

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi
GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 968 del 18/06/2019

Seduta Num. 22

Questo martedì 18 **del mese di** giugno
dell' anno 2019 **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) Costi Palma	Assessore
5) Gazzolo Paola	Assessore
6) Mezzetti Massimo	Assessore
7) Petitti Emma	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore: Costi Palma

Proposta: GPG/2019/875 del 22/05/2019

Struttura proponente: AGENZIA SANITARIA E SOCIALE REGIONALE

Assessorato proponente: ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

Oggetto: ADOZIONE DEL PIANO PROGRAMMA 2019-2021 DELL'AGENZIA SANITARIA E SOCIALE REGIONALE

Iter di approvazione previsto: Delibera ordinaria

Responsabile del procedimento: Maria Luisa Moro

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Vista la normativa regionale vigente in ordine alle funzioni conferite, all'articolazione ed alle modalità di funzionamento dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale e, in particolare, richiamate le proprie deliberazioni:

- n. 630 del 2 maggio 2016 avente ad oggetto "Riorganizzazione dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale: Approvazione delle Linee di indirizzo per la predisposizione ed attuazione del Piano-programma 2016-2018 e degli indirizzi specifici di organizzazione";
- n. 2179 del 17 dicembre 2018 avente ad 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";

Visto il Piano-programma dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale per il triennio 2019-2021, di cui alla determinazione del Direttore dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale n. 8222 del 13/05/2019, presentato a questa Giunta dall'Assessore alle Politiche per la Salute e dall'Assessore alle Politiche di Welfare e Politiche abitative;

Dato atto che le attività previste nel sopra indicato Piano-programma corrispondono alle funzioni 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](#) e ss.mm.ii., sono coerenti con gli obiettivi delle richiamate proprie deliberazioni n. 630/2016 e n. 2179/2018;

Considerato che le vigenti disposizioni organizzative dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale contenute nella citata propria deliberazione n. 630/2016 - che sostituisce la n. 293/2009 ad eccezione di quanto stabilito al punto 4) della stessa - prevedono che:

- per il perseguimento degli obiettivi previsti nel programma pluriennale, l'Agenzia si organizzi 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 regionale vigente;

- il modello organizzativo, con l'individuazione delle aree/progetti di intervento viene effettuata previo confronto con la Direzione generale competente in materia di organizzazione;

Dato atto dell'avvenuto confronto con la Direzione Generale Risorse, Europa, Innovazione e Istituzioni in merito all'organizzazione dell'Agenzia, così come definita nel Piano-programma di cui trattasi, documentazione conservata agli atti dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale;

Ritenuto di adottare il Piano-programma dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale per il triennio 2019-2021, di cui all'Allegato 1 al presente provvedimento, parte integrante e sostanziale del medesimo;

Dato atto del parere favorevole espresso dalla Commissione Assembleare Politiche per la salute e Politiche sociali nella seduta del 4 giugno 2019;

Richiamate le proprie deliberazioni:

- n. 2416 del 29/12/2008 "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.ii., per quanto applicabili;
- n. 193 del 27/02/2015 "Contratto di lavoro ai sensi dell'art. 43 L.R. n. 43/2001 e affidamento dell'incarico di direttore generale "Sanità e Politiche Sociali";
- n. 242 dell'11/03/2015 "Nomina del Direttore dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale";
- n. 628 del 28/05/2015 "Riorganizzazione della direzione generale sanità e politiche sociali", come rettificata dalla D.G.R. n. 1026 del 27/07/2015;
- n. 56 del 25/01/2016 "Affidamento degli incarichi di Direttore Generale della Giunta regionale, ai sensi dell'art.43 della L.R. 43/2001";
- n. 270 del 29/02/2016 "Attuazione prima fase della riorganizzazione avviata con delibera 2189/2015";
- n. 622 del 28/04/2016 "Attuazione seconda fase della riorganizzazione avviata con delibera 2189/2015";
- n. 702 del 16/05/2016 "Approvazione incarichi dirigenziali conferiti nell'ambito delle Direzioni Generali - Agenzie - Istituto e nomina dei Responsabili della prevenzione della corruzione, della trasparenza e accesso civico, della

sicurezza del trattamento dei dati personali e dell'anagrafe per la stazione appaltante”;

- n. 1107 dell'11/07/2016 “Integrazione delle declaratorie delle strutture organizzative della Giunta regionale a seguito dell'implementazione della seconda fase della riorganizzazione avviata con delibera 2189/2015”;
- n. 468 del 10/04/2017 “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 del 17/11/2017 “Proroga al 30/06/2020 dell'incarico di direttore della Agenzia sanitaria e sociale regionale conferito con delibera di Giunta n. 242/2015”;
- n. 1059 del 03/07/2018 “Approvazione degli incarichi dirigenziali rinnovati e conferiti nell'ambito delle Direzioni Generali, Agenzie e Istituti e nomina del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT), del Responsabile dell'anagrafe per la stazione appaltante (RASA) e del Responsabile della protezione dei dati (DPO);
- n. 1123 del 16/07/2018 “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 del 29/10/2018 “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”;
- n. 2280 del 27/12/2018 “Intesa e approvazione incarichi dirigenziali nell'ambito dell'Istituto per i beni artistici, culturali e naturali, della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare e dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale”;
- n. 122 del 28/01/2019 “Approvazione piano triennale di prevenzione della corruzione 2019-2021”, ed in particolare l' allegato D “Direttiva di indirizzi interpretativi per

l'applicazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.lgs. n. 33 del 2013. Attuazione del piano triennale di prevenzione della corruzione 2019-2021;

Richiamato inoltre il D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e ss.mm.ii.;

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 adottare il "Piano-programma 2019-2021 dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale", nel testo allegato (Allegato 1) alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale;
- 2) di dare atto infine 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.

AGENZIA SANITARIA E SOCIALE REGIONE EMILIA-ROMAGNA

PIANO PROGRAMMA 2019-2021

**Assessorato Regionale alle Politiche per la Salute – Assessorato
Regionale alle politiche di welfare e alle politiche abitative**

Sommario

INTRODUZIONE.....	4
Il contesto	4
Le implicazioni per l'Agencia Sanitaria e Sociale Regionale (ASSR).....	5
ATTIVITA' PER L'INNOVAZIONE NEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E NEGLI ENTI LOCALI	8
PROMUOVERE L'INNOVAZIONE IN AMBITO SANITARIO.....	8
Obiettivo generale.....	8
Il contesto di riferimento.....	8
Monitoraggio e valutazione dello stato di salute.....	9
Valutazione dell'impatto di politiche e interventi regionali e supporto a sviluppo e innovazione.....	13
PROMUOVERE L'INNOVAZIONE SOCIALE.....	19
Obiettivo generale.....	19
Il contesto di riferimento.....	19
Progetto di innovazione sociale per le trasformazioni istituzionali e lo sviluppo del sistema regionale dei servizi sanitari e sociali	20
L'equità in pratica	23
Progetti di sistema per il cambiamento e per l'apprendimento organizzativo mediante processi di coinvolgimento e partecipazione	25
PROMUOVERE LA RICERCA NEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE.....	28
LE FUNZIONI ATTRIBUITE ALL'AGENZIA SANITARIA E SOCIALE.....	31
ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE: ORGANISMO TECNICAMENTE ACCREDITANTE (OTA)	31
Obiettivo generale.....	31
Obiettivi specifici	31
Contesto di riferimento	31
Risultati attesi.....	33
IL GOVERNO REGIONALE DELLA FORMAZIONE CONTINUA IN MEDICINA (ECM)	35
Obiettivo generale.....	35
Obiettivi specifici	35
Contesto di riferimento	35
Risultati attesi.....	36
ALTRE FUNZIONI	36
Documentazione e comunicazione	36
Ricerca in medicina non convenzionale	37
LE ATTIVITA' DI DIREZIONE.....	37
Attività di responsabilità diretta della Direzione.....	37
Partecipazione a gruppi tecnici interregionali per la ricerca sanitaria.....	37
Formazione medico-specialistica	37
Comitato Regionale di Indirizzo Regione-Università	38
IRCCS.....	38
Centro Nazionale di Coordinamento dei Comitati Etici.....	38

PNCAR.....	38
Attività trasversali.....	38
L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSR	39
PARTECIPAZIONE A ORGANISMI INTERNAZIONALI E COLLABORAZIONI INTERNAZIONALI	39

INTRODUZIONE

Il contesto

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 al 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'Agazia 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 sociodemografico, 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'Agazia 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'Agazia sanitaria e sociale regionale.

Le implicazioni per l'Agazia Sanitaria e Sociale Regionale (ASSR)

L'Agazia 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'Agazia 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.

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,
- statistica sanitaria e informatica,
- valutazione dell'impatto di innovazioni clinico-assistenziali, tecnologiche e organizzative,
- ricerca sociale e ricerca-intervento,
- *capacity building* per l'innovazione organizzativo-istituzionale e per azioni di processi collettivi,
- verifica e valutazione del possesso dei requisiti di accreditamento;
- trasformazioni organizzative e promozione di modalità innovative per la formazione professionale;
- informazione e comunicazione scientifica.

Le funzioni dell'Agenzia si svilupperanno su quattro piani principali:

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.
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.

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.
4. Assicurare il governo delle funzioni assegnate all'Agenzia sanitaria e sociale regionale e, in particolare, le funzioni assegnate all'Organismo tecnicamente accreditante e il coordinamento tecnico-scientifico dell'Educazione Continua in Medicina.

ATTIVITA' PER L'INNOVAZIONE NEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E NEGLI ENTI LOCALI

PROMUOVERE L'INNOVAZIONE IN AMBITO SANITARIO

Obiettivo generale

Assicurare l'innovazione e il miglioramento continuo del Servizio Sanitario Regionale attraverso:

1. il monitoraggio e valutazione dello stato di salute della popolazione emiliano-romagnola, dei determinanti di salute, del profilo di utilizzo dei servizi sanitari,
2. 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 e la identificazione e sperimentazione di innovazioni assistenziali, tecnologiche e organizzative.

Il contesto di riferimento

Per promuovere l'innovazione in ambito sanitario e il continuo miglioramento del Servizio Sanitario Regionale nella erogazione di cure efficaci, sicure, appropriate, assicurando il pieno coinvolgimento dei pazienti, è necessario disporre di conoscenze utili ad accompagnare le decisioni. La Regione Emilia-Romagna ha costruito in questi anni un patrimonio informativo molto ricco basato su molteplici flussi amministrativi sanitari, tra loro pienamente integrabili.

Il pieno utilizzo di questo patrimonio informativo consente di ottenere conoscenze sanitarie utili a diversi livelli: definire le priorità di salute, al fine di prendere decisioni informate sulle priorità per le quali è necessario ideare risposte mirate; produrre evidenze sulla efficacia, l'appropriatezza e la sicurezza degli interventi clinico-assistenziali e preventivi; valutare l'impatto di politiche e innovazioni assistenziali, tecnologiche, organizzative; valutare la performance del Servizio Sanitario Regionale.

L'integrazione tra flussi informativi e studi ad hoc consente, inoltre, di valutare l'impatto sulla salute e sull'economia di diverse strategie di implementazione di innovazioni assistenziali, tecnologiche ed organizzative.

Nel triennio precedente sono state portate avanti numerose attività in questo ambito mirate a:

- stimare il burden della malattia diabetica, della demenza, della multimorbidità, delle condizioni socioeconomiche e il loro effetto sul consumo di prestazioni e sulla salute, della prevalenza di antimicrobico-resistenza, infezioni correlate all'assistenza e uso di antibiotici;
- valutare l'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) o i programmi regionali per l'uso appropriato di antibiotici;
- mettere a punto strumenti a supporto di azioni regionali, quali l'algoritmo Risk-ER per promuovere la medicina di iniziativa per la presa in carico dei pazienti con patologie croniche oppure strumenti innovativi per promuovere l'implementazione nella pratica di strumenti efficaci a ridurre il rischio infettivo associato all'assistenza;
- il governo regionale delle tecnologie sanitarie attraverso lo sviluppo di metodi e strumenti innovativi per assicurare percorsi di governo delle nuove tecnologie sanitarie.

Nel triennio 2019-2021 verranno proseguite alcune di queste attività e affrontati ambiti nuovi sia per quanto concerne l'individuazione delle priorità di intervento, che per la valutazione di impatto di innovazioni regionali.

Monitoraggio e valutazione dello stato di salute

Obiettivo generale

Obiettivo generale è produrre informazioni e conoscenza utili al monitoraggio e alla valutazione dello stato di salute della popolazione emiliano-romagnola e dei suoi determinanti; del profilo di utilizzo dei servizi e dei fattori 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'antibiotico-resistenza e dei suoi determinanti.

Obiettivi specifici

1. stimare il burden delle patologie croniche e di alcune infezioni emergenti in termini di *disability-adjusted life years* (DALYs), una misura sintetica dello stato di salute della popolazione che cattura gli anni persi di salute associati alla disabilità e alla mortalità;
2. analizzare l'andamento della multimorbilità nel triennio, inclusa la valutazione delle patologie più frequentemente associate, del loro trend e dell'impatto in termini di esiti e consumo di risorse, in determinate categorie di pazienti (giovani e vulnerabili);
3. monitorare e studiare le condizioni di salute / accesso ai servizi e relativi determinanti demografici e sociali, attraverso un approccio epidemiologico e l'uso di dati integrati sanitari e socio-demografici;
4. assicurare il monitoraggio degli effetti delle Case della Salute sugli indicatori di salute (sulla base del modello già implementato negli anni dal 2009 al 2016);
5. valutare l'impatto dei Dispositivi Medici innovativi utilizzati in ambito cardiologico e della terapia del dolore in termini di esiti clinici, appropriatezza e variabilità d'uso, aspetti organizzativi e economici, analizzare il contesto d'inserimento (casistica, centri specializzati);
6. monitorare l'antibiotico-resistenza, le infezioni correlate all'assistenza e l'uso di antibiotici, sulla base del sistema regionale di sorveglianza e monitoraggio di questi fenomeni.

Tali attività potranno essere integrate da altre nel corso del triennio, in ragione delle esigenze che dovessero emergere.

Il contesto di riferimento

BURDEN DELLE MALATTIE IN TERMINI DI DALY

Dal 1990 il Global Burden of Disease (GBD), il più grande studio epidemiologico osservazionale del mondo, descrive annualmente lo stato di salute della popolazione mondiale, in base a 255 patologie e condizioni di salute. Il burden of disease, letteralmente "fardello di malattia", viene misurato nel GBD in termini di DALY (Disability-Adjusted Lost Years) una misura dell'impatto complessivo di una malattia che tiene conto sia della disabilità che della morte precoce. Questo indice viene utilizzato in associazione alla tradizionale misura di frequenza di una malattia. Ci si propone di applicare questo modello di analisi alla popolazione regionale,

integrandolo con analoghe esperienze portate avanti recentemente dall'European Center for Disease Control, mirate a stimare il burden associato ad antibioticoresistenza e infezioni correlate all'assistenza.

BURDEN DELLA MULTIMORBIDITÀ

La co-presenza di due o più malattie croniche, definita come 'multimorbidity', caratterizza il 25% di tutta la popolazione maggiorenne di questa regione ed il 61% di quella ultra 65 enne. Decisori e professionisti devono acquisire maggiore conoscenza e consapevolezza della multimorbidity e delle sue conseguenze per orientare e realizzare l'ineludibile riorganizzazione delle cure primarie e secondarie necessaria per poterla fronteggiare, garantendo presa in carico e continuità assistenziale. Inoltre, rimangono ancora scarsamente indagate la presenza di patologie croniche multiple nei giovani adulti, nelle popolazioni vulnerabili e le combinazioni di malattie associate a peggiori esiti e/o costi maggiori, necessarie a indirizzare le limitate risorse e la pianificazione degli interventi con maggiore probabilità di successo. Data la grande variabilità delle caratteristiche delle persone con multimorbidity, è necessario identificare sistemi di stratificazione del rischio che consentano di individuare le popolazioni che possono maggiormente beneficiare di interventi personalizzati. Quasi la metà dei pazienti con multimorbidity infatti, non ha compromissioni funzionali e di questi, una buona parte, ha una buona qualità della vita; allo stesso tempo, una considerevole quota è in trattamento con politerapie, presenta problemi sociali, fragilità, disabilità e deficit cognitivi.

EPIDEMIOLOGIA DELLE DISUGUAGLIANZE SOCIO-DEMOGRAFICHE DI SALUTE E ASSISTENZA

Le opportunità di conservare il benessere psicofisico variano in relazione a diverse caratteristiche demografiche e sociali delle persone. Oltre all'età e al sesso, lo stato di immigrato, le credenziali educative e le condizioni di lavoro, abitative e familiari delle persone sono in grado di modulare esiti di salute e di assistenza, tramite vari meccanismi d'azione. Particolare attenzione va dunque posta verso le popolazioni più vulnerabili, con maggiore presenza di fattori di rischio e che possono andare incontro a un incrementato carico di malattia. Ciò vale anche per l'Emilia-Romagna, seppure questa sia risultata tra le regioni con minori disuguaglianze in Italia, che a sua volta avrebbe un'intensità di disuguaglianze sociali nella mortalità inferiore di quella riscontrata nell'Europa del Nord e continentale.

Pare necessario in questo contesto focalizzare l'attenzione su problematiche di salute e assistenza prioritari e con margine di guadagno in salute, in relazione alle disuguaglianze socio-demografiche. Si prevede di applicare le informazioni e le metodologie in specifici progetti, in collegamento a contesti locali in modo da soddisfare i bisogni conoscitivi emergenti dai suddetti contesti tramite la produzione di specifiche evidenze, con le metodologie a disposizione.

MONITORAGGIO DEGLI EFFETTI DELLE CASE DELLA SALUTE SUGLI INDICATORI DI SALUTE

Il percorso di sviluppo delle Case della Salute, intrapreso dalla Regione Emilia-Romagna nel 2010 con l'istituzione formale delle Case della Salute (DGR 291/2010), si colloca nell'ambito di un più ampio processo di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, ospedaliera e territoriale, e socio-sanitaria, per migliorare l'appropriatezza e la continuità della risposta ai bisogni della popolazione.

Nel 2016 (determina n°21072 del 30/12/2016) è stato istituito un gruppo tecnico di lavoro avente l'obiettivo di definire un modello per la valutazione dell'impatto dell'innovazione organizzativa "Case della Salute" e di mettere a punto un sistema di monitoraggio funzionale, sia al miglioramento continuo della qualità che al governo regionale e aziendale. Per il conseguimento di tali obiettivi, sono stati selezionati alcuni indicatori di qualità dell'assistenza potenzialmente correlati all'attività delle CdS e opportunamente misurabili, attraverso fonti dati amministrative, come ad esempio: gli accessi in PS per codici bianchi; il numero di ospedalizzazioni per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale (ACSC) e gli episodi di cura di assistenza domiciliare.

L'analisi ha evidenziato un impatto positivo delle Case della Salute per alcuni indicatori, ma anche una significativa variabilità tra le singole Case della Salute, che non è stato possibile spiegare sulla base dei dati rilevati in una indagine regionale ad hoc. Nel triennio ci si propone di assicurare il monitoraggio delle CdS a livello regionale e aziendale sulla base degli indicatori precedentemente individuati, ma anche di analizzare la variabilità e le sue componenti, sulla base del flusso informativo dedicato all'Attività delle Case della Salute predisposto dal sistema informativo regionale (Orastr), ora reputato sufficientemente maturo per essere analizzato in relazione agli esiti di salute.

VALUTARE L'IMPATTO DI DISPOSITIVI MEDICI INNOVATIVI (DM)

I DM utilizzati in ambito cardiovascolare, quali ad esempio le protesi vascolari e cardiache, i dispositivi per funzionalità cardiaca, i dispositivi per il sistema artero-venoso e le guide per apparato cardiocircolatorio rappresentano circa il 23% della spesa dei DM di classe. Dato quindi l'impatto di spesa di tali DM risulta importante valutarne l'appropriatezza, la variabilità e l'impatto di utilizzo. Un altro esempio di DM rilevanti per il SSR sono quelli utilizzati nel trattamento della terapia del dolore. Con la delibera della Giunta Regionale n.1783/2014 si è riorganizzato l'assetto della rete di terapia del dolore della regione Emilia-Romagna con l'obiettivo di stabilire un percorso assistenziale che comporti un'organizzazione delle competenze e dei servizi in base ai livelli di necessità di cura per il miglioramento della qualità dell'assistenza del paziente con dolore moderato-severo e una maggiore appropriatezza dell'accesso alle strutture sanitarie. Data la rilevanza del tema risulta opportuno valutare l'appropriatezza d'uso e la variabilità degli impieghi clinici dei DM utilizzati anche in questo ambito.

MONITORARE ANTIBIOTICORESISTENZA, INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E USO DI ANTIBIOTICI

A partire dal 2003 sono stati sviluppati sistemi regionali di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e dell'antibioticoresistenza, sistemi che rispondono a quanto raccomandato dall'European Center for Disease Control e recepito dal Piano Nazionale di contrasto dell'antimicrobicoresistenza (PNCAR) del 2017. In particolare: 1) studi di prevalenza periodici che coinvolgono gli ospedali per acuti e le strutture residenziali per anziani; 2) il sistema di sorveglianza regionale delle infezioni del sito chirurgico (SICHER), che dal 2017 è entrato a far parte del Sistema informativo Politiche per la salute e politiche sociali (SISEPS) della Regione Emilia-Romagna; 3) Sorveglianza delle epidemie ed eventi sentinella di ICA nell'ambito del sistema regionale di sorveglianza delle malattie infettive; 4) Sorveglianza delle batteriemie da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (integrato nel sistema regionale di sorveglianza delle malattie infettive, in ottemperanza al sistema nazionale di sorveglianza) e di tutte le infezioni e colonizzazioni da questi microrganismi, secondo il progetto regionale specifico; 5) Utilizzo dei dati amministrativi opportunamente linkati per sorvegliare le sepsi, le infezioni da *Clostridium difficile*, l'appropriatezza della profilassi antibiotica peri-operatoria. La sorveglianza delle infezioni nelle Unità di terapia Intensiva è assicurata attraverso la partecipazione al progetto PROSAFE (*PROMoting patient SAFETY and quality improvement in critical care*) coordinato dall'Istituto Mario Negri che prevede la rilevazione continuativa di dati per la promozione della qualità e sicurezza in Terapia Intensiva, incluse le infezioni correlate all'assistenza; 6) Sistema regionale di sorveglianza dell'antibioticoresistenza, che copre tutti i laboratori ospedalieri pubblici e privati accreditati e rende disponibili dati aggiornati online sul sito della Regione Emilia-Romagna.

Risultati attesi

BURDEN DELLE MALATTIE IN TERMINI DI DALY

Stima a livello regionale del *Burden of Disease*, e quindi del DALY della popolazione dell'Emilia-Romagna allo scopo di individuare quali sono le patologie maggiormente associate alla gravità e alla durata della disabilità, di quantificare il loro impatto e di valutare le ricadute in termini di bisogni assistenziali e consumi di risorse sanitarie fornite dal SSR.

BURDEN DELLA MULTIMORBIDITÀ

Analisi mirate a monitorare il trend di tale fenomeno a livello regionale, a focalizzare l'attenzione su popolazioni particolarmente vulnerabili, ad esplorare il ruolo dei fattori socio-economici nelle patologie croniche e nella multimorbidity.

EPIDEMIOLOGIA DELLE DISUGUAGLIANZE SOCIO-DEMOGRAFICHE DI SALUTE E ASSISTENZA

Nel triennio verrà mantenuto il sistema di misura e monitoraggio esistente; verranno prodotti profili per specifici gruppi di popolazione, per settori assistenziali o funzionali alla definizione dei documenti programmatici (popolazione immigrata, indicatori demografici o socio-economici ad hoc per profili di salute, in particolare per piani di prevenzione regionale, descrizione di particolari esiti assistenziali e analisi sulle condizioni generali di salute (multi-morbidity); verranno condotti studi e verrà assicurata la partecipazione a progetti collaborativi su tematiche ritenute prioritarie a livello locale, nazionale ed europeo (Joint Action health Equity, JAHEE), al fine di produrre e diffondere evidenze, oltre che condividere strumenti/conoscenze. Verrà inoltre valutata l'Influenza dei fattori socio-economici nella progressione delle 5 patologie croniche più rilevanti (Scompenso cardiaco, Diabete, Insufficienza renale, BPCO e Demenza).

MONITORAGGIO DEGLI EFFETTI DELLE CASE DELLA SALUTE SUGLI INDICATORI DI SALUTE

Verrà aggiornato e integrato il modello empirico di valutazione degli effetti sugli indicatori di salute con i dati riferiti all'attività delle Case della Salute negli anni più recenti.

VALUTARE L'IMPATTO DI DISPOSITIVI MEDICI INNOVATIVI

Verrà definito un modello per il monitoraggio e l'analisi di alcuni DM di interesse con l'obiettivo di valutarne l'impatto assistenziale. In prima battuta le analisi saranno finalizzate all'ambito cardiovascolare o della terapia del dolore, sulla base delle fonti informative disponibili (SDO, DiMe, Registri operatori) per valutare qualità e affidabilità dei dati.

MONITORARE ANTIBIOTICORESISTENZA, INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E USO DI ANTIBIOTICI

Verrà assicurato il monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e dell'antibioticoresistenza, incluso l'uso di antibiotici, attraverso i sistemi di sorveglianza esistenti. In particolare, verrà assicurata la reportistica periodica e le attività mirate a migliorare la qualità dei dati rilevati.

Valutazione dell'impatto di politiche e interventi regionali e supporto a sviluppo e innovazione

Obiettivo generale

Valutare l'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 e supportare l'identificazione e sperimentazione di innovazioni assistenziali, tecnologiche e organizzative, in alcuni ambiti prioritari

Obiettivi specifici

1. sviluppare ulteriormente il 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) e l'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);
2. valutare l'impatto degli Ospedali di Comunità, in accordo con quanto previsto dall'Azione n. 3 del PSSR 2017-2019;
3. valutare l'impatto sul profilo assistenziale nel fine vita della rete delle cure palliative (Azione n. 7 del PSSR 2017-2019), sia per quanto concerne i pazienti oncologici che per quelli con patologie croniche e multimorbidità;
4. valutare l'impatto di iniziative di telemedicina per la presa in carico dei pazienti con patologie croniche;
5. valutare l'impatto delle azioni regionali mirate a ridurre l'uso inappropriato di farmaci nella comunità;
6. valutare l'impatto di specifici percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali;
7. contribuire a valutare l'impatto di interventi di mitigazione delle disuguaglianze su esiti di salute e sul profilo di utilizzo dei servizi, ed in riferimento all'ambito di prevenzione (inattività fisica) e alla fruizione dell'assistenza (materno infantile, screening oncologici, salute mentale, diabete);
8. sviluppare ulteriormente lo strumento "RiskER" per la presa in carico dei pazienti fragili a rischio di ospedalizzazione non appropriata, con attenzione al tema della multimorbidità;
9. sviluppare 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; sviluppare strategie per promuovere l'uso appropriato di farmaci e per la presa in carico della cronicità, attraverso una migliore integrazione tra ospedale e territorio.

Il contesto di riferimento

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DELLE CASE DELLA SALUTE

Nel triennio precedente è stato messo a punto un modello di valutazione delle Case della Salute sulla base dei flussi amministrativi regionali. Nella fase di condivisione dei primi risultati ottenuti, è emersa la necessità di rimodulare gli indicatori rispetto ai quali non sono stati osservati effetti significativi come l'utilizzo di

farmaci e le ospedalizzazioni e integrare ulteriori flussi informativi che permettono di valutare indicatori aggiuntivi inerenti le attività di prevenzione come ad esempio le vaccinazioni e gli screening. In questi anni si sono inoltre diffusi nelle Case della Salute interventi di medicina di iniziativa sulla base dell'algoritmo RiskER: appare utile valutare formalmente gli effetti di tale innovazione organizzativa.

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ

Da diversi anni sono in corso a livello internazionale numerose sperimentazioni di modelli organizzativi integrati sanitari e sociali di cure intermedie che si collocano tra l'assistenza domiciliare e l'ospedalizzazione, finalizzate a garantire una più appropriata assistenza territoriale ed una maggiore continuità assistenziale.

Il Piano Sanitario Nazionale 2011-13 e le indicazioni attuative del Piano sociale e sanitario Regionale per il biennio 2013-2014 sottolineano che il potenziamento della rete assistenziale territoriale si deve avvalere della realizzazione di strutture territoriali di riferimento per l'erogazione dell'assistenza primaria (Case della Salute) e di strumenti di continuità delle cure e di integrazione ospedale-territorio, come l'attivazione di posti letto intermedi sanitari territoriali (Ospedali di Comunità) all'interno delle cure intermedie. La regione Emilia-Romagna, con DGR 284/2013 ha contribuito al percorso di ridefinizione dei servizi territoriali e della rete ospedaliera, istituendo gli Ospedali di Comunità: dal 2013 ad oggi ne sono stati attivati 20. Le DGR 221/2015 e 2040/2015 ne hanno successivamente caratterizzato le modalità organizzative e di accesso e con Circolare 26/2014, è stato istituito il flusso informativo regionale SIRCO (Sistema Informativo Regionale Ospedali di Comunità), per il monitoraggio dell'attività assistenziale erogata dagli Ospedali di Comunità. Il nuovo PSSR 2017-2019 prevede una valutazione dell'impatto degli ospedali di comunità.

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO NEL FINE VITA DELLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE

In questi anni si è progressivamente, anche se lentamente, diffuso il ricorso all'utilizzo delle cure palliative e dell'hospice che favoriscono la continuità assistenziale e un supporto attivo per quei pazienti la cui malattia di base è caratterizzata da un'inevitabile evoluzione e da una prognosi infausta, garantendo la migliore qualità di vita possibile. A seguito della L. 38/10 (e dei suoi provvedimenti attuativi) la Regione ha riorganizzato la rete locale di cure palliative (DGR 560/15) e ha definito i criteri di accreditamento della rete stessa (D.G.R. 1770/16).

L'azione 7 del PSSR 2017-2019 prevede che a livello regionale, a garanzia di equità di accesso e omogenee modalità assistenziali su tutto il territorio regionale, vadano definiti comuni strumenti di valutazione per l'accesso alla rete, per il passaggio dalle cure palliative domiciliari di base a quelle specialistiche, per la misurazione della qualità della vita e della qualità assistenziale percepita. E' quindi importante utilizzare i dati amministrativi regionali per valutare nel tempo la qualità dell'assistenza prestata nel fine vita.

Uno studio condotto dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale (Dossier 259/2016) ha dimostrato come nella fase finale della vita di pazienti oncologici vengano impiegate risorse consistenti per l'assistenza di questi pazienti, spesso ricorrendo ad un uso eccessivo di trattamenti medici e chirurgici ad alta intensità di cura che, peraltro, non rispondono in modo soddisfacente alle esigenze e ai desideri dei pazienti e dei loro familiari.

In letteratura sono pochi gli studi che affrontano questo tema in pazienti cronici non oncologici e non sono disponibili dati specifici per la Regione Emilia-Romagna.

INIZIATIVE DI TELEMEDICINA: TELEMONITORAGGIO REMOTO NELLE AREE DISAGIATE ED INTERNE

Promuovere l'impiego di modelli, tecniche e strumenti della sanità digitale nella gestione della cronicità al fine di garantire continuità e migliore qualità dell'assistenza, migliore efficacia, efficienza e appropriatezza è obiettivo prioritario del Piano Nazionale Cronicità e coerente con gli indirizzi della Agenda Digitale, in

attuazione del piano Europa 2020 e delle Linee di Indirizzo Nazionali sulla Telemedicina del Ministero della Salute.

Con Deliberazione della Giunta regionale n. 648/2015, la Regione Emilia-Romagna ha approvato un progetto di telemedicina, che rientra fra i progetti a valenza nazionale finalizzati all'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso, di cui alla Delibera CIPE n. 122/2015. Il Progetto prevede che lo sviluppo e l'erogazione del servizio di telemedicina avvenga in via prioritaria attraverso le Casa della Salute, in quanto luogo privilegiato in cui si realizza la presa in carico dei pazienti secondo il paradigma della medicina d'iniziativa e della continuità assistenziale e sia rivolto a pazienti fragili con patologie croniche, ad alto rischio di ospedalizzazione.

INIZIATIVE MIRATE A RIDURRE L'USO INAPPROPRIATO DI FARMACI NELLA COMUNITÀ

Dal 2005 in Inghilterra viene finanziato dal *National Health System* un servizio di revisione dell'uso di medicinali (*Medicine Use Review, MUR*) su alcune patologie croniche per farmacie accreditate. Con Legge n. 208 del 28/12/2015 (Legge di stabilità 2016) è stata finanziata dal Ministero della Salute la prima applicazione del servizio di revisione dell'uso di medicinali MUR presso le farmacie italiane, finalizzato ad assicurare ai pazienti affetti da asma l'aderenza farmacologica con conseguente riduzione dei costi per le spese sanitarie relative.

IMPATTO DI SPECIFICI PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI-ASSISTENZIALI

Da diversi anni, i PDTA vengono utilizzati per migliorare la qualità ed efficienza delle cure, ridurre la variabilità nelle cure e garantire cure appropriate al maggior numero di pazienti.

Il PDTA, in quanto sistema integrato di servizi e prestazioni erogate da una équipe multidisciplinare in differenti contesti organizzativi (cure primarie, intermedie e ospedaliere), richiede il superamento del modello concettuale di valutazione clinico-assistenziale ed economica per singola unità di offerta, al quale gli attuali modelli di osservazione e controllo sono prevalentemente, se non esclusivamente, orientati. L'integrazione delle procedure e dei piani assistenziali tra diverse modalità di erogazione richiede un monitoraggio e una valutazione critica distinti in relazione alle risorse utilizzate e ai risultati raggiunti nelle diverse fasi e nei differenti contesti.

Il progetto rappresenta una prosecuzione delle attività svolte in collaborazione con l'AUSL di Parma e la Scuola Superiore per le Politiche della Salute dell'Università di Bologna, avviate nell'anno 2016.

IMPATTO DI INTERVENTI DI MITIGAZIONE DELLE DISEGUAGLIANZE SU ESITI DI SALUTE E SUL PROFILO DI UTILIZZO DEI SERVIZI

Il Piano Regionale della prevenzione e quello Sociale e Sanitario ribadiscono che l'equità e la riduzione delle disuguaglianze sono requisiti fondanti del Servizio sanitario regionale. Misurare i differenti bisogni espressi permette di individuare le priorità. La funzione di monitoraggio epidemiologico e delle condizioni socio-economiche e demografiche che influenzano la salute contribuisce contemporaneamente anche a generare le conoscenze utili a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza e a contrastare le disuguaglianze. Negli anni si è ampliato l'apparato metodologico e informativo per l'analisi epidemiologica delle disuguaglianze, definendo i tratti distintivi di un sistema di sorveglianza in rete con il contesto regionale e nazionale, in grado di produrre alcune evidenze volte anche alla valutazione degli interventi per supportare le azioni di mitigazione. Tra le principali attività che si sono realizzate e vanno ulteriormente messe a sistema vi è l'uso di dati dalle indagini campionari di Istat su "salute e assistenza" (prevalenza di inattività fisica, di disabilità), la definizione e il calcolo di indicatori sull'assistenza agli immigrati tramite i dati sanitari, l'analisi longitudinale dei principali esiti di salute in relazione a condizioni di svantaggio sociale per mezzo dell'integrazione con dati

delle Anagrafi dei Comuni e del Censimento della popolazione, l'approfondimento quantitativo di specifici fenomeni/settori assistenziali (*screening* mammografico, assistenza in gravidanza, vaccinazioni infantili).

SVILUPPARE ULTERIORMENTE LO STRUMENTO "RISKER"

L'adesione all'approccio della *population health management* (PHM) prevede la possibilità di definire, attraverso strumenti analitici e tempestivi, il grado di complessità clinica e assistenziale della popolazione oggetto di attività sanitaria. Lo strumento d'elezione, denominato "RiskER", in Emilia-Romagna è stato sviluppato e utilizzato per individuare le liste di soggetti ad alto rischio di ospedalizzazione e/o di decesso rispetto alle quali sperimentare e avviare la medicina di iniziativa nell'ambito delle attività svolte da alcune Case della Salute. Appare necessario migliorare potenzialità di RiskER in qualità di "predittore" di utilizzo di servizi socio-sanitari e non solo sanitarie analizzare attraverso studi osservazionali l'intensità di utilizzo di risorse in modo da fornire uno strumento di descrizione dei processi di gestione dei percorsi assistenziali per l'intera popolazione residente in Emilia-Romagna.

SVILUPPARE STRATEGIE INNOVATIVE PER CONTRASTARE L'ANTIBIOTICORESISTENZA

In questi anni il programma regionale di contrasto all'antibioticoresistenza ha consentito di raggiungere buoni risultati; tuttavia, date le dimensioni del fenomeno e il riconoscimento continuo di nuovi rischi prima non noti, è necessario continuare a promuovere il miglioramento e il governo regionale di quanto attuato nelle Aziende Sanitarie. A tale scopo è stato istituito (determinazione n. 5590 del 19/04/2018) un Gruppo tecnico di lavoro per l'implementazione del Piano Nazionale di contrasto all'antibioticoresistenza (PNCAR) del quale fanno parte, oltre all'Agenzia Sanitaria e Sociale, i Servizi della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, professionisti delle Aziende Sanitarie (microbiologi, figure addette al controllo delle ICA, infettivologi, medici di medicina generale e veterinari), con l'obiettivo di proseguire le azioni già implementate, rafforzandole ulteriormente, e di attivare interventi in specifici ambiti che non sono stati ancora oggetto di programmi regionali.

La Regione Emilia-Romagna, inoltre, coordina il tavolo interregionale per l'implementazione del PNCAR. Nel triennio l'obiettivo è promuovere la piena applicazione del PNCAR, rafforzando le azioni già implementate e attivando interventi in ambiti nuovi e ritenuti prioritari.

Risultati attesi

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DELLE CASE DELLA SALUTE

Nel triennio verrà ulteriormente sviluppato il modello di valutazione dell'impatto delle Case della Salute, rimodulando gli indicatori rispetto ai quali non sono state osservati effetti significativi come l'utilizzo di farmaci e le ospedalizzazioni, integrando altri flussi informativi per la valutazione di indicatori inerenti le attività di prevenzione come ad esempio le vaccinazioni, arricchendo la lettura dei determinanti socio-economici.

Verrà inoltre valutato l'impatto nelle Case della Salute dei programmi di medicina di iniziativa supportati dallo strumento RiskER e valutati gli effetti dell'attivazione nelle Case della Salute di Ambulatori per i codici di minore gravità "Punto bianco".

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ

Sviluppo di un modello di valutazione dell'impatto degli ospedali di comunità sui servizi sanitari e socio-sanitari, sui pazienti e sui professionisti, sulla base dei dati raccolti nel flusso dedicato SIRCO, analisi delle banche dati amministrative correnti, di un questionario PREM per le cure intermedie validato e focus group/interviste semistrutturate con i professionisti.

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO NEL FINE VITA DELLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE

Aggiornamento delle analisi delle prestazioni nel fine vita a pazienti oncologici e valutazione dell'impatto della rete delle cure palliative, secondo il modello già sviluppato in precedenza. Analisi delle prestazioni nel fine vita in pazienti cronici con multimorbidità valutando i principali indicatori di qualità dell'assistenza già presenti in letteratura, come le ospedalizzazioni, le degenze in Terapia Intensiva, gli accessi al pronto soccorso, le procedure chirurgiche e le cure palliative ovvero ADI, Hospice e terapie farmacologiche per il dolore, negli ultimi sei mesi di vita.

INIZIATIVE DI TELEMEDICINA: TELEMONITORAGGIO REMOTO NELLE AREE DISAGIATE ED INTERNE

Valutazione della fattibilità di una strategia assistenziale che si avvale di dispositivi di telemedicina per la gestione di pazienti complessi con diabete e/o scompenso cardiaco e/o broncopneumopatia cronica ostruttiva, ai pazienti che vivono in aree disagiate.

INIZIATIVE MIRATE A RIDURRE L'USO INAPPROPRIATO DI FARMACI NELLA COMUNITÀ

Supporto alla fase pilota di implementazione e valutazione dell'intervento di revisione dei medicinali per l'asma, con modalità operative che tengano conto del processo di riorganizzazione delle cure primarie in atto (Case della Salute, Aggregazioni Funzionali Territoriali e Unità Complesse di Cure Primarie), di cui alla deliberazione della Giunta Regionale n. 2322/2016, nell'Ausl di Imola come realtà territoriale di prima applicazione a livello regionale.

IMPATTO DI SPECIFICI PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI-ASSISTENZIALI

Valutazione dell'impatto economico, organizzativo e clinico dei PDTA nella frattura di femore e nell'insufficienza renale cronica.

IMPATTO DI INTERVENTI DI MITIGAZIONE DELLE DISEGUAGLIANZE SU ESITI DI SALUTE E SUL PROFILO DI UTILIZZO DEI SERVIZI

Si amplierà il sistema di monitoraggio e studio epidemiologico dei determinanti della prevalenza di patologie croniche, a partire dal diabete, dell'evoluzione della multimorbidità, di adesione a percorsi terapeutici e dell'impatto di innovazioni assistenziali, in particolare in relazione alle Case della Salute. Proseguiranno le analisi della mortalità nei primi anni di vita, dei ricoveri evitabili e di altri fenomeni complessi con sistemi di dati integrati. Non da ultimo, si costruiranno le condizioni per rendere maggiormente sistematico il monitoraggio e lo studio delle disuguaglianze in connessione con le altre iniziative e valutazioni del presente Piano.

SVILUPPARE ULTERIORMENTE LO STRUMENTO "RISKER"

Verrà sviluppato ulteriormente il modello RiskER integrando dati riconducibili a caratteristiche di natura sociale e socio/sanitaria della popolazione assistita in Emilia-Romagna (integrazione con banche dati FAR, IASS, OSCO, ecc.). Verrà inoltre analizzato l'andamento di alcuni indicatori relativi alla qualità dell'assistenza sanitaria e monitoraggio dell'intensità di utilizzo di risorse per fasce di popolazione con diverso grado di rischio come definito dal modello RiskER e RiskER verrà utilizzato per le finalità e gli obiettivi definiti nel

progetto a finanziamento CCM “Stratificazione del rischio di fragilità della popolazione: valutazione di impatto e analisi dei modelli organizzativi”.

SVILUPPARE STRATEGIE INNOVATIVE PER CONTRASTARE L'ANTIBIOTICORESISTENZA

Verranno proseguite le azioni in essere per il contrasto all'antibioticoresistenza (Progetto PROBA, Campagna informativa regionale annuale, strumenti per promuovere l'adesione a pratiche sicure, quale MAPPER, contrasto alla diffusione di Enterobatteri produttori di carbapenemasi, formazione) e verranno, in collaborazione con il Gruppo tecnico regionale per l'implementazione del PNCAR, identificate le ulteriori azioni necessarie per assicurare in tutte le Aziende Sanitarie un livello elevato di contrasto al fenomeno dell'antibioticoresistenza, inclusa la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.

PROMUOVERE L'INNOVAZIONE SOCIALE

Obiettivo generale

Sviluppare azioni per la 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 al Terzo settore, attraverso l'implementazione e la sperimentazione di innovazioni sociali come strategie di sistema per tradursi operativamente nel disegno organizzativo di centralità del distretto e nel rafforzamento di interventi di prossimità e territorializzazione.

Il contesto di riferimento

Nel corso del triennio precedente sono stati attuati interventi per sostenere il sistema regionale ad agire secondo il paradigma enunciato nel Piano Sociale e Sanitario di politiche pubbliche partecipate espresse da macro-obiettivi a carattere di trasversalità (es. prossimità e domiciliarità, contrasto alle diseguaglianze ecc.). Nella fase attuale in cui l'intero sistema si appresta all'attuazione e al consolidamento delle priorità indicate sia a livello regionale sia a livello locale, si ravvedono alcuni elementi di attenzione per proseguire secondo una logica di innovazione e sperimentalismo tesa all'integralità di approccio e verso la territorializzazione dell'assistenza.

Un primo focus riguarda tematizzare le "connessioni" e le "transizioni" come premesse per garantire che le logiche organizzative e le prassi quotidiane siano alimentate da una visione che porti a superare le frammentazioni e le segmentazioni. Ai problemi che si presentano ai diversi livelli (dalla programmazione all'assistenza) non si può rispondere che in modo complesso, per processi e in forma negoziale sugli oggetti lavoro.

Un secondo focus riguarda lo 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 della variabilità delle istanze, delle differenze sia verso l'interno dell'organizzazione (dipendenti) sia verso l'esterno (utenti, cittadini).

Per il triennio di attività 2019-2021, gli ambiti identificati 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 (si veda, il 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. In generale si implementeranno azioni che intensificano nelle prassi di lavoro processi di networking, knotworking ed un approccio alla integralità quali fattori che contrastano meccanismi generatori alle iniquità

- 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 riflessività 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
- Progetti di internazionalizzazione attraverso la partecipazione al tavolo regionale inter-direzionale ed in particolare sviluppando azioni di cooperazione internazionale aventi come oggetti lo scambio di esperienze di assistenza territoriale frutto dell'esperienza regionale e della sua specifica caratterizzazione nel saper promuovere capacity building.

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.

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

Obiettivo generale

Accompagnare il Sistema nella produzione di innovazione sociale, intesa come “nuove idee (prodotti, servizi, modelli) che contemporaneamente riescono a soddisfare bisogni sociali (in modo alternativo alle soluzioni esistenti) e allo stesso tempo a creare nuove relazioni sociali e collaborazioni”.

In particolare, ci si propone di:

1. supportare le governance regionali e territoriali verso una lettura integrata dei problemi/oggetti di lavoro, evidenziando le interdipendenze tra la rete degli Enti (e i diversi settori) che danno forma al Sistema regionale di welfare e verso una formulazione e attuazioni di strategie e politiche innovative;
2. innovare i percorsi di partecipazione e coinvolgimento delle persone e delle comunità ai processi di programmazione ed erogazione dei servizi;
3. realizzare interventi di trasformazione finalizzati al riorientamento dei servizi nella prospettiva di quotidianità e delle integralità dei processi di lavoro.

Obiettivi specifici

1. Realizzazione dell'azione di sistema “Programmazione locale partecipata CommunityLab”, con particolare riguardo agli aspetti attuativi e di verifica degli interventi che i territori hanno identificato come priorità nei loro Piani di Zona, affrontando anche temi di carattere amministrativo e di regolamentazione dei rapporti tra Enti Pubblici e Terzo Settore.

2. Realizzazione di azioni per il mantenimento e lo sviluppo del gruppo di facilitatori che in questi anni si sono formati nei Percorsi Community Lab.
3. Supporto al coordinamento del gruppo di Referenti delle Schede Operative del Piano sociale e sanitario dei Servizi regionali finalizzato ad approfondire il tema dell'innovazione sociale e dei suoi meccanismi generatori, visualizzare proiezioni e visioni verso cui il sistema di welfare dovrebbe/potrebbe tendere, ridefinire trasversalità.
4. Realizzazione dell'azione di sistema "Un Futuro Piano per la Promozione della Salute CommunityLab", dedicata ai professionisti della Salute Pubblica delle Aziende Sanitarie, per individuare futuri approcci per attuare una politica integrale di promozione alla salute.
5. Promozione e sviluppo della ricerca-intervento per la qualificazione del sistema e dei servizi di accoglienza e cura di bambini e adolescenti con bisogni sociali e socio-sanitari complessi, con particolare attenzione al tema delle comunità educative per minori e l'affidamento familiare.
6. Ricerca-intervento nell'ambito dei consultori familiari.
7. Realizzazione di un percorso "CommunityLab", dedicato alle Unioni dei Comuni in merito ai processi di gestione e bilancio delle politiche di welfare.

Contesto di riferimento

Le continue e profonde trasformazioni della società moderna portano il sistema dei servizi pubblici ad affrontare una complessità sempre maggiore e ad una necessità sempre più esplicita di interrogarsi sulle azioni che si stanno producendo verso delle nuove prassi.

Il "da soli non ce la si fa più" sta diventando sempre più evidente e non è solo una questione di allestire strumenti di ascolto e cercare nuove partnership, ma riguarda la necessità, citando Sennet, di occupare nuovamente lo spazio pubblico, riconoscendo, collocando e condividendo gli oggetti di lavoro. Si parla in questo modo di welfare partecipativo dove si riconosce il ruolo del pensiero collettivo e di una comunità che per il solo fatto di riattarsi, mette le basi per processi di capacitazione rispetto ai problemi che si presentano. Si mette così al centro un collettivo, che amplia l'idea di un sistema centrato sulla prestazione individuale.

Il Piano sociale e sanitario regionale 2017-2019 fa propri questi concetti spingendo il sistema a rompere i propri argini e a programmare in modo trasversale, individuando il Distretto come nodo strategico di attuazione delle politiche; e attraverso la scheda attuativa n. 26 "Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità" ribadisce la necessità di attivare la partecipazione nelle politiche sanitarie e di welfare a fronte delle grandi trasformazioni sociali in cui siamo immersi e come nuove prassi per costruire con-senso dei cittadini verso le proprie azioni. Un approccio partecipativo che non si traduca in singole progettualità ma che si trasformi in nuove prassi organizzative che potenzino i Servizi nell'andare verso i cittadini e non attenderli unicamente agli sportelli, nel generare nuove risorse in collaborazione con i cittadini e le loro forme collettive di aggregazione, nell'allestire contesti e spazi dialogici di confronto per elaborare collettivamente problemi e nuove forme di disagio ed infine nel pensare non più per categorie di utenti ma a problemi e loro declinazioni quotidiane.

Nei processi attivati localmente per l'elaborazione dei Piani di Zona, i territori hanno colto queste sfide attivando processi partecipativi per una definizione collettiva e territorialmente collocata dei problemi e delle priorità da affrontare. Questo nuovo approccio apre oggi la sfida dell'attuazione e della concretizzazione degli

interventi non perdendo di vista il processo a discapito di risultati veloci e ricordando l'euristica della programmazione.

L'approccio alla partecipazione è stato un asse fondamentale per poter attivare politiche di promozione della salute declinate nel Piano Nazionale e Regionale della Prevenzione 2014-2018. Entrambi i documenti richiamano il documento dell'OMS Salute 2020, nel quale viene ribadito come la dimensione del coinvolgimento sia meccanismo generatore non solo della collaborazione tra enti, settori e organizzazioni ma come diventi anche meccanismo per ridisegnare un nuovo rapporto tra le persone e la salute. Nel documento si sottolinea infatti come siano da considerare appropriati tutti gli approcci che mirano a fare in modo che la salute torni essere oggetto di riflessioni collettive per una comunità in grado di aver un maggior controllo sulle scelte che impattano sulla sua salute.

Per questo sembra sempre più necessario che la Governance che nel Sistema si occupa di Salute Pubblica avvii una riflessione collettiva sull'innovazione delle pratiche di promozione della salute verso un maggior orientamento all'azione intersettoriale e alla riduzione delle disuguaglianze di salute.

Attività previste e risultati attesi

Verrà continuato il lavoro realizzato con i territori nell'ambito dei Piani di Zona per la Salute e il Benessere Sociale, dando seguito al percorso di sostegno alla definizione e attuazione dei processi partecipativi individuati nei Piani stessi. Il percorso che si intende realizzare in questo triennio sarà concentrato sull'approccio euristico che questi processi necessitano, orientato in particolare all'attuazione e verifica degli interventi e focalizzato su temi quali la Povertà e le Famiglie, intese nel loro senso più ampio.

Al contempo, in una prospettiva di sistema, si intende anche sviluppare un'azione sincrona e speculare con i Servizi della Direzione Generale Welfare della Regione Emilia-Romagna connessi con le politiche trasversali definite nel Piano Sociale e Sanitario. Con i Referenti dei Servizi regionali si allestiranno momenti dialogici finalizzati ad approfondire visione e traiettorie, e ridefinire connessioni e trasversalità.

Strettamente connesso alla programmazione zonale e all'attuazione di politiche integrali che dovranno trovare una loro attuazione nel Distretto, si svilupperà un percorso sulla Promozione della Salute, che dovrà costituire premessa per il futuro Piano regionale della Prevenzione e portare all'attuazione di alcune dei principi contenuti nella legge regionale sulla promozione della salute, del benessere delle persone e della Comunità di prevenzione primaria (n.19/2018)

Accanto a tali azioni, continueranno le attività di ricerca-intervento orientate alla tras-formazione e il ri-orientamento di alcuni servizi o funzioni del Sistema- Tali attività verranno condotte sempre cercando di connettere i punti di vista di tutti gli attori dell'oggetto in studio e co-costruendo in questo modo conoscenza e ipotesi di intervento. In particolare, si proseguirà il lavoro connesso alle Comunità socioeducative per minori, l'affido familiare e la violenza di genere.

L'equità in pratica

Obiettivo generale

Approfondire e affrontare i meccanismi generatori di iniquità all'interno delle stesse organizzazioni di cura, assistenza sanitaria e sociale, con particolare attenzione alle seguenti leve:

1. garantire condizioni di accesso ai servizi e modi di fruizione equi e appropriati, rispettosi cioè delle differenti condizioni individuali, familiari e di gruppo: giuridiche, economiche, culturali, di genere, di orientamento sessuale, di religione, di età, di abilità, capacità e conoscenze, di mobilità sul territorio, ecc. Verranno quindi intensificati gli interventi laboratoriali sugli aspetti soft dell'organizzazione in particolare sul tema dell'accesso come traiettoria, quindi nel potenziamento di configurazioni organizzative secondo un approccio a "rete viva",
2. promuovere interventi precoci e diffusi volti a rendere più ampie, approfondite e "attive" le conoscenze delle persone sulle proprie potenzialità di vivere bene in un contesto in forte trasformazione, permeando le prassi quotidiane dei processi di lavoro di indirizzarsi verso logiche di "capacitazione" nei confronti dei propri utenti,
3. potenziare gli interventi a sostegno dell'infanzia, degli adolescenti e della genitorialità, in quanto bambini, bambine e adolescenti rappresentano una risorsa fondamentale per lo sviluppo delle comunità e gli interventi atti a ridurre le disuguaglianze già dai primi anni di vita sono un investimento sul futuro.

Obiettivi specifici

1. Riattivazione dei coordinamenti aziendali equità (definizione di un board, individuazione di un referente, stesura e adozione di un piano aziendale delle azioni di equità) come connettori di reti intraorganizzative e interorganizzative.
2. Utilizzo di strumenti di *equity assessment* sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento di quel territorio ed in particolare promuovere strategie di intervento basate sul networking, sull'approccio alla integralità quali fattori che contrastano i meccanismi generatori di iniquità nelle traiettorie di accesso e assistenza.
3. Sperimentazione di interventi secondo l'approccio *diversity management* nelle organizzazioni del sistema regionale attraverso progetti di ricerca-intervento.
4. Implementazione di sistemi di sorveglianza delle disuguaglianze, del benessere e della vulnerabilità in età infantile – sia come strumento di programmazione di interventi a sostegno dell'infanzia e della genitorialità, sia come indicatore di valutazione della programmazione regionale e distrettuale.
5. Predisporre un programma di attività sulla "Medicina di genere ed equità" a partire da una analisi delle azioni trasversali implementate nella prospettiva di genere e promuovere iniziative di confronto finalizzate alla loro armonizzazione e verifica e coordinamento del gruppo regionale
6. Promozione e sviluppo di progetti aziendali (di formazione, di informazione, di facilitazione dell'accesso e orientamento in particolare delle fasce più vulnerabili) in tema di Health Literacy.
7. Attività, conseguenti alla Ricerca finanziata da Agenas "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero", che, a partire dall'analisi delle criticità, promuoveranno azioni di miglioramento di livello regionale, in particolare realizzazione di interventi finalizzati al raggiungimento del benessere ambientale nelle strutture sanitarie per operatori, utenti e *caregiver* che vi accedono

(barriere fisiche e sensoriali) ed interventi di monitoraggio delle prassi di umanizzazione (in termini di benessere bio-psico-sociale).

Contesto di riferimento

Il Piano Sociale e Sanitario Regionale 2017-2019 e, in particolare, la scheda 9 “Medicina di genere” e la scheda 11 “Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti” continuano a sottolineare, nella programmazione dei servizi, la centralità del tema delle disuguaglianze di salute generate dai determinanti sociali e la necessità di intraprendere azioni di politica pubblica intersettoriali e di sistema, che rendano coerenti le strategie dei servizi e le pratiche organizzative. Le disuguaglianze si osservano su tutte le dimensioni della struttura demografica e sociale (per una lettura completa si rimanda al Libro Bianco sulle disuguaglianze in salute in Italia, a cura di G. Costa, 2014 e ai testi di Marmot di cui è stata curata una traduzione italiana “La salute disuguale. La sfida di un mondo ingiusto”, 2016).

A tali temi sono strettamente connessi quelli delle barriere all’accesso alle strutture sanitarie, oltre che alla comprensione e all’utilizzabilità delle informazioni sanitarie rivolte a utenti e loro *caregiver* (scheda 27 “Capirsi fa bene alla salute”); viene quindi richiesto alle organizzazioni sanitarie lo sviluppo di attività di semplificazione dell’accesso per tutte le tipologie di utenza sia attraverso la formazione dei professionisti sia attraverso interventi per favorire l’orientamento delle persone all’interno delle strutture.

La scelta teorica ed empirica da assumere nel dare corpo al programma regionale può essere riassunta dalla affermazione di Sennet (2003) che “Diversi si nasce, disuguali si diventa”, ovvero il fatto che, benché la nostra società tenda a presentare le disuguaglianze come un dato di fatto, esse sono in realtà il risultato di una serie di interazioni rituali localizzate, cioè collettivamente costruite e organizzate nello spazio e nel tempo. Coerentemente l’interesse è rivolto all’agire organizzativo, in particolare alla sua dimensione processuale (Cooper, Law, 1995) e pratica (Gherardi, 2000), interesse che caratterizza un numero sempre maggiore di studi dell’organizzazione (Strati, 2004).

Parallelamente, il documento dell’OMS “Governance for health equity” (2003) ha già tracciato da tempo le principali strategie per tradurre in pratica il concetto di equità e che costituiscono l’impianto del PSSR, ovvero:

- politiche e programmi intersettoriali;
- assunzione di un approccio “intersectional” (ovvero intercategoriale, non targettizzante);
- assunzione di pratiche “empowering”;
- lavoro di networking;
- promozione di comportamenti proattivi.

In questo senso e in riferimento all’obiettivo sopra descritto, è già stata avviata negli anni precedenti un’azione di supporto alle aziende sanitarie della Regione tramite l’attivazione di percorsi formativi sugli strumenti di valutazione dell’equità nel sistema dei servizi, il coordinamento dei referenti aziendali per l’equità, il coordinamento delle azioni di equità all’interno del Piano regionale della prevenzione e il sostegno alla ristrutturazione dei dispositivi organizzativi quali i board e i piani aziendali delle azioni per l’equità.

A questo si aggiunge la definizione del coordinamento regionale Medicina di genere ed equità, la riattivazione del gruppo di lavoro regionale sul diversity management e la sua possibile applicazione nel sistema dei servizi sanitari e sociali, nonché le prime sperimentazioni di rilevazione tramite indicatore EDI (Early development instrument) del grado di vulnerabilità dei bambini della Regione – che si collegano a loro volta a uno studio di fattibilità e sostenibilità dello strumento come potenziale base per un flusso informativo regionale.

Allo stadio attuale, alcune partite restano ancora aperte, sia per la necessità di un monitoraggio e un supporto costante, sia per il recente stadio di attivazione.

Nello specifico:

- Le azioni di sistema e locali per il mantenimento dell'approccio di equità richiedono di essere continuamente coordinate e sostenute;
- L'approccio della medicina di genere richiede una condivisione a livello regionale e una diffusione sempre più ampia;
- L'approccio del *diversity management* ha trovato una sua collocazione in termini di supporto alle transizioni delle persone che lavorano nel sistema dei servizi, ma tale inquadramento va condiviso e diffuso;
- La sorveglianza del benessere e della vulnerabilità infantile deve diventare un flusso informativo strutturato e possibilmente un ulteriore elemento di programmazione locale dei servizi.
- Le attività finalizzate all'eliminazione delle barriere fisiche, sensoriali, informative e relazionali a livello locale richiedono di essere implementate e monitorate, in base a un approccio *equity oriented*.

Risultati attesi:

- Sostegno all'approccio e alla cultura dell'equità nel sistema dei servizi sanitari e sociali della Regione Emilia-Romagna, anche tramite supporto formativo alle aziende sanitarie e agli operatori del territorio regionale.
- Prosecuzione dell'attività di supporto locale e a distanza alle aziende sanitarie del territorio regionale per la ristrutturazione/attivazione dei coordinamenti aziendali sull'equità.
- Applicazione da parte delle aziende sanitarie di strumenti di equity assessment sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento di quel territorio.
- Progettazione e avvio di una ricerca intervento secondo l'approccio del diversity management.
- Rilevazione dell'indicatore EDI (Early Development Instrument) su un campione regionale e su almeno un campione distrettuale.
- Costituzione e avvio del coordinamento regionale Medicina di genere ed equità.
- Conduzione del Progetto "Health Literacy".
- Sviluppo attività di umanizzazione in connessione al processo di accreditamento (Criterio n.8), attraverso la definizione di Linee d'indirizzo prestazionali per il raggiungimento del benessere ambientale nelle strutture sanitarie e la loro implementazione e l'attivazione di una ricognizione delle prassi di umanizzazione e valutazione del loro impatto sull'empowerment degli utenti e del personale sanitario.

Progetti di sistema per il cambiamento e per l'apprendimento organizzativo mediante processi di coinvolgimento e partecipazione

Obiettivo generale

1. Sviluppare progetti di sistema per il cambiamento e per l'apprendimento organizzativo mediante processi di coinvolgimento e partecipazione e l'inserimento di dispositivi organizzativi permanenti per sostenere i cambiamenti culturali necessari agli obiettivi del sistema regionale.

Obiettivi specifici

1. Sperimentare interventi attraverso la modalità della ricerca-formazione che rafforzino i presupposti di base necessari al lavoro integrato e multiprofessionale accrescendo l'empowerment organizzativo e introducendo "tecnologie lievi e sofisticate". La complessità delle situazioni, la necessaria ricomposizione dei fenomeni sollecitano sguardi allenati alle connessioni, alla duttilità di creare alleanze professionali e non che vanno oltre i consueti confini organizzativi. Il lavoro di rete diventa così plasmato su ciò che è necessario e utile e si costruisce dagli ingredienti presenti nel contesto che lo rendono possibile e permettono di arricchirlo.
2. fornire a chi lavora nel mondo dei servizi strumenti/metodologie: a) di riflessione, analisi e intervento per approfondire e valorizzare il tema delle differenze e affrontare la quotidianità lavorativa a partire dal proprio posizionamento identitario come soggetti portatori di differenze all'interno di reti ampie e complesse; b) per ridare significato all'agire organizzativo, quindi riconoscere nel proprio ambito lavorativo uno spazio e il tempo dedicato alla riflessività, alla condivisione, come luogo di confronto continuativo tra servizi e figure professionali diverse
3. Promuovere percorsi innovativi di apprendimento con le strutture che erogano istituzionalmente formazione, favorendo il mettersi in relazione inter-istituzionale, creando alleanze e un dialogo serrato tra Università e sistema dei servizi per orientare la proposta formativa e congiuntamente innovare sistemi didattici e approcci pedagogici, anche attingendo da esperienze internazionali che si stanno sviluppando in Regione.
4. Valutazione d'impatto di innovazioni assistenziali, tecnologiche e organizzative (ad es. Assistenza primaria, Case della Salute) dal punto di vista dei loro utilizzatori (utenti e professionisti) e revisione/adattamento degli strumenti di rilevazione (es.: Acic – Assessment of Chronich Illness Care/Pacic - Assessment of Care for Chronic Condition).

Contesto di riferimento

Tre sono i nodi cruciali che sfidano il sistema dei servizi:

- la complessità dei fenomeni in costante mutamento inducono il sistema dei servizi a rivedere le proprie prassi organizzative e di intervento;
- i cambiamenti epidemiologici e sociali indicano multifattorialità del disagio sociale (ad es. "impoverimento dei ceti medi", "solitudine degli anziani") sempre più intrecciato alla co-morbilità dei quadri patologici emergenti, necessitano di un approccio a forte integralità, sia negli aspetti e temi da affrontare sia nelle soluzioni e strumenti da utilizzare. Integralità che ha come baricentro il territorio, inteso come luogo della risolutività dei problemi e delle risorse professionali e comunitarie da mettere a valore;
- le pratiche organizzative incardinate nel lavoro di rete, di equipe inter-professionali/inter-servizio e improntate al lavoro di comunità/medicina di iniziativa, necessitano di competenze trasversali e di dispositivi organizzativi in grado di garantire tempo/lavoro dedicato anche alla "cura" delle reti e ai

processi di networking. Ma anche approcci che incentivino a mantenere sempre vivo lo sguardo sulle differenze sia verso l'esterno (utenti) sia verso l'interno (operatori).

I "territori" diventano protagonisti, rappresentando il contesto che consente di individuare le necessità di salute e i bisogni sociali e allo stesso tempo dove prendono forma le pratiche. Innovare quindi l'organizzazione e le pratiche significa attivare setting riflessivi, dove è messo al centro dell'apprendimento l'analisi del processo di lavoro, le routine che bloccano ogni evoluzione, dove possono essere affrontati gli errori, si rinegoziano e rigenerano nuovi sguardi e nuove prassi. Da qui il concetto di "formazione situata", una formazione che si affianca al lavoro nell'ambiente delle pratiche quotidiane e che prevede anche il contatto diretto con la vita locale, con i suoi abitanti, con movimenti sociali rappresentativi, e con gli interessi e le necessità della vita. Si tratta di una sfida importante, quella di progettare e mettere in moto attività che consentano l'acquisizione di conoscenze e di competenze mediante la soluzione di problemi reali, vissuti nel territorio da gruppi sociali, comunità, gruppi di emarginati o persone socialmente svantaggiate, popolazione che soffre per i pregiudizi, per la discriminazione o per lo stigma oppure gruppi attivi nell'ambito dell'affermazione delle proprie "singolarità", della democrazia e dell'inclusione sociale.

Ogni contesto di apprendimento che viene allestito richiede strategie innovative e creative e trasformazioni delle modalità didattiche anche nei corsi universitari. In particolare, ciò che emerge è la necessità di creare alleanze tra università, servizi e comunità in quanto i processi di apprendimento devono essere capaci di intrecciare il locale e il globale, l'azione professionale e la gestione, il servizio e la formazione, con le sfide dei saperi complessi e con le pratiche professionali e le pratiche esperienziali, in un mondo in continua trasformazione.

Risultati attesi

- Studio di fattibilità di applicazione di dispositivi organizzativi per la facilitazione di setting organizzativi alla capacitazione al lavoro nelle situazioni complesse (es. approccio dialogico, educazione permanente) e applicazioni di strumenti (es. flussogramma ecc.)
- Progettazione e sperimentazioni dell'approccio dialogico in tre sedi regionali;
- Report di analisi e raccolta di evidenze della sperimentazione di prototipi di alleanze Servizi-Università nei territori di Parma e Bologna "formazione situata"/service learning;
- Valutazione di innovazioni assistenziali e organizzative all'interno dei servizi di Assistenza primaria (es. Case della Salute) dal punto di vista dei loro utilizzatori (utenti e professionisti) e revisione/adattamento degli strumenti di rilevazione (es. Questionario "L'esperienza dell'utente nelle Case della Salute", Questionari Acic – Assessment of Chronich Illness Care, e Pacic - Assessment of Care for Chronic Condition).
- Sviluppo di attività di umanizzazione in connessione al processo di accreditamento (Criterio n.8):
 - "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero" – Rilevazione continuativa della Checklist di indicatori in base alle tempistiche dell'accreditamento.
 - Elaborazione di una nuova Checklist "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle Case della Salute".

PROMUOVERE LA RICERCA NEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Obiettivo generale

Potenziare il “sistema ricerca e innovazione” nel Servizio sanitario regionale fornendo il supporto tecnico-scientifico necessario ad attuare quanto previsto dalle Deliberazioni di Giunta e dai Documenti di Programma.

Obiettivi specifici

1. Promuovere la ricerca e l'innovazione attraverso la costruzione di un “sistema di ricerca” che favorisca la conduzione di progetti collaborativi di ricerca clinica, sanitaria, epidemiologica, preventiva, e condivida competenze metodologiche, risorse e tecnologie; promuovendo la capacità dei ricercatori e delle strutture del Servizio sanitario regionale di competere per i finanziamenti a livello europeo e nazionale e di partecipare a reti di ricerca internazionali e nazionali; finanziando con risorse regionali progetti di ricerca su temi ritenuti prioritari i cui risultati possano essere in tempi rapidi utilizzati per il miglioramento della qualità dei servizi assistenziali erogati dal Servizio sanitario regionale; migliorando la capacità di attrazione di centri e reti cliniche regionali per la conduzione di studi su temi di ricerca rilevanti; promuovendo il confronto internazionale e il trasferimento di buone pratiche, attraverso la partecipazione a programmi di ricerca europei; promuovendo l'attenzione sul potenziale impatto organizzativo, gestionale, etico delle iniziative di ricerca sulla operatività dei servizi; promuovendo la valutazione dei risultati delle ricerche e il trasferimento nel Servizio sanitario regionale delle innovazioni dimostrate efficaci, attraverso una particolare attenzione a come rimuovere gli ostacoli al trasferimento.
2. Realizzare una migliore integrazione delle politiche e delle attività a supporto della ricerca, attraverso una maggiore integrazione delle politiche regionali in tema di ricerca sanitaria; la promozione di collaborazioni per armonizzare le attività; pianificare, a livello regionale o di area vasta, le specifiche funzioni/servizi necessarie per il supporto alla ricerca evitando così inefficienze e ridondanze.
3. Promuovere il coinvolgimento dei cittadini e delle associazioni dei pazienti nella individuazione dei temi di ricerca rilevanti per il finanziamento regionale e aumentare le opportunità per pazienti e cittadini di partecipare alla ricerca, garantendo al contempo la difesa degli interessi di coloro che intendono partecipare.
4. Mettere a punto di una metodologia che, per aree di interesse, permetta di costruire un'agenda regionale per il finanziamento della ricerca scientifica nell'ambito delle tecnologie innovative.

Contesto di riferimento

La Legge Regionale n. 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.

Nel triennio 2016-2018 è stato avviato un processo di rinnovamento e rilancio del sistema regionale della ricerca nel Servizio sanitario regionale con la finalità di orientare maggiormente la ricerca verso i bisogni conoscitivi più rilevanti per il Servizio sanitario regionale; 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 Regolamento (UE) n. 536/2014 sulla sperimentazione clinica e adeguarsi

alle nuove regole nazionali definite dalla Legge n. 3/2018 sulla sperimentazione clinica; migliorare la qualità e l'efficienza dei Comitati Etici regionali, favorendone il lavoro in rete; realizzare una migliore integrazione delle politiche e delle attività a supporto della ricerca; attuare la programmazione congiunta tra Regione e Università così come previsto dal vigente Protocollo d'intesa del 2016; sviluppare strumenti per valutare l'impatto della ricerca sanitaria.

Tra la fine del 2017 e l'inizio del 2018 l'Agenzia sanitaria e sociale regionale ha svolto un'indagine al fine di rilevare le azioni intraprese dalle Aziende per il governo aziendale della ricerca con particolare riferimento alla attuazione della DGR n. 1066/2009, dalla quale è emersa una rilevante disomogeneità tra le varie Aziende nella organizzazione e nelle funzioni attribuite alle infrastrutture ricerca e innovazione ed al board aziendale per la ricerca, peraltro non attivo in tutte le Aziende sanitarie.

Notevoli disomogeneità sono emerse anche per le procedure di autorizzazione della ricerca, gestione del fondo aziendale per la ricerca indipendente e utilizzo degli introiti provenienti dalle sperimentazioni. Diversi di questi aspetti sono già stati affrontati nel documento "Disciplina delle attività di ricerca clinica e sperimentazione clinica nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie" (PG/2018/705720), nel quale si richiamano i riferimenti normativi relativi al processo di autorizzazione delle sperimentazioni, al fondo per la ricerca indipendente, alla raccolta dei dati necessari all'adempimento dei debiti informativi e si forniscono, inoltre, specifici indirizzi in merito all'utilizzo dei proventi della sperimentazione profit.

E' stato anche messo a punto e condiviso con i principali stakeholders (Università, IRCCS, Aziende Sanitarie) un documento di indirizzo sul "Sistema Ricerca e Innovazione del Servizio Sanitario Regionale", che delinea le azioni da mettere in campo per dare attuazione agli obiettivi generali e specifici sopra indicati.

L'individuazione dei temi sui quali investire in ricerca è un punto essenziale per la ricerca clinica innovativa e per quella rivolta allo sviluppo dei servizi sanitari; è un'attività molto complessa che richiede non solo un'analisi puntuale del "burden of disease" ma, soprattutto, l'identificazione dei gap della ricerca attraverso un processo e una metodologia ben definiti. La costruzione e sperimentazione di un framework per l'identificazione dei gap della ricerca e la prioritarizzazione dei quesiti allo scopo di creare un'agenda di ricerca all'interno di aree tematiche specifiche, quale ad esempio quella delle tecnologie innovative, risulta pertanto fondamentale per la programmazione della ricerca futura nell'ambito della regione.

Risultati attesi

Nel triennio 2019-2021 si prevede di dare attuazione al documento "Sistema Ricerca e Innovazione del Servizio Sanitario Regionale", nelle sue principali componenti:

- assetti istituzionali previsti dal documento,
- piano triennale della ricerca sanitaria,
- integrazione delle attività regionali sul tema della ricerca sanitaria,
- bando di finanziamento su temi di ricerca di rilevanza per il SSR,
- nuovi assetti organizzativi che prevedano il lavoro in rete (reti cliniche, IRCCS, Comitati etici),
- documenti di indirizzo e armonizzazione su temi rilevanti (quali, ad esempio, registri e dati amministrativi, trasparenza e anticorruzione),
- piattaforme a supporto della ricerca,
- coinvolgimento di pazienti e cittadini,
- valutazione dell'impatto della ricerca

- trasferimento dei risultati della ricerca.

Verrà inoltre proseguita l'azione di indirizzo ai Comitati Etici per promuovere qualità ed efficienza del loro operato e la partecipazione alle reti internazionali per promuovere l'accesso a bandi europei.

Verrà messo a punto un framework per l'identificazione dei gap della ricerca e un sistema per la prioritizzazione dei quesiti, come anche un sistema di valutazione dell'impatto della ricerca, sulla base inizialmente di indicatori bibliometrici.

LE FUNZIONI ATTRIBUITE ALL'AGENZIA SANITARIA E SOCIALE

ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE: ORGANISMO TECNICAMENTE ACCREDITANTE (OTA)

Obiettivo generale

Nel triennio sarà perseguito l'obiettivo strategico legato al coinvolgimento delle Direzioni delle Strutture sanitarie nel processo di accreditamento al fine di completare l'implementazione di un sistema di gestione della qualità che permei tutta l'organizzazione in modo uniforme; nel rispetto degli orientamenti normativi che stimolano sempre più i processi di umanizzazione all'interno delle Strutture sanitarie e nella relazione con il personale, si individueranno modalità di coinvolgimento dei cittadini e dei loro rappresentanti nelle attività condotte dall'OTA, al fine di stimolare una positiva e responsabile partnership con essi.

Obiettivi specifici

Al fine di realizzare gli obiettivi generali di cambiamento ed agire le funzioni proprie dell'OTA, dettate dalla normativa, si perseguiranno i seguenti obiettivi specifici:

1. mantenimento delle attività istituzionali di verifica dei requisiti per l'accreditamento delle strutture sanitarie attraverso 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;
2. mantenimento delle relazioni istituzionali nei confronti del Ministero della Salute attraverso la partecipazione al Tavolo nazionale di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale, dell'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) anche nell'ambito delle attività di Audit interregionali, del Centro Nazionale Trapianti, del Centro Nazionale Sangue e delle Aziende sanitarie/Enti del SSR e delle strutture sanitarie, pubbliche e private, regionali;
3. collaborazione con i Servizi della Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare in materia di accreditamento e di revisione complessiva del modello di accreditamento e della normativa di riferimento;
4. gestione dei Valutatori per l'accreditamento e del relativo elenco;
5. aggiornamento degli strumenti informativi rivolti a valutatori e strutture sanitarie per favorire l'implementazione del nuovo modello di accreditamento;
6. sviluppo di un modello di coinvolgimento dei cittadini nelle attività proprie dell'OTA;
7. studio dell'impatto del nuovo modello di accreditamento sulle strutture sanitarie, con la collaborazione delle Direzioni Aziendali delle strutture pubbliche e private di ricovero.

Contesto di riferimento

Per uniformare i sistemi di accreditamento regionali, al fine del loro riconoscimento a livello europeo, la normativa nazionale e regionale ha dato indicazioni in materia di requisiti e di regolamentazione degli organismi tecnici accreditanti, attraverso le Intese Stato Regioni e i relativi atti di recepimento della Regione Emilia-Romagna di seguito elencate:

- "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 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", recepita con deliberazione n. 884/2013;

- "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" recepita con deliberazione n. 1604/2015.

Da questi atti risulta che la Funzione accreditamento dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale si identifica nell'Organismo tecnicamente accreditante (OTA). Nel corso del 2018 il Ministero della salute, mediante auditor nazionali, ha effettuato con esito positivo l'audit di sperimentazione presso l'OTA regionale con la finalità di valutare il livello di adeguatezza a predefiniti requisiti nazionali. Dal confronto con gli auditor sono emersi stimoli a continuare il percorso di sviluppo della organizzazione, nel rispetto di quanto richiesto sia dall'Intesa 2015 (Allegato B), effettuando le attività di verifica dei requisiti di accreditamento nelle strutture sanitarie secondo le modalità definite, sia dal Manuale predisposto per gli Organismi tecnicamente Accreditanti regionali.

Nel precedente triennio è stato avviato il percorso di revisione della normativa regionale sull'accreditamento e con la deliberazione della Giunta Regionale n. 1943/2017 sono stati approvati i nuovi requisiti generali.

I nuovi requisiti permettono di verificare, nelle strutture sanitarie, la presenza di processi di controllo sulla qualità e la sicurezza della organizzazione, dei servizi erogati e dei risultati prodotti:

- sono stati elaborati prendendo come riferimento concettuale il precedente modello di accreditamento della Regione Emilia-Romagna (DGR 327/2004) e l'Intesa del 20/12/2012, al fine di partecipare al processo di omogeneizzazione del sistema di accreditamento nazionale;
- orientano le organizzazioni al miglioramento continuo;
- sono verificati in tutte le organizzazioni sanitarie - pubbliche e private, di grandi e piccole dimensioni, mono o polispecialistiche – garantendo la possibilità di adeguare la valutazione alle caratteristiche delle diverse strutture;
- si applicano ai processi direzionali e trasversali dell'intera organizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private, quindi prioritariamente a livello delle rispettive Direzioni
- riconoscono alle Direzioni il loro ruolo di leadership nella organizzazione.

L'applicazione delle indicazioni della DGR 1943/2017 in merito ai nuovi requisiti generali ha richiesto, nel corso del 2018, l'individuazione di una nuova modalità di gestione ed organizzazione delle verifiche per le strutture pubbliche e private ed una formazione specifica sia per i valutatori impegnati nei diversi ambiti sia per le strutture valutate.

La proroga degli accreditamenti vigenti fino al 31/7/2018 operata dalle deliberazioni della Giunta Regionale n. 1604/2015 e n. 1311/2014 e le indicazioni relative ai tempi entro cui inoltrare le domande di rinnovo, hanno determinato un'ingente presentazione di domande da parte della totalità delle strutture pubbliche e private aventi diritto, in un arco temporale molto breve. In relazione alle indicazioni contenute nella DGR 1943/2017, ove si prescrive che, per le strutture sanitarie con valida domanda, viene confermato l'accreditamento in essere nelle more dell'adozione del provvedimento di rinnovo; tali strutture possono, continuare a svolgere in regime di accreditamento le medesime attività già accreditate e le Aziende e gli Enti del SSR possono mantenere e stipulare contratti con esse al fine di non creare sospensione nella erogazione dei servizi. Queste indicazioni, pur non modificando i tempi del procedimento, consentono di effettuare le visite di verifica, ai fini del rinnovo, secondo priorità definite e concordate con la Direzione Generale Cura

della Persona, Salute e Welfare, compatibilmente con le risorse disponibili, permettendo così di ristabilire nel tempo una distribuzione equilibrata delle successive scadenze dell'accreditamento.

L'elaborazione dei requisiti per l'accreditamento e la loro periodica revisione costituisce un ulteriore filone di attività della Funzione Accreditamento, svolta in collaborazione con la Direzione generale Cura della Persona, Salute e Welfare e nel triennio, così come indicato nella D.G.R. n. 1064/2015, si continuerà con il processo di revisione del modello di accreditamento, ponendo particolare attenzione al complesso sistema dei requisiti specifici che completano il modello di accreditamento di questa regione.

A seguito delle modifiche introdotte nel modello di accreditamento e quelle ulteriori, che si verificheranno nel corso del triennio, dovranno essere resi disponibili ai valutatori e alle strutture strumenti informativi appositamente predisposti. Si dovranno prevedere attività di informazione e formazione anche in relazione all'approvazione di nuovi requisiti specifici.

L'applicazione di nuovi requisiti e l'introduzione di nuove modalità di verifica adottate nei confronti delle Strutture sanitarie inoltre saranno oggetto di studio per verificarne l'impatto nelle stesse organizzazioni.

Negli ultimi anni, il numero dei valutatori regionali per l'accreditamento ha subito una naturale e costante riduzione in relazione alla loro indisponibilità derivante da nuovi ruoli assunti o per pensionamenti. Si procederà al loro reintegro attraverso l'effettuazione di nuovi corsi di qualificazione, tale attività sarà rivolta sia ai Valutatori regionali per l'Accreditamento delle strutture sanitarie sia ai Valutatori per l'Accreditamento delle strutture sociosanitarie, adeguandone i contenuti in rapporto alle specifiche normative vigenti.

Risultati attesi

1. Mantenimento dell'attività istituzionale di verifica dei requisiti per l'accreditamento delle strutture sanitarie.

Le visite di verifica per l'accreditamento per effetto delle D.G.R. 1943/2017, vengono effettuate, in relazione ai mandati ricevuti, alle strutture pubbliche e private che presentano richiesta di nuovo accreditamento, di rinnovo dell'accreditamento e di variazione dell'accreditamento.

Inoltre, devono essere effettuate:

- le visite di verifica sul campo a tutte le strutture alle quali è 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 visite di sorveglianza richieste dalla DGCPWS, ai sensi dell'art. 10 della L.R. n. 34/1998 e s.i.m.;
- le visite di sorveglianza delle strutture del Sistema Sangue regionale secondo le indicazioni della DGR 819/2011 (Requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di Raccolta e sul modello per le visite di verifica), della DGR 69/2013 recante "Linee guida per l'accreditamento dei Servizi Trasfusionali (ST) e delle Unità di Raccolta (UdR) del sangue e degli emocomponenti" e del Decreto legislativo 19 marzo 2018, n.19;
- 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;
- gli audit di sistema svolti dall'autorità competente regionale nell'ambito della sicurezza alimentare unitamente agli auditor individuati dal Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica.

Per poter effettuare tali visite è necessario proseguire con l'attività di aggiornamento sistematico delle competenze specifiche dei valutatori sia per la corretta interpretazione dei requisiti sia per ridurre la difformità nelle valutazioni; si manterranno le attività di supporto alle Strutture sanitarie nel

procedimento di accreditamento mediante il rapporto con i servizi di riferimento aziendali, nell'ambito delle attività proprie dell'OTA.

2. Studio dell'impatto del nuovo modello di accreditamento sulle strutture sanitarie con la collaborazione delle Direzioni Aziendali delle strutture pubbliche e private di ricovero.

Il progetto di ricerca ha lo scopo di valutare l'impatto che il nuovo modello di accreditamento ha sul sistema di erogazione delle cure e sulla sicurezza rivolta all'utente. L'OTA, attraverso il processo di accreditamento, si pone l'obiettivo di diffondere nelle aziende gli strumenti per favorire il cambiamento organizzativo e per promuovere il confronto professionale; mediante la valutazione dei processi direzionali aziendali si desidera sviluppare la cultura della pianificazione, valutazione e miglioramento, considerato che in precedenza l'attenzione è stata rivolta esclusivamente al livello dipartimentale e in modo meno strategico alle case di cura.

L'accREDITAMENTO si pone, in questa visione, come agente di cambiamento utile anche per cogliere l'aspetto dialettico delle relazioni tra gli strumenti dell'accREDITAMENTO e gli ambiti della loro applicazione, elementi non ancora approfonditi con uno studio strutturato. Il tema dell'impatto dell'accREDITAMENTO è stato poco trattato in letteratura e con approcci parziali in riferimento sia ai punti di vista adottati negli studi (più spesso organizzativi), sia agli oggetti esplorati (di solito molto puntuali).

In questo progetto ci si pone l'obiettivo di:

- studiare l'impatto del nuovo modello, diretto ed indiretto, sulla cultura organizzativa degli erogatori dei servizi alla persona oggetto di accREDITAMENTO;
- valutare le garanzie che una struttura deve dare ai cittadini circa le qualità delle cure erogate;
- valutare di effetti concretamente misurabili sul piano della qualità dei processi assistenziali dei risultati prodotti.

3. Sviluppo di un modello di coinvolgimento dei cittadini nelle attività proprie dell'OTA.

Sin dal Patto della salute 2014-2016 è stato affermato che "rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è un impegno comune a tutte le strutture". In quest'ottica la modalità di applicazione dei nuovi requisiti stimola e sostiene l'impegno di tutto il sistema regionale nella direzione della centralità del paziente e del suo coinvolgimento nel processo di cura.

La qualità delle prestazioni è garantita non solo dall'efficacia e dall'efficienza dei processi interni ma anche dalla capacità di prendere in carico il paziente nell'ambito dell'intero percorso clinico-assistenziale, facilitando accessibilità e continuità della cura.

Tali aspetti dovranno essere verificati sia in termini di performance del sistema che di esperienza del paziente; pertanto considerare le persone e le associazioni che tutelano i diritti dei cittadini quali interlocutori privilegiati del cambiamento e delineare modalità strutturate di coinvolgimento nelle attività proprie delle funzioni dell'OTA potrà permettere di integrare tali esperienze nei processi di sviluppo e di valutazione della qualità delle strutture sanitarie ai fini dell'accREDITAMENTO.

Il programma di lavoro si propone di individuare strumenti e modalità operative orientati a promuovere il coinvolgimento attivo e responsabile dei cittadini nel processo di accREDITAMENTO delle Strutture.

IL GOVERNO REGIONALE DELLA FORMAZIONE CONTINUA IN MEDICINA (ECM)

Obiettivo generale

Rafforzare e implementare la qualità e l'efficacia del processo di programmazione, progettazione e valutazione della formazione nelle Aziende sanitarie pubbliche e private (Provider), in coerenza con le linee strategiche regionali e con le normative nazionali e regionali ECM anche attraverso la formazione e-learning.

Obiettivi specifici

1. promuovere il miglioramento continuo delle attività di formazione nel SSR, attraverso consulenza e progettazione formativa a supporto della ricerca nei servizi sanitari e sociali; lo sviluppo di competenze (tecnico-specialistiche, relazionali e gestionali) necessarie ai professionisti delle Aziende sanitarie/Enti della Regione per sostenere l'esercizio delle pratiche professionali; la valorizzazione e diffusione della formazione e-learning con il progetto E-LLABER (Laboratorio e-learning Regione Emilia Romagna) che prevede il disegno e la sperimentazione di un modello a rete di progettazione, realizzazione e certificazione di percorsi formativi e risorse didattiche e-learning dedicate al sistema socio sanitario della Regione Emilia Romagna al fine di costituire, sviluppare e mantenere un team permanente di risorse professionali dell'Aziende Sanitarie e coordinato dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale;
2. attuare progetti di ricerca e sperimentazione di metodi e strumenti per la gestione dei processi di apprendimento;
3. assicurare il coordinamento della Commissione Regionale per la formazione continua ECM (istituita con Determinazione n. 1754/2013) dell'Osservatorio regionale per la formazione continua in sanità "ORFoCS" (istituito con Determinazione n. 3219/2014); degli uffici formazione delle strutture sanitarie regionali provider ECM, della formazione manageriale;
4. mantenere le 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.

Contesto di riferimento

L'esercizio di governance del sistema ECM (Normative Nazionali e regionali) è estremamente complesso e 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, considerando che le organizzazioni sono sempre "in affanno" rispetto alle risorse umane ed economiche.

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 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.

Risultati attesi

Nel prossimo triennio sono due i filoni innovativi sul quale verranno orientate le attività:

1. la valutazione dell'efficacia della formazione, con la messa a regime di strumenti innovativi come il questionario sulla trasferibilità degli apprendimenti, che considera alcune dimensioni chiave in questo processo: la qualità del progetto formativo, le caratteristiche dell'individuo in formazione, le condizioni organizzative che accolgono o meno gli apprendimenti acquisiti in aula.
2. la messa a punto di strumenti e metodologie per formazione e-learning (E-LLABER).

Saranno inoltre proseguite le attività già in essere con particolare riferimento alle seguenti:

- la progettazione e l'erogazione di percorsi formativi (residenziali, sul campo e e-learning) per:
 - lo sviluppo di competenze di progettazione della formazione, di gestione d'aula e di didattica;
 - lo sviluppo delle comunità di referenti della formazione;
 - l'integrazione socio-sanitaria nelle Case della Salute (CaSaLAB);
 - lo sviluppo di competenze relazionali per la gestione del colloquio motivazionale breve e di Health literacy;
 - sviluppo di competenze manageriali;
 - l'acquisizione della metodologia di costruzione di profili di competenze;
- il coordinamento dell'Osservatorio formazione continua in Sanità con le visite sul campo di eventi formativi e visite di valutazione ex-post.

ALTRE FUNZIONI

Documentazione e comunicazione

La Biblioteca dell'ASSR è centro di riferimento regionale in Emilia-Romagna per la documentazione scientifica in ambito sanitario e sociale. È una biblioteca specializzata sui temi delle politiche di salute, della sanità pubblica, dell'organizzazione dei servizi sanitari e delle politiche sociali. Si rivolge al pubblico dei professionisti, ricercatori e operatori del sistema sanitario regionale, degli studenti e dei cittadini competenti, ma è dedicata principalmente agli utenti interni: collaboratori e ricercatori dell'Agenzia sanitaria e sociale e della Direzione generale Cura della persona, salute e welfare. La Biblioteca svolge attività di coordinamento tecnico del Network per la documentazione scientifica in sanità in Emilia-Romagna che ha l'obiettivo di mettere in rete le Biblioteche, i Centri di documentazione e i professionisti con l'obiettivo di valorizzare e diffondere la documentazione scientifica nel Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Assicura supporto tecnico nella valutazione e nella selezione delle risorse documentali per ottenere un utilizzo più razionale della documentazione scientifica e un contenimento dei costi per le Aziende partecipanti.

L'Agenzia garantisce il supporto tecnico alla Direzione generale di riferimento 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, l'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 dell'Ente 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.

Ricerca in medicina non convenzionale

L'Osservatorio Regionale per le Medicine non Convenzionali (OMNCER) dal 31 gennaio 2018, data in cui era stata disposta la proroga delle attività con la deliberazione della Giunta Regionale n. 79/2017, non è stato ricostituito ma è stata data priorità alle attività di ricerca mirate a integrare le Medicine Non Convenzionali (MNC) nel Servizio Sanitario Regionale.

Nell'autunno del 2018 sono stati avviati 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.

Tra le attività relative alle MNC rientra, inoltre, dal 2016 un percorso di accreditamento per le scuole pubbliche (universitarie) e private di medicine non convenzionali per la formazione in agopuntura, fitoterapia, omeopatia, omotossicologia e antroposofia di cui alla D.G.R. n. 2143/2015, così come previsto dall'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013; tale percorso è stato definito dalla Regione Emilia-Romagna con la delibera della Giunta Regionale n. 1955/2016.

L'attività è gestita dalla Direzione generale Cura della persona, salute e welfare, con la collaborazione dell'ASSR.

LE ATTIVITA' DI DIREZIONE

Attività di responsabilità diretta della Direzione

Partecipazione a gruppi tecnici interregionali per la ricerca sanitaria

La Regione Emilia-Romagna è vicecoordinatore del Gruppo tecnico per la ricerca sanitaria della Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni ed è membro del Gruppo di coordinamento generale del Programma Mattone Internazionale Salute (Pro.M.I.S).

Nel triennio verranno assicurate le attività individuate nell'ambito del Gruppo tecnico per la ricerca sanitaria e verrà assicurata la partecipazione alla preparazione e revisione dei Bandi della Ricerca Finalizzata, incluso il coordinamento delle attività per l'individuazione dei temi per i Programmi di rete, cofinanziati dalle Regioni e la partecipazione agli incontri del Gruppo di coordinamento del Pro.M.I.S

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.

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

Comitato Regionale di Indirizzo Regione-Università

Il Direttore dell'Agenda Sanitaria e Sociale è membro del Comitato Regionale di Indirizzo Regione-Università e contribuisce alla elaborazione di documenti preparatori al lavoro del Comitato, con particolare riguardo agli ambiti di pertinenza della ricerca sanitaria.

IRCCS

L'ASSR ha il compito di supportare, coordinare e monitorare le attività degli IRCCS per quanto concerne la ricerca, con particolare riguardo al coordinamento delle attività relative 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, inoltre, il supporto tecnico scientifico alle attività di Ricerca & Innovazione degli IRCCS, ai sensi della delibera della Giunta Regionale n. 1066/2009.

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, attivato nel luglio del 2018, sta svolgendo un'intensa attività, in relazione alle funzioni allo stesso assegnate dalla Legge n. 3/2018 recante "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute" pubblicata in Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n. 25 del 31 gennaio 2018.

PNCAR

La Regione Emilia-Romagna, attraverso l'ASSR per quanto riguarda l'ambito umano e la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare per quanto concerne l'ambito veterinario, coordina il Gruppo di lavoro regionale per l'implementazione del Piano Nazionale di contrasto all'antibioticoresistenza, di cui alla Determinazione n. 5590/2018 e alla deliberazione della Giunta Regionale n. 1021/2018.

Attività trasversali

Nel triennio verrà garantito il presidio delle attività che consentono:

- il regolare *funzionamento dell'Agenda* e l'espletamento degli adempimenti previsti dalle vigenti normative e disposizioni della Regione Emilia-Romagna in materia di risorse umane, bilancio e contabilità, acquisizione di beni e servizi, anticorruzione e trasparenza e tutela della privacy;
- alla Regione (DGCPWS) di *svolgere il ruolo di Destinatario Istituzionale*, ai sensi dell'art. 12 bis del D.Lgs. n. 502/1992 e s.i.m., per i progetti di ricerca sanitaria da presentare ai bandi ministeriali e, per quanto attiene ai progetti finanziati, da monitorare e presidiare dal punto di vista giuridico-amministrativo e contabile;
- di sostenere le Infrastrutture Ricerca & Innovazione delle aziende/Enti del SSR nella gestione e monitoraggio dei progetti/programmi di ricerca, nazionali o internazionali, finanziati che vedono la Regione come Destinatario Istituzionale o Ente Coordinatore;
- di fornire consulenza giuridico-amministrativa e contabile alla Direzione Generale di riferimento e ai Servizi della stessa ai fini della presentazione di proposte progettuali di ricerca sanitaria, gestire le procedure tecnico amministrative sia in fase di presentazione sia nelle fasi successive ove i progetti vengano finanziati.

L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSR

Le vigenti disposizioni organizzative dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale, contenute nella delibera della Giunta Regionale n. 630/2016, prevedono che:

- per il perseguimento degli obiettivi previsti nel programma pluriennale, l'Agenzia si organizzi 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 SSR 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, venga definito previo confronto con la Direzione Generale competente in materia di organizzazione.

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

Per assicurare ciò, l'Agenzia si è dotata nel precedente triennio di un'organizzazione flessibile, in grado di impegnarsi sui temi, di volta in volta, identificati e ha definito un processo finalizzato a garantire l'integrazione tra Agenzia e Direzione Generale di riferimento nella selezione, valutazione e trasferimento delle innovazioni sperimentate, come pure tra Agenzia e Aziende/Enti del Servizio sanitario e sociale regionale per la sperimentazione delle innovazioni di interesse.

A seguito del positivo confronto con la Direzione Generale Risorse, Europa, Innovazione e Istituzioni, per affrontare le tematiche esposte nel Programma triennale e perseguire gli obiettivi che ne conseguono, l'Agenzia, per il triennio 2019-2021, si organizza secondo le aree di intervento "Innovazione in ambito sanitario" e "Innovazione in ambito sociale", rispondenti alle precipue funzioni di innovazione descritte nel presente documento.

Le innovazioni normative intervenute hanno affidato alla Direzione dell'Agenzia funzioni di coordinamento nell'ambito del governo della ricerca sia a livello regionale che nazionale, pertanto la "Promozione e governo della ricerca e innovazione a livello regionale" che nell'organizzazione relativa al precedente triennio era stata individuata quale area di intervento (si veda, D.G.R. n. 1173/2016, recante adozione del Piano-programma 2016-2018) si connota ora quale funzione in Staff alla Direzione.

Afferiscono pertanto alla Direzione dell'Agenzia le seguenti funzioni, in Staff alla Direzione medesima:

- Promozione e governo della ricerca e innovazione a livello regionale;
- Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) per la funzione di gestione del sistema di verifica e valutazione del possesso dei requisiti di accreditamento;
- Governo dell'Educazione Continua in Medicina (ECM);
- Presidio affari generali, giuridici e finanziari dell'ASSR.

PARTECIPAZIONE A ORGANISMI INTERNAZIONALI E COLLABORAZIONI INTERNAZIONALI

Nel triennio l'Agenzia assicurerà la piena realizzazione dei progetti di ricerca in ambito sanitario e sociale ad oggi 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

volto 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 HTA a livello europeo, il progetto VIGOUR volto a sostenere efficacemente le autorità sanitarie nel processo di trasformazione e modernizzazione dei sistemi sanitari e assistenziali verso modelli di cura integrati e sostenibili mediante lo scambio di conoscenze e apprendimento reciproco sulla base di buone pratiche, strumenti e modelli esistenti.

Verrà, inoltre, garantita la partecipazione dell'Agenzia alle attività promosse dal Programma Mattone Internazionale Salute (PROMIS), dal Network of *European Regional and local health authorities* (Euregha) e dalla *European Innovation Partnership on Active Healthy Ageing* (AIPAA) e alla Cabina di Regia Regionale per l'Internazionalizzazione della Regione Emilia-Romagna.

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/2019/875

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/2019/875

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 968 del 18/06/2019

Seduta Num. 22

OMISSIS

L'assessore Segretario

Costi Palma

Servizi Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Responsabile Roberta Bianchedi