati campioni di isolati a partire dal 2015 dove è stata confermata la presenza di ceppi di enterobatteriacee portatori dei geni plasmidici di resistenza, in particolare di *Escherichia coli* associato a mcr1. E' stato anche definito il formato del report: sono stati ad oggi predisposti tre report; l'ultimo è aggiornato ad agosto 2018.

#### CONTROLLO DEL RISCHIO INFETTIVO

##### *Implementazione a livello regionale del Piano Nazionale di contrasto all'antimicrobicoresistenza (PNCAR)*

Il 2 Novembre 2017 è stato dato parere favorevole in Conferenza Stato Regioni all'Intesa sul PNCAR. Il Piano è stato recepito con la Delibera di Giunta Regionale 1021/2018. Per promuovere l'implementazione del PNCAR a livello regionale è stato istituito un Gruppo Tecnico di lavoro (determinazione 5590 del 20/04/2018). Sono in corso di definizione le priorità di azione a livello regionale e aziendale.

##### *Promozione della corretta igiene delle mani*

La corretta igiene delle mani durante l'assistenza ad un paziente in qualsiasi ambito assistenziale (in ospedale, in ambulatorio, in una struttura residenziale per anziani, nell'assistenza domiciliare) rappresenta la misura più efficace per ridurre il rischio di trasmettere microrganismi potenzialmente patogeni da un paziente all'altro.

A livello regionale, l'igiene delle mani viene promossa attivamente: è stata inclusa tra gli obiettivi del Piano regionale di prevenzione a partire dal 2010.

Il monitoraggio dell'adesione delle Aziende (vedi precedentemente) è in sostanziale miglioramento in tutte le aziende e dal 2017 è stata attivata una rilevazione del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani anche nelle strutture residenziali per anziani, come previsto dal Piano Regionale della Prevenzione 2015-2019.

##### *Enterobatteri produttori di carbapenemasi*

Visto il preoccupante incremento delle infezioni da enterobatteri produttori di carbapenemasi in Emilia-Romagna, nei primi mesi del 2011 è stato avviato un sistema regionale di sorveglianza e controllo per fare fronte alla criticità emergente. Tale sistema è stato coordinato dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale e ha visto la partecipazione dei Servizi dell'Assessorato alle Politiche per la salute e di tutte le Aziende sanitarie della regione.

Nel triennio è proseguita la sorveglianza mensile dei pazienti colonizzati e infetti con CPE. Sono anche state aggiornate nel 2017 le raccomandazioni per la sorveglianza e il controllo dei CPE. L'ultima versione del documento contiene nuovi materiali per la comunicazione a pazienti e caregiver, ed è il frutto di un lavoro multidisciplinare che ha impegnato tre Aziende sanitarie della Regione (Azienda USL Romagna - sede di Rimini, Azienda ospedaliera di Reggio Emilia e Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna) e l'Agenzia sanitaria e sociale regionale.

##### *Documenti di riferimento*

Documento. Indicazioni pratiche e protocolli operativi per la diagnosi, la sorveglianza e il controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/indicazioni-pratiche-diagnosi-cpe-2017>

### *Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico*

Per promuovere la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico, infezioni che si verificano nel 2% circa degli interventi chirurgici; queste infezioni sono, tra tutte le infezioni correlate all'assistenza, quelle associate al maggiore impatto economico, è stato messo a punto un documento con l'obiettivo di:

- fornire - a chirurghi e personale infermieristico che opera in ambito chirurgico, ai responsabili aziendali del controllo del rischio infettivo correlato all'assistenza e alle figure addette, alle Direzioni sanitarie delle Aziende - un quadro sintetico ma completo delle misure ad oggi considerate irrinunciabili per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico;
- individuare i principali ostacoli all'applicazione di queste misure e suggerire strumenti e metodi per superarle;
- individuare e promuovere l'uso di indicatori per monitorare l'effettiva applicazione di queste misure nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna.

E' stato anche messo a punto un documento mirato a fornire indicazioni alle Aziende sanitarie e ai professionisti coinvolti nella gestione dei pazienti con infezioni protesiche per la diagnosi tempestiva e la presa in carico multidisciplinare dei casi, al fine di superare alcune criticità nella gestione del percorso clinico-organizzativo in modo uniforme a livello regionale.

In ambedue i casi, i documenti sono stati messi a punto da gruppi di lavoro regionali, composto da professionisti esperti delle diverse discipline interessate, che si sono avvalsi dell'Agenzia sanitaria e sociale per il coordinamento e la cura degli aspetti metodologici.

### *Documenti di riferimento*

Dossier n. 261/2017 - Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss261>

Infezioni di protesi articolari: percorso diagnostico e indicazioni per la profilassi antibiotica

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/infezioni-protesi-articolari>

### *Sviluppo e trasferimento di strumenti innovativi*

L'APPLICATIVO MAPPER

Nel 2015, in occasione della Giornata mondiale sull'igiene delle mani, è stato lanciato uno strumento per il monitoraggio informatizzato dell'adesione all'igiene delle mani (MAppER). Si tratta di un'applicazione mobile realizzata dalla Rete Informatica dell'Agenzia, utile ad agevolare gli interventi di audit e feedback in merito alla valutazione dell'adesione all'igiene delle mani. Il portale web dedicato fornisce inoltre strumenti di gestione e di analisi dei dati raccolti, anche a livello regionale.



Successivamente, l'applicazione è stata sperimentata in alcuni siti pilota, sono stati corretti i problemi identificati e a maggio 2017 l'applicazione è stata rilasciata per l'utilizzo in tutte le Aziende Sanitarie della Regione.

L'applicazione MAPPER è stata anche richiesta da strutture extraregionali ed è attualmente in fase di sperimentazione anche in altre regioni. È stata definita la reportistica MappER regionale ed aziendale; è stato anche messo a punto uno specifico formato per il ritorno informativo alla singola struttura sociosanitaria extraospedaliera.

#### *Documenti di riferimento*

Accesso all'applicazione, manuale di utilizzo, video con le istruzioni

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/prevenzione-antibioticoresistenza-infezioni/strumenti-innovativi/mapper/intro>

#### STRUMENTI PER PROMUOVERE L'ADESIONE ALLE LINEE GUIDA DEL PROGETTO PROBA – BAMBINI E ANTIBIOTICI

Il Progetto Bambini e antibiotici - ProBA, promosso dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale a partire dal 2003 con l'obiettivo di favorire l'utilizzo consapevole degli antibiotici nei bambini e di prevenire lo sviluppo di infezioni da batteri resistenti, ha portato alla realizzazione di due linee guida "Otite media acuta in età pediatrica" e "Faringotonsillite acuta in età pediatrica" diffuse nel 2007.

Nel 2013 il Progetto è stato riattivato definendo un Gruppo di lavoro multidisciplinare regionale per aggiornare le linee guida pediatriche prodotte nel 2007 e per definire modalità efficaci di implementazione delle raccomandazioni a livello regionale; nel 2015 sono stati pubblicati gli aggiornamenti delle linee guida (nella Collana Dossier).

Queste ultime sono state prodotte con la collaborazione del Servizio Assistenza territoriale (Direzione generale Cura della persona, salute e welfare) e sono state accompagnate da una serie di strumenti utili per l'implementazione, quali alcuni allegati pratici per il counselling e la prevenzione; un gestionale, inserito nelle cartelle elettroniche pediatriche utilizzate in regione, per supportare i professionisti nell'applicazione del protocollo diagnostico-terapeutico proposto per la faringotonsillite; una sintesi delle evidenze di letteratura utilizzate per formulare le raccomandazioni.

Per le linee guida ProBA sono state inoltre sviluppate e diffuse una reportistica individualizzata per i pediatri di libera scelta, disponibile dai primi mesi del 2017 sul portale SOLE; una App - ProbaER - che consente ai pediatri di visualizzare la reportistica dei propri dati prescrittivi attraverso dispositivi mobili (disponibile da luglio 2017, al momento solo per Android).

#### *Documenti di riferimento*

Dossier n. 253/2015. Faringotonsillite in età pediatrica. Linea guida regionale

Dossier n. 254/2015. Otite media acuta in età pediatrica. Linea guida regionale

Gruppo di lavoro Linee guida per la gestione delle infezioni in età pediatrica. Progetto ProBA 2014. Faringotonsillite in età pediatrica. Guida rapida 2015. 2015

Gruppo di lavoro Linee guida per la gestione delle infezioni in età pediatrica. Progetto ProBA 2014. Otite media acuta in età pediatrica. Guida rapida 2015. 2015

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/prevenzione-antibioticoresistenza-infezioni/strumenti-innovativi/linee-guida-regionali>

#### MATERIALI PER I PAZIENTI

Sono stati elaborati una serie di strumenti informativi ad uso dei pazienti/caregiver; in particolare, è stato messo a punto un opuscolo informativo e due documenti in formato domande/risposte per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e della trasmissione di microrganismi resistenti agli antibiotici.

Il percorso seguito per predisporre questi materiali ha previsto la realizzazione di osservazioni etnografiche e focus group ai quali hanno partecipato operatori e caregiver. Questo approccio, che prende spunto dai suggerimenti delle persone direttamente coinvolte nella gestione del problema, ha l'intento di ottenere materiali di buona qualità in termini di comprensibilità ed esaustività.

#### *Documenti di riferimento*

"Rischio infezioni, non abbassare la guardia. Regole pratiche e informazioni per ridurre la trasmissione delle infezioni in ospedale e nei luoghi di ricovero". opuscolo, 2016

"Rischio infezioni, non abbassare la guardia Informazioni per pazienti che escono dall'ospedale e tornano a casa (pdf, 409.5 KB)". domande/risposte, 2016

"Rischio infezioni, non abbassare la guardia Informazioni per pazienti che escono dall'ospedale e vanno in struttura residenziale". domande/risposte, 2016

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/prevenzione-antibioticoresistenza-infezioni/strumenti-innovativi/materiali-pazienti>

#### ***Progetti su scala sovraregionale***

L'Agenzia svolge nell'ambito del contrasto all'antibioticoresistenza un ruolo di riferimento a livello nazionale:

- nel 2017 si è concluso un progetto nazionale coordinato dall'Emilia-Romagna che ha armonizzato metodologie e strumenti in collaborazione con altre 6 regioni italiane (Lombardia, Piemonte, Toscana, Lazio, Campania, Calabria) e l'Istituto Superiore di Sanità
- nel triennio l'ASSR ha assicurato il sostegno al Ministero della Salute nell'Azione Centrale della Sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza, il che comporta anche la partecipazione per conto del Ministero della Salute alla rete europea coordinata dall'*European Center for Disease Control*,
- nel 2018 la Regione Emilia-Romagna (ambito veterinario) e l'ASSR (ambito umano) sono state incaricate di coordinare il tavolo inter-regionale, istituito nell'ambito del Tavolo sulla Prevenzione, per l'implementazione del PNCAR.

L'Agenzia ha inoltre partecipato nel periodo ai seguenti progetti nazionali e internazionali:

- Progetto finanziato dal CCM PAMURSA (iniziato nel 2014 - concluso nel 2016) sulle infezioni multiresistenti nelle strutture residenziali per anziani (capofila Istituto Superiore di Sanità);

- Progetto finanziato dal CCM sul "Monitoraggio e controllo della diffusione intraospedaliera di microrganismi multiresistenti agli antibiotici (Capofila Regione Puglia);
- nel 2018 si concluderà il progetto Healthcare associated infections and Antimicrobial use in European Long-Term care facilities – 3, finanziato dall'European Center for Disease Control e coordinato dall'ASSR e dal Scientific Institute of Public Health del Belgio che aveva l'obiettivo di fornire supporto alla sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza ed uso di antimicrobici nelle strutture residenziali per anziani europee.

#### *Documenti di riferimento*

Documenti a supporto delle attività di sorveglianza nazionale delle ICA

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/prevenzione-antibioticoresistenza-infezioni/sorveglianza-controllo/sorveglianza-rischio-infettivo/sostegno-attivita-ccm>

## **Il governo delle tecnologie sanitarie**

### ***Percorso regionale per il governo dei dispositivi medici innovativi***

La valutazione sistematica, multidisciplinare, multidimensionale e metodologicamente rigorosa, delle caratteristiche tecniche e delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali conseguenti all'adozione di una tecnologia sanitaria, utilizzando i metodi dell' *Health Technology Assessment* (HTA), consente ai decisori – politici, manager, professionisti sanitari, pazienti e cittadini – strumenti di adottare decisioni più consapevoli relativamente all'introduzione di nuove tecnologie.

In Agenzia sanitaria e sociale regionale è attivo da più di 10 anni un gruppo multidisciplinare di professionisti che si è occupato a livello regionale, nazionale ed internazionale della valutazione delle tecnologie secondo la metodologia HTA, sia nell'ambito dei dispositivi medici (DM) che degli interventi complessi. Il progetto "Governo delle tecnologie sanitarie" si è posto l'obiettivo di promuovere un percorso più efficiente per la piena integrazione dell'HTA nel processo decisionale, proseguendo allo stesso tempo nella produzione di strumenti a supporto della decisione.

Nel corso del triennio è stato:

1. ideato, testato e implementato un percorso regionale esplicito e condiviso per l'identificazione di dispositivi medici innovativi candidabili a valutazione HTA;
2. sono state prodotte le valutazioni sui DM così identificati, a supporto della Commissione Regionale dei Dispositivi Medici;
3. è stato realizzato un programma formativo con l'obiettivo di sistematizzare e integrare le conoscenze e le competenze dei professionisti aziendali per produrre e condividere un modello comune di valutazione nell'ambito dei dispositivi medici che rimangono di competenza locale perché non eleggibili a valutazione regionale.

il progetto è stato realizzato in collaborazione con alcuni servizi della Direzione generale cura della persona, salute e welfare, in particolare il Servizio Assistenza Territoriale, e con i professionisti delle tre Aree vaste

dell'Emilia-Romagna facenti parte di commissioni e/o gruppi di lavoro che si occupano di dispositivi medici (quali le commissioni di area vasta dei dispositivi medici) o operanti come clinici nelle aziende della nostra regione.

Inizialmente è stata effettuata una ricognizione dei soggetti e degli organi aziendali o sovra-aziendali coinvolti nell'introduzione di nuovi dispositivi medici a livello delle aziende sanitarie regionali e sulla tipologia dei dispositivi medici richiesti dai clinici regionali.

E' stato quindi fornito il contributo alla creazione di un database regionale unico per le richieste di introduzione di nuovi dispositivi medici da parte del Servizio Assistenza Territoriale, divenuto operativo a febbraio 2017. Come esito di un percorso partecipativo con i componenti della CRDM, direttori sanitari delle Aziende sanitarie e alcuni clinici delle principali discipline è stato integrato nell'applicativo web nell'aprile 2017 un questionario per la richiesta di nuovi dispositivi medici. Un'analisi preliminare effettuata a giugno 2018 della fase pilota (che si concluderà nel 2018) ha evidenziato come a circa un anno di distanza dalla sua implementazione, la compilazione del questionario HTA presenti una buona performance (80 questionari compilati su 93 eleggibili, 86%). La sostenibilità del modello messo a punto è risultata buona secondo quanto emerso da interviste fatte agli utilizzatori.

In questo arco di tempo sono risultati eleggibili a HTA regionale 6 dispositivi medici. Questi sono stati analizzati secondo la metodologia appropriata: una valutazione rapida o un'istruttoria, la cui metodologia esplicita era stata definita precedentemente.

La progettazione e i risultati delle attività svolte nell'ambito del governo regionale dei dispositivi medici sono stati oggetto di presentazione a diversi convegni nazionali (SIHTA 2018, SIFACT 2018) e internazionali (HTAI 2017) e di pubblicazione su riviste peer-reviewed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30320723>).

La maggior parte dei dispositivi medici richiesti dai clinici delle aziende sanitarie non risultando eleggibili a valutazione regionale ma rimangono di competenza locale. Per sistematizzare le conoscenze e competenze nell'ambito dei dispositivi medici anche al fine di arrivare a valutazioni omogenee e interscambiabili tra le diverse commissioni, nel 2017 è stato progettato e avviato un corso di formazione per i professionisti regionali che si occupano di valutazioni di dispositivi medici a livello locale (<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/governo-tecnologie-sanitarie/attivita-dispositivi-medici/form-azione-valutazione-dm/intro>). Il corso è stato indirizzato a 30 professionisti individuati dalle aziende sanitarie. Alla prima edizione, avviata il 7 novembre 2017 e conclusasi il 27 marzo 2018 ne è seguita una seconda, che è stata avviata il 9 ottobre 2018 e si concluderà il 26 febbraio 2019.

Oltre alle attività progettuali specifiche, nel corso del triennio 2016-2018 l'ASSR ha continuato a fornire supporto alle commissioni e gruppi regionali dei servizi della Direzione generale Cura della persona, salute e welfare nell'ambito della valutazione di dispositivi medici specifici (quali ad esempio la biopsia liquida, istruttoria richiesta dall'assemblea legislativa in seguito a una petizione popolare) e dell'analisi del flusso DiMe durante un periodo di assenza per maternità.

#### *Documenti di riferimento*

Definizione di un percorso per segnalare le tecnologie da valutare con metodologia HTA a livello regionale, 2017

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/percorso-dm-eleggibili-hta>

Metodologia per la produzione di valutazioni rapide di tecnologie sanitarie, 2017

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/metodologia-valutazioni-rapide>

Metodologia per l'elaborazione delle istruttorie di tecnologie sanitarie, 2017

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/governo-tecnologie-sanitarie/attivita-dispositivi-medici/metodologia-hta/istruttorie>

### ***Valutazione di modelli organizzativi secondo la metodologia HTA***

#### VALUTAZIONE DEI PDT

L'ASSR ha partecipato insieme alla Liguria al progetto "Health Technology Assessment di percorsi diagnostico-terapeutici" finanziato dal Ministero della Salute (Fondo della Ricerca Corrente 2014) e coordinato da Agenas (<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/governo-tecnologie-sanitarie/attivita-modelli-organizzativi/modello-hta-pdt/intro>).

Il progetto ha avuto l'obiettivo di sviluppare un modello analitico e valutativo per i PDT, che consentisse la standardizzazione della loro valutazione nel rispetto delle peculiarità del contesto in cui avviene la loro implementazione.

E' stata effettuata una ricerca bibliografica per individuare i documenti metodologici di valutazione degli interventi complessi in generale e dei PDT in particolare, sono stati presi in considerazione l'HTA Core Model di EUnetHTA e due checklist di valutazione in uso presso le due unità di ricerca. Gli elementi che sono risultati potenzialmente utili per un modello di valutazione HTA dei PDT sono:

1. l'analisi delle criticità e del contesto specifico, la definizione della popolazione target e dei benefici attesi;
2. la definizione in modo analitico dell'intervento e dei meccanismi causali che lo caratterizzano;
3. il coinvolgimento degli stakeholders nella progettazione e valutazione;
4. la sperimentazione dell'intervento prima su piccola scala per valutarne fattibilità e accettabilità, necessità di adattamento al contesto, fattori di ostacolo o favorenti, tempi e modi di erogazione dell'intervento, dimensione dell'effetto;
5. la pianificazione a priori della valutazione degli esiti e di quella dei processi;
6. l'utilizzo di disegni di studio che minimizzino il rischio di bias;
7. il potenziamento dell'analisi della fase implementativa e della disseminazione dei risultati a decisori.

#### REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA SUGLI INTERVENTI ATTI A RIDURRE I TEMPI DI ATTESA

La riduzione dei tempi di attesa è uno degli obiettivi principali del sistema sanitario nazionale e regionale ed è stata oggetto di numerosi provvedimenti normativi a livello nazionale, regionale e locale.

L'ASSR si è fatta promotrice di un progetto di ricerca finanziato dal Ministero della salute (Bando per la ricerca finalizzata 2010) finalizzato a produrre due revisioni sistematiche sugli interventi per ridurre le liste di attesa relativi a prestazioni sanitarie elettive (<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/governo-tecnologie-sanitarie/attivita-modelli-organizzativi/ridurre-liste-attesa>).

La prima revisione sistematica quantitativa aveva l'obiettivo di valutare l'efficacia degli interventi proposti per ridurre le liste d'attesa. La revisione è stata pubblicata nel 2015 in collaborazione con il gruppo EPOC della Cochrane Collaboration. Sono stati identificati 8 studi: 7 su interventi mirati a riorganizzare i percorsi di accesso alle prestazioni e 1 su un intervento mirato a introdurre un sistema di prioritarizzazione dei pazienti. Data l'eterogeneità degli studi non è stato possibile effettuare una meta-analisi. Tra gli interventi valutati l'unico che si è associato ad una riduzione delle liste di attesa è stato l'accesso libero o diretto alle prestazioni oggetto dell'intervento (3 studi positivi su 4 che hanno valutato questa tipologia di intervento).

La seconda revisione sistematica qualitativa, conclusasi nel 2016, ha analizzato i "modificatori di effetto" degli interventi finalizzati a diminuire i tempi d'attesa per le prestazioni sanitarie elettive. La revisione qualitativa ha individuato i fattori di ostacolo e facilitanti l'efficacia delle diverse strategie di intervento fornendo indicazioni su quali siano gli elementi da tenere in considerazione per l'implementazione efficace degli interventi e per la loro sostenibilità. I fattori più frequentemente riportati come facilitanti il successo di un intervento sono: la collaborazione tra diverse categorie di professionisti sanitari e non sanitari, un atteggiamento positivo nei confronti del cambiamento, la definizione esplicita di ruoli e responsabilità, la presenza di un leader che si faccia promotore del cambiamento e la disponibilità di formazione specifica e supporto. La disponibilità di incentivi finanziari e di finanziamenti specifici sembra favorire tutti gli interventi; l'aumento di risorse umane sembra invece importante soprattutto nella fase di implementazione dell'intervento.

E' stata, inoltre, prodotta una sintesi dei provvedimenti normativi emanati a livello nazionale e regionale per la riduzione delle liste d'attesa.

#### *Documenti di riferimento*

Analisi degli interventi per ridurre le liste d'attesa relative alle prestazioni elettive. Relazione finale del Progetto, 2017

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/governo-tecnologie-sanitarie/attivita-modelli-organizzativi/ridurre-liste-attesa>

#### ***Cabina di Regia del Programma Nazionale HTA dei Dispositivi Medici***

L'Agenzia ha supportato la Direzione Generale Salute e Welfare, componente titolare della Cabina di Regia, nelle attività finalizzate alla stesura del Documento Strategico del Programma Nazionale HTA dei Dispositivi Medici (recepito dalla Conferenza Stato Regioni a settembre 2017) e alla prioritarizzazione delle tecnologie sanitarie da sottoporre a valutazione. Ha inoltre coordinato i lavori del Sottogruppo 3 del Programma, che si sono conclusi con la stesura di un documento di indirizzo sul processo di *appraisal* delle tecnologie valutate secondo il metodo HTA.

Ha infine partecipato alle attività del Progetto PRONHTA, coordinato da Agenas, per la messa a punto delle procedure operative a supporto del Programma Nazionale HTA.

## **Innovazione sociale**

Nell'ambito delle politiche pubbliche dedicate ai servizi alla persona, in particolare salute e area welfare, si sono tenute in considerazione alcune traiettorie che hanno delineato in questo triennio rilevanti processi di cambiamento istituzionale e sociale.

Una di queste traiettorie è rappresentata dai processi di aggregazione per aree vaste, e analogamente sul versante degli enti locali, come indicato dalla L.R. 21/2012, si sono definite le modalità e le dimensioni che hanno portato al processo di unificazione degli Enti Locali. Questi percorsi di "unificazione" hanno permesso: a) di mettere le basi per governance facilitanti le integrazioni tra le politiche attraverso le necessarie interdipendenze a livello distrettuale tra gli assetti aziendali e l'unione dei comuni; b) di identificare forme pubbliche di gestione che sul versante sanitario hanno portato soluzioni sovra-aziendali di area vasta, in area sociale con la L. R. 12/2013 la scelta è stata di definire un'unica forma pubblica di gestione dei servizi sociali e socio-sanitari.

Una seconda traiettoria di cui si è tenuto conto è rappresentata dagli indirizzi regionali in cui decisamente si orientava l'intero sistema dei servizi verso un approccio di comunità e di coinvolgimento e partecipazione dei cittadini (DGR 1012/2014 Linee guida sul riordino del Servizio Sociale territoriale e DGR 291/2010 Casa della salute: Indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale.). Se per il percorso avviato dalla sanità questo ha significato qualificare anche con la presenza di strutture identificate a tale scopo, le Case per la salute, per i Servizi Sociali territoriali ha comporto un investimento di qualificazione professionale e di rafforzamento della qualità dei servizi per accompagnare il cambiamento di paradigma necessario. Tale processo si è focalizzato sulla capacità di intervenire sui problemi in modo trasversale, agendo con azioni di sviluppo delle risorse del soggetto e della comunità, favorendo la costituzione di reti sociali quali condizioni essenziali per generare forme di intervento diffuse e capillari, anche di auto-organizzazione comunitaria.

In generale ha significato fortificare competenze professionali nella capacità di intervenire in modo appropriato includendo nella progettazione degli interventi realtà che spesso si collocano in contesti non facilmente perimetrabili (organizzazioni informali, forme di auto-organizzazione dei cittadini, singoli volontari...).

Era ben chiaro che le difficoltà di questi servizi non dipendevano da un cattivo funzionamento, ma dalla trasformazione "dell'oggetto di lavoro": se la società cambia tumultuosamente, i servizi, occupandosi dei problemi che le persone incontrano nel vivere sociale, sono chiamati a modificare profondamente il loro modo di lavorare. Il welfare sembra così giunto a un punto di non ritorno: o si riprogetta insieme ai cittadini, ricostruendo un con-senso, o rischia di erogare prodotti di nicchia, riservati a chi ha le competenze, il capitale culturale o il disagio conclamato per poter accedere.

Era evidente come un nodo strategico di tale portata non potesse venire scaricato soltanto sul sistema dei servizi, ma richiedeva un coinvolgimento complessivo della collettività, chiamata ad assumere una responsabilità politica rispetto al problema. Il welfare si presentava così come un terreno estremamente significativo per la ripresa dei processi partecipativi; simmetricamente, il modello metodologico e organizzativo della democrazia poteva arricchirsi e articolarsi in forme nuove proprio a partire dal fronteggiamento dei nuovi problemi che le persone pongono ai servizi, utilizzando le conoscenze sedimentate negli anni dagli operatori sociali e sanitari nel confronto continuo con le fragilità.

Sono state identificate tre priorità interconnesse per articolare il piano triennale e per definire le azioni progettuali da sviluppare.

- Innovazione sociale, intesa come la individuazione di nuove idee (prodotti, servizi, modelli) che contemporaneamente riescono a soddisfare bisogni sociali e allo stesso tempo a creare nuove relazioni sociali e collaborazioni.
- Equità in tutte le politiche come strategia in grado di affrontare in modo operativo il grande tema del benessere sociale, che in termini operativi significa creare una cultura e una organizzazione che riconoscano, osservino, rispettino e valorizzino le differenze proprie degli individui in un determinato territorio per rispondere ai bisogni in modo che a tutti vengano garantite le medesime opportunità per raggiungere il medesimo livello potenziale di benessere.
- Partecipazione, come processo ineludibile di fronte ai cambiamenti sociali e culturali, per rifondare gli oggetti di lavoro e dividerne il senso sia con i cittadini e le comunità, sia con gli operatori dei servizi.

***Progetti di innovazione sociale per le trasformazioni istituzionali e lo sviluppo del sistema regionale dei servizi sanitari e sociali***

Sono state realizzate azioni progettuali riconducibili a tre livelli di intervento:

- Supporto alla *governance* attraverso: a) attività a sostegno del coordinamento per l'integrazione sociale e sanitaria della Direzione generale Cura della persona, salute e welfare; b) attività di coordinamento per tutta la fase di predisposizione e stesura del Piano sociale e sanitario regionale; c) realizzazione di laboratori partecipativi quale contributo alla elaborazione del Piano sociale e sanitario regionale da parte dei territori; d) contributo ai contenuti del Piano sociale e sanitario regionale (2017-2019) anche come risultato del lavoro prodotto attraverso le sperimentazioni di programmazione locale partecipata con utilizzo del Community Lab.
- Interventi per implementare cambiamenti istituzionali e organizzativi di sistema, attraverso la metodologia del Community Lab, nei seguenti ambiti:
  - a) Unione dei comuni con il risultato di aver identificato le transizioni che sono alla base del processo di unificazione (11 Unioni coinvolte) corredate da una check list come strumento di auto-valutazione e guida. Il lavoro è confluito nel documento: "Il farsi Unione delle politiche di welfare Unione-Linee guida"; il materiale prodotto è stato poi utilizzato in fase di predisposizione del PRT (Piano Regionale Territoriale) in particolare nella identificazione dei criteri di assegnazione delle risorse nell'ambito della funzione sociale;
  - b) la Programmazione locale partecipata (piani di zona): è stata gestita la fase transitoria tra la proroga della programmazione locale e la stesura del Piano sociale e sanitario regionale con successivo avvio dei Piani di zona, attivando una valutazione partecipata come strategia di manutenzione dei processi locali di pianificazione partecipata (18 territori). Il lavoro è stato documentato con la pubblicazione Diario del Community Express – Alla ricerca delle invenzioni nel lavoro di comunità; è stata attuato l'accompagnamento ai territori per la realizzazione dei Piani di zona in modo partecipato (25 territori, "Programmazione locale partecipata per un welfare pubblico di comunità-Linee guida) in sintonia con il Piano sociale e sanitario regionale (2017-2019);
  - c) Conflitti familiari e lavoro di rete: coinvolti 9 territori. Il percorso ha portato all'identificazione di nuovi dispositivi organizzativi, frutto di un'elaborazione collettiva e sperimentati durante il percorso Community Lab. I dispositivi hanno preso la forma di "esercizi" da mettere in pratica nel proprio



agire quotidiano per gestire i conflitti familiari e i processi di rete. Il percorso ha consentito di produrre strumenti e metodologie che facilitano l'apprendimento e l'innovazione all'interno di organizzazioni complesse che sono raccolte nel Diario di bordo-Conflitti allo specchio. La rete dei Servizi di fronte alla conflittualità familiare.

- d) Sperimentazione dell'approccio Dialogico. L'ambito definito per tale sperimentazione è quello della promozione, prevenzione del benessere e cura degli adolescenti, e ha visto il coinvolgimento di 3 territori. Il percorso realizzato grazie alla collaborazione nata con l'Istituto Nazionale per la Salute e il Welfare di Helsinki e con l'Università e il Consiglio Regionale della Lapponia, Finlandia, ha formato oltre 40 operatori, come facilitatori/formatori, già presenti nei Servizi ed oggi in grado di gestire e attuare tale approccio nei loro contesti. A sostegno della sperimentazione si sono anche individuati per ciascun territorio degli snodi di coordinamento inter-istituzionale e si sono dedicati a loro specifici Laboratori (di governance) per rafforzare la sostenibilità dell'intervento organizzativo. Ad oggi la sperimentazione dell'Approccio Dialogico è entrata come scheda di intervento nel Piano pluriennale per l'Adolescenza 2018-2020 (Dgr 1627/2018) ed è in corso un'azione valutativa del processo, di risultato e di sostenibilità di tale approccio nel contesto regionale.

#### PROGETTI DI RICERCA-AZIONE FINALIZZATI ALLA VALUTAZIONE E ALLO SVILUPPO DI SERVIZI:

- a) Affido familiare: sono stati gestiti in modo partecipato diversi incontri con il tavolo regionale sull'Affido familiare attraverso i quali è stato esplorato il tema dell'affido familiare, decostruendolo nei suoi vari aspetti, evidenziandone criticità e potenzialità, immaginando visioni e idee per il futuro ed individuando ambiti di attenzioni e azioni di sviluppo. Il percorso di ricerca e i relativi risultati sono descritti nel Report di ricerca "I tanti volti dell'Affido familiare".
- b) Comunità educative residenziali per minori, è stato coinvolto il coordinamento delle Comunità per Minori e 8 Comunità socio educative residenziali per minori, selezionate in modo da aver rappresentato tutto il territorio regionale. La ricerca-azione attraverso la conduzione di Focus Group e Flussogrammi è riuscita a individuare quali meccanismi e logiche sono sottostanti alle pratiche quotidiane messe in atto dai diversi attori coinvolti nella vita del minore ed in particolare si è evidenziato quali di queste facilitano il transito e l'autonomia dei ragazzi che vivono in Comunità, per consentire interventi di miglioramento. Il percorso di ricerca e i relativi risultati sono descritti nel Report di ricerca "Le comunità educative oggi: tra preoccupazioni e possibili sviluppi"
- a) Valutazione qualitativa per rafforzare azioni di integrazione popolazione sinti e rom. Interrogandosi sul tipo di "abitanza" che si costruisce nelle diverse traiettorie abitative vissute da persone rom e sinti sul territorio regionale, la ricerca-(form)azione – svoltasi in tre territori regionali (Bologna, Faenza, Reggio Emilia) – ha visto la realizzazione di diverse visite etnografiche (in aree sosta, campi e microaree), 2 focus-group, circa 20 interviste esplorative e biografiche, 2 momenti partecipativi con bambini e adolescenti e la partecipazione a 2 incontri pubblici organizzati dai servizi. L'équipe di ricerca del progetto ha visto la partecipazione attiva, oltre che del team dell'Agenzia sanitaria e sociale e del Servizio Politiche per l'integrazione sociale, il contrasto alla povertà e terzo settore, di 12 operatori/trici che operano a stretto contatto con la popolazione rom e sinta, che hanno svolto la ricerca nell'ambito del percorso formativo "Applicare le tecniche di ricerca sociale nel sistema dei servizi" (3 incontri in aula e 25 ore di ricerca sul campo). Parte del lavoro è confluita nella clausola valutativa della legge

regionale 11/2015 "Norme per l'inclusione sociale di rom e sinti". I risultati della ricerca verranno discussi in un seminario aperto ai professionisti che sul territorio regionale lavorano con la popolazione rom e sinti.

- b) Analisi del funzionamento organizzativo dei consultori familiari partendo dall'esperienza e dai bisogni di chi ci lavora (professionisti) e di chi li frequenta (utenti). Il progetto si è proposto di analizzare il funzionamento dei Consultori Familiari adottando una prospettiva organizzativa, per cogliere nella pratica l'evoluzione della configurazione organizzativa dei welfare locali in specifici servizi detti anche "di frontiera". La domanda guida per l'analisi è stata: come ri-leggere il rapporto tra l'istituzione formale deputata alla gestione e alla produzione dei servizi socio-sanitari e l'azione/partecipazione degli attori sociali professionali e non professionali, per ridefinire il significato dell'attività e indicare la direzione da seguire? Il lavoro di ricerca è stato condotto da un'equipe composta (Agenzia sanitaria e sociale, Servizio assistenza territoriale, operatori/trici dei servizi), che ha svolto la ricerca nell'ambito del percorso formativo "Applicare le tecniche di ricerca sociale nel sistema dei servizi". Attraverso lo svolgimento di 7 focus group, interviste in profondità, studi di caso, incontri partecipativi, la ricerca ha attivato un confronto – a livello intergenerazionale, interprofessionale e politico – sulla storia, i vissuti, le aspettative/bisogni e le traiettorie organizzative – presenti e future – dei Consultori familiari nel contesto comunitario. I risultati della ricerca verranno presentati e discussi in occasione di un convegno nazionale che si terrà a febbraio 2019.

#### *Documenti di riferimento*

Incontri di Area vasta per il Piano sociale e sanitario regionale. Documento di lavoro, 2016

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/incontri-di-area-vasta-per-il-piano-sociale-e-sanitario-regionale-documento-di-lavoro>

Dossier n. 256/2016 - I Saggi. Una Casa per la salute della comunità

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss256>

La programmazione partecipata per un welfare pubblico di comunità. Linee guida. Piani di zona per la salute e il benessere sociale, 2017

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/lg-pdz-2017>

Il farsi Unione delle politiche di welfare. Linee guida, 2017

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/lg-unioni-comuni>

Il farsi Unione delle politiche di welfare. Checklist, 2017

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/supporto-governance-cl/clab/community-lab-2015-unione-comuni/farsi-unione-checklist>

Diario del Community Express. Viaggio alla ricerca delle invenzioni nel lavoro con la comunità, 2017

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/diario-community-express>

Diario di bordo Conflitti allo specchio. La rete dei servizi di fronte alla conflittualità familiare. ottobre 2016 - giugno 2017

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/diario-bordo-conflitti-specchio>

Promuovere la cultura dell'adozione. Gli attori a confronto, 2018

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/adozioni>

### ***Progetti per tradurre in pratica l'equità***

I richiami sempre più espliciti sia nei documenti europei sia nell'ultimo Piano della Prevenzione Nazionale, evidenziano la centralità di porre il tema dell'equità come strategia di azione nelle politiche e nella pratica. Si è agito attraverso tre leve.

La **prima leva** utilizzata è stata la valutazione intesa come azione in grado di definire con più precisione e consapevolezza le azioni di contrasto. Gli strumenti e metodi utilizzati infatti sono riconducibili al ciclo: analisi-azione-valutazione. In questo modo si garantisce un processo attraverso cui un sistema di servizi sanitari, socio-sanitari e sociali possono monitorare la loro capacità di rispettare i principi normativi di uguaglianza e universalità, e metterli in pratica attraverso scelte ed azioni eque e rispettose delle diversità.

In particolare, all'interno del Piano regionale della prevenzione è stato realizzato in modo sistematico un approccio di *equity assessment* per valutare le conseguenze e gli effetti che le politiche, i programmi e le azioni messe in atto (o che stanno per essere messe in atto) hanno sulla popolazione, e individuare le azioni prioritarie da introdurre per fornire servizi che siano equi. Tra gli strumenti utilizzati figurano: *l'Equity Impact Assessment* (EqiA) e *l'Health Equity Audit* (HEA). Sono stati realizzati Laboratori formativi per ciascuna azienda sanitaria regionale applicato l'EqiA su alcune sezioni dei piani locali attuativi (che traducono il PRP a livello aziendale) come strumento di valutazione rapida del potenziale impatto sull'equità delle azioni previste nella programmazione. Inoltre, in tre realtà locali è stato implementato un HEA relativamente ad aree ritenute prioritarie a livello regionale, vale a dire la mancata attività fisica nelle donne adulte, l'obesità infantile e la promozione di stili di vita salutari nei pazienti psichiatrici (si veda progettualità "Health equity Audit nei Piani regionali di Prevenzione").

Inoltre, si è contribuito a produrre dati di contesto a supporto dell'attuale Piano Sociale e Sanitario della Regione Emilia-Romagna e per i Piani di Zona.

La **seconda leva** consiste nell'analisi epidemiologica intesa come sistema di sorveglianza per monitorare le disuguaglianze di salute nella popolazione, in quanto hanno la potenzialità, tramite la misura e un contributo alla comprensione del problema, di valutare l'impatto di una maggiore equità portato dalle politiche (CSDH 2008). Le analisi sono state condotte attraverso variabili sociali rilevate nei sistemi informativi sanitari o acquisite tramite il sistema statistico nazionale, prestando attenzione alle lacune conoscitive sulle cause e sulle soluzioni delle disuguaglianze di salute, al fine di supportare la scelta delle azioni di correzione. Si sono sperimentati vari strumenti per la produzione di evidenza e la conduzione di studi. Per creare una piattaforma per le azioni è stata data particolare attenzione ai determinanti sociali nella ricerca in Sanità pubblica. Per questo sono state effettuate due tipologie di attività.

- I. Monitoraggio e studio sui determinanti sociali della salute e fruizione dei servizi, con particolare riguardo a popolazioni vulnerabili o a rischio di vulnerabilità (immigrati, basso stato socio-economico); analisi da indagini campionarie o da dati di popolazione su salute e uso dei servizi e di specifici esiti sanitari (percorso nascita ed esiti infantili, mortalità e sorveglianza sanitaria). Più in particolare, è continuata la manutenzione degli strumenti di misura; si è aggiornato l'indice di deprivazione nazionale<sup>1</sup> e varie applicazioni nel contesto regionale (si veda anche progetto di Ricerca Finalizzata LEAP, a seguire).

Tra gli strumenti di monitoraggio vi è stata la partecipazione a due progettualità specifiche, promosse dall'Osservatorio epidemiologico nazionale (OENIP) dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), per la sperimentazione

---

<sup>1</sup> [http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/corsi-convegni/aggiornamento-indice-deprivazione-caranci-  
aie2016](http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/corsi-convegni/aggiornamento-indice-deprivazione-caranci-<br/>aie2016), Environmental justice nel sistema di sorveglianza epidemiologica SENTIERI Epidemiol Prev 2017; 41 (2):134-139

e la produzione di un sistema di indicatori sullo stato di salute e di assistenza sanitaria alla popolazione immigrata.

Si è contribuito alla stesura dei rapporti annuali su "l'immigrazione straniera in Emilia-Romagna".

Lo sfruttamento dai flussi sanitari dei dati di popolazione ha inoltre riguardato principalmente il percorso nascita e le vaccinazioni infantili<sup>2</sup>.

A riguardo dell'analisi sulla mortalità si è effettuata l'attività di sorveglianza su particolari fasce di popolazione (si vedano progettualità con INMP) o in relazione con determinati fenomeni, come nel caso dell'eccesso di mortalità dell'anno 2015, oggetto di analisi specifica con il Servizio di Sanità Pubblica e i Servizi di Epidemiologia aziendali coinvolti in uno studio ad hoc<sup>3</sup>.

Le analisi su indagini campionarie hanno riguardato la prevalenza di cronicità e disabilità (e loro relazione con lo stato socio-economico<sup>4</sup>).

Si è contribuito ad una ricognizione nazionale e internazionale di approcci di analisi di salute ed assistenza conseguenti ai disastri naturali, con il relativo apporto alla produzione di:

- un report regionale sugli effetti del sisma del 2012 in Emilia<sup>5</sup>
- un numero monografico della rivista Epidemiologia e prevenzione<sup>6</sup>
- un articolo scientifico su rivista internazionale<sup>7</sup>.

## II. Studi longitudinali in tema di vulnerabilità sociale e disuguaglianze Studi dei determinanti sociali nelle disuguaglianze di accesso ai servizi e nel loro utilizzo

Al fine di attivare l'analisi prospettica di fasce vulnerabili della popolazione, si sono acquisiti ed integrati i dati per le restanti città dello Studio emiliano (Modena e Bologna, che si aggiungono a Reggio Emilia) e si è condotta l'attività di analisi anche all'interno della rete degli Studi Longitudinali Metropolitan (prog. INMP "La rete degli Studi Longitudinali Metropolitan").

Nel complesso, gli strumenti sviluppati ed applicati come sistema di sorveglianza per monitorare le disuguaglianze di salute sono contenuti in un report regionale ([http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/report\\_disuguaglianze\\_2018](http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/report_disuguaglianze_2018)).

Una **terza leva** è consistita in azioni tese alla diffusione culturale e di sviluppo di competenze nel sistema regionale dei servizi sanitari e sociali promuovendo Laboratori tematici, effettuando monitoraggi come azione di implementazione di strumenti quali il Piano di azione dell'equità, producendo toolkit. In particolare, al fine di dare impulso al livello aziendale per assicurare coerenza dell'applicazione pratica del criterio di equità tra i

---

2 (<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/libri/disuguaglianze-e-percorso-nascita>; Anello P, Cestari L, Baldovin T, Simonato L, Frasca G, Caranci N, Pascucci MG, Valent F, Canova C.. Socioeconomic factors influencing childhood vaccination in two northern Italian regions *Vaccine* 35 (36): 4673–4680, 2017)

3 <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/mortalita-rer-2015>

4 <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/presenza-limitazioni-funzionali>

5 <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/sisma2012-proposta-metodo>

6 Ripoll Gallardo A, Alesina M, Pacelli B, Serrone D, Iacutone G, Faggiano F, Della Corte F, Allara E. Effetti sulla salute a medio e lungo termine del terremoto dell'Aquila del 2009 e di altri terremoti avvenuti in Paesi ad alto reddito: una revisione sistematica della letteratura. *Epidemiol Prev* 2016; 40 (2): 14-21

7 Ripoll Gallardo A, Pacelli B, Alesina M, Serrone D, Iacutone G, Faggiano F, Della Corte F, Allara E. Medium- and long-term health effects of earthquakes in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*, 0(0): 1-16, 2018

diversi livelli organizzativi (programmazione, gestione ed erogazione dei servizi), è stato realizzato un percorso di revisione dell'assetto aziendale sull'equità, mirato alla ristrutturazione/riattivazione dei dispositivi organizzativi aziendali (board equità, referente, piano delle azioni). Il percorso si è composto di 11 incontri locali nelle diverse aziende sanitarie del territorio regionale e ha coinvolto le direzioni generali e sanitarie, le direzioni di distretto, le direzioni delle attività socio-sanitarie, i servizi ricerca & innovazione, epidemiologia e qualità; i risultati degli incontri hanno consentito di individuare alcune strutture di costituzione dei board equità ripensate in funzione delle esigenze delle singole aziende, oltre che di iniziare a delineare i temi di approfondimento in termini di equità per i prossimi anni e di indagare i bisogni formativi a cui rispondere nell'arco dei prossimi anni.

In questo modo si è rafforzato il funzionamento sistematico della rete dei servizi regionali.

Sono poi state perseguite progettualità specifiche in relazione a:

- Medicina di genere: così come richiesto dalla legge regionale 6/2014 e riaffermato nel Piano sociale e sanitario regionale (delibera di Giunta regionale n. 1423 del 2/10/2017) si è istituito il coordinamento "Medicina di genere ed equità", afferente alla Direzione Generale Cura della persona salute e welfare e mirato a promuovere e consolidare l'utilizzo di strumenti gender e equity oriented nei servizi regionali/locali/territoriali; programmare laboratori regionali di approfondimento e sensibilizzazione su tematiche specifiche; mappare le azioni e le esperienze in essere; contribuire a produrre documenti di indirizzo al sistema regionale dei servizi per diffondere l'approccio della medicina di genere e dell'equità nell'ambito della ricerca/attività scientifica, della formazione e della rendicontazione.
- Sorveglianza delle disuguaglianze e della vulnerabilità in età infantile: realizzazione dello Studio di fattibilità per rendere sistematica la rilevazione, tramite l'utilizzo dell'Early Development Instrument (EDI), dell'indicatore per misurare il rischio di vulnerabilità nella popolazione infantile prescolare su base regionale e distrettuale; l'indicatore distrettuale verrà altresì utilizzato come elemento di valutazione d'impatto delle azioni relative al progetto "Focus 0/6 Una comunità per il benessere dell'infanzia", in collaborazione con l'associazione di promozione sociale Zeroseiup e l'Unione Terre d'Argine. Inoltre, dai risultati finora ottenuti e tramite le partnership attivate è nata la proposta di attivare un sistema di rilevazione regionale basato sullo strumento EDI, che monitori sistematicamente l'indicatore di vulnerabilità della popolazione infantile di un dato territorio al fine di utilizzarlo per la programmazione e la valutazione delle politiche sociali, sanitarie e educative per la prima infanzia (sia a livello locale che regionale). L'obiettivo del progetto si estende quindi, nel triennio 2017-2019, a valutare la fattibilità di questo sistema di sorveglianza – in termini di messa a punto delle condizioni istituzionali, tecniche e organizzative che consentono la rilevazione – e la sostenibilità economica, professionale e strumentale.
- Diversity Management: in termini di azioni di sistema rivolte all'interno dei servizi sociali e sanitari, ossia agli operatori che vi lavorano, la scelta è stata quella di indagare e potenzialmente rafforzare la presenza di un approccio organizzativo alla gestione delle risorse umane impostato riconoscendone, rispettandone e valorizzandone le differenze esistenti (oltre che mirando alla riduzione delle eventuali iniquità presenti). In questo senso, è stato costituito un primo tavolo di lavoro composto da referenti di alcune aziende sanitarie ed enti locali del territorio regionale, che sta lavorando sull'impostazione di un'azione di mappatura e ricognizione delle buone pratiche esistenti nelle relative realtà organizzative – azione che potenzialmente potrà essere estesa a tutto il territorio regionale nell'arco degli anni successivi.
- Health equity Audit nei Piani regionali di Prevenzione: progetto finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie del ministero della Salute (Ccm), la cui attività è stata svolta ai

livelli regionali a supporto dei piani della prevenzione ed è descritta nei materiali del convegno conclusivo svoltosi a Milano il giorno 12 aprile 2018 (<http://www.disuguaglianzedisalute.it/convegno-a-milano-il-12-aprile-2018/>).

- LEAP, "Long term exposure to ambient air pollution and pregnancy outcomes in women of three large Italian longitudinal studies": progetto di ricerca finalizzata promosso dal Ministero della Salute in cui si sono valutate le associazioni tra esposizione a inquinamento dell'aria e a condizioni socioeconomiche sfavorevoli durante la gravidanza ed esiti della gravidanza (basso peso alla nascita nei nati a termine, nascite pretermine, e di piccoli per età gestazionale). Nel triennio si costruiti e messi a frutto i sistemi di dati integrati (indice di deprivazione per piccole aree, Studi longitudinali metropolitani, certificati di assistenza al parto e mortalità), producendo i relativi risultati (relazionati al Ministero, da pubblicare).
- OENIP, sistema comune di indicatori sullo stato di salute e di assistenza sanitaria alla popolazione immigrata: si sono prodotti i calcoli su più di cinquanta indicatori inerenti all'emergenza-urgenza, l'assistenza materno-infantile ed ospedaliera e sulla mortalità, per due annualità e con un'ottica di confrontabilità con le altre regioni partecipanti (in corso di pubblicazione da parte di INMP).
- INMP "La rete degli Studi Longitudinali Metropolitani": si è coordinata l'attività inerente all'armonizzazione dei dati e dei metodi per la produzione di risultati confrontabili e per l'apertura delle coorti. Si è curato l'aggiornamento della scheda del Programma Statistico Nazionale (PSN) contenente il suddetto progetto di rete, messo a disposizione per l'analisi di mortalità, ospedalizzazione, ospedalizzazione evitabile, esiti materno-infantili nella popolazione immigrata prima, e poi in relazione alle condizioni socioeconomiche della popolazione residente in Emilia-Romagna. I risultati dello studio emiliano e degli altri attivi nella rete sono contenuti in varie comunicazioni a seminari e convegni e in pubblicazioni curate dall'Agenzia<sup>8-9</sup>

### ***Progetti di sistema per il cambiamento e per l'apprendimento organizzativo attraverso processi di coinvolgimento e partecipazione***

Nel corso di questo triennio si è chiuso un ciclo frutto di un percorso di lavoro in cui è stata capitalizzata l'esperienza maturata in tema di ascolto e coinvolgimento degli attori sociali che popolano la scena della cura: pazienti, familiari, utenti in generale ma anche professionisti dei diversi servizi sanitari e sociali del sistema regionale. In particolare, è stato definito un approccio multi-metodo e multilivello, per orientare i servizi/l'organizzazione nell'attivazione di percorsi di ascolto del "punto di vista dell'altro" come componente essenziale per ridurre il rischio di funzionamenti autoreferenziali e per questo non attenti alle specificità/unicità della persona verso cui l'azione organizzativa/clinica/assistenziale è diretta.

La definizione dell'impianto teorico/concettuale è stata verificato nell'ambito delle attività di ricerca sul percorso nascita e confluito nel volume "Sturlese V., Bisagni M. e Nicoli A. (2017) "Ben venuti al mondo! Ascolto e narrazioni dei percorsi nascita", Format Edizioni, Bologna. In base al grado di partecipazione nella definizione dei bisogni, della valutazione dei servizi e della programmazione, si riconoscono diversi strumenti/metodologie che si situano su una linea con due polarità: basso livello di

8 Pacelli B, Zengarini N, Broccoli S, Caranci N, Spadea T, Di Girolamo C, Cacciani L, Petrelli A, Ballotari P, Cestari L, Grisotto L, Giorgi Rossi P; IN-LiMeS Group. Differences in mortality by immigrant status in Italy. Results of the Italian Network of Longitudinal Metropolitan Studies. Eur J Epidemiol. 2016 Jul;31(7):691-701. Epub 2016 Jul 26.

9 Caranci N, Di Girolamo C, Giorgi Rossi P, Spadea T, Pacelli B, et al. Cohort profile: the Italian Network of Longitudinal Metropolitan Studies (IN-LiMeS), a multicentre cohort for socioeconomic inequalities in health monitoring. BMJ Open 2018;8:e020572. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020572.

coinvolgimento/partecipazione (es. analisi di banche dati amministrative) e alto livello di coinvolgimento/partecipazione (ad esempio teatro dell'oppresso. OST ecc.).

Le azioni progettuali che sono state implementate presentano una ampia gamma nell'utilizzo di strumenti facilmente riconducibili al grado di coinvolgimento e partecipazione descritto. La componente maggiormente rappresentata è costituita da un grado lieve di coinvolgimento degli utenti che viene effettuata attraverso i questionari. Il lavoro svolto ha consentito di produrre strumenti validati e di mantenere una omogeneità nelle dimensioni della qualità valutate nelle diverse tipologie di questionario: per la valutazione dei servizi ospedalieri, di specialistica, della salute mentale, ecc. Le diverse attività formative realizzate sulla metodologia di costruzione e validazione di questi strumenti che hanno coinvolto tutte le aziende sanitarie regionali, permette oggi di ritenere che ci siano competenze diffuse in grado di orientarsi autonomamente sull'utilizzo di questi strumenti.

In questo triennio si è quindi centrata l'attenzione sulla realizzazione di indagini regionali collegate a priorità di interesse regionale quali la valutazione da parte degli utenti delle case della salute: è stata realizzata un'indagine effettuata su base campionaria di utilizzatori dei servizi presenti nelle case della salute messi a confronto con utilizzatori dei poliambulatori specialistici.

Rientrano in questa tipologia di ascolto lieve anche le indagini effettuate tramite audit civico in particolare il lavoro che ha permesso di realizzare un set minimo di indicatori sul grado di umanizzazione nelle strutture ospedaliere. L'attività è rientrata in un progetto nazionale promosso e coordinato da Agenas e ha consentito alla nostra unità operativa di implementare sia aspetti metodologici di particolare rilievo (es. la prioritizzazione e selezione degli indicatori più pertinenti per la nostra realtà regionale) sia di costruire un set di indicatori che consentono di misurare gli stessi fenomeni con un maggior livello di approfondimento qualitativo. Infatti, la valutazione effettuata con gli indicatori standard proposti da Age.Nas non consentiva di cogliere eventuali criticità dei nostri servizi, in quanto i punteggi erano tutti buoni o eccellenti. A conclusione del progetto sono state avviate azioni di miglioramento sia a livello aziendale sia a livello regionale. Qui segnaliamo quelle regionali: a) costituzione gruppo di un lavoro inter-servizi regionali e aziendali, per la "Definizione di Linee Guida prestazionali per il raggiungimento del benessere ambientale nelle strutture sanitarie" che sarà collegato alle nuove progettazioni delle strutture ospedaliere; b) realizzazione di una campagna informativa sulla sicurezza delle cure "Sicurinsieme", rivolta agli utenti.

La diffusione e l'utilizzo di metodologie maggiormente centrate sul coinvolgimento diretto di utenti e professionisti è stato possibile grazie al notevole investimento formativo rivolto agli operatori dei servizi sociali e sanitari che occupano posizioni centrali nelle rispettive organizzazioni (es. coordinatori di servizi, uffici di piano ecc). Gli strumenti trasmessi sono stati principalmente due: la tecnica del focus group e l'etnografia organizzativa. Negli anni precedenti al triennio sono stati formati c.a. 200 operatori (c.a. 120 per la tecnica del focus-group e c.a. 80 per l'etnografia organizzativa). Nel novembre 2016 è stato organizzato un evento seminariale in cui sono stati presentati numerosi progetti di sviluppo organizzativo realizzati dai discenti. Nell'ultima parte del 2018 è stato programmato ed è attualmente in corso il primo modulo di un nuovo corso formativo sulla ricerca sociale dedicato alla formazione teorica di 45 operatori provenienti da Aziende Sanitarie, Enti Locali e dei Servizi di programmazione e integrazione socio-sanitaria. Seguiranno nel 2019 moduli su varie tecniche qualitative. Il percorso mira a rispondere ad alcuni bisogni emergenti delle aziende sanitarie e degli enti locali, ovvero avere nuove chiavi di lettura della realtà organizzativa e strumenti di indagine che siano generativi (che portino a proposte di intervento e/o cambiamento mirate e legate al contesto in cui si inseriscono).

In termini generali gli strumenti e le metodologie utilizzate hanno permesso di coniugare due diverse istanze, quella di apprendimento/conoscenza e quella di traduzione operativa (attraverso azioni formative, di accompagnamento e supporto) in relazione agli ambiti di priorità tracciati.

- Strumenti per la riflessione organizzativa: la riflessività come principio guida dell'apprendimento dei professionisti che, ripensando il proprio agire quotidiano professionale, sviluppano capacità di innovazione e di miglioramento organizzativo. Lo sviluppo di capacità riflessive (competenza di "apprendere ad apprendere). In questo contesto il formatore non diventa più un "esperto di contenuti" ma un "facilitatore di pensiero critico", anche attraverso specifici strumenti didattici (flussogramma, rete richieste-impegni, ecc.).
- Ricerca-azione: finalizzata a supportare processi di cambiamento nei servizi, attraverso metodi e tecniche di ricerca sociale. La ricerca-azione ha un carattere pratico, assume come oggetto i problemi di un gruppo/comunità, e ha quindi natura contestuale. È finalizzata al cambiamento, l'analisi dei processi e l'individuazione di soluzioni/risultati di natura più grupale che individuale. La partecipazione, in termini di cooperazione e interdipendenza tra ricercatori e gruppo/comunità, ha un carattere centrale e fondamentale per la riuscita della ricerca stessa.
- Formazione azione (apprendimento situato): in cui il processo di apprendimento è basato sulla esperienza ed in cui la conoscenza si sviluppa mediante osservazione e trasformazione dell'esperienza stessa attraverso il vissuto. In questo senso, l'apprendimento non si configura come una pratica individuale e svincolata dalle dinamiche e dal contesto di appartenenza, ma si sviluppa proprio attraverso la relazione fra apprendimento e le situazioni sociali in cui esso ha luogo, attraverso attività sociali e partecipative, non, quindi, meramente cognitive (trasferimento di nozioni e informazioni) ed individuali. In questo modo l'individuo che apprende non acquisisce una quantità definita di conoscenze astratte che poi riapplierà successivamente in altri contesti, ma acquisisce l'abilità di agire impegnandosi effettivamente nel proprio contesto di appartenenza, co-costruendo attivamente il proprio sapere.
- Metodo Community Lab: è un metodo che nasce per produrre cambiamenti e implementazioni di processi complessi, come ad esempio la produzione di contributi innovativi agli indirizzi regionali e l'implementazione di tali indirizzi. Si fonda su due presupposti teorici: la capacità di innovarsi si realizza partendo e ponendo al centro del sistema sperimentazioni locali innovative (sperimentalismo) e l'idea che l'apprendimento ed in particolare quello dei professionisti non può prescindere dall'essere un apprendimento "situato" in base al quale non si dà cambiamento, trasformazione, conoscenza se non attraverso la riflessività che scaturisce dal "fare" e dal legame con i contesti nel quale viene inserito, intrecciando l'agito e il vissuto dei partecipanti e delle loro esperienze.
- Approccio dialogico è un metodo, sperimentato in Finlandia, finalizzato a superare le frammentazioni, attraversare i confini dei servizi, dei settori, delle professioni. Aiuta a sviluppare lavoro di rete attraverso la costruzione di setting di dialogo per i soggetti in rete, guidati da facilitatori che hanno lo specifico compito di sviluppare relazioni positive attraverso il fare domande su azioni concrete, su vantaggi futuri reciproci, su eventuali preoccupazioni.



### ***Azioni di supporto al processo regionale di internazionalizzazione in tema delle politiche sanitarie e sociosanitarie***

Nell'ambito del Documento pluriennale di indirizzi in materia di attività internazionale della Regione Emilia-Romagna 2017-2019. (11 aprile 2017) viene richiamato come "(..) obiettivo strategico: favorire un riposizionamento della Regione Emilia-Romagna in grado di valorizzare pienamente le eccellenze del sistema regionale e delle sue articolazioni nel contesto europeo e internazionale ed in grado di alimentarne ulteriormente l'apertura e la crescita quanti-qualitativa".

L'Agenzia Sanitaria e Sociale regionale è componente della Cabina di Regia per le attività di rilievo internazionale, coordinata dal Gabinetto del Presidente della Giunta regionale, quale strumento di coordinamento interdirezionale e con funzioni di supporto all'attività della Giunta regionale in materia (Determinazione n° 11349 del 14/07/2016)

In questa prospettiva sono state garantite azioni di coordinamento all'interno della Direzione Generale Cura alla persona, Salute e Welfare, per contribuire al quadro complessivo delle progettualità di internazionalizzazione e consentire attraverso la mappatura delle stesse e il loro monitoraggio il raccordo con gli indirizzi regionali.

È stato dato supporto allo sviluppo di progettualità dove veniva richiesta la conoscenza e il confronto con il sistema sanitario regionale da parte di diverse delegazioni. Questo ha consentito di valorizzare il modello delle politiche sanitarie e di welfare (vedi Piano Sociale e Sanitario 2017-2019) basato sulla territorializzazione dei servizi e con forme di governance distrettuali. Le delegazioni europee o internazionali che sono state accolte sono state interessate a sviluppare forme di cooperazione per il trasferimento e scambio di politiche, per il trasferimento di buone prassi gestionali/organizzative e capacity building intesa come sviluppo di competenze/tecnologie "soft" basate sull'innovazione sociale dei sistemi produttivi di servizi alla persona, come è l'ambito sanitario e sociale.

In modo complementare sono state effettuate attività di mappatura delle diverse progettualità di internazionalizzazione in essere e sono state inserite nel documento redatto da parte del Gabinetto della Giunta.

## **PROMOZIONE E GOVERNO DELLA RICERCA E INNOVAZIONE A LIVELLO REGIONALE**

La Legge Regionale 29 del 2004 ha individuato la ricerca come una delle funzioni istituzionali proprie di tutte le Aziende Sanitarie, al pari della funzione assistenziale e delle attività di formazione, allo scopo di assicurare lo sviluppo ed il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari, consentendo di accogliere tempestivamente, in modo efficace ed appropriato al proprio contesto le innovazioni e di orientarne l'applicazione verso i bisogni assistenziali prioritari.

A distanza di 10 anni dalla attivazione del primo programma regionale sulla ricerca e innovazione in Regione Emilia-Romagna, si è ritenuto necessario innovare il programma regionale con la finalità di: orientare maggiormente la ricerca verso i bisogni conoscitivi più rilevanti per il SSR; creare un ambiente favorevole alla ricerca che consenta di essere attrattivi per la sperimentazione clinica e competitivi in occasione dei bandi di ricerca nazionali ed europei; rispondere al nuovo regolamento europeo sulla sperimentazione clinica e adeguarsi alle nuove regole nazionali definite dalla Legge 3/2018 sulla sperimentazione clinica; realizzare una migliore integrazione delle politiche e delle attività a supporto della ricerca; assicurare strumenti per valutare l'impatto della ricerca sanitaria.

### **Ricerca nel Servizio Sanitario Regionale**

#### ***Rilancio del Sistema di Ricerca e Innovazione nel SSR***

Sono state definite le linee strategiche per il rilancio del Sistema di ricerca e innovazione nel SSR. Il documento strategico, sviluppato da un gruppo di lavoro con la rappresentanza delle Direzioni Aziendali, gli Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico e l'Università, è adesso in fase di condivisione allargata prima della sua definitiva approvazione.

Il documento delinea interventi a livello regionale per promuovere la programmazione della ricerca e il finanziamento di progetti in grado di dare risposta a quesiti di interesse per il SSR; individua le azioni necessarie per promuovere ricerca e innovazione; definisce gli interventi di sistema a supporto della ricerca.

#### ***Supporto al programma di ricerca Regione-Università***

Nel triennio 2016-2018 è continuato il monitoraggio dei progetti ancora in corso finanziati nell'ambito del Programma di ricerca Regione-Università (PrRU) con i bandi del triennio 2010-2012 e dell'anno 2013 e 2014. Dei 77 progetti ammessi a finanziamento nel triennio sono stati portati a conclusione tutti i progetti, tranne 2 dell'Area 3 "Formazione alla ricerca" per proroghe dell'attività.

Sono stati organizzati gli incontri del Comitato di Indirizzo del Programma con lo scopo di valutare lo stato di avanzamento dei progetti, decidere in merito alla possibilità concedere proroghe, modifiche ai piani di attività e approvare la liquidazione di tranches di finanziamento o del saldo per i progetti conclusi.

Su indicazione del Comitato di indirizzo è stata effettuata un'analisi delle cause dei ritardi nella conduzione dei progetti che ha prodotto un documento di lavoro che ha permesso di conoscere le cause più frequenti di ritardi nella conduzione.

È in corso di finalizzazione un report dettagliato a consuntivo sull'esperienza del Programma di ricerca Regione università che illustra l'esito dei progetti finanziati in termini di impatto e ricadute sul servizio sanitario regionale.

## **Interventi a supporto delle attività di ricerca**

### ***Riorganizzazione dei Comitati Etici***

Data la recente riorganizzazione della sperimentazione clinica sia a livello europeo (Regolamento (UE) n. 536/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 aprile 2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano), che a livello nazionale (Legge 3/2018), anche allo scopo di superare le differenze nelle modalità operative dei diversi CE e delle loro Segreterie e le difformità di pareri per ricerche multicentriche, la Regione Emilia-Romagna ha deciso nel 2016 di procedere ad una riorganizzazione dei Comitati Etici demandando gli aspetti tecnici della sua realizzazione all'ASSR.

Gli obiettivi di questa riorganizzazione sono stati:

- promuovere, a livello regionale, un maggiore coordinamento delle attività dei CE e l'armonizzazione delle pratiche;
- assicurare standard di valutazione dei protocolli di studio comuni e proporzionali al rischio per i soggetti che vi partecipano;
- garantire la pubblicità e la trasparenza delle modalità di nomina dei singoli componenti dei Comitati etici;
- favorire il progressivo miglioramento della qualità e dell'efficienza delle attività svolte, anche attraverso il monitoraggio e feed-back dei dati;
- ridurre i costi non necessari (costi fissi legati all'esistenza di CE anche con volumi ridotti di attività e costi legati a pareri duplicati nel caso di studi multicentrici).

Prima di procedere alla riorganizzazione, sono state effettuate una serie di iniziative propedeutiche all'avvio del riordino, tra cui incontri con i Presidenti e le Segreterie e una indagine sulle attività dei nove Comitati esistenti e delle loro Segreterie, riferita all'anno 2015, mediante un questionario *ad hoc*.

Il processo di riordino è stato avviato formalmente con la Delibera della Giunta Regionale 2327/2016; i punti cardine sono: 1) Accorpamento dei nove Comitati Etici esistenti nell'ambito delle tre Aree Vaste regionali; 2) Istituzione di un Comitato Etico Regionale (sezione A, con funzioni di indirizzo e sezione B, come Comitato Etico per la valutazione di studi multicentrici); 3) Istituzione di una piattaforma informatica comune che consenta l'integrazione operativa dei CE; 4) Attivazione di un avviso pubblico per assicurare meccanismi pubblici e trasparenti nella nomina dei componenti dei CE.

Sono quindi state realizzate le azioni utili all'attuazione della DGR 2327/2016 che prevedeva la riorganizzazione operativa a partire dal 1/1/2018. Con Determinazione 10905 del 04/07/2017 sono stati nominati i membri della sezione A del Comitato Etico Regionale e con Determinazione 14674 del 19/09/2017 ne è stata costituita la Segreteria Tecnico-Scientifica.

Al termine della fase transitoria (31 dicembre 2017) e in concomitanza con la decadenza dei vecchi comitati etici, anche la sezione A del CER ha cessato il proprio mandato. Con determinazione 14505 del 15/09/2017 è stato pubblicato un avviso pubblico per l'individuazione della disponibilità alla nomina dei componenti dei Comitati etici regionali e dei Comitati Etici locali secondo quanto previsto dalla Delibera della Giunta Regionale 2327/2016.

Il 1° gennaio 2018 sono stati nominati i nuovi componenti dei nuovi CE; con determinazione 4184 del 28/03/2018 sono stati nominati i nuovi componenti del CER sezione A. Il mandato è triennale.

### ***Piattaforme informatiche a supporto della Ricerca***

Rendere disponibili informazioni tempestive sulle attività di ricerca condotte a livello regionale e fornire strumenti operativi a supporto delle attività correlate alla gestione dei protocolli di ricerca è uno degli obiettivi strategici dell'ASSR individuati nel Piano programma 2016-2018.

A tale scopo, sono state intraprese attività specifiche per mettere a disposizione strumenti per supportare la gestione dei bandi di ricerca e per la gestione dei protocolli di studio e più in generale dell'attività di ricerca da parte delle Aziende Sanitarie e dei Comitati Etici. La messa disposizione di una piattaforma informatica a supporto dell'attività dei Comitati Etici è, peraltro, prevista dalla DGR 2327/2016.

In particolare, l'ASSR ha:

- sviluppato con risorse interne proprie un software per la gestione delle proposte di ricerca candidate a finanziamento da parte della Regione Emilia-Romagna (BANDER);
- partecipato ai lavori del tavolo tecnico della procedura per l'acquisizione di una piattaforma applicativa software e di servizi correlati per la gestione informatizzata della ricerca nelle aziende sanitarie e nei comitati etici della regione Emilia-Romagna (SIRER).

Le funzionalità di base della nuova piattaforma informatica prevedono la copertura delle seguenti aree: a) gestione pre-Comitato Etico; b) gestione istruttoria e documentazione ai fini della valutazione del parte del Comitato Etico; c) gestione delle sedute del Comitato Etico e rilascio pareri; d) autorizzazione all'avvio dello studio e) monitoraggio scientifico e amministrativo; e) gestione budget e fatturazione; f) censimento dei prodotti degli studi; g) sistema di supporto alle decisioni regionali e aziendali; h) tracciabilità del farmaco sperimentale.

La procedura per l'acquisizione della piattaforma è stata aggiudicata con gara nel mese di dicembre 2017. Nel mese di gennaio 2018 è stato costituito un Gruppo di Coordinamento Tecnico allo scopo di supportare l'aggiudicatario nella definizione degli elementi di dettaglio della fornitura. Attualmente è in fase di completamento lo sviluppo e la personalizzazione; il prodotto entrerà in produzione del 2019.

### ***Documentazione e valutazione dei prodotti della ricerca***

E' stato avviato un processo di messa a punto di una metodologia per la valutazione delle attività di ricerca nelle Aziende Sanitarie della Regione, basata sugli indici bibliometrici ma anche sulla trasferibilità all'assistenza dei risultati della ricerca. Tale metodologia è essenziale per identificare gli ambiti di eccellenza della ricerca nella Regione Emilia-Romagna e per definire indicatori di performance delle Aziende Sanitarie.

Per supportare tale attività è stata acquisito uno strumento in grado di calcolare indicatori bibliometrici di produttività e di impatto calcolati secondo standard internazionali; garantire la comparabilità degli analoghi indicatori prodotti per gli IRCCS, attraverso la piattaforma fornita dal Ministero della salute; effettuare confronti tra Aziende, Dipartimenti e gruppi di ricercatori personalizzabili dall'utente regionale; produrre tabelle di dati e grafici esportabili in altre piattaforme.

### **Networking a sostegno dell'internazionalizzazione della ricerca nel Servizio Sanitario Regionale**

La Legge regionale 7 novembre 2012, n. 12 stabilisce la Partecipazione della Regione Emilia-Romagna a reti internazionali scientifiche in ambito sanitario per il tramite dell'ASSR, quale partner/membro di diversi network. In particolare, la Regione Emilia-Romagna partecipa al Programma Mattone Internazionale Salute (PRO.M.I.S. – derivato per evoluzione ed istituzionalizzazione del Progetto sperimentale Mattone Internazionale) del Ministero della salute, al network European Regional and Local Health Authorities (EUREGHA) e alla sperimentazione della rete European Innovation Partnership on Active Healthy Ageing (EIP-AHA).

#### ***Programma Mattone Internazionale Salute (PROMIS)***

Il Progetto Mattone Internazionale (PMI), diventato struttura permanente a supporto delle Regioni e Province Autonome nei loro processi di internazionalizzazione con il nuovo nome di Pro.M.I.S, Programma Mattone Internazionale Salute, ha avviato la fase operativa dotandosi di un regolamento e attivando i vari organismi previsti. L'Agenzia Sanitaria e Sociale è membro sia del Coordinamento Generale e del Comitato Tecnico Operativo del Programma. L' ASSR ha inoltre partecipato tramite Promis alla consultazione pubblica della commissione Europea sulla proposta di programmazione economico finanziaria 2021-2027 fornendo commenti e suggerimenti sullo stand sanitario del nuovo Fondo Sociale Europeo Plus (EFS+). Le proposte di emendamento presentate sono in linea con i documenti di programmazione regionale che privilegiano la centralità della persona, la partecipazione, la prossimità dell'assistenza al malato e sottolineano l'importanza del livello regionale della pianificazione e gestione del welfare.

#### ***Documenti di riferimento***

"EIP-AHA Italia: l'esperienza italiana nell'ambito del Partenariato Europeo per l'innovazione sull'invecchiamento attivo e in buona salute" pubblicato a marzo 2017 e aggiornato a gennaio 2018 che descrive la rete dei reference site italiani del partenariato sull'invecchiamento sano e attivo

"Methodology For The Italian Reference Sites: Which organisation structure?" , pubblicato a dicembre 2017 e aggiornato a giugno 2018 il cui scopo è quello di studiare i sistemi organizzativi dei RS italiani al fine di descrivere le modalità, gli strumenti e la struttura di gestione per definire un «modello» e valutarne la sua efficacia.

"The Italian reference sites of the European innovation partnership on active and healthy ageing: Progetto Mattone Internazionale as an enabling factor" .

### ***Euregha- Network of European Regional and local health authorities***

La Regione Emilia-Romagna, tramite l'Assr, è membro Executive Board della Rete Euregha- Network of European Regional and local health authorities. Obiettivo di Euregha è promuovere la collaborazione tra enti regionali e locali sulla sanità in Europa nell'ambito delle politiche dedicate alla salute pubblica e assistenza sanitaria e la cooperazione con le istituzioni europee e altri stakeholders.

Sono stati tenuti incontri con direttore della rete Euregha con l'obiettivo di individuare modalità appropriate di coinvolgimento della regione nella rete nei lavori della Commissione europea, le opportunità dei prossimi bandi del programma EU Horizon 2020, un eventuale collaborazione sui temi dell'educazione sanitaria e della riduzione delle disuguaglianze, le aspettative post 2020 con un particolare focus sul modello della *Value based and outcomes-based healthcare* e sulla sanità digitale e i big data.

L'Agenzia sanitaria e sociale insieme al Servizio Assistenza Territoriale, ha successivamente partecipato ai lavori di disseminazione di buone pratiche di Euregha fornendo documenti dettagliati con l'esperienza emiliano-romagnola sul modello organizzativo delle cure primarie ed in particolare delle cure integrate.

#### ***Documenti di riferimento***

In collaborazione con la Azienda USL di Reggio Emilia è stato prodotto un documento sulle buone pratiche in ambito di salute dei migranti, disseminato nella Euregha annual conference 2017 on Health & Migration.

Come membro di EUREGHA è stato sottoscritto il position paper "The future of Health in Europe beyond 2020 - Health in All Regions", che ha come punti chiave potenziare la partnership strategica tra le istituzioni dell'EU e le regioni; rinforzare collaborazioni e partnership multi-stakeholder tra società civile, università e industria.

### ***European Innovation Partnership on Active Healthy Ageing***

Nel 2016 tra le 74 Regioni di tutta Europa premiate con lo status di "Reference Site", le regioni italiane sono state ben 12 tra cui l'Emilia-Romagna. L'esperienza dei Reference Site italiani ha messo in evidenza, seppur nel rispetto della diversità delle singole esperienze e buone pratiche, la necessità di rafforzare il funzionamento dei gruppi di coordinamento esistenti in ogni Regione e al tempo stesso di supportare la collaborazione tra Regioni Italiane e l'intensificazione delle sinergie con le Regioni Europee, utili al consolidamento di politiche e azioni a favore dell'innovazione sull'invecchiamento sano e attivo e all'identificazione di opportunità in ambito nazionale ed internazionale.

Nel febbraio 2016 anche grazie alla partecipazione a EIP-AHA, la Regione Emilia-Romagna ha ospitato la seconda edizione del Festival europeo sulle cadute dell'anziano (EU Falls Festival 2016).

Sono stati presentati e registrati su Repository europeo un totale di 13 Commitments. L'Agenzia sanitaria e sociale si è impegnata direttamente nell'Action group B3 "[Integrated Care](#)" con un commitment dal titolo "Effectiveness evaluation of different strategies for promoting integrated health care pathways".

Grazie alla partecipazione al partenariato è stato possibile accedere al finanziamento del Progetto *Reference sites network for prevention of care of frailty and chronic conditions in community dwelling persons of EU countries* (SUNFRAIL project) (vedi dopo).

Nel corso dell'anno 2018, in collegamento con la Rete dei Reference Sites EIP-AHA (RSCN) e i partner di Sunfrail, sono state svolte attività di supporto alla progettazione europea in ambito Socio-Sanitario e di Ricerca-Innovazione che hanno permesso di partecipare alla presentazione alla Comunità Europea di due progetti Europei: progetto Vigour e PM2 Rise. Si tratta di due progetti sulle cure integrate, il cui approccio complementare può contribuire alla diffusione del "Know How" della Regione, e al tempo stesso favorire lo sviluppo di alcune attività per la valorizzazione dei servizi regionali.

## **Progetti e programmi internazionali di ricerca**

### ***SUNFRAIL project***

Nel triennio 2016-2018 sono proseguite le attività del progetto SUNFRAIL finanziato nel bando 2014 del 3° Programma di salute pubblica dell'Unione europea e avviato ad aprile 2015.

Il progetto si è collocato nel contesto delle iniziative del partenariato europeo sull'invecchiamento sano e attivo di cui la Regione fa parte per tramite dell'Agenzia Sanitaria e Sociale ed è stato coordinato dalla Regione Emilia-Romagna. Ha coinvolto 11 partner (reference site italiani ed europei) di sei Paesi europei (Italia, Francia, Spagna, Irlanda, Polonia e Belgio).

Gli obiettivi prevedevano una mappatura dei sistemi, servizi e strumenti sanitari e sociosanitari a supporto della prevenzione, identificazione e gestione della fragilità e della multimorbidità, l'identificazione di un modello e di strumenti e la verifica delle condizioni di replicabilità e sostenibilità in diversi setting sanitari, con un'attenzione specifica ai servizi delle cure primarie.

Per disseminare le attività e i risultati del progetto, sono stati organizzati quattro seminari a livello internazionale (Bologna 22 Marzo 2016 – Comprendere e Gestire la Fragilità e Multimorbidità; Napoli 27 Ottobre 2016 – Verso un Modello Psico-biosociale sulla Fragilità; Bruxelles 5 aprile 2017 - Terzo Evento di Disseminazione Transnazionale; Portadown (Irlanda del Nord), 19 October 2017 - Sunfrail - Evento di Disseminazione Locale).

Il progetto si è concluso con la Conferenza finale SUNFRAIL tenutasi a Bologna il 7 febbraio 2018, durante la quale sono stati presentati i principali risultati ottenuti nei 30 mesi di progetto e formulate raccomandazioni per la replicabilità e la sostenibilità del modello e degli strumenti identificati. L'evento ha coinvolto relatori di rilievo europeo e internazionale e attori locali, regionali e internazionali, tra cui rappresentanti della Commissione Europea.

IL progetto SUNFRAIL ha consentito di:

- definire la fragilità secondo un paradigma psico-bio sociale, che ne considera, oltre alla dimensione fisica anche quella psicologica e socio-economica, consentendo di catturare eventuali disuguaglianze che influenzano lo stato di salute e l'accesso ai servizi;
- sottolineare che la fragilità è una condizione reversibile che può essere affrontata efficacemente mediante l'identificazione precoce dei fattori di rischio, al fine di orientare strategie proattive e preventive volte a prevenire la disabilità;
- promuovere strategie incentrate sul bisogno espresso dalle persone anziane di mantenere il più a lungo possibile la loro indipendenza;

- sviluppare lo strumento Sunfrail, che permette di identificare i fattori di rischio di fragilità soprattutto nell'ambito delle cure primarie e di comunità e di attivare risposte sulla base dei servizi sanitari, socio-sanitari e di comunità esistenti. L'identificazione precoce della fragilità in individui di età superiore ai 70 anni permette di identificare precocemente la fragilità in una popolazione a rischio basso o moderato di ospedalizzazione (che non entra in contatto normalmente con i servizi), con un'azione sinergica rispetto al modello di stratificazione del rischio di ospedalizzazione adottato dalla Regione;
- sviluppare e sperimentare un modello formativo interdisciplinare.

### ***Joint Action sulla Fragilità (ADVANTAGE)***

La Regione Emilia-Romagna, è stata invitata dalla Commissione Europea e dal Ministero della Salute a partecipare alla Joint Action sulla Fragilità, in collaborazione con il gruppo dei Reference Site italiani del Partenariato Europeo per l'Innovazione sull'Invecchiamento Sano e Attivo (partner del progetto Sunfrail), costituiti da Regione Piemonte, Regione Campania e Regione Liguria.

La Joint Action è un'iniziativa promossa nell'ambito del 3° Programma di Salute Pubblica dell'Unione Europea (bando anno 2015), ed è dedicata agli stati membri, in particolare ad Istituzioni di livello nazionale. La proposta di partecipazione a Istituzioni regionali costituisce pertanto un importante fattore di apertura da parte della Commissione Europea. I risultati attesi della Joint Action sono: definizione condivisa di fragilità, consenso sugli strumenti da utilizzare per l'identificazione della fragilità, stesura di linee guida sulla fragilità. La Joint Action Advantage ha avuto inizio a dicembre 2016.

Negli anni 2016-2018 la Regione Emilia-Romagna ha partecipato all'iniziativa, valorizzando quanto implementato con il progetto Sunfrail, attraverso l'organizzazione di attività di disseminazione e il contributo alla realizzazione di attività previste dai pacchetti di lavoro 4,6 e 7.

### ***RECAge***

L'ASSR è partner nel progetto di ricerca europeo RECAge (grant agreement n.779237) finalizzato a sperimentare un modello riabilitativo di cura dei disturbi comportamentali severi in corso di demenza (*Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia - BPSD*), che prevede unità mediche speciali di cura (SCU-B) temporanee secondo un approccio centrato sulla persona e basato su terapie farmacologiche e non farmacologiche. Il progetto di ricerca è stato avviato in data 01/01/2018 e terminerà il 31/12/2022. Il progetto si articolerà in tre fasi: 1) conduzione di uno studio osservazionale prospettico multicentrico internazionale per valutare efficacia e costo-efficacia del modello assistenziale SCU-b rispetto allo standard di cura; elaborazione di raccomandazioni che possano guidare il processo di implementazione; sviluppo di un piano di diffusione del modello assistenziale nei paesi partecipanti al progetto di ricerca nei quali la modalità assistenziale è ancora assente o sporadica. L'ASSR ha partecipato alla riunione di avvio del progetto tenutasi in data 24 gennaio 2018 a Bruxelles e porterà il proprio contributo nelle fasi due e tre del progetto.

### ***Joint Action 3 EUNETHA***

L'Agenzia coordina e supporta la collaborazione della Direzione Generale Salute e Welfare alla rete europea EUnetHTA, partecipando alle attività della rete che svolge attività tecnico scientifica dalla identificazione



precoce alla valutazione delle tecnologie sanitarie. Nel corso del triennio l'Agenzia ha contribuito alle attività del gruppo di lavoro dedicato alla individuazione delle tecnologie emergenti ancora in fase di sviluppo (Horizon Scanning); ha partecipato a sette consultazioni scientifiche con i produttori di tecnologie sanitarie finalizzate alla messa a punto del protocollo di studio registrativo; ha finalizzato due rapporti di valutazione in veste di autore (Test Genetici Prenatali e Femtosecond Laser per la chirurgia della cataratta); è stato revisore interno del rapporto sui dispositivi medici per pazienti diabetici; è autore di due rapporti di valutazione tuttora in corso (Ipertermia associata a chemio/radioterapia per i tumori dei tessuti molli; tecnologia laser per il trattamento dell'ipertrofia prostatica benigna); ha partecipato al caso studio sull'Italia del progetto sulla implementazione e riutilizzo dei prodotti EUnetHTA; ha partecipato alle attività del board esecutivo in veste di rappresentante dell'assemblea plenaria. Gli elaborati scientifici, prodotti in ambito EUnetHTA, sono inoltre stati presentati a congressi internazionali (HTAi Conference, Roma del 2017; Cochrane Colloquium, Edimburgo del 2018; ISPOR Europe Conference, Barcellona 2018).

### ***My Health***

E' un progetto europeo finanziato dallo European Union's Health Programme 2014-2020 inteso a migliorare l'accesso alle cure sanitarie da parte di migranti, rifugiati e minoranze etniche di "primo approdo" (giunti in Europa da meno di 5 anni), in particolare donne e minori non accompagnati. La Regione Emilia-Romagna - Agenzia sanitaria e sociale è partner italiano del progetto che coinvolge in totale 11 partner provenienti da 7 Paesi europei: Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Spagna, Regno Unito, Repubblica Ceca. In particolare, la Regione Emilia-Romagna è responsabile per le attività che riguardano la mappatura della rete di stakeholder, servizi per migranti, progetti comunitari locali e ICT tools (siti internet e app per smartphone). Il progetto è coordinato dalla Fundació Institut de Recerca Hospital Universitari Vall d'Hebron.

È stato predisposto il database che è georeferenziato e che costituisce il contenuto di una mappa interattiva disponibile a breve su sito web e app per smartphone a livello europeo, con i principali siti di riferimento (campi profughi, uffici delle ONG, servizi sanitari e sociali, ecc.) che forniscono sostegno ai migranti e ai rifugiati.

Il progetto prevede inoltre attività di rilevazione dei bisogni, di modellizzazione di interventi sanitari e di interventi comunitari di promozione alla salute in tre siti europei (Barcellona, Berlino, Brno) con possibilità di adattamento e replica in territorio regionale.

### ***Doing rights: Innovative tools for professionals working with LGBT families***

Il progetto, finanziato all'interno del programma europeo Erasmus+, Strategic partnership for higher education, Call 2017, nasce con la finalità di colmare il gap di formazione in campo sociosanitario, educativo, sociale e psicosociale, giuridico dei professionisti che lavorano con famiglie con figli entro un contesto europeo di crescente diversificazione familiare. Il progetto è coordinato dall'Università di Verona.

Particolare attenzione viene posta alla mancanza di conoscenze e di strategie inclusive rispetto a famiglie non eterosessuali (famiglie con genitori omosessuali, bisessuali o con un genitore transessuale). ha offerto uno spazio di riflessione sul tema dell'equità a partire dal posizionamento delle famiglie omogenitoriali in relazione alla rete di servizi (sociali, sanitari, educativi e giuridici). Il lavoro svolto a livello regionale (attraverso focus group, interviste in profondità, gruppi di lavoro e confronto che hanno coinvolto circa 25

persone) e la partecipazione ai meeting internazionali con i partner del progetto (a Verona, Barcellona e Varsavia) hanno portato ad una definizione interdisciplinare e cross-settoriale delle sfide che le famiglie LGBT pongono ai professionisti. Nello specifico è stato prodotto un glossario europeo sulla genitorialità LGBT, che sarà strumento di formazione per attività future, e un'analisi dei bisogni dei professionisti e delle famiglie LGBT.

### ***Laboratorio italo-brasiliano***

All'interno del Laboratorio Italo-Brasiliano, lo scambio di esperienze tra i due contesti ha consentito di definire un programma di attività particolarmente proficuo: ricerche comparate in ambito di partecipazione sociale, percorsi congiunti di formazione-intervento sui temi dell'assistenza territoriale, prototipi di alleanze tra università e servizi territoriali per accrescere competenze di lavoro in equipe multi-professionali.

Negli anni 2016-2018 sono stati realizzati workshop internazionali e visite di studio in entrambi i contesti, volti a facilitare il trasferimento e la produzione di conoscenze a partire dalle esperienze realizzate. In particolare, si è proseguito, triennio 2016-2018, nella promozione dei workshop internazionali:

- Il IV Workshop Internazionale del Laboratorio Italo-Brasiliano "Partecipazione sociale, strategie di formazione e valutazione in Primary Health Care: una prospettiva collaborativa", Bologna, 8-12 febbraio 2016
- Il VI Workshop Internazionale del Laboratorio Italo-Brasiliano "Pratiche innovative per l'assistenza primaria: esperienze internazionali a confronto per la salute e il benessere delle comunità", Bologna, 20-24 febbraio 2017
- Il VII Workshop Internazionale del Laboratorio Italo-Brasiliano "Il Laboratorio italo-brasiliano come pratica di dialogo e cooperazione. Reti internazionali per la qualificazione dei sistemi e dei servizi sanitari e di welfare", Bologna, 19 - 23 febbraio 2018

Delegazioni composte da rappresentanti dell'Agenzia Sanitaria e Sociale e della Direzione generale Cura della persona, salute e welfare hanno inoltre partecipato ai seguenti eventi:

- V Workshop Internazionale del Laboratorio Italo-Brasiliano, "Seminário Internacional Atenção Básica/Atenção Primária em Regiões Urbanas: inovações e desafios na experiência do Brasil e da Itália - Assistenza primaria nelle regioni urbane: innovazioni e sfide nell'esperienza di Brasile e Italia", Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasile, 26-30 settembre 2016;
- Workshop internazionale "Rede Unida e Laboratorio Italo-Brasiliano" organizzato dall'Università Federale Fluminense, Rede Unida e partner del Laboratorio Italo-Brasiliano, Rio de Janeiro, 8-9 novembre 2017
- 13o Congresso internazionale "Rede Unida", 30 maggio - 2 giugno 2018, Manaus, Amazonia.

Dall'anno 2017 si è inoltre intensificata la collaborazione con il Servizio Coordinamento delle politiche europee, programmazione, cooperazione, valutazione della Regione Emilia-Romagna, contribuendo a rafforzare l'integrazione operativa tra tale Servizio e la Direzione generale Cura della persona, salute e welfare. Tale collaborazione ha l'obiettivo di intercettare e valorizzare soluzioni innovative e buone pratiche sanitarie a livello internazionale e qualificare l'offerta regionale in ambito assistenziale e formativo, rispondendo all'approccio identificato nel Piano triennale di Cooperazione internazionale allo sviluppo, e alle azioni delle Schede attuative di Intervento del Piano sociale e sanitario regionale 2017-2019.

In data 6-13 novembre 2017 una delegazione composta da rappresentanti dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale e del Servizio di Coordinamento delle Politiche Europee e Cooperazione ha realizzato una missione tecnica nelle città brasiliane di Brasilia, Rio de Janeiro, Curitiba e Porto Alegre, con l'obiettivo di strutturare una proposta progettuale sul tema delle cure intermedie e ospedali di comunità, e realizzare incontri dedicati a progetti già avviati e possibili nuove collaborazioni.

Nell'Ottobre 2018 è stato presentato il bando per un progetto strategico inter-assessorile su confronto e trasferimento nel Sistema Unico di Salute Brasiliano (SUS) di tecnologie gestionali e organizzative in ambito di cure intermedie e ospedali di comunità, strutturato attraverso la collaborazione tra Servizio Coordinamento delle politiche europee, programmazione, cooperazione, valutazione e Direzione generale Cura della persona, salute e welfare della Regione Emilia-Romagna. Il progetto prevede un finanziamento di 80.000 euro (cofinanziato con ulteriori 80.000 euro) e una durata di 12 mesi, a partire dal Dicembre 2018.

Nel triennio 2016-2018 sono state inoltre realizzate attività di intercambio di ricercatori, dottorandi e tirocinanti brasiliani nell'ambito delle progettualità intraprese. Nello specifico, sono state accolte due tirocinanti per un periodo di due mesi, gennaio – febbraio 2018, ed una dottoranda per un periodo di un anno, gennaio 2018 - gennaio 2019.

#### *Documenti di riferimento*

Nicoli MA, Martino A, Marta BL, Baptista GC, Guimaraes CF, Sintoni F, Ferla AA. Não é só um problema de "satisfação dos usuários": Considerações sobre a participação dos usuários na avaliação da atenção básica. Saúde em Redes, v. 2, n. 1, 2016

Marta BL, Nicoli MA, Paltrinieri F. (a cura di). Nuove configurazioni organizzative. Connessioni in rete di servizi sociali e sanitari tra Emilia-Romagna e Brasile. Bologna, Format Edizioni, 2016

Baptista GC, Ferla AA, Nicoli MA, Pellegrino V, Viana Machado F. (a cura di). Partecipazione socio-sanitaria e welfare di comunità: esperienze italiane. Serie Salute Collettiva e Cooperazione Internazionale. Porto Alegre, Rede Unida Editora, 2018

## LE FUNZIONI ATTRIBUITE ALL'AGENZIA SANITARIA E SOCIALE

### Funzione Accreditamento

L'attività della funzione Accreditamento risponde alle indicazioni date dalla normativa nazionale e regionale, con particolare riferimento alle Intese Stato Regioni emesse in materia di accreditamento e di regolamentazione degli organismi accreditanti e in materia di gestione delle strutture sanitarie, recepite dalla RER, che forniscono indicazioni per uniformare i sistemi di accreditamento utilizzati per essere riconosciuti a livello europeo.

Questa Regione ha sviluppato il complesso sistema di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie a partire dalla LR 34/98, e successive modifiche.

Le modifiche normative a livello nazionale hanno richiesto interventi atti a uniformare le attività regionali a quanto definito a livello nazionale; in particolare è stata data attuazione alla nuova disciplina finalizzata ad uniformare il sistema di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie a livello nazionale introdotta dai seguenti provvedimenti:

1) Intesa approvata in sede di Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento", in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 (Rep. Atti n. 243/CSR del 3 dicembre 2009). Rep. n. 259/CSR del 20/12/2012;

2) Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie. Rep. n. 32/CSR seduta del 19 febbraio 2015 con la quale è stato approvato il "Cronoprogramma adeguamenti della normativa delle Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano inerente i criteri ed i requisiti contenuti nel documento tecnico di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti. n. 259/CSR)", (Allegato A), i "Criteri per il funzionamento degli Organismi "tecnicamente" Accreditati ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 20/12/2012 (Allegato B),

3) Decreto 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (GU Serie Generale n.127 del 4-6-2015).

Con la propria deliberazione n. 884/2013 è stata recepita l'Intesa 20/12/2012, ed è stato conferito all'Agenzia sanitaria e sociale regionale e ai competenti Servizi della Direzione generale sanità e politiche sociali e per l'integrazione (attuale direzione generale cura della persona, salute e welfare) il mandato di riesaminare il complessivo sistema dei requisiti generali e specifici di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie e dei professionisti, approvati a decorrere dal 2004, al fine di armonizzarlo e svilupparlo, ove necessario, in coerenza con gli obiettivi contenuti nell'Intesa, con quelli contenuti nella vigente normativa europea e con quanto previsto dal comma 5 dell'art. 41 del D.Lgs 33/2013.

Il recepimento dell'Intesa del 19 febbraio 2015, con la Delibera 1604/2015, ha ribadito le scelte già operate e cioè che l'Organismo tecnicamente accreditante si identifica nella Funzione accreditamento dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale, già titolare fin dal 1998 delle funzioni previste dall'allegato B della suddetta intesa e che possiede, in linea di massima, le caratteristiche da questa richieste. La Funzione Accreditamento dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale infatti svolge l'attività di verifica tramite valutatori, appartenenti a

Strutture sanitarie pubbliche e private, appositamente formati e inseriti in un elenco pubblicato nel sito web della stessa ASSR.

Per quanto attiene invece agli adempimenti di cui all'allegato sub A del Cronoprogramma approvato con l'intesa, la DGR 1604/2015 configura le azioni per uniformare il modello e le procedure di accreditamento a quanto previsto nell'intesa stessa. Viene pertanto dato mandato a DGSPSI, con la collaborazione della ASSR, di formulare proposte di revisione del sistema dell'accreditamento e di avviare un percorso sperimentale con le Direzioni delle Aziende Sanitarie regionali al fine di dare attuazione alla revisione del modello di accreditamento e di avviare con le strutture pubbliche e private accreditate un percorso di avvicinamento ai requisiti ed alle evidenze previste dall'Intesa del 20 Dicembre 2012, valutandone il grado di adesione, anche mediante autovalutazioni ed audit interni.

La Funzione Accreditamento della Agenzia sanitaria e sociale regionale, quale Organismo tecnicamente accreditante, viene incaricato di revisionare le procedure di competenza, per armonizzarle con quanto richiesto dall'Intesa del 19 febbraio 2015 (Allegato B); in particolare, dovrà procedere alla migliore definizione della propria organizzazione, così come esplicitato nei paragrafi 3 e 4 del citato allegato B.

E' allo studio un nuovo Progetto di Legge Regionale che, oltre ad introdurre principi di semplificazione a favore di cittadini ed imprese in applicazione della LR 18/2011, si propone di ridisegnare il modello di autorizzazione e accreditamento di questa Regione, in armonia con quanto disposto dalle Intese del 20 Dicembre 2012 e del 19 febbraio 2015, di assicurare condizioni di qualità, sicurezza e trasparenza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e di prevedere garanzie di omogeneità nell'applicazione degli strumenti dell'autorizzazione e dell'accreditamento.

#### ***Mantenimento dell'attività istituzionale di verifica dei requisiti per l'accreditamento delle strutture sanitarie***

Le visite di verifica per l'accreditamento per effetto delle DGR 1311/2014, DGR 1604/2015 e 1943/2017 sono state effettuate, in relazione ai mandati ricevuti: 1) alle strutture pubbliche e private che hanno presentato richiesta di nuovo accreditamento, 2) alle strutture private che presentano richiesta di variazione dell'accreditamento, 3) a tutte le strutture per le quali è necessario effettuare verifiche di sorveglianza.

Nel triennio 2016 – 2018, sono state verificate complessivamente 237 strutture.

In particolare sono state effettuate: le visite di verifica sul campo a tutte le strutture alle quali era stato concesso l'accreditamento in via provvisoria su base documentale, in quanto nuove strutture che al momento della richiesta non potevano ancora dimostrare l'attività svolta; le verifiche previste dal programma della DGSPSI per monitorare il mantenimento delle garanzie di qualità e sicurezza delle strutture del Sistema Sanitario regionale e il loro progressivo adeguamento ai requisiti e alle evidenze previste dall'Intesa del 20 dicembre 2012, così come indicato dalla DGR 1604/2015; le visite di sorveglianza richieste dalla DGSPSI, ai sensi dell'art. 10 della L.R. n. 34/1998 e s.m.i.; le visite di sorveglianza delle strutture del Sistema Sangue regionale secondo le indicazioni delle DGR 819/2011 e DGR 69/2013 (le attività di verifica programmate per il biennio 2017-2018 sono state svolte utilizzando la nuova modalità di verifica basate sull'analisi dei processi critici quali: convalide, tracciabilità degli emo-componenti, venipuntura e disinfezione della cute in fase di prelievo); le visite di verifica per l'"autorizzazione regionale" dei Centri di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), inserite nell'elenco regionale, in relazione alla DGR 853/2015, unitamente a Valutatori del CNT.

A seguito della scadenza dell'accreditamento della maggior parte delle Strutture sanitarie prorogato sino al 31 luglio 2018, sono state pianificate le attività di verifica per il rinnovo dell'accreditamento che tiene conto di criteri definiti e concordati nell'ambito del gruppo di coordinamento Autorizzazione e Accreditamento.

Nel triennio è stata progettata e realizzata, in collaborazione con il Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica una attività sperimentale di Audit di sistema, nel settore della Sicurezza alimentare, per conto della Autorità Regionale competente congiuntamente alle attività di accreditamento dei Dipartimenti di sanità pubblica. La sperimentazione ha avuto un esito positivo riconosciuto anche dal sistema di ispezione della Comunità Europea e sono state poste le basi per lo sviluppo di obiettivi per tale attività nel prossimo triennio.

Per poter effettuare il complesso delle visite di verifica è proseguita l'attività di aggiornamento delle competenze specifiche dei valutatori per consentire la corretta interpretazione dei requisiti e quindi rendere il più possibile omogenee le valutazioni. Inoltre, sono state attuate le attività di supporto alle Strutture sanitarie nel corso del procedimento di accreditamento in capo alla Funzione accreditamento, e il mantenimento dei rapporti con i servizi di riferimento aziendali per il confronto e la condivisione degli elementi innovativi introdotti dalle indicazioni regionali e dalle nuove normative.

Tra le funzioni istituzionali della Funzione Accreditamento (OTA), vi è anche la formazione dei nuovi valutatori, per la quale sono state attivate le procedure per il nuovo corso di formazione per Valutatori dell'accreditamento sanitario e su richiesta della DGCPWS è stato progettato, organizzato e realizzato il Corso di formazione per Valutatori dell'accreditamento delle Strutture Sociosanitarie.

### ***Revisione del modello di accreditamento***

E' stato attivato un percorso di avvicinamento ai nuovi requisiti e alle evidenze richieste ai fini della costruzione di sistema di verifica per l'accreditamento regionale sostenibile per le Aziende sanitarie nei differenti setting assistenziali che ha portato alla elaborazione ed approvazione, da parte della Giunta Regionale, della Delibera 1943 del 2017 dei nuovi Requisiti Generali di accreditamento. A seguito della emanazione dei nuovi requisiti sono state realizzate attività di informazione e formazione attraverso la realizzazione di eventi pubblici ripetuti nelle 3 aree vaste con le strutture pubbliche e private, con i valutatori regionali per l'accreditamento, con i Responsabili qualità dipartimentali in alcune aziende pubbliche. Sono previste entro dicembre attività informative/formative per le Comunità per persone dipendenti da sostanze d'abuso i cui accreditamenti scadranno a luglio 2019 e dovranno applicare i nuovi requisiti al successivo rinnovo.

In materia normativa è stato elaborato il documento relativo ai Requisiti di accreditamento della "Rete delle Cure Palliative", documento che è stato deliberato con DGR del 31 Ottobre 2016, N. 1770.

Per quanto attiene la formazione rivolta ai valutatori, sviluppata al fine di mantenere le competenze valutative e rendere omogenee le valutazioni, nel triennio sono stati realizzati n. 18 eventi formativi, oltre che sui nuovi Requisiti generali di accreditamento anche in materia di Sistema sangue, Procreazione medicalmente assistita, Sicurezza Alimentare e Audit di sistema. L'attività formativa sui nuovi Requisiti Generali ha portato alla elaborazione di una guida, utile sia per i valutatori che per le strutture sanitarie, ai fini di una corretta interpretazione dei requisiti e loro applicazione nei diversi setting assistenziali oltre che perseguire una omogenea valutazione da parte dei valutatori. L'attività di informazione e formazione nell'ambito del Sistema sangue ha visto anche il coinvolgimento degli attori principali: i Servizi Trasfusionali e le Unità di Raccolta Sangue Associativa.

Al fine di facilitare e diffondere le novità normative introdotte nell'ambito dell'accreditamento, sono state riviste, riorganizzate ed introdotte nuove e specifiche pagine intranet relative all'Accreditamento sul sito dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale.

In attuazione dell'Intesa Stato-Regioni del 19/12/2015, così come recepita con DGR 1604/2015, la Funzione Accreditamento della Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale si è costituita quale Organismo Tecnicamente Accreditante per la Regione Emilia-Romagna. Sulla base della programmazione del Ministero della Salute, la FA-OTA è stata oggetto di verifica sperimentale il 24 maggio 2018 da parte dei valutatori nazionali che hanno valutato l'attività in conformità al Manuale di Valutazione elaborato dal Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale di cui al decreto del Ministro della salute del 30 maggio 2017.

In preparazione della visita di verifica è stato revisionato il modello organizzativo e sono stati formalizzati alcuni elementi documentali del sistema qualità della FA-OTA (Manuale del Sistema di gestione della Qualità, Procedure principali, Sussidi); sono anche stati effettuati audit interni ed esterni finalizzati ad un'analisi dello stato dell'arte rispetto agli adempimenti richiesti dal Modello di Valutazione per gli Organismi Tecnicamente Accreditanti.

La verifica ministeriale ha avuto esito positivo, il verbale è stato trasmesso e non ha riportato nessuna non conformità; in ogni caso le osservazioni emerse a seguito della verifica sono state oggetto di riflessione e attività di miglioramento che la FA OTA ha già iniziato a sviluppare.

In materia di elenco regionale dei Valutatori per l'Accreditamento, secondo quanto indicato dai documenti dell'Intesa, sono stati adeguati i criteri di accesso e permanenza precedentemente identificati e definite le regole di tenuta dell'elenco e di utilizzo dei Valutatori.

Si è inoltre collaborato con i Servizi della Direzione generale cura della persona, salute e welfare per la predisposizione del nuovo Progetto di Legge Regionale in materia di Autorizzazione e Accreditamento che punta ad introdurre principi di semplificazione a favore di cittadini ed imprese in applicazione della LR 18/2011, tale progetto è in attesa di approvazione da parte della Direzione stessa.

## **Governo regionale della formazione**

### ***Governo del sistema di formazione continua in medicina***

Il sistema regionale di governo della formazione continua in medicina si avvale di organismi regionali istituiti sulla base di indicazioni nazionali, quali in particolare la Commissione regionale per la formazione continua in medicina e l'Osservatorio Regionale per la Formazione continua ECM. A ciò si aggiunge il mantenimento delle relazioni con gli organi nazionali di governo del sistema di Educazione continua in medicina: la Commissione nazionale per la formazione continua, l'Osservatorio nazionale per la formazione continua e il Comitato tecnico delle Regioni e il raccordo e coordinamento funzionale con gli Uffici formazione delle strutture sanitarie regionali provider ECM.

#### COMMISSIONE REGIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA ECM

La Commissione regionale per la formazione continua è stata ricostituita, come previsto dalla Determinazione del Direttore generale Sanità e politiche sociali n. 10906 del 04/07/2017, e vede la presenza al suo interno di tutti i responsabili dei Servizi della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, con l'obiettivo di allineare le attività di governo della formazione con gli obiettivi strategici del Servizio Sanitario Regionale. Per rafforzare ulteriormente il coordinamento a livello regionale è stato istituito un coordinamento dei referenti operativi della formazione di tutti i Servizi della Direzione Generale della Cura, della persona, Salute e Welfare e della stessa ASSR, con l'obiettivo di governare una programmazione adeguata degli eventi seminari e formativi organizzati all'interno del Servizio sanitario Regionale.

E' stato inoltre assicurato il coordinamento del Tavolo dei responsabili formazione provider ECM, con l'obiettivo di sviluppare, in modo condiviso e partecipato, la definizione delle regole e degli adempimenti che normano l'ECM nel sistema sanitario regionale. Il Tavolo di coordinamento è stato formalizzato ed è la sede per il confronto su tematiche prioritarie per la formazione continua per le professioni sanitarie e per la condivisione di informazioni, documenti, buone pratiche inerenti la formazione continua.

E' stata anche assicurata la produzione delle evidenze documentali previste dagli adempimenti LEA relativi all'aggiornamento professionale.

#### OSSERVATORIO REGIONALE SULLA FORMAZIONE CONTINUA

Nel triennio è inoltre proseguita l'attività di valutazione sulla qualità dell'offerta formativa ECM, avviata nel 2014 con l'istituzione dell'Osservatorio regionale sulla formazione continua (ORFoCS). In particolare, le attività svolte in questo ambito sono state:

- il coordinamento degli incontri dell'ORFoCS;
- l'organizzazione, la realizzazione e la rendicontazione delle visite di verifica della qualità delle attività formative prodotte dai provider accreditati (visite realizzate durante lo svolgimento dell'evento e visite di valutazione ex post);

Sono state sviluppate attività finalizzate al miglioramento dell'efficacia dei processi formativi, in particolare portando attenzione al miglioramento dell'appropriatezza delle attività formative – con la produzione di un manuale Linee di indirizzo "Accompagnare persone nei processi di cambiamento"

È stata sviluppata un'attività di ricerca-intervento con l'obiettivo di definire metodi e sperimentare tecniche finalizzate a dare evidenza dell'efficacia dei processi formativi, intendendo per efficacia la misura delle modificazioni organizzative e dei cambiamenti dei comportamenti professionali a seguito delle informazioni e delle esperienze sviluppate in un contesto di apprendimento formale. In questa cornice è stato messo a punto un questionario che misura la trasferibilità degli apprendimenti, considerando alcune dimensioni: la qualità del progetto formativo, le caratteristiche dell'individuo in formazione, le condizioni organizzative che accolgono o meno gli apprendimenti acquisiti in aula.

#### ***Formazione manageriale***

Nell'ambito dei corsi per l'abilitazione alle funzioni di direzione di struttura complessa si sono realizzate:



- la valutazione e autorizzazione dei percorsi formativi rivolti ai Direttori di struttura complessa, organizzati e realizzati dalle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna;
- la valutazione e autorizzazione dei percorsi formativi rivolti agli aspiranti alla direzione di strutture complesse realizzati in partnership con le Università della regione.

#### MASTER DI II LIVELLO IN POLITICHE SANITARIE

È giunto a conclusione il Master biennale di II livello in politiche sanitarie. Il Master è stato sostenuto dalla Regione Emilia-Romagna e organizzato in collaborazione con l'Azienda ospedaliero-universitaria S.Orsola-Malpighi di Bologna.

Vi hanno partecipato 44 persone, impegnate nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna con esperienze professionali e formative diverse (cliniche, infermieristiche, tecniche, amministrative, giuridiche, economiche, ...), orientate a svolgere funzioni dirigenziali, di natura assistenziale o gestionale, nelle organizzazioni sanitarie ai diversi livelli aziendali e sovra-aziendali. La funzione formazione dell'ASSR ha garantito il tutoraggio didattico.

#### ***Sviluppo delle competenze (progettazione e produzione di attività formative)***

E' stato promosso lo sviluppo delle professioni non solo per le competenze tecniche, ma anche quelle organizzative e comunicativo - relazionali; sono state sviluppate diverse reti di collaborazione con Aziende/ Enti sanitari e Università finalizzate alla progettazione e realizzazione di interventi formativi. Le finalità di queste collaborazioni sono: consentire, oltre alla produzione di percorsi formativi, la conoscenza di contesti di lavoro e dei fabbisogni formativi delle diverse comunità professionali; offrire alle comunità professionali percorsi in grado di soddisfare i bisogni di sviluppo delle competenze in modo compatibile ai contesti e agli obiettivi di lavoro.

E' stata inoltre sviluppata attività di consulenza, analisi del fabbisogno, progettazione, valutazione della formazione, docenza, funzione di tutoraggio in presenza e a distanza con uso di piattaforme e-learning.

Nel triennio sono state erogate 4 edizioni per lo sviluppo competenze didattiche e di progettazione (4 corsi per progettisti e 4 per docenti) con l'obiettivo di sviluppare le capacità nell'ambito della progettazione formativa (dall'analisi del contesto alla valutazione d'impatto) da un lato, e rafforzare le competenze didattiche di chi già fa docenza, dall'altro. L'intenzione è di costruire una rete della formazione, costituita da professionisti che svolgono funzioni di supporto alla gestione dei processi di apprendimento e che garantiscono le connessioni fra il sistema aziendale di governo della formazione e lo sviluppo professionale all'interno delle strutture aziendali.

Inoltre, ha preso avvio il progetto CaSaLAB, nelle sue tre edizioni (ROMAGNA, AVEC, AVEN), un laboratorio regionale per l'integrazione multiprofessionale inteso ad accompagnare l'implementazione della Delibera regionale sulle Case della Salute (DGR 2128/2016), che pone come orientamento organizzativo-professionale il lavoro di rete e di comunità, valorizzando le azioni già predisposte in alcune Aziende USL dell'Emilia-Romagna.

## **Medicine non convenzionali**

L'Osservatorio Regionale per le Medicine non Convenzionali (OMNCER) è stato costituito con la delibera 29 del 2004 e le funzioni di coordinamento e segreteria tecnico-scientifica sono state affidate all'Agenzia Sanitaria e Sociale regionale. La scelta di avvalersi di un gruppo di esperti di medicine non convenzionali (in particolare agopuntura, omeopatia, fitoterapia) ad esperti di ricerca biomedica, aveva la finalità principale di sviluppare e accompagnare, dal punto di vista metodologico, progetti di ricerca indirizzati alla raccolta di evidenze di efficacia sia delle singole pratiche di Medicine non Convenzionali (MNC), sia dell'integrazione delle MNC con le usual care offerte nel Servizio Sanitario Regionale (SSR). L'idea di fondo era di considerare le MNC come qualsiasi altra innovazione da poter introdurre nel SSR a fronte di una adeguata disponibilità di evidenze di efficacia e sicurezza.

L'Agenzia sanitaria e sociale regionale ha assicurato attività di coordinamento, di segreteria tecnico-scientifica e organizzativa alle attività dell'Osservatorio Regionale per le Medicine non Convenzionali, dal 2016 al giugno 2017. Dal giugno 2017 l'OMNCER non è stato più ricostituito, anche in considerazione del fatto che sono già in corso specifici programmi di ricerca mirati a valutare l'efficacia della integrazione di specifici trattamenti di MNC del SSR e della difficoltà di introdurre ulteriori prestazioni di MNC nell'offerta del SSR.

Nel periodo sono stati anche organizzati Seminari mirati a promuovere un avanzamento delle conoscenze (14 ottobre 2016, seminario con il dott. Alan Bensoussan, direttore dell'Istituto Nazionale per le medicine complementari di Sydney, sul tema della complessità della integrazione delle MNC nel Servizio Sanitario pubblico; il 15 dicembre 2016, seminario con la prof. Rochat De La Vallè sul tema della relazione con il paziente, un confronto fra modello biomedico e MNC).

L'ASSR ha inoltre offerto supporto metodologico ai progetti di ricerca sviluppati nell'ambito dei finanziamenti regionali dedicati all'integrazione delle MNC nel SSR. In particolare, a settembre-ottobre 2018 hanno avuto avvio operativo due nuovi progetti sull'efficacia della digitopressione nel contenimento del dolore da parto e dei trattamenti di agopuntura, come supportive care per le donne operate di tumore al seno.

Si evidenzia inoltre che, fra le attività relative alle MNC, dal 2016 la Regione Emilia-Romagna ha definito un percorso di accreditamento per le scuole di medicina non convenzionale pubbliche (universitarie) e private, così come previsto dall'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013, che possono chiedere alla Regione di essere accreditate per la formazione in agopuntura, fitoterapia, omeopatia, omotossicologia, medicina antroposofica. Tale attività è gestita dalla Direzione generale Cura della persona, salute e welfare.

## **Documentazione e comunicazione**

Dal 2016 il sito web dell'Agenzia sanitaria e sociale è stato totalmente riprogettato e riorganizzato sulla base di una migliore fruibilità dei contenuti, coerentemente con la riorganizzazione dell'ASSR prevista dalla DGR n. 630/2016; nel corso del triennio i contenuti sono stati costantemente aggiornati per presentare le attività svolte nell'ambito dei progetti della struttura.

Sono stati sperimentati alcuni strumenti innovativi di comunicazione multimediali (timeline, video e audio interviste, presentazioni interattive, ...).

Sono proseguite le attività del Network per la diffusione e promozione dell'utilizzo della documentazione scientifica; in particolare, in un'ottica di razionalizzazione è stata esperita la gara regionale con IntercentER

per l'acquisto consortile di periodici scientifici e banche dati. Sono stati inoltre garantiti i servizi offerti dalla Biblioteca e dal Centro editoriale.

## **ATTIVITA' DI DIREZIONE**

### **Attività di responsabilità diretta della Direzione**

#### ***Partecipazione a gruppi tecnici inter-regionali per la ricerca sanitaria***

La Regione Emilia-Romagna è vicecoordinatore del gruppo tecnico per la ricerca sanitaria ed è membro del Gruppo di coordinamento del Progetto Mattone Internazionale. Nel triennio è stata assicurato il coordinamento e l'armonizzazione delle attività regionali relativamente alle seguenti attività:

- revisione del Piano Nazionale per la Ricerca Sanitaria 2017-2019 (approvato dalla Conferenza Stato Regioni a settembre 2017),
- partecipazione alla preparazione e revisione dei Bandi della Ricerca Finalizzata 2014-2015 (Bando nel 2016) e 2016-2017 (Bando nel 2018),
- coordinamento delle attività per l'individuazione dei temi per i Programmi di rete, cofinanziati dalle Regioni,
- partecipazione agli incontri del Gruppo di coordinamento del PROMIS.

#### ***Formazione medico-specialistica***

La Regione Emilia-Romagna è tra le regioni che partecipano all'Osservatorio Nazionale della Formazione Medico Specialistica in rappresentanza della Conferenza Stato-Regioni. La Direzione dell'ASSR ha assicurato la partecipazione ai lavori dell'Osservatorio, impegnandosi nelle seguenti attività: partecipazione alla valutazione delle Scuole di Specializzazioni per elaborare la proposta di accreditamento negli anni 2017 e 2018, partecipazione alla definizione di una proposta di revisione del DIM 401/2017, partecipazione al gruppo di lavoro per rivedere gli indicatori messi a punto da AGENAS per la valutazione dell'attività assistenziale dei centri che fanno parte delle reti formative delle diverse scuole.

Nel 2018 è stato attivato l'Osservatorio Regionale per la Formazione Medico-Specialistica, al quale la Direzione dell'ASSR partecipa assieme al Servizio Assistenza Ospedaliera della DG Cura della Persona, Salute e Welfare.

#### ***Comitato Regionale di Indirizzo Regione-Università***

La Direzione dell'Agenzia Sanitaria e Sociale è parte del Comitato Regionale di Indirizzo Regione-Università ed ha contribuito alla elaborazione di documenti preparatori al lavoro del Comitato su diversi ambiti: gestione delle scuole di specializzazioni alla luce del nuovo DIM 402/2017; individuazione delle sedi ulteriori; regole condivise tra Aziende Sanitarie e Università per la conduzione della sperimentazione clinica.

## ***IRCCS***

L'ASSR ha il compito di supportare, coordinare e monitorare le attività degli IRCCS per quanto concerne la ricerca. La Direzione dell'ASSR ha partecipato nel triennio, come rappresentante regionale, alle commissioni per la nomina dei Direttori Scientifici, alle site visit per il mantenimento del riconoscimento degli IRCCS. Sono state inoltre governate le attività di risposta ai bandi Conto Capitale usciti nel triennio per l'allocazione di risorse mirate all'acquisizione di attrezzature a scopo di ricerca da parte del Ministero della Salute, assicurando la valutazione della utilità delle richieste avanzate (valutazione HTA) e della loro rispondenza alla programmazione regionale.

E' stata assicurata la valutazione dei progetti di miglioramento annuale, finanziati con il fondo regionale di cui alla DRG 1066/2009, e il monitoraggio amministrativo delle attività.

## ***Centro Nazionale di Coordinamento dei Comitati Etici***

Il Direttore dell'ASSR partecipa al Centro di coordinamento come membro regionale indicato dalla Conferenza Stato-Regioni e svolge la funzione di Presidente. Il Centro è stato attivato a luglio 2018 e sta svolgendo una intensa attività, in relazione alle funzioni ad esso assegnate dalla Legge 3/2018.

## ***PNCAR***

Il Direttore coordina il Gruppo di lavoro regionale per l'implementazione del Piano Nazionale di contrasto all'antibioticoresistenza, di cui alla Determina 5590/2018 e alle DRG 1021/2018 e la Regione Emilia-Romagna coordina il tavolo sulla implementazione del PNCAR costituito nell'ambito del Coordinamento Inter-regionale della Prevenzione.

## ***Attività trasversali***

L'Agenzia sanitaria e sociale regionale opera secondo le disposizioni approvate dalla Giunta Regionale con la deliberazione della Giunta Regionale n.293/2009, come modificata dalla n. 630/2016; le attività giuridico amministrative e contabili sono coordinate dallo Staff della Direzione ASSR.

## ***Consulenza e procedure tecniche, amministrative e contabili per la ricerca a finanziamento internazionale e nazionale***

Nel triennio 2016-2018 l'ASSR ha continuato a garantire alla Direzione generale Cura della persona, salute e welfare il necessario supporto specialistico per l'espletamento delle procedure tecniche, amministrative e contabili necessarie alla realizzazione di progetti di ricerca a finanziamento internazionale e nazionale e a sostenere, dal punto di vista giuridico amministrativo e contabile, gli Enti del SSR nella predisposizione delle proposte progettuali da presentare ai bandi, nazionali ed internazionali, nonché curare il monitoraggio dei progetti finanziati nelle loro diverse fasi.

Nello specifico, l'attività ha riguardato l'istruttoria delle proposte progettuali, finalizzata alla partecipazione ai bandi nazionali e a call europee; per i progetti dei bandi di Ricerca Finalizzata anche le attività connesse al ruolo di Destinatario Istituzionale della Regione ai sensi dell'art. 12 bis del D.Lgs. n. 502/1992 e s.i.m.

Per i progetti finanziati, le attività svolte hanno riguardato la predisposizione degli atti amministrativi e degli accordi/convenzioni, delle rendicontazioni periodiche previste, il controllo delle rendicontazioni delle Unità Operative o Enti Partner partecipanti e le liquidazioni dovute.

#### PROGETTI EUROPEI FINANZIATI

- quale Ente capofila di progetto:

- *Reference Sites Network of Prevention and Care of Frailty and Chronic Conditions in community dwelling persons of EU Countries (SUNFRAIL)*

finanziamento comunitario Euro 886.193,00

- quale Ente Partner di progetto:

- *European network for health technology assessment (EUnetHTA) Joint Action 3* finanziamento comunitario Euro 190.228,00

- E-RARE-3 Project

finanziamento comunitario Euro 303.231,00

- *Models to engage vulnerable migrants and refugees in their health, through community empowerment and learning alliance (Myhealth) Work Package 4 "Mapping on Health Migrants and Refugee"* finanziamento comunitario Euro 95.069,00

- *Doing Right(s). Innovative Tools for professionals working with LGBT Families* finanziamento comunitario Euro 41.844,00

- *Managing Frailty. A comprehensive approach to promote a disability-free advanced age in Europe: the ADVANTAGE initiative*

finanziamento comunitario Euro 9.552,96

- *How to best meet the needs of people with dementia with severe behavioural disturbances. Toward a respectful and cost-effective model (Recage)*

finanziamento comunitario Euro 70.000,00

#### PROGETTI FINANZIATI DAL MINISTERO DELLA SALUTE E DA ALTRI ENTI NAZIONALI

L'ASSR ha svolto le attività di supporto tecnico specialistico finalizzate all'espletamento del ruolo della Regione Emilia-Romagna:

1. di Destinatario Istituzionale ai sensi dell'art. 12 bis del D.Lgs. n. 502/1992 e s.i.m. Ente finanziatore Ministero della Salute DIREZIONE GENERALE DELLA RICERCA E DELL'INNOVAZIONE IN SANITA'
  - nell'ambito del Bando della Ricerca Finalizzata Anno 2016, sono state presentate 103 proposte progettuali delle quali 18 ammesse a finanziamento, per un importo complessivo di Euro 6.912.155,27;

- nell'ambito del Bando della Ricerca Finalizzata Anno 2018 sono state presentate 100 proposte progettuali, attualmente è in corso la valutazione da parte del Ministero della Salute.

2. di Unità operativa:

nell'ambito del Bando della Ricerca Finalizzata Anno 2016 è stato ammesso a finanziamento:

- il progetto "*Assessing the impact of a regional palliative care programme on quality of end-of-life care in cancer patients using administrative database, and subsequent development and implementation of a dashboard for monitoring a set of quality of end-of-life care indicators*", capofila Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia, questa ASSR-RER in qualità di Unità Operativa dovrà svolgere le attività previste

Finanziamento ministeriale 109.844,00

E' stata, inoltre, coordinata la partecipazione della Regione Emilia-Romagna in qualità di Ente cofinanziatore a un Programma di Rete messo a Bando dalla Ricerca Finalizzata nel 2016. Il programma è stato vinto come capofila dalla Regione Lazio e vede la partecipazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, che svolgerà le attività previste dal Work Package 4 (finanziamento ministeriale Euro 575.000,00). E' stato elaborato un Consortium agreement e sottoscritta la convenzione con l'AO-U di Bologna.

*Ente finanziatore Ministero della Salute – Centro Nazionale per il controllo delle malattie (CCM)*

In qualità di Capofila:

- Nel Bando 2016 sono state presentate due proposte progettuali, non ammesse a valutazione.
- Nel Bando 2017 sono state presentate due proposte progettuali, una delle quali "Stratificazione del rischio di fragilità della popolazione: valutazione di impatto e analisi dei modelli organizzativi" è stata ammessa a finanziamento per Euro 450.000,00. Per l'Area Azioni Centrali è stata assegnata alla Regione Emilia-Romagna, ASSR l'attuazione del progetto "Sorveglianza nazionale delle infezioni correlate all'assistenza", con un finanziamento di Euro 100.000,00;
- Nel Bando 2018 sono state presentate due proposte progettuali. Attualmente è in corso la valutazione da parte del Ministero della Salute.

in qualità di Unità Operativa:

- Nel Bando CCM 2016 la Regione Emilia-Romagna ha concorso alla stesura di sei proposte progettuali, delle quali due sono state ammesse a finanziamento (I percorsi di cura nei disturbi mentali gravi, tra valutazione della qualità della cura e nuovi modelli di finanziamento, per Euro 34.500,00 e Monitoraggio e controllo della diffusione intraospedaliera di microrganismi multiresistenti agli antibiotici, per Euro 39.500,00).

*Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas)*

Nel 2016 sono state presentate e finanziate due proposte progettuali:

- La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero, per Euro 13.700,00;
- Implementazione di un sistema di monitoraggio dell'assistenza territoriale, per Euro 20.000,00.

Nel 2017 è stato presentato un progetto, ammesso a finanziamento

- L'utilizzo di strumenti per il governo dei dispositivi medici e per HTA (PRONHTA), per Euro 18.700,00.

*Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP)*

Partecipazione in qualità di Unità operativa

- Progetto "La rete degli studi longitudinali metropolitani", Work Package 3 "Armonizzazione dei metodi per l'apertura delle coorti e la costruzione di variabili demografiche e socio-economiche" finanziato per Euro 22.500,00.

*Istituto Superiore di Sanità (ISS)*

In qualità di Capofila, la Regione ha partecipato all'Avviso pubblico 2018 per progetti inerenti la cura dei soggetti con disturbo dello spettro autistico

- Progetto "Meglio accogliere, accogliere meglio: qualificare la rete delle strutture residenziali e semiresidenziali per le persone con ASD", ammesso a finanziamento per Euro 1.000.000,00.

Per saperne di più:

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione>

È stata garantita l'attività trasversale giuridico-amministrativa e contabile finalizzata al rispetto degli adempimenti e procedure previste in materia di gestione del personale, formazione, acquisizione di beni e servizi, anticorruzione e trasparenza, privacy.



## Allegato 2

### Linee di indirizzo per la predisposizione e l'attuazione del Piano-programma 2019-2021 dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale

Premessa.....	1
Le implicazioni per l'Agenzia sanitaria e sociale regionale (ASSR).....	3
1. PIANO-PROGRAMMA DELL'AGENZIA SANITARIA E SOCIALE REGIONALE.....	3
2. ORGANIZZAZIONE DELL'AGENZIA SANITARIA E SOCIALE REGIONALE.....	9
3. PARTECIPAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE E DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E DI ALTRI ENTI.....	10
4. RELAZIONE FINALE.....	10

#### Premessa

I dati disponibili sull'attuazione a livello regionale di politiche mirate ad assicurare la salute e il benessere sociale dei cittadini mettono la Regione Emilia-Romagna, in rapporto ad altre aree del paese, ai primi posti per capacità di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza e il contrasto alle diseguaglianze socio-economiche attraverso politiche attive di contrasto alla povertà e all'inclusione sociale.

Per mantenere e migliorare la capacità di realizzare salute e benessere a fronte di cambiamenti epidemiologici e sociali caratterizzati da rilevanti trasformazioni della domanda e degli oggetti di cura e assistenza, è necessario imprimere un forte cambiamento nel sistema dei servizi. Non si tratta solo di governare le aree critiche (la variabilità della qualità dell'assistenza prestata, il permanere di problemi di salute potenzialmente prevenibili, le diseguaglianze tra cittadini), ma soprattutto bisogna identificare le sfide emergenti e ideare, sperimentare e trasferire al sistema soluzioni in grado di dare risposte innovative a problemi nuovi.

Tutti i sistemi sanitari e sociali si trovano a dover affrontare alcune grandi sfide ed in particolare:

- 1) i cambiamenti demografici e sociali intervenuti negli ultimi anni che hanno modificato i bisogni di salute e le preferenze dei pazienti, ora che il 70% delle risorse è impegnato nella presa in carico di pazienti con condizioni croniche spesso multiple: per contrastare efficacemente questi trend è necessario potenziare la prevenzione, promuovere la presa in carico il più possibile precoce dei bisogni, assicurare l'empowerment dei cittadini e interventi che mettano al centro la persona promuovendo un cambiamento profondo dei servizi a tutti i livelli organizzativi;
- 2) i cambiamenti nel rapporto tra cittadini e servizi, caratterizzato da un progressivo allontanamento dalle istituzioni può essere affrontato assicurando l'assunzione, da parte dei diversi livelli che compongono il sistema dei servizi, di cura nell'ascolto e di un approccio di empowerment nelle pratiche quotidiane;
- 3) i cambiamenti avvenuti nelle modalità di erogazione dell'assistenza nei servizi sanitari e sociali: è emerso chiaramente, infatti, come esistano modi migliori di affrontare i problemi di una comunità,

intesa come "attore sociale" e non solo luogo espressione di bisogni, attraverso l'allestimento di spazi di dialogo per il superamento dei confini, integrando ospedali e assistenza primaria, assistenza sociale e sanitaria, assistenza generale e assistenza specialistica;

- 4) le continue innovazioni terapeutiche e tecnologiche che, pur consentendo in alcuni casi risultati insperati in termini di salute, richiedono una grande capacità di governo per garantire la sostenibilità del sistema.

Una ulteriore grande sfida per l'Italia è rappresentata dalla carenza di risorse commisurate alle necessità di sviluppo: sono anni che il Fondo Sanitario Nazionale non viene incrementato in modo proporzionale ai nuovi bisogni di salute.

Il Piano Sociale e Sanitario della Regione Emilia-Romagna 2017-2019 ha individuato tre obiettivi strategici per dare risposta alle sfide sopra elencate: la lotta all'esclusione, l'identificazione del distretto come nodo strategico ove realizzare l'integrazione delle politiche e dei servizi, l'individuazione di nuovi strumenti per garantire prossimità e integrazione. Il Piano ha individuato 39 azioni con l'obiettivo di realizzare 5 aree trasversali (prossimità e domiciliarità, riduzione delle diseguaglianze e promozione della salute, autonomia delle persone, partecipazione e responsabilizzazione, qualificazione ed efficienza dei servizi) e nuove modalità di programmazione locale e sviluppo regionale.

In questo quadro l'Agenzia sanitaria e sociale può supportare la capacità del sistema di affrontare e superare efficacemente le sfide sopra delineate attraverso azioni mirate a:

- assicurare la disponibilità di strumenti di lettura delle informazioni disponibili a livello regionale, sia a scopo di monitoraggio e valutazione dello stato di salute e della variabilità nel profilo di utilizzazione dei servizi, che di valutazione dell'impatto delle innovazioni organizzative/istituzionali adottate nel Servizio sanitario regionale e nei servizi sociali ed Enti locali. Il monitoraggio e la valutazione delle malattie/condizioni di salute verranno arricchiti dalla lettura integrata del contesto socio-demografico, con particolare attenzione all'impatto sulla salute delle condizioni socio-economiche. La valutazione dell'impatto delle innovazioni organizzative si focalizzerà su quelle previste dal Piano Sociale e Sanitario 2017-2019;
- nell'ambito delle tematiche che richiedono approcci innovativi (quali, ad esempio, integrazione tra servizi, miglioramento della presa in carico di persone con problemi complessi, coinvolgimento dell'utente in azioni di miglioramento, ecc.) sperimentare innovazioni assistenziali, organizzative, tecnologiche che possano migliorare le prestazioni sanitarie e sociali per quanto concerne accesso, efficacia, sicurezza ed economicità, partecipazione dei cittadini e centralità del paziente;
- promuovere la ricerca e l'innovazione nel Servizio sanitario regionale. La ricerca, come sottolineato dalla Legge Regionale 29 del 2004 e successive modifiche ed integrazioni, deve infatti rappresentare una funzione fondante del Servizio sanitario regionale, al pari dell'assistenza e della formazione, come condizione essenziale per lo sviluppo ed il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari, consentendo di accogliere tempestivamente, in modo efficace ed appropriato al proprio contesto, le innovazioni e di orientarne l'applicazione verso i bisogni assistenziali prioritari;
- favorire la valorizzazione del capitale umano che opera nei servizi sanitari della Regione, attraverso la promozione della formazione continua e azioni di sistema utili a promuovere le priorità definite dal Piano. All'Agenzia è affidato il supporto tecnico-scientifico al governo regionale della Formazione Continua in Medicina attraverso il coordinamento della Commissione Regionale ECM e l'Osservatorio Regionale sull'ECM;

- garantire livelli elevati di qualità e sicurezza nei servizi sanitari attraverso l'accreditamento. La Delibera Regionale n. 1604 del 26 ottobre 2015 recependo l'Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015 in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie, ha riconosciuto che l'Organismo tecnicamente accreditante (OTA) è rappresentato dalla Funzione accreditamento dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale.

## **Le implicazioni per l'Agenzia sanitaria e sociale regionale (ASSR)**

L'Agenzia sanitaria e sociale regionale si caratterizza come ambito di supporto tecnico-scientifico alle attività di governo delle strutture del Servizio sanitario regionale e della rete integrata dei servizi sociali ed all'elaborazione, sviluppo e valutazione dei cambiamenti innovativi prospettati nel prossimo triennio.

Le funzioni dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale nel prossimo triennio saranno sviluppate nelle seguenti direzioni principali:

- azioni mirate a promuovere l'innovazione in ambito sanitario attraverso:
  - il monitoraggio e valutazione dello stato di salute della popolazione e dei suoi determinanti;
  - la valutazione dell'impatto di innovazioni organizzative regionali;
  - l'ideazione e sperimentazione di innovazioni assistenziali, tecnologiche, organizzative;
- azioni mirate a promuovere l'innovazione sociale attraverso la forte integrazione tra le politiche che si traducono operativamente nel disegno organizzativo di centralità del distretto e quindi nel rafforzamento di interventi di prossimità e territorializzazione e la sperimentazione di interventi utili a proporre modelli nuovi di azione nei servizi;
- promozione e governo dell'attività di ricerca condotta nelle Aziende Sanitarie e negli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico regionali, ai fini di massimizzarne l'impatto sulla rete dei servizi;
- svolgimento delle funzioni assegnate dalla normativa vigente, per la gestione del sistema di verifica e valutazione del possesso dei requisiti di accreditamento ed il coordinamento tecnico-scientifico dell'Educazione Continua in Medicina.

L'Agenzia sanitaria e sociale regionale si connota come un'organizzazione flessibile, in grado di impegnarsi sui temi, di volta in volta, identificati, assicurando, al tempo stesso, la forte integrazione tra Agenzia e Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare nella selezione, valutazione e trasferimento delle innovazioni sperimentate, come anche tra l'Agenzia e le Aziende Sanitarie/Enti del Servizio Sanitario Regionale ed Enti locali per la sperimentazione delle innovazioni di interesse.

## **1. PIANO-PROGRAMMA DELL'AGENZIA SANITARIA E SOCIALE REGIONALE**

A partire da queste premesse, le presenti linee di indirizzo riconfermano l'Agenzia sanitaria e sociale regionale quale ambito di supporto tecnico-scientifico alle attività di governo delle strutture del Servizio sanitario regionale e della rete integrata dei servizi sociali, all'elaborazione, allo sviluppo e valutazione delle migliori modalità di realizzazione dei cambiamenti innovativi prospettati nel prossimo triennio.

In particolare, l'Agenzia sanitaria e sociale regionale è chiamata a concorrere ai processi sopra richiamati con le proprie competenze in ambito di:

- documentazione sanitaria e ricerca sistematica della letteratura,
- epidemiologia clinica e ricerca in ambito sanitario e sociale,
- ricerca sociale e ricerca-intervento,
- capacity building per l'innovazione organizzativo-istituzionale e per azioni di processi collettivi,
- statistica sanitaria e informatica,
- valutazione delle tecnologie sanitarie,
- verifica e valutazione del possesso dei requisiti di accreditamento;
- tras-formazione organizzative e formazione professionale;
- informazione e comunicazione scientifica.

Le attività dell'Agenzia si caratterizzeranno come segue:

1. Promuovere l'innovazione in ambito sanitario attraverso: la valutazione e monitoraggio dello stato di salute della popolazione, dei determinanti di salute, del profilo di utilizzo dei servizi sanitari; la valutazione degli effetti e delle implicazioni di politiche regionali che introducono cambiamenti organizzativi rilevanti nell'assistenza territoriale o in quella ospedaliera; l'ideazione e sperimentazione di innovazioni assistenziali, tecnologiche, organizzative, mirate, ad esempio, a promuovere una maggiore integrazione tra servizi e ambiti di intervento oppure ad assicurare percorsi di governo delle nuove tecnologie sanitarie.

Per il triennio di attività 2019-2021, gli ambiti identificati, in via iniziale, come di interesse per le attività di innovazione in ambito sanitario sono i seguenti:

- *Il monitoraggio e valutazione dello stato di salute*, che potrà focalizzarsi su diversi ambiti, tra i quali, la stima del burden a livello regionale di specifiche patologie e condizioni di salute; lo studio dell'impatto delle condizioni socio-economiche sugli esiti di salute e sul profilo di utilizzo dei servizi sanitari; l'analisi dei fattori istituzionali, organizzativi e finanziari che possono influenzare i comportamenti prescrittivi dei professionisti, l'utilizzo di dispositivi medici, il ricorso inappropriato all'ospedale, la mancanza di continuità nella presa in carico del paziente tra ospedale e territorio; la sorveglianza del burden dell'antibioticoresistenza e dei suoi determinanti, in accordo con quanto stabilito dal Piano Nazionale di Contrasto all'antimicrobicoresistenza (PNCAR); il monitoraggio dell'impatto delle Case della Salute, sulla base del modello messo a punto nel precedente triennio.
- *La valutazione dell'impatto di innovazioni assistenziali, tecnologiche e organizzative nel Servizio sanitario regionale*, con specifica attenzione ad ambiti individuati come di particolare interesse dal Piano Sociale e Sanitario 2017-2019, quali lo sviluppo ulteriore del modello per la valutazione dell'impatto delle Case della Salute arricchendolo di dimensioni non ancora studiate, quale, ad esempio, la soddisfazione dei professionisti (Azione n. 1 del PSSR 2017-2019); la valutazione dell'impatto sulla salute e sul profilo di utilizzo dei servizi sanitari degli interventi di medicina di iniziativa previsti dal PSSR 2017-2019 (Azione n. 1 del PSSR 2017-2019); la valutazione dell'impatto degli Ospedali di Comunità, in accordo con quanto previsto dall'Azione n. 3 del PSSR 2017-2019; la valutazione dell'impatto sul profilo assistenziale nel fine vita della rete delle cure palliative (Azione n. 7 del PSSR 2017-2019); la valutazione dell'impatto di iniziative di telemedicina per la presa in carico dei pazienti con patologie croniche; la valutazione dell'impatto delle azioni regionali mirate a ridurre l'uso inappropriato di farmaci nella comunità.; la valutazione dell'impatto di specifici percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali; la valutazione dell'impatto di interventi di mitigazione delle disuguaglianze su esiti di salute e sul profilo di utilizzo dei

servizi; l'ulteriore sviluppo dello strumento "RiskER" per la presa in carico dei pazienti fragili a rischio di ospedalizzazione non appropriata, con attenzione al tema della multimorbilità.

- *Il supporto all' identificazione e sperimentazione di innovazioni assistenziali, tecnologiche e organizzative*, nei seguenti ambiti prioritari: sviluppo di strategie innovative per promuovere la diffusione di buone pratiche per l'uso appropriato di antibiotici e per la riduzione della trasmissione di infezioni in ambito assistenziale e valutarne l'efficacia; sviluppo di strategie innovative per la presa in carico della cronicità, attraverso una migliore integrazione tra ospedale e territorio, anche utilizzando strumenti di telemedicina; sviluppo di strategie innovative per promuovere l'uso appropriato di farmaci.

2. Promuovere l'innovazione in ambito sociale con azioni, da una parte, mirate alla piena attuazione del Piano Sociale e Sanitario 2017-2019, assieme alla Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare, alle Aziende Sanitarie e agli Enti Locali, e, dall'altra, a promuovere e sperimentare innovazioni in ambiti specifici. In particolare, le attività si focalizzeranno su:

- svolgere una funzione di "connessione" tra le azioni in campo per l'attuazione del Piano Sociale e Sanitario Regionale, rafforzando la visione di strategie a forte integralità tra le politiche che si traducono operativamente nel disegno organizzativo di centralità del distretto e, quindi, nel rafforzamento di interventi di prossimità e territorializzazione. In particolare, è opportuno garantire un raccordo tra le azioni regionali già introdotte per singoli ambiti di intervento (quali, ad esempio, Case della Salute, ospedali di comunità, violenza alle donne, comunità per minori, ecc.) e strutturarle come interventi di sistema per avere un effetto moltiplicatore e raggiungere il cambiamento auspicato;
- sperimentare metodologie a supporto dei cambiamenti istituzionali ed organizzativi per: a) garantire la governance integrata sociale e sanitaria in ambito distrettuale, ove è possibile realizzare efficacemente interdipendenze tra Aziende Sanitarie e Comuni; b) innovare i percorsi di partecipazione e coinvolgimento delle persone e delle comunità ai processi di programmazione ed erogazione dei servizi; c) realizzare interventi di tras-formazione finalizzati al riorientamento dei servizi nella prospettiva delle integralità dei processi di lavoro; d) promuovere azioni mirate a garantire l'equità in tutte le politiche, come strategia in grado di affrontare in modo operativo il grande tema del benessere sociale sia verso l'interno dell'organizzazione (dipendenti) sia verso l'esterno (utenti, cittadini).

Per il triennio di attività 2019-2021, gli ambiti identificati, in via iniziale, come di interesse per le attività di innovazione sociale sono i seguenti:

- Progetti di innovazione sociale per le trasformazioni istituzionali e lo sviluppo del sistema regionale dei servizi sanitari e sociali: Supporto alla *governance*, Interventi per implementare cambiamenti istituzionali e organizzativi di sistema, Progetti di ricerca-azione finalizzati alla valutazione e allo sviluppo di servizi.
- Progetti per tradurre in pratica l'equità con particolare riguardo alle differenze di genere, all'utilizzo di analisi per la valutazione delle politiche/programmi di contrasto alle iniquità (vedi Piano Sociale e Sanitario), alla sistematizzazione delle buone pratiche, all'implementazione di sistemi di sorveglianza di rischio delle vulnerabilità sociali, in particolar modo, nella popolazione infantile.
- Progetti di sistema per il cambiamento e per l'apprendimento organizzativo mediante processi di coinvolgimento e partecipazione attraverso: l'implementazione di metodologie/strumenti per la

riflessione organizzativa, la ricerca-azione finalizzata a supportare processi di cambiamento nei servizi, metodi e tecniche di ricerca sociale, la formazione-azione (apprendimento situato), la metodologia del Community Lab per l'innovazione della pubblica amministrazione e agire processi collettivi e altre metodologie che consentono di creare setting di dialogo.

Gli ambiti sopra elencati, identificati come di interesse, dovranno essere integrati con gli obiettivi strategici regionali ed essere di accompagnamento alle politiche sanitarie e sociali regionali, con particolare attenzione a quanto previsto dal Piano Sociale e Sanitario Regionale 2017-2019.

3. Promuovere la ricerca nel Servizio sanitario regionale con azioni mirate a: orientare la ricerca verso i bisogni conoscitivi più rilevanti per il SSR; creare un ambiente favorevole alla ricerca che consenta di essere attrattivi per la sperimentazione clinica e competitivi in occasione dei bandi di ricerca, nazionali ed europei, rispondendo anche al nuovo regolamento europeo sulla sperimentazione clinica e alle nuove regole nazionali definite dalla Legge 3/2018 sulla sperimentazione clinica; realizzare una migliore integrazione delle politiche e delle attività a supporto della ricerca; assicurare strumenti per valutare l'impatto della ricerca sanitaria.

Per quanto attiene a questa linea di attività, il triennio 2019-2021 consentirà di rendere pienamente operative le scelte strategiche messe a punto nel triennio precedente, definite e condivise con i principali stakeholders, che in parte devono essere avviate nel triennio, in parte sono state già attuate. In particolare:

- verrà data attuazione alla riorganizzazione prevista del Sistema per la Ricerca e Innovazione nel Servizio sanitario regionale che prevede il potenziamento della ricerca sanitaria ed il suo allineamento alle esigenze conoscitive del Servizio regionale attraverso: una pianificazione pluriennale delle attività di ricerca realizzando anche una maggiore integrazione con le attività che la Regione porta avanti per l'efficace utilizzo dei fondi europei; il finanziamento di progetti di ricerca con l'obiettivo di rispondere a quesiti di interesse del Servizio sanitario regionale; azioni atte a promuovere la creazione di reti cliniche per la ricerca; azioni atte a innovare e armonizzare gli interventi locali a supporto della ricerca (razionalizzazione degli uffici di supporto, armonizzazione di documenti e procedure);
- verranno proseguite e potenziate le attività avviate nel triennio precedente relative a: riorganizzazione dei Comitati Etici, che ha portato all'istituzione del Comitato Etico Regionale di indirizzo e alla messa a punto di una piattaforma regionale per la gestione dei Comitati Etici e la ricerca; avvio di azioni mirate a valutare l'impatto della ricerca; definizione di regole per la conduzione delle sperimentazioni cliniche.

In questo ambito, l'Agenzia assicurerà anche il coordinamento delle attività per promuovere l'internazionalizzazione del Servizio sanitario e sociale nell'ambito della ricerca; il sostegno alle attività del Comitato di Indirizzo Regione-Università per quanto attiene in particolare il tema della ricerca; il coordinamento a livello nazionale del Centro di Coordinamento dei Comitati Etici Territoriali, istituito nel 2018 presso l'Agenzia Italiana del Farmaco.

L'Agenzia continuerà a garantire il supporto alle attività conseguenti al ruolo della Regione (Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare) di Destinatario Istituzionale o di Capofila per i progetti/programmi finanziati, direttamente e/o tramite altri Enti, dalla Comunità Europea e dallo Stato.

Oltre alle attività elencate, l'Agenzia dovrà assicurare, nel triennio, la piena realizzazione dei progetti di ricerca in ambito sanitario e sociale già avviati, quali la Joint Action sulla Fragilità (ADVANTAGE), il Progetto

RECAGE mirato a sperimentare un modello riabilitativo di cura dei disturbi comportamentali severi in corso di demenza, il Progetto MYHEALTH teso a migliorare l'accesso alle cure sanitarie da parte di migranti, rifugiati e minoranze etniche, il Progetto "Doing rights" finalizzato a supportare i professionisti che lavorano con le famiglie LGBT, il Laboratorio Italo-Brasiliano, la Joint Action EUNETHTA finalizzata alla definizione di un modello permanente e sostenibile di collaborazione tecnica e scientifica in tema di Health Technology Assessment a livello europeo.

L'Agenzia parteciperà, inoltre, alla Cabina di Regia Regionale per l'Internazionalizzazione della Regione Emilia-Romagna

4. Assicurare il governo delle funzioni assegnate all'Agenzia sanitaria e sociale regionale. In questo ambito le attività saranno:

- *Accreditamento delle strutture sanitarie: attività dell'Organismo Tecnicamente Accreditante.* L'attività della funzione Accreditamento risponde alle indicazioni della normativa nazionale e regionale, con particolare riferimento alle Intese Stato Regioni in materia di accreditamento e di regolamentazione degli organismi accreditanti e in materia di gestione delle strutture sanitarie, recepite dalla RER, che forniscono indicazioni per uniformare i sistemi di accreditamento utilizzati per essere riconosciuti a livello europeo. Il recepimento dell'Intesa del 19 febbraio 2015, con la Delibera della Giunta Regionale 1604/2015, ha ribadito che l'Organismo tecnicamente accreditante (OTA) si identifica nella Funzione accreditamento dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale. Compito dell'OTA è assicurare che la sua organizzazione risponda a quanto indicato dall'Intesa stessa (Allegato B), assicurare le attività di verifica dei requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie e contribuire alla revisione del modello di accreditamento attualmente in corso. Nel triennio verrà garantita:
  - la gestione del sistema di verifica e valutazione del possesso dei requisiti di accreditamento, nell'ambito del governo dell'accREDITamento nelle strutture sanitarie, pubbliche e private, della Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare;
  - il mantenimento delle relazioni istituzionali nei confronti del Ministero della Salute (Tavolo TRAC), dell'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), del Centro Nazionale Trapianti, del Centro Nazionale Sangue e delle Aziende sanitarie/Enti del SSR e delle strutture sanitarie, pubbliche e private, regionali;
  - la collaborazione con i Servizi della Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare in materia di accREDITamento;
  - la gestione dei Valutatori per l'accREDITamento e del relativo elenco;
  - lo sviluppo del Modello di coinvolgimento dei cittadini nell'accREDITamento;
  - lo studio di impatto del nuovo modello di accREDITamento sulle strutture sanitarie.
  
- *Formazione Continua in Medicina: attività degli Organismi regionali.* La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie, entrata in modo sistematico all'inizio degli anni 2000 attraverso i programmi di educazione continua in medicina (ECM) ha avuto in questi anni ricadute positive; ha infatti promosso da parte delle Aziende sanitarie una maggiore attenzione all'analisi dei bisogni, alla progettazione, alla realizzazione e alla valutazione; ha promosso lo sviluppo delle professioni non solo sulle competenze tecniche, ma anche sulle competenze organizzative e relazionali; ha comportato un aumento dell'offerta

formativa ed una maggiore attenzione a modalità formative innovative per la sanità migliorando le condizioni e le opportunità per l'apprendimento e lo sviluppo professionale. L'esercizio di governance del sistema ECM è estremamente complesso, va indirizzato verso la creazione delle condizioni per potere effettivamente entrare nel vivo dei processi di innovazione dell'assistenza e di miglioramento continuo delle competenze e comporta un importante investimento di risorse (ogni anno vengono realizzati mediamente 13.000 eventi formativi in cui sono attivamente coinvolti in attività di docenza l'83% degli operatori servizio sanitario regionale). E' quindi essenziale che la formazione venga sempre più orientata agli obiettivi di cambiamento e innovazione definiti a livello regionale ed aziendale e che si avvalga di metodologie formative efficaci a promuovere l'effettivo cambiamento dei comportamenti professionali. Nel triennio verrà assicurato:

- il supporto tecnico-scientifico alle attività regionali mirate al governo dell'Educazione Continua in Medicina, attraverso la Commissione Regionale sulla formazione continua ECM e l'Osservatorio regionale per la formazione continua in sanità (ORFoCS),
- il mantenimento delle relazioni con la Commissione nazionale per la formazione continua (CRFC),
- la sperimentazione e promozione di modelli formativi innovativi, attraverso l'ideazione e conduzione di progetti di ricerca finalizzati allo sviluppo di metodi e strumenti innovativi per la formazione professionale nei servizi sanitari e sociali ed il supporto allo sviluppo delle competenze professionali a livello aziendale (progettazione e produzione di attività formative),
- la valutazione dell'efficacia della formazione, con la messa a regime di strumenti innovativi come il questionario sulla trasferibilità degli apprendimenti,
- il coordinamento e la gestione della formazione manageriale per Direttori di struttura complessa.

A queste funzioni si aggiungono:

- *la partecipazione della Regione Emilia-Romagna a Gruppi tecnici Interregionali/nazionali*, quali:
  - il Gruppo tecnico per la ricerca sanitaria;
  - il Gruppo di coordinamento del Progetto Mattone Internazionale;
  - il Centro Nazionale di Coordinamento dei Comitati Etici: il Direttore dell'ASSR partecipa come membro regionale indicato dalla Conferenza Stato-Regioni e svolge la funzione di Presidente. Il Centro è stato attivato a luglio 2018 e sta svolgendo una intensa attività, in relazione alle funzioni ad esso assegnate dalla Legge 3/2018.
- il supporto tecnico alle attività, a livello nazionale e regionale, degli Osservatori per la Formazione Medico-Specialistica (Osservatorio regionale per la formazione medico specialistica, ricostituito con la deliberazione della Giunta Regionale n. 1175/2018 e all'Osservatorio Nazionale.)
- *la partecipazione a Gruppi di lavoro regionali*, quali:
  - il Gruppo di lavoro regionale per l'implementazione del Piano Nazionale di contrasto all'antibioticoresistenza (PNCAR) , di cui alla Determina 5590/2018 e alla Delibera della Giunta Regionale n. 1021/2018; la Regione Emilia-Romagna coordina il tavolo sulla implementazione del PNCAR costituito nell'ambito del Coordinamento Inter-regionale della Prevenzione. Nel triennio verrà assicurato il coordinamento delle azioni regionali per la prevenzione del Rischio Infettivo previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2016-2018 e di implementazione del PNCAR come previsto dalla DGR 1021/2018.



- il Comitato Regionale di Indirizzo Regione-Università: La Direzione dell’Agenzia Sanitaria e Sociale è parte del Comitato Regionale di Indirizzo Regione-Università ed ha contribuito alla elaborazione di documenti preparatori al lavoro del Comitato su diversi ambiti: gestione delle scuole di specializzazioni alla luce del nuovo DIM 402/2017; individuazione delle sedi ulteriori; regole condivise tra Aziende Sanitarie e Università per la conduzione della sperimentazione clinica.

- *il supporto tecnico, coordinamento e monitoraggio delle attività degli IRCCS per quanto concerne la ricerca.* La Direzione dell’ASSR partecipa, come rappresentante regionale, alle Commissioni per la nomina dei Direttori Scientifici, alle site visit per il mantenimento del riconoscimento degli IRCCS. Presidia le attività di risposta ai Bandi “Conto Capitale” per l’allocazione di risorse mirate all’acquisizione di attrezzature a scopo di ricerca da parte del Ministero della Salute, assicurando la valutazione della utilità delle richieste avanzate (valutazione HTA) e della loro rispondenza alla programmazione regionale.

Assicura la valutazione dei progetti di miglioramento annuale, finanziati con il fondo regionale di cui alla DGR 1066/2009 e il monitoraggio amministrativo delle attività.

- *Il coordinamento delle attività di ricerca in Medicina non Convenzionale*

- verrà garantito il supporto metodologico ai progetti di ricerca sviluppati nell’ambito dei finanziamenti regionali dedicati all’ integrazione delle Medicine non Convenzionali nel Servizio Sanitario regionale ed in corso. In particolare, sono stati avviati nel 2018 il progetto sulla efficacia della digitopressione nel contenimento del dolore da parto e il progetto sull’efficacia dei trattamenti di agopuntura, come supportive care, per le donne operate di tumore al seno.

- *Il presidio e coordinamento delle attività di documentazione e comunicazione*

- gestione della Biblioteca: la Biblioteca dell’ASSR è organismo di riferimento in Emilia-Romagna per la documentazione scientifica sulle politiche di salute, sull’organizzazione dei servizi sanitari, sulla sanità pubblica e sulle politiche sociali. È una biblioteca specializzata, dedicata in primo luogo al pubblico degli utenti interni: professionisti e collaboratori dell’Agenzia sanitaria e sociale e della Direzione generale Cura della persona, salute e welfare; si rivolge anche ai ricercatori e agli operatori del sistema sanitario regionale, agli studenti e ai cittadini competenti.

- coordinamento del Network regionale per la diffusione e promozione della documentazione scientifica: la Biblioteca è parte del Network per la documentazione scientifica in sanità in Emilia-Romagna e svolge l’attività di coordinamento tecnico.

- diffusione dell’informazione scientifica e comunicazione nel sistema sanitario attraverso il Centro editoriale. L’Agenzia garantisce il supporto tecnico alla Direzione generale di riferimento (Direzione generale Cura della persona, salute e welfare) per favorire il coordinamento dell’attività di comunicazione in coerenza con le indicazioni regionali e con il gruppo di collaboratori operante in Staff alla Direzione generale medesima. In particolare, il Centro editoriale dell’ASSR sviluppa attività finalizzate alla diffusione dell’informazione scientifica e alla comunicazione nel sistema sanitario. Per rappresentare quanto emerge dalle attività/progetti coordinati dall’ASSR, a livello istituzionale viene assicurato il rapporto con realtà della Regione impegnate nell’ambito della comunicazione, nonché con le Aziende del Servizio sanitario regionale. Le informazioni relative a tali attività/progetti e i risultati raggiunti vengono inoltre comunicati agli stakeholder indicati dai Referenti delle suddette attività/progetti.

## 2. ORGANIZZAZIONE DELL'AGENZIA SANITARIA E SOCIALE REGIONALE

L'Agazia sanitaria e sociale regionale deve rappresentare un ambito di elaborazione, sviluppo, implementazione e valutazione di innovazioni clinico-assistenziali ed organizzative che, qualora dimostratesi efficaci, vengano successivamente efficacemente integrate nel sistema regionale.

Per assicurare ciò, è necessario che l'Agazia sanitaria e sociale regionale si doti di un'organizzazione flessibile, in grado di impegnarsi sui temi, di volta in volta, identificati e che esista un processo che assicuri la forte integrazione tra Agazia e Direzione Generale di riferimento nella selezione, valutazione e trasferimento delle innovazioni sperimentate, come anche tra Agazia ed Aziende Sanitarie/Enti del Sistema sanitario e sociale regionale per la sperimentazione delle innovazioni di interesse.

In armonia con le esigenze di allineamento della programmazione agli obiettivi della programmazione strategica regionale, da un lato e di semplificazione, dall'altro, tenuto conto della necessità di un raccordo sempre più stretto con la Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare, la Delibera della Giunta Regionale 630/2016 ha rivisto i tempi e le modalità della programmazione, allineandoli alla tempistica della Direzione di riferimento.

L'Agazia sanitaria e sociale regionale si organizza nei settori rispondenti alle funzioni di innovazione prima identificate (Progetti a supporto dell'innovazione in ambito sanitario, in ambito sociale, Governo della ricerca, nell'Organismo Tecnicamente Accreditante per la funzione di gestione del sistema di verifica e valutazione del possesso dei requisiti di accreditamento e nel Governo dell'Educazione Continua in Medicina).

I progetti a supporto dell'innovazione sono definiti nel piano triennale (o annuale, qualora i tempi previsti per il raggiungimento degli obiettivi prefissati siano più brevi), sono orientati ad aree di attività a supporto degli obiettivi di mandato della Giunta Regionale o a temi di interesse prioritario per le potenziali ricadute in termini di salute e benessere, selezionati in accordo con la Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare e supportati e monitorati in accordo con la Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare.

L'organizzazione adottata è, quindi, flessibile, costituita da un gruppo di professionisti dotati di specifiche competenze metodologiche per la conduzione dei progetti, che lavorano presso l'ASSR (in particolare: esperti in formazione e documentazione, statistici, epidemiologi, esperti di ricerca sanitaria e sociale e di valutazione delle tecnologie) affiancate, di volta in volta da professionisti con esperienze specifiche sui temi di interesse dei progetti, presenti nella Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare e a livello del sistema sanitario e sociale regionale.

La riorganizzazione operata tre anni fa con l'obiettivo di rendere l'Agazia più efficace nella sua funzione di supporto tecnico-scientifico alla Direzione generale Cura della persona, salute e welfare e alle Aziende Sanitarie ed Enti Locali e la forte integrazione tra gli obiettivi di ricerca prefissati, ha portato a focalizzarne le attività su un numero più limitato di tematiche, più funzionale alle esigenze individuate. Appare, tuttavia, necessario promuovere un'ulteriore integrazione dei progetti mirati alla innovazione in ambito sanitario, per promuovere la collaborazione di un numero maggiore di professionisti e competenze, in modo integrato, agli obiettivi identificati.

Per assicurare l'integrazione tra Agazia, Direzione Generale di riferimento e Aziende Sanitarie ci si avvarrà di gruppi multidisciplinari a sostegno delle azioni progettuali, composti da collaboratori della Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare, in modo che gli obiettivi di ricerca siano funzionali alle esigenze di sviluppo del Sistema sanitario regionale e da collaboratori delle Aziende Sanitarie e degli Enti Locali per assicurare il necessario know-how clinico, assistenziale, sociale, organizzativo e di lettura del contesto, la corretta formulazione dei quesiti di ricerca, la pianificazione dei progetti e la loro declinazione a livello territoriale, nonché la valutazione e condivisione dei risultati.

### **3. PARTECIPAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE E DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E DI ALTRI ENTI**

L'Agenzia sanitaria e sociale regionale, sulla base delle aree progettuali in cui si articola il Piano-programma, interpella le aziende sanitarie, gli altri Enti del Servizio Sanitario Regionale e, attraverso la Cabina di Regia, gli Enti Locali, allo scopo di acquisire l'interesse a partecipare, anche in forma congiunta, all'attuazione di progetti previsti nei propri strumenti di programmazione.

Al fine di valorizzare specifiche competenze ed esperienze presenti nelle singole Aziende/Enti del sistema sanitario e sociale regionale, questi ultimi potranno acquisire il ruolo di Aziende/Enti capofila nella realizzazione di progetti, condividendo con l'Agenzia sanitaria e sociale regionale le responsabilità di elaborazione, conduzione e gestione scientifica ed amministrativa.

Al fine di rendere più pervasivo l'impegno complessivo alla ricerca del Servizio sanitario regionale e promuovere attività di ricerca pienamente integrate con le attività dei servizi, coerentemente con le previsioni della richiamata L.R. n. 29/2004 e s.i.m. e della deliberazione della Giunta Regionale n. 1066/2009 *"La ricerca come attività istituzionale del SSR. Principi generali e indirizzi operativi per le Aziende Sanitarie, in attuazione del Piano Sociale e Sanitario 2008-2010"*, l'Agenzia sanitaria e sociale regionale è chiamata a fornire il necessario supporto tecnico alla Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare nella identificazione di ambiti a carattere sovra aziendale che, in ragione della presenza di specifici requisiti, possano essere individuati come piattaforme regionali per la ricerca sanitaria ed in quanto titolari di programmi di ricerca di valenza regionale, valutati dalla Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare, sotto il profilo della loro rilevanza e coerenza con le strategie di sviluppo del Servizio Sanitario Regionale.

### **4. RELAZIONE FINALE**

L'attività svolta viene rendicontata alla Giunta Regionale al termine del triennio di vigenza del Piano pluriennale.

## **Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale - Indirizzi specifici di organizzazione**

**(Allegato alla D.G.R. n. 630/2016)**

### **1. Natura giuridica e finalità**

L'Agenzia sanitaria e sociale regionale di cui all'art.17, comma 2, della L.R. 19 febbraio 2008, n. 4, opera - secondo le tipologie definite per le agenzie regionali dall'art.43 della L.R. 24 marzo 2004, n. 6 e successive modificazioni e dalla regolamentazione contenuta nella deliberazione della Giunta Regionale n. 1914/2005 - quale **agenzia di supporto tecnico e regolativo** a sostegno del Servizio sanitario regionale e del Sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui alla legge regionale n. 2 del 2003.

L'Agenzia è priva di personalità giuridica autonoma; è dotata di autonomia organizzativa ed operativa, nell'ambito degli indirizzi adottati dalla Giunta Regionale, alla quale risponde dell'attività svolta.

Le funzioni dell'Agenzia - come definite dagli artt. 9 e 10 della L.R n. 34/1998 e s.i.m. e dalla L.R. n. 4/2008 - vanno inquadrare nel contesto generale del Servizio sanitario regionale, così come innovato dalla L.R. n.29/2004 e s.i.m., e del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui alla L.R. n.2/2003 e s.i.m., che, in particolare, prevedono:

- l'obbligo di qualità tecnica, professionale e relazionale di tutti i servizi e le prestazioni rese da parte delle Aziende sanitarie e delle altre strutture che forniscono prestazioni e servizi al Servizio Sanitario Regionale;
- la trasparenza nei confronti dei cittadini, degli utenti e delle loro rappresentanze organizzate e la loro partecipazione alla valutazione dei servizi;
- la programmazione a rete e la regolazione dell'offerta, pubblica e privata, delle prestazioni e dei servizi;
- la partecipazione delle Aziende sanitarie all'elaborazione, da parte degli Enti locali, dei Piani per la salute previsti dal Piano Sociale e Sanitario Regionale;
- il governo clinico delle Aziende sanitarie e la partecipazione organizzativa degli operatori;
- l'integrazione tra le diverse forme di assistenza sanitaria e tra l'assistenza sanitaria e quella sociale;
- l'integrazione tra assistenza, ricerca e formazione.

In tale contesto, l'Agenzia sanitaria e sociale regionale si caratterizza come ambito di supporto tecnico-scientifico alle attività di governo delle strutture del Servizio sanitario regionale e della rete integrata dei servizi sociali ed alla elaborazione, sviluppo e valutazione dei cambiamenti innovativi prospettati nel prossimo triennio.

L'Agenzia funge, infine, da punto di raccordo e da facilitatore per il concorso, ai fini degli obiettivi di qualità del Servizio sanitario regionale, del sistema integrato di interventi e servizi sociali, del sistema delle università della regione e del sistema della ricerca a livello nazionale e internazionale.

### **2. Funzione di indirizzo, programmazione e coordinamento. Modalità di raccordo con strutture regionali.**

L'Agenzia svolge le proprie attività di ricerca e sviluppo sulla base di un'autonoma capacità ideativa e progettuale, nel rispetto degli indirizzi ed obiettivi strategici fissati dalla Giunta Regionale e correlati con le previsioni del Piano Sociale e Sanitario Regionale.

Gli indirizzi dell'Agenzia ed il programma pluriennale di attività sono adottati dalla Giunta Regionale, previo parere della competente Commissione assembleare, su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute e

dell'Assessore alle politiche di welfare e politiche abitative, di legittimità del Direttore dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale e il parere di merito del Direttore Generale Cura della persona, salute e welfare.

L'Agenzia opera sulla base di un Piano-programma annuale nel quale sono descritte le attività che si prevede di realizzare nel corso dell'anno, in riferimento agli obiettivi del programma pluriennale e in base alle risorse che verranno gestite dall'Agenzia stessa.

Il Piano-programma annuale viene redatto secondo le modalità previste dal Programma delle performance, organizzative ed individuali, adottato dalla Regione per tutte le Direzioni/Agenzie dell'Ente, previo confronto con la Direzione Generale committente, attraverso il sistema informatico denominato "Integra" che rendiconta e rende pubblica l'attività svolta.

La relazione annuale delle attività è predisposta con le stesse modalità previste per la Direzione Generale cura della persona, salute e welfare, attraverso il sistema informatico "Integra".

L'attività svolta viene rendicontata alla Giunta Regionale al termine del triennio di vigenza del Piano pluriennale di attività.

L'Agenzia opera raccordandosi, in modo organico, con la Direzione Generale cura della persona, salute e welfare, mediante un flusso di informazioni costante, relativo allo svolgimento dell'attività; in quanto Direzione di riferimento, la Direzione Generale cura della persona, salute e welfare è garante dell'allineamento tra gli obiettivi strategici regionali in materia di sanità e del sistema integrato di interventi e servizi sociali e quelli operativi dell'Agenzia.

L'Agenzia si raccorda, altresì, con altre strutture della Giunta regionale, quali:

- la Direzione Generale Centrale competente in materia di risorse finanziarie, per la disciplina di gestione delle risorse finanziarie necessarie per lo svolgimento delle funzioni di competenza;
- la Direzione Generale Centrale competente in materia di organizzazione:
  - a) per la definizione del tetto di spesa, per la gestione del personale, dei fabbisogni professionali e delle relative assunzioni, anche a tempo determinato; per il conferimento degli incarichi professionali a persone fisiche esterne all'Amministrazione, nel rispetto della normativa vigente; per la definizione delle posizioni dirigenziali e l'applicazione della normativa di gestione del personale;
  - b) per le modalità operative e gli strumenti, anche organizzativi, necessari per supportare le attività di programmazione e pianificazione delle iniziative e le modalità di concertazione degli acquisti di beni e servizi.

L'Agenzia si avvale delle competenze di Intercent-ER per l'acquisizione di beni e servizi, nel rispetto della normativa vigente.

### **3. Ruolo del Direttore**

Il Direttore dell'Agenzia, scelto tra esperti di riconosciuta competenza professionale nel campo della organizzazione e valutazione dei servizi sanitari, è un dirigente regionale, anche assunto ai sensi dell'art. 18 della L.R. n. 43 del 2001 e s.i.m. ovvero un dirigente proveniente dal Servizio Sanitario Nazionale.

Il Direttore ha la responsabilità della gestione e del conseguimento dei risultati fissati dalla Giunta ed esercita i compiti previsti dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 1914/2005.

### **4. Organizzazione e funzionamento**

Per il perseguimento degli obiettivi previsti nel programma pluriennale, l'Agenzia si organizza per aree/progetti di intervento, la cui direzione/coordinamento può essere affidata a dirigenti regionali o a

personale proveniente dalle Aziende sanitarie e/o Enti del Servizio sanitario regionale e/o degli Enti locali della regione, in possesso della necessaria qualificazione, nel rispetto della normativa vigente.

Il modello organizzativo, con l'individuazione delle aree/progetti di intervento viene definito previo confronto con la Direzione generale competente in materia di organizzazione.

L'Agenzia opera con personale regionale ed avvalendosi anche di personale proveniente dalle Aziende sanitarie e/o dagli Enti del Servizio sanitario regionale e/o degli Enti locali della Regione.

L'articolazione della struttura interna e delle responsabilità gestionali nonché i fabbisogni professionali cui far fronte con personale regionale sono periodicamente verificati con le modalità e le procedure vigenti per le strutture della Giunta Regionale.

La definizione del budget per la gestione del personale segue i criteri e tempi di aggiornamento e revisione previsti per le strutture regionali.

## **5. Ricerca e Sviluppo**

Nell'ambito dei compiti di sviluppo di progetti di innovazione clinica, organizzativa e gestionale, a cui concorrono anche il sistema delle Università della regione e le Istituzioni di ricerca, a livello nazionale ed internazionale, il Direttore dell'Agenzia può avvalersi di una funzione di alta consulenza scientifica, anche al fine di favorire il pieno concorso al perseguimento degli obiettivi dell'Agenzia da parte delle Aziende sanitarie/Enti del SSR, da un lato e del sistema universitario regionale, dall'altro.

La funzione è acquisita con incarico a termine nella forma della prestazione d'opera intellettuale, ai sensi dell'art. 12 della L.R. n. 43 del 2001 e s.i.m. e nel rispetto della disciplina vigente; il compenso è fissato nel provvedimento di nomina, avendo come tetto massimo il compenso del Direttore dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale.

L'incarico è affidato ad un esperto di comprovate capacità, scientifiche e professionali, in organizzazione e valutazione dei sistemi sanitari, nominato dalla Giunta Regionale su proposta del Direttore dell'Agenzia, sentito il parere del Direttore Generale Cura della persona, salute e welfare.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Maria Luisa Moro, Direttore AGENZIA SANITARIA E SOCIALE REGIONALE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di legittimità in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2018/2199

IN FEDE

Maria Luisa Moro

REGIONE EMILIA-ROMAGNA  
Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di merito in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2018/2199

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos



**REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

**Atti amministrativi**

**GIUNTA REGIONALE**

Delibera Num. 2179 del 17/12/2018

Seduta Num. 52

OMISSIS

---

L'assessore Segretario

Costi Palma

---

Servizi Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Responsabile Roberta Bianchedi