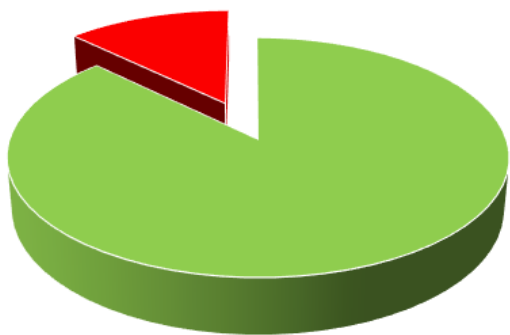


Organizzazione dell'ASSR



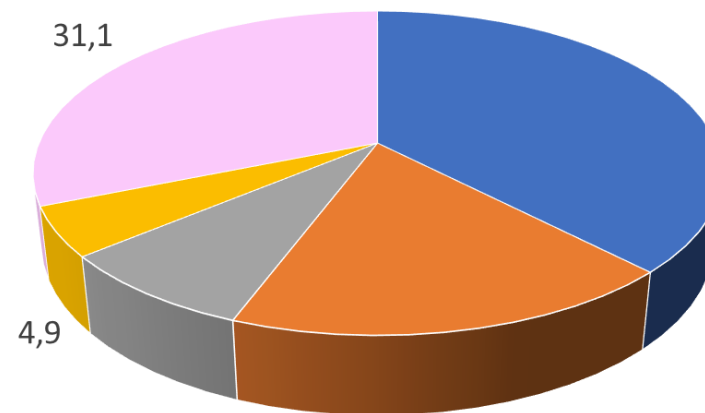
Risorse umane

Personale ASSR (n = 63)



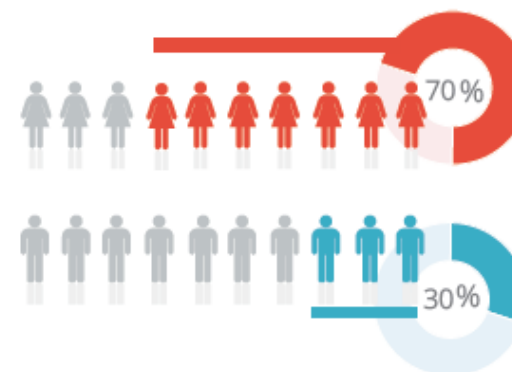
■ A tempo pieno ■ A tempo parziale (1-2gg)

Distribuzione per tipologia di attività



■ Attività trasversali ■ Accreditamento ■ Formazione ■ Ricerca ■ Progetti per l'innovazione

* A questi si aggiungono 14 borse di studio o contratti e 8 tirocini, in funzione di collaborazioni con Aziende Sanitarie e Università



**La salute nelle carceri**

I risultati del progetto CCM di monitoraggio di alcune patologie croniche, per individuare i fattori di rischio e il possibile effetto negativo di fattori microclimatici e ambientali

**Corso di formazione manageriale**

Publicato il bando del Corso di perfezionamento in management per la direzione di strutture sanitarie complesse presso l'Università di Modena e Reggio Emilia

**I numeri ECM in Emilia-Romagna**

Quasi 6 milioni di crediti nel triennio 2014-2016 per i professionisti della nostra Regione che risultano così più formati rispetto alla media nazionale.



L'Agenzia dopo la riorganizzazione



<https://assr.regione.emilia-romagna.it>



Governo della ricerca e innovazione

- Riorganizzazione/promozione del sistema regionale della ricerca sanitaria: promuovere ricerca su obiettivi di interesse del SSR, collaborazioni e sinergie tra professionisti e Aziende, rendere il sistema più attrattivo per la sperimentazione clinica, assicurare il necessario supporto tecnico-amministrativo e la valutazione dei risultati conseguiti

Definizione del nuovo sistema della ricerca e innovazione (tavoli università/IRCCS; gruppo di lavoro strategico con DG, DS e Università)

Piattaforma regionale informatica Comitati Etici e Uffici Ricerca (operativa a giugno 2018)

Indagine regionale Comitati Etici e loro riorganizzazione (**DGR 2327/2016**); Comitato Etico Regionale Sezione A (**DET 10905/2017**); Bando pubblico per manifestazione di interesse (**DET 14505/2017**); Nuovi CE di Area Vasta dal 1/1/2018



Protocollo Regione-Università

2016

2017

2018



Governo della ricerca - gestione amministrativa

2016 *il* supporto alla ricerca

istruttorie per partecipare a bandi

132

125 progetti di ricerca finalizzata 2016; tra i restanti: progetti CCM, europei e altri

rendicontazioni economiche

90

sul versante contabile

stipula convenzioni

35

12 convenzioni stipulate con enti finanziatori, 23 stipulate con unità operative

gestione progetti attivi

131

progetti, sia iniziati nel 2016, sia relativi ad anni precedenti

→ programma di ricerca regione-università

77

progetti sottoposti a monitoraggio scientifico e amministrativo-contabile

← fondo regionale per la modernizzazione

21

progetti sottoposti a monitoraggio scientifico e amministrativo-contabile

atti amministrativi

in totale **151**

40 delibere di giunta regionale e 111 determinazioni dirigenziali

Ricerca finalizzata 2016: Emilia-Romagna, prima Regione per progetti finanziati

Approvata la graduatoria finale: ai ricercatori emiliano-romagnoli circa 14 milioni di Euro per fare ricerca biomedica e clinico-assistenziale

Mi piace 0

G+ in Share Tweet

Il Ministero della salute ha concluso l'iter di valutazione dei progetti del Bando di ricerca finalizzata 2016 e ha pubblicato la graduatoria dei progetti ammessi a finanziamento.

La Regione Emilia-Romagna si colloca al **primo posto tra le Regioni italiane** con 18 progetti finanziati e 1 progetto co-finanziato per un totale di circa 7 milioni di Euro. Dodici progetti rientrano nella categoria Progetti ordinari di ricerca finalizzata, cinque in "Giovani ricercatori", uno in "Progetti estero" e uno in "Programmi di rete".

Se si aggiungono i 16 progetti finanziati agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), l'intero "sistema" Emilia-Romagna può contare su un totale di **35 progetti per oltre 14 milioni di Euro**.



Progetti europei di ricerca

- L'ASSR partecipa a 6 progetti europei, tra cui 1 in qualità di coordinatore (Progetto SUNFRAIL sulla fragilità)

Obiettivo del progetto **identificare, prevenire e gestire la fragilità e la multimorbilità nelle persone di età superiore ai 65 anni** nel contesto delle cure primarie e della comunità in 6 Paesi membri.

Raccomandazioni finali del progetto:

- La **fragilità è una condizione reversibile**
- L'attenzione deve essere sempre più focalizzata su **interventi multidimensionali, proattivi, inclusivi e interdisciplinari**
- Lo **strumento Sunfrail** può essere utilizzato per l'identificazione precoce dei fattori di rischio della fragilità
- Adottare un approccio centrato sulla persona negli **interventi mirati alla fragilità**

Un altro riconoscimento internazionale per SUNFRAIL

L'Europarlamento invita la Regione Emilia-Romagna a presentare il Progetto in quanto esperienza di successo nel panorama europeo



Prevenire la fragilità dell'anziano con strumenti innovativi è l'approccio identificato da SUNFRAIL, un progetto europeo di cui l'Emilia-Romagna è capofila. La scelta si è rivelata vincente come dimostrato dalle istituzioni europee che nel giro di pochi mesi hanno invitato per ben due volte la Regione a presentare i risultati del Progetto.



Dopo l'invito in Commissione europea ad aprile, il 22 novembre è stata la volta del Parlamento che ha pubblicamente riconosciuto il valore del lavoro e del partenariato SUNFRAIL in occasione dell'incontro "Limits and potential of the Public Health Programme (pdf, 48.5 KB)". Un riconoscimento più che significativo se si considera che le esperienze di successo invitate sono state solamente due; oltre a SUNFRAIL, EURORDIS, dedicato alle patologie rare.

L'esperienza SUNFRAIL è stata illustrata in Parlamento da Mirca Barbolini, Agenzia sanitaria e sociale regionale, ai membri del Parlamento, ai funzionari delle istituzioni UE e agli stakeholder europei di settore.

Durante i 30 mesi di attività degli 11 partner di Progetto (di cui 9 Reference Site EIP-AHA: Regione Piemonte, Regione Liguria, la Campania con l'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II, Francia, Belgio, Irlanda, Spagna, Polonia) hanno condiviso e studiato vicendevolmente le **buone pratiche assistenziali per gestire la fragilità e la multimorbilità nell'anziano**, contribuendo così allo sviluppo di ulteriori strumenti, oggi patrimonio del partenariato.

Sunfrail Final Conference

A Bologna l'incontro conclusivo del progetto europeo dedicato a fragilità e multimorbilità negli anziani



A Bologna mercoledì 7 febbraio, di fronte a una platea di circa 150 partecipanti italiani e stranieri, si è svolta la **Sunfrail Final Conference**. Nel corso della giornata sono stati presentati i risultati del progetto, finanziato dal terzo EU Health Programme 2014-2020 e finalizzato a identificare, prevenire e gestire la fragilità e la multimorbilità nelle persone di età superiore ai 65 anni nel contesto delle cure primarie e della comunità in 6 Paesi membri.



sunfrail



Progetti regionali a supporto dell'innovazione

1. **Utilizzo dei dati amministrativi integrati** a supporto della programmazione e della valutazione
2. **Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali (PDTA)**
3. **Sicurezza del paziente: Antibioticoresistenza e infezioni in ambito assistenziale**
4. Governo delle **tecnologie**
5. **Innovazione sociale**



Stima della prevalenza di condizioni di interesse e identificazione di gruppi di popolazione a rischio

- ✓ Non erano disponibili dati in Emilia-Romagna sulla **prevalenza di multimorbidità** (persone affette da più di una patologia cronica), rilevanti per pianificare azioni mirate di presa in carico
 - Il **28%** delle persone maggiorenni ed il **65%** delle persone ultra **65enni** è affetto da due o più patologie croniche (1.067.498 persone), tra cui iperlipidemia, ipertensione, patologie respiratorie croniche, patologia tiroidea, depressione, patologie reumatiche, diabete e neoplasie.
 - La maggior parte delle persone con patologia cronica è **affetta da 2 o più patologie associate, nella misura media del 68.5%** ($\pm 16.9\%$).
 - **La popolazione con almeno tre patologie nell'anno 2016 ha fatto ricorso alla quota più rilevante di prestazioni:** il 34,4% del Pronto Soccorso, il 37,9% dell'assistenza specialistica ambulatoriale, il 53% dei ricoveri ospedalieri, il 56% delle prescrizioni farmaceutiche, il 70% dell'assistenza residenziale e semiresidenziale, il 78% delle cure palliative in Hospice, l'80% dell'assistenza domiciliare, l'81% dell'assistenza negli ospedali di comunità (OSCO).

Stima della prevalenza di condizioni di interesse e identificazione di gruppi di popolazione a rischio

- ✓ Condizioni socioeconomiche e loro effetto sul consumo di prestazioni e sulla salute

SISEPS

Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali

E-R | Salute | SISEPS > ReportER #OpenData > ReportER Indicatori

Indicatori Piani di Zona per la salute ed il benessere sociale

👍 Mi piace 0
👍 G+
👍 in Share
👍 Tweet

Cosa sono i Piani per la salute ed il Benessere sociale?

Il Piano di zona distrettuale per la salute e per il benessere sociale, strumento della programmazione integrata, individua gli obiettivi generali e settoriali per la pianificazione locale in un'ottica di integrazione degli interventi nelle diverse aree: sociale, sociosanitaria, compresa l'area della non autosufficienza e sanitaria relativa ai servizi territoriali, ricercando l'integrazione delle politiche sociali con le politiche sanitarie e, allo stesso tempo, di queste con le politiche ambientali, urbanistiche abitative, formative, occupazionali e culturali.

Normativa:

L. 328/2000; L.R. 2/2003 e ss.mm.ii.; [Piano sanitario e sociale regionale 2017/2019](#) (Delibera Assemblea Legislativa n.120 del 12 luglio 2017)

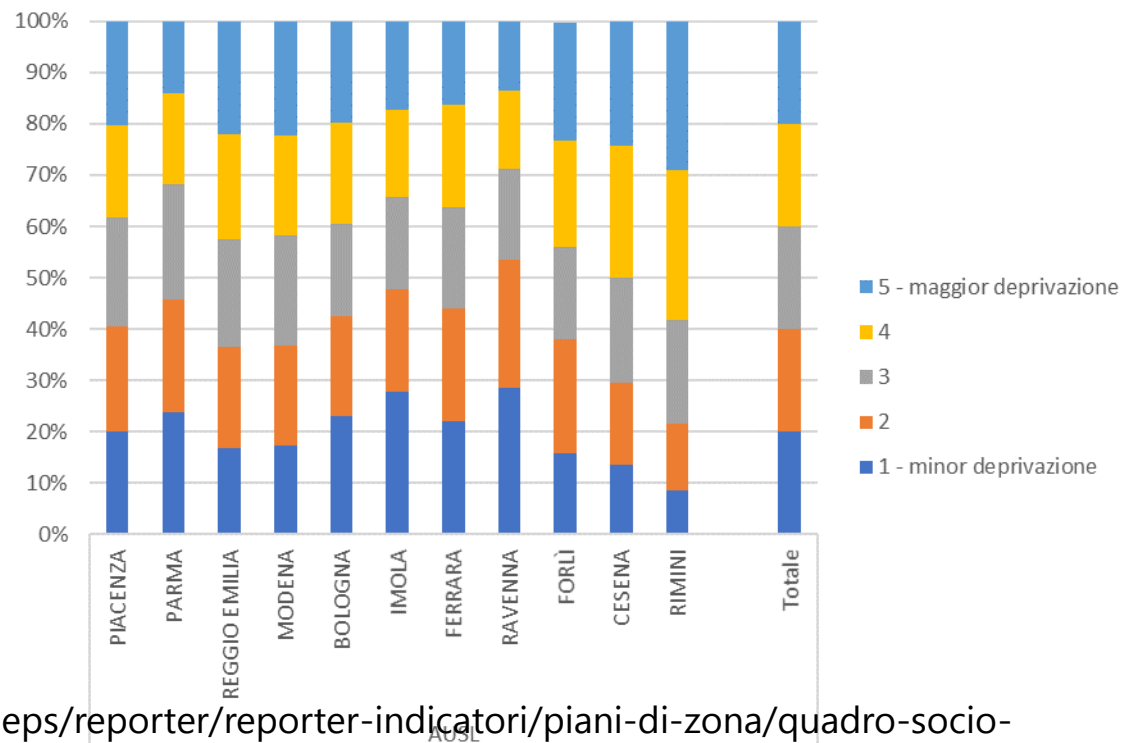
Indice

Sezione A: il contesto regionale

- ▶ [Quadro socio-demografico](#)
- ▶ [Quadro socio-economico](#)
- ▶ [Le Famiglie](#)

Descrizione del fenomeno

Distribuzione di frequenza per Azienda USL dell'indice di deprivazione per sezione di censimento 2011, ricalibrazione per l'Emilia-Romagna



Stima della prevalenza di condizioni di interesse e identificazione di gruppi di popolazione a rischio

- ✓ Condizioni socioeconomiche e loro effetto sul consumo di prestazioni e sulla salute

Studio dell'effetto su esiti di salute

Il rischio di morte aumenta al **peggiore della tipologia abitativa**, all'aumentare della **deprivazione ed è associato al titolo di studio** (rischio più basso in chi ha una laurea)

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA

Agenzia sanitaria e sociale regionale

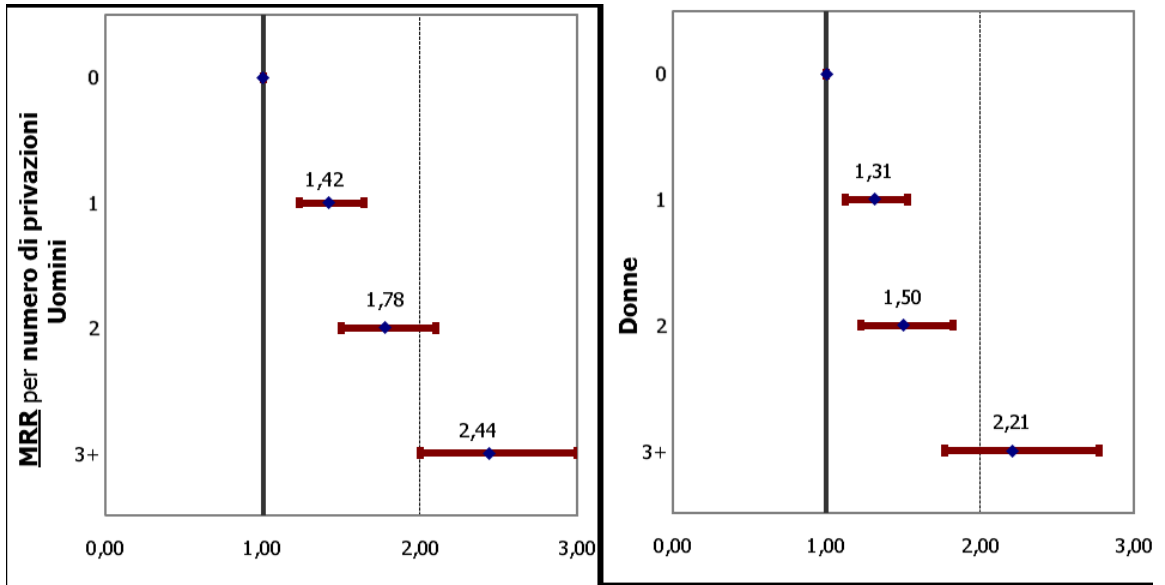
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

CONDIZIONI SOCIOECONOMICHE E STIMA DELL'ASSOCIAZIONE CON LA MORTALITÀ GENERALE NELLO STUDIO LONGITUDINALE DI REGGIO EMILIA

Nicola Caranci¹, Chiara Di Girolamo², Paolo Giorgi Rossi³, Serena Broccoli³, Laura Bonvicini³, Barbara Pacelli¹

¹ Agenzia sanitaria e sociale regionale - Emilia-Romagna,
² Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna
³ Servizio Interaziendale di Epidemiologia, AUSL Reggio Emilia; Arcispedale Santa Maria Nuova - IRCCS, Reggio Emilia

Analizzare le **disuguaglianze sociali in salute** fornisce evidenze per ridurle. Lo **Studio longitudinale di Reggio Emilia** offre tale possibilità a partire dal censimento 1991.



Indice di deprivazione

Stima della prevalenza di condizioni di interesse e identificazione di gruppi di popolazione a rischio

✓ Obiettivo: gestire la salute **dell'intera popolazione** e non solo di coloro che richiedono attivamente una prestazione sanitaria o sociale, allo scopo di **migliorare la presa in carico** delle persone a rischio

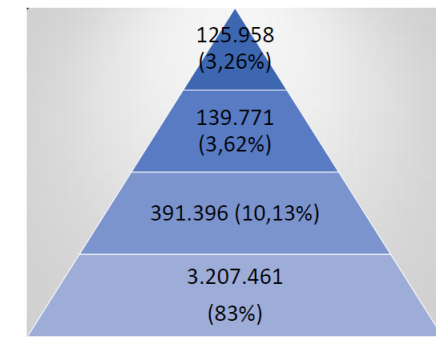


Stratificazione della popolazione in relazione al rischio di ospedalizzazione per cause prevenibili e decesso: **l'algoritmo RiskER**



Stratificazione della popolazione in base al rischio stimato per l'anno 2016

- 0 – 0,25 molto alto
- 0,15 – 0,24 alto
- 0,14 – 0,06 medio
- <= 0,05 basso



Open Access Research

BMJ Open Predicting risk of hospitalisation or death: a retrospective population-based analysis

Daniel Z Louis,¹ Mary Robeson,¹ John McAna,² Vittorio Maio,² Scott W Keith,³ Mengdan Liu,¹ Joseph S Gonnella,¹ Roberto Grilli⁴

Dal modello sviluppato in collaborazione con la *Jefferson University* per l'identificazione pro-attiva dei pazienti a rischio di ricoveri evitabili con interventi dell'assistenza territoriale

Al modello sviluppato dall'ASSR che ha lo stesso livello di accuratezza ma consente nel tempo di introdurre modifiche migliorative

Il 6,5% della popolazione emiliana-romagnola ha un rischio molto elevato (25%) o elevato (15-24%) di ricoverarsi per motivi evitabili con interventi di presa in carico a livello dell'assistenza territoriale



Valutazione dell'impatto di politiche e azioni regionali

Profilo di assistenza del diabete in Emilia-Romagna.

Analisi sulla base dei dati amministrativi (2010-2016)

Tra il 2010 ed il 2016, il numero dei pazienti diabetici, in Emilia-Romagna, è cresciuto di quasi il 10%, anche a seguito dell'identificazione precoce delle persone a rischio e all'anticipazione diagnostica. Nonostante ciò, **le principali complicanze associate alla patologia diabetica, così come le patologie cardiovascolari, si sono significativamente ridotte**. In particolare:

- ✓ **Infarto:** riduzione del 13,3% dal 2010 al 2016 (da 1,05 per 1000 assistiti a 0,91)
- ✓ **Ictus:** riduzione del 22% dal 2010 al 2016 (da 3,7 casi ogni 1.000 assistiti a 2,86)
- ✓ **Amputazioni:** riduzione del 19% (da 0,26 casi ogni 1.000 assistiti a 0,21 casi)

I Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali – aderenza alle linee guida per il diabete



Il percorso diagnostico-terapeutico del diabete: uno studio quali-quantitativo per il miglioramento

- ✓ **Analisi quantitativa dell'aderenza** sulla base delle banche dati amministrative regionali (coorte di > 275.000 persone con diabete)
- ✓ **Analisi qualitativa dei motivi di non aderenza** (13 Focus Group con utenti e operatori in 3 Aziende Sanitarie)

La proporzione di pazienti diabetici che nell'arco di due anni ha effettuato tutti i controlli (emoglobina glicata, microalbuminuria; assetto lipidico; creatinina; GPT; emocromo; urato; esame urine completo; fundus oculi, ECG) nei tempi raccomandati è **bassa, ma più del 90% ha comunque effettuato controlli**, anche se con aderenza parziale alle linee guida (per tipologia di controlli e tempi di esecuzione)

Focus Group (alcuni stimoli)

- ✓ il diabetologo è un punto di riferimento, ma viene richiesto un migliore ritorno informativo da parte di tutta l'equipe
- ✓ utile un ripensamento organizzativo che riduca ridondanze, spostamenti non necessari e orari non sempre consoni
- ✓ -----

Valutazione dell'impatto di politiche e azioni regionali

- Valutazione dell'impatto delle Case della Salute -

Lavoro preparatorio
(analisi preliminare dei dati, revisione della letteratura)

Gruppo di lavoro (2017)

Il punto di vista degli operatori

Indicatori misurabili dai dati amministrativi regionali: accessi al Pronto Soccorso, ricovero ospedaliero per condizioni prevenibili, ricoveri con durata di degenza oltre soglia o ripetuti, prescrizioni di farmaci

Descrizione dello stato di attuazione delle Case della Salute (DRG 2128/2016): indagine a ottobre 2017. Dimensioni valutate: accesso, valutazione del bisogno, medicina di iniziativa, presa in carico, integrazione professionale, empowerment di comunità

Qualità percepita dagli utenti: indagine pilota in alcune CdS (settembre-dicembre 2017); indagine regionale su un campione random di CdS e poliambulatori tra giugno e ottobre 2018.



Progetti regionali a supporto dell'innovazione

1. **Utilizzo dei dati amministrativi integrati** a supporto della programmazione e della valutazione
2. **Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali (PDTA)**
3. **Sicurezza del paziente: Antibioticoresistenza e infezioni in ambito assistenziale**
4. Governo delle **tecnologie**
5. **Innovazione sociale**

Antibioticoresistenza e infezioni in ambito assistenziale

ECDC country visit to Italy to discuss antimicrobial resistance issues

9-13 January 2017

Conclusioni

- ✓ Il quadro dell'antibioticoresistenza negli ospedali e regioni italiane rappresenta una **grave minaccia per la sanità pubblica**
- ✓ I livelli di Enterobatteri e Acinetobacter spp. resistenti ai carbapenemi e di Stafilococco meticillina resistente sono **tra i più elevati in Europa**
- ✓ I fattori che contribuiscono negativamente sono:
 - **assenza di percezione della gravità della situazione** e una tendenza **a rimuovere il problema**
 - **mancanza di supporto istituzionale** a tutti i livelli
 - **mancanza di leadership professionale** a tutti i livelli
 - **mancanza di accountability** a tutti i livelli (rendere conto)
 - **mancanza di coordinamento** tra e intra-livelli

L'ECDC ha visitato anche la Regione Emilia-Romagna e nel rapporto sottolinea l'esistenza nel paese di esperienze di eccellenza



Contrastare l'antibioticoresistenza

Sorveglianza e monitoraggio

Trasferimento elettronico dei dati, ogni 4 mesi, da tutti i laboratori ospedalieri

Farmaceutica: antibiotici in ospedale e comunità

- Sorveglianza infezioni sito chirurgico (**SICHER**)
- Studi di prevalenza infezioni ospedali e CRA (**PPS**)
- Link tra flussi informativi correnti (**SDO, Laboratorio, farmaceutica**): Clostridium difficile, antibiotici alla dimissione, ecc.

Governo regionale

(linee di indirizzo, obiettivi ai DG, valutazione)

DGR 318/2013, obiettivi annuali, monitoraggio annuale indicatori

Linee guida e programmi di intervento

(uso appropriato di antibiotici e prevenzione delle infezioni)

Prevenzione CPE, Programma ProBA, Promozione igiene delle mani

Comunicazione del rischio

Campagna informativa annuale

Formazione operatori

Corso GIANO, formazione PLS, e-learning





Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020

Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020

A cura di Ministero della Salute

Anno 2017

Abstract

Il Piano Nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza 2017-2020 è stato approvato il 2 novembre 2017, con Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

La resistenza agli antimicrobici è il fenomeno per il quale un microrganismo risulta resistente all'attività di un farmaco antimicrobico, originariamente efficace per il trattamento di infezioni da esso causate. Il fenomeno può riguardare tutti i tipi di farmaci antimicrobici: antibatterici (detti anche antibiotici), antifungini, antivirali, antiparassitari. Questo piano è focalizzato sulla resistenza agli antibiotici, che rappresenta, al momento, il problema di maggiore impatto nel nostro Paese e per il quale sono più urgenti le azioni di prevenzione e controllo. Il piano utilizza il termine generico antimicrobico-resistenza (AMR) per coerenza con l'espressione adoperata a livello internazionale

Download

> [Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza \(PNCAR\) 2017-2020](#) (PDF 1.18 Mb)

Vedi anche

- > [Medicinali e dispositivi veterinari](#)
- > [Malattie infettive e vaccinazioni](#)
- > [Valutazione e comunicazione del rischio alimentare](#)
- > [Sicurezza alimentare](#)



I buoni risultati ottenuti dalla Regione in questo ambito sono stati riconosciuti e si sono tradotti nell'invito a partecipare alla stesura di documenti chiave pubblicati dal Ministero della salute, dallo European Centre for Disease Prevention and Control ([ECDC](#)) e dall'Organizzazione mondiale della sanità ([OMS](#)).



Attività nel 2016-2017

- ✓ Integrazione tra **sorveglianza delle infezioni (SICHER) e Scheda di dimissione ospedaliera** (tutti gli interventi, tutte le strutture anche private accreditate)
- ✓ Conduzione di **studi di prevalenza di infezioni e uso di antibiotici** in ospedale e nelle Case Residenza Anziani
- ✓ **Sviluppo di strumenti innovativi** per promuovere l'adesione alle linee guida sulla corretta prescrizione degli antibiotici e l'adesione alle misure di controllo delle infezioni (report individuale PLS; MAPPER)
- ✓ Attivazione di **sorveglianza integrata in ambito umano e veterinario** per identificare la diffusione di nuovi profili di resistenza (es. microrganismi con resistenza alla colistina)
- ✓ Coordinamento di **progetti ed attività a livello nazionale** (sorveglianza delle ICA, progetto CCM antibioticoresistenza)

Programma ProBA Bambini e antibiotici

Campagna regionale di popolazione

Linee guida ProBA – 2015

Otitite media acuta in età pediatrica
Linea guida regionale

Faringotonsillite in età pediatrica
Linea guida regionale

Quando è meglio aspettare 2-3 giorni?

Quando usare antibiotici?

Rischio infettivo

DOSSIER 254-2015
ISSN 1591-223X

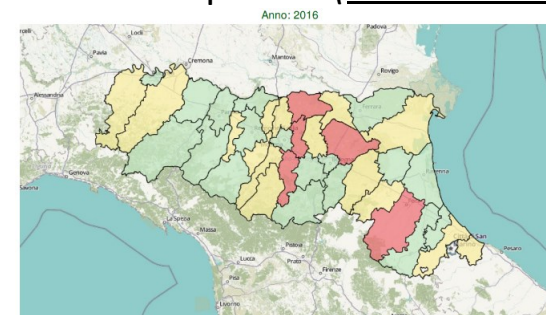
Rischio infettivo

DOSSIER 253-2015
ISSN 1591-223X



Sorveglianza e feedback

- Reportistica predefinita in ReportER (accesso libero)



- Rapporti personalizzati per PLS (accesso con password)

- Coinvolgimento PLS e formazione
- Accordi istituzionali con PLS
- Strumenti per diagnosi rapida

Utilizzo degli antibiotici

Gestione della faringotonsillite



Promuovere l'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria

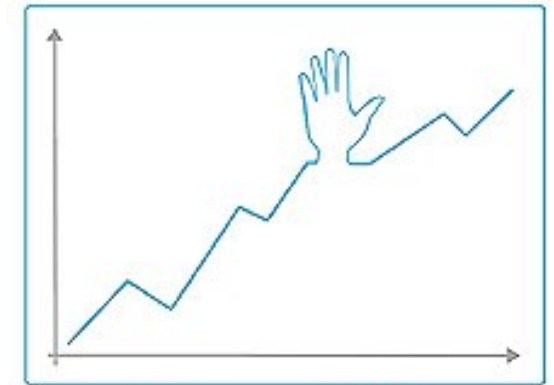
(MAppER) Mani App Emilia-Romagna

Per agevolare la raccolta di informazioni per la valutazione dell'adesione all'igiene delle mani:

- ✓ feedback immediato,
- ✓ riduzione di errori di trascrizione,
- ✓ risparmio di risorse.

La struttura e i principi metodologici presenti nel software sono conformi alla scheda cartacea di osservazione dell'OMS.

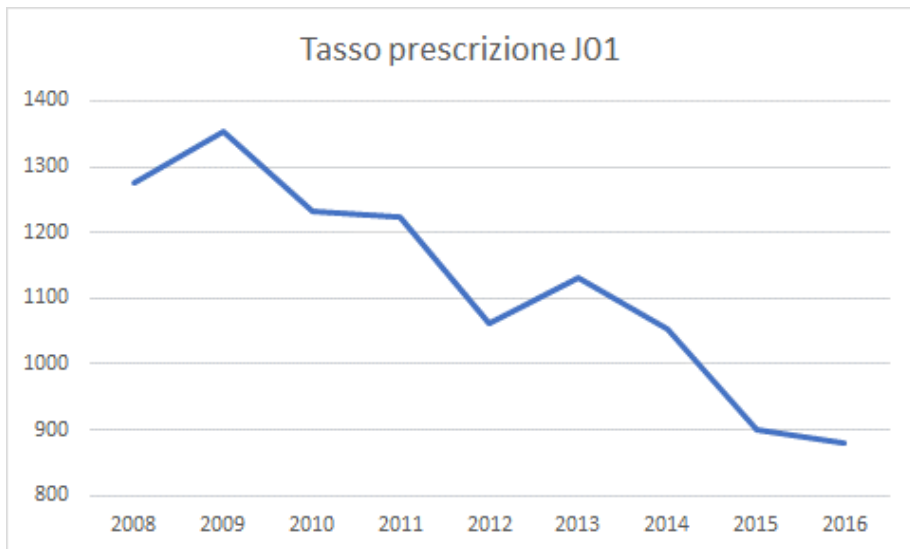
Mapper è un applicazione composta da due elementi fondamentali, un'**applicazione mobile** e un **portale web**. L'applicazione mobile può essere utilizzata su dispositivi come Smartphone e Tablet per la raccolta diretta dei dati sul campo, mentre il portale - oltre ad accogliere i dati provenienti dall'ambiente mobile - fornisce agli utenti, in base alla loro "tipologia", strumenti di gestione e di analisi dei dati raccolti.



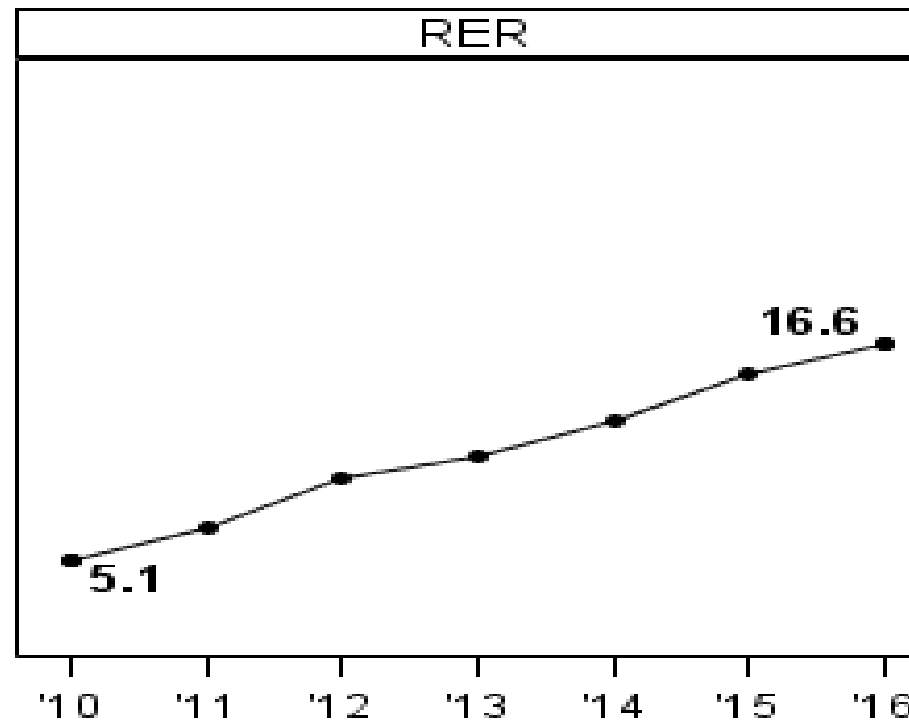
MAppER

Esempi di risultati positivi

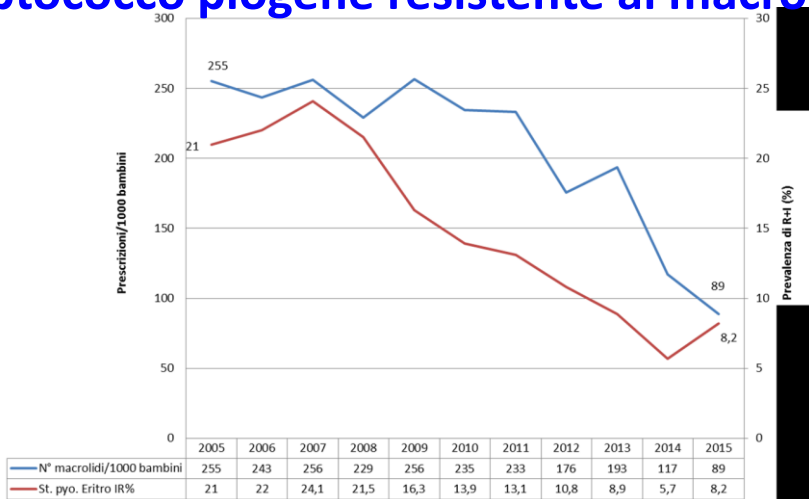
Prescrizioni di antibiotici nei bambini



Consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani nelle Aziende Sanitarie



Streptococco piogene resistente ai macrolidi nei bambini



Igiene delle mani degli operatori sanitari e socio-sanitari



Progetti regionali a supporto dell'innovazione

1. **Utilizzo dei dati amministrativi integrati** a supporto della programmazione e della valutazione
2. **Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali (PDTA)**
3. **Sicurezza del paziente: Antibioticoresistenza e infezioni in ambito assistenziale**
4. **Governo delle tecnologie**
5. **Innovazione sociale**



Governo delle tecnologie sanitarie

- ✓ L'obiettivo è fornire strumenti di supporto alle decisioni che riguardano le tecnologie sanitarie innovative attraverso **l'Health technology assessment (HTA)**.
- Inserire in modo sistematico **la valutazione di HTA** in un **percorso regionale per l'introduzione di dispositivi sanitari innovativi**
- **Garantire la valutazione HTA dei DM selezionati**
- Partecipare al **Programma Europeo HTA (JA 3 EUNETHTA)** in collaborazione con la Direzione di riferimento e gli altri Enti nazionali e regionali
- Assicurare il **supporto alla rete nazionale** coordinata dalla Cabina di regia nazionale



2016-2017

Clinici delle Aziende sanitarie

ASSR: applicativo web regionale:
condivisione richieste e pareri



Richieste di nuovi dispositivi medici



Commissioni dispositivi medici locali/di area vasta

ASSR: progetto formativo: metodologia comune per la valutazione locale di DM

ASSR: questionario per identificare DM da valutare con metodologia HTA

DM complessi/critici



ASSR: produzione di valutazioni con metodologia HTA (nel 2016-2017: 4 documenti) + 2 per servizi dell'Assessorato

Commissione Regionale Dispositivi Medici

PRONHTA
EUnetHTA



Progetti regionali a supporto dell'innovazione

1. **Utilizzo dei dati amministrativi integrati** a supporto della programmazione e della valutazione
2. **Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali (PDTA)**
3. **Sicurezza del paziente: Antibioticoresistenza e infezioni in ambito assistenziale**
4. **Governo delle tecnologie**
5. **Innovazione sociale**

Progetto Innovazione sociale

Supporto alla governance regionale e locale

- Verso il Piano Sociale e Sanitario accompagnamento alle fasi di costruzione del Piano e dei momenti di **coinvolgimento dei territori** in ciascuna area vasta
- Il farsi Unione nelle politiche di welfare/Community Lab: elaborazione di Linee guida/check list per il **percorso di unione dei Comuni e trasferimento della funzione sociale**
- Il Community Express come strumento di monitoraggio/valutazione delle «invenzioni» nell'ambito della **programmazione locale partecipata/Community Lab**





Progetto Innovazione sociale

Equità in tutte le politiche

- Strumenti e metodologie di «**equity assessment**» applicati nel Piano Regionale della Prevenzione come strategia di sistema
- **Epidemiologia delle disuguaglianze sociali**: Salute della Popolazione e determinanti sociali
- **EDI Indicatore di vulnerabilità sociale** nella fascia di popolazione pre-scolare frutto del progetto KIPI (Kids in Place) in collaborazione con l'Università di Ottawa



Eur J Epidemiol
DOI 10.1007/s10654-016-0177-z



SOCIAL EPIDEMIOLOGY

Differences in mortality by immigrant status in Italy. Results of the Italian Network of Longitudinal Metropolitan Studies

Barbara Pacelli¹ · Nicolás Zengarini² · Serena Broccoli^{3,4} · Nicola Caranci¹ · Teresa Spadea² · Chiara Di Girolamo^{5,6} · Laura Cacciani⁷ · Alessio Petrelli⁸ · Paola Ballotari^{3,4} · Laura Cestari⁹ · Laura Grisotto¹⁰ · Paolo Giorgi Rossi^{3,4} · The IN-LiMeS Group

Received: 14 June 2016 / Accepted: 16 June 2016
© Springer Science+Business Media Dordrecht 2016

Abstract Despite a rapid increase in immigration from low-income countries, studies on immigrants' mortality in Italy are scarce. We aimed to describe differences in all and cause-specific mortality among immigrants and Italians residing in Turin and Reggio Emilia (Northern Italy), two cities participating in the Italian Network of Longitudinal Metropolitan Studies (IN-LiMeS). We used individual data from the municipal population registers linked to the cause of death registers. All people aged 1–64 years residing between 2001 and 2010 were enrolled (open cohort) and followed up until 2013. The mortality of citizens from high migratory pressure countries (as a whole, and for each macro-area group) was compared with that of Italians; differences were estimated by Poisson regression adjusted

95 % CI: 0.75–0.90; for women: 0.71, 95 % CI: 0.63–0.81). Sub-Saharan Africans experienced a significant higher mortality than Italians (MRR for men 1.29, 95 % CI: 1.03–1.61; for women: 1.70, 95 % CI: 1.22–2.36). Higher mortality for immigrants compared to Italians was observed for infectious diseases, congenital anomalies, some site-specific tumours and homicide mortality. Our study showed heterogeneity in mortality across the macro-areas of origin, and in particular Sub-Saharan Africans seemed to be a vulnerable population. The extension to other cohorts of IN-LiMeS will allow the health status of immigrants and vulnerable groups to be studied and monitored in more depth.



Progetto Innovazione sociale

Strumenti e metodologie multidimensionali per l'ascolto e il coinvolgimento dal lato dell'utente

- Strumenti e metodologie per implementare sistemi regionali di **valutazione dal lato dell'utente (Audit civico in ambito ospedaliero)** Progetto AGENAS
- Strumenti di ascolto a supporto delle attività della **Commissione nascita (Benvenuti al Mondo, Ascolto a narrazione dei «Percorsi nascita», 2017)**
- Strumenti di ascolto nell'ambito delle **cure primarie** (Case della salute, medici di medicina generale)

Le chiediamo di esprimere un giudizio complessivo relativamente alla Sua esperienza presso la Casa della salute (esprima un voto da 1 a 4)

1	2	3	4
---	---	---	---

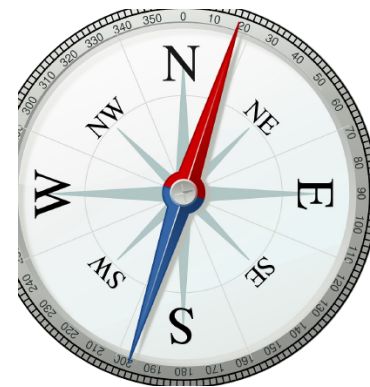
per niente soddisfacente molto soddisfacente

Cosa Le è piaciuto? Cosa vorrebbe cambiare?

Genere maschile femminile Et  (in anni compiuti)

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Agenzia sanitaria e sociale regionale

Dopo aver compilato la cartolina, La preghiamo di inserirla nell'urna. Grazie per la Sua collaborazione.



La vita dentro e "oltre" gli ospedali
Valutazione partecipata della qualit 

Bologna, 17 maggio 2018 - ore 9.00-15.00

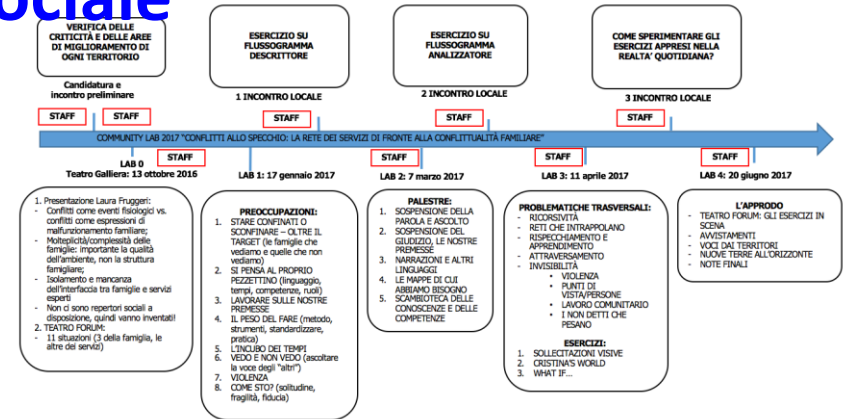


Progetto Innovazione sociale

Strumenti e metodologie per la qualificazione dei servizi

- *Allenamenti ed esercizi* come dispositivi organizzativi per allenarsi ad **affrontare oggetti di lavoro complessi: Conflittualità familiare**
- Avvio della sperimentazione dell'approccio dialogico finlandese



(Salgado S., *La Genesi*)



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



Progetto Innovazione sociale

 WPI: Community Involvement Author(s): The Migrants' Resource Centre	Security: PU Version: 1.0 [final]	1/27	
--	--------------------------------------	------	---

Models to engage Vulnerable Migrants and Refugees in their health, through Community Empowerment and Learning Alliance



DS 1 Material of the Informative Sessions

Models To Engage Vulnerable Migrants and Refugees In Their Health, Through Community Empowerment And Learning Alliance

Health Unit HP-FJ-2016-738091 © Copyright 2017 MYHEALTH Consortium

Innovative tools for professionals working with LGBT families



Scambi internazionali e azioni di sostegno

La valorizzazione del capitale umano e professionale attraverso la formazione

✓ Governo della **formazione ECM** nelle Aziende Sanitarie

Figura 1. Sistema di governo ECM in Emilia-Romagna

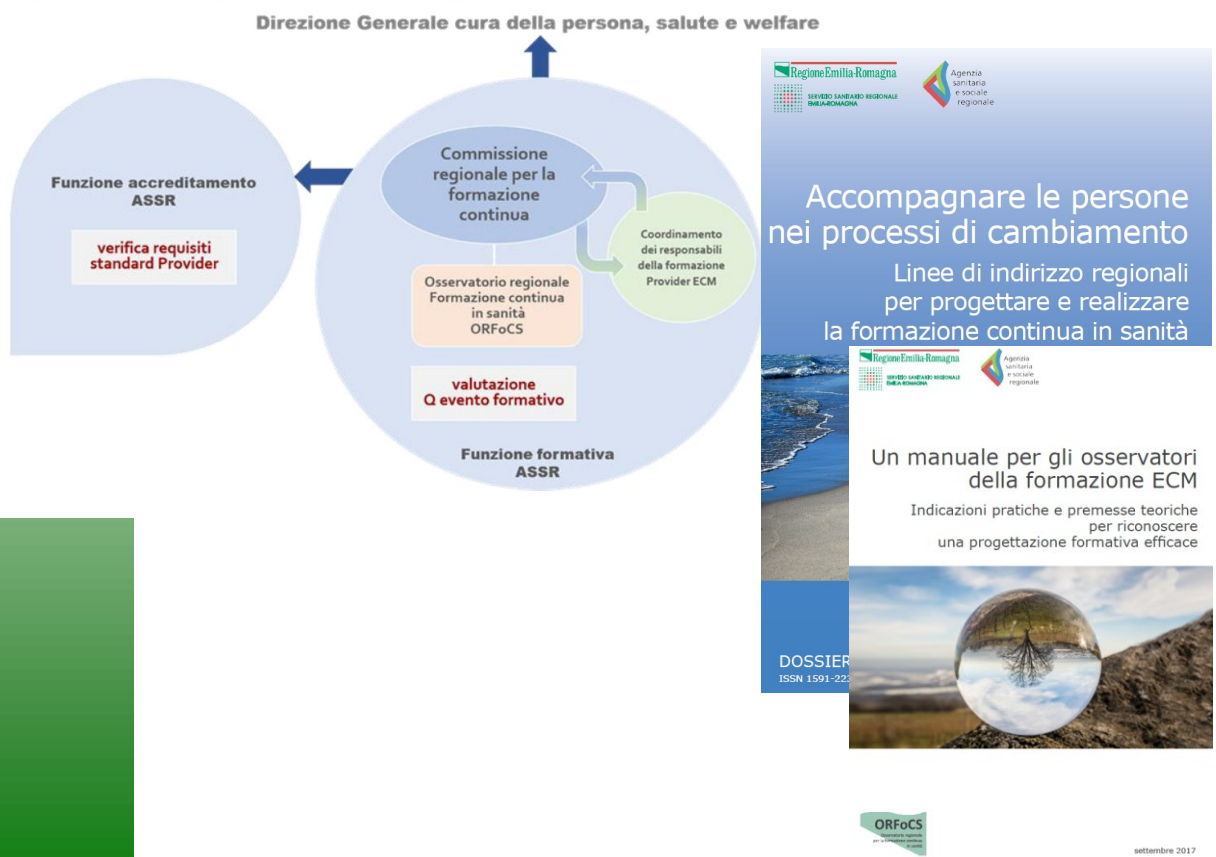
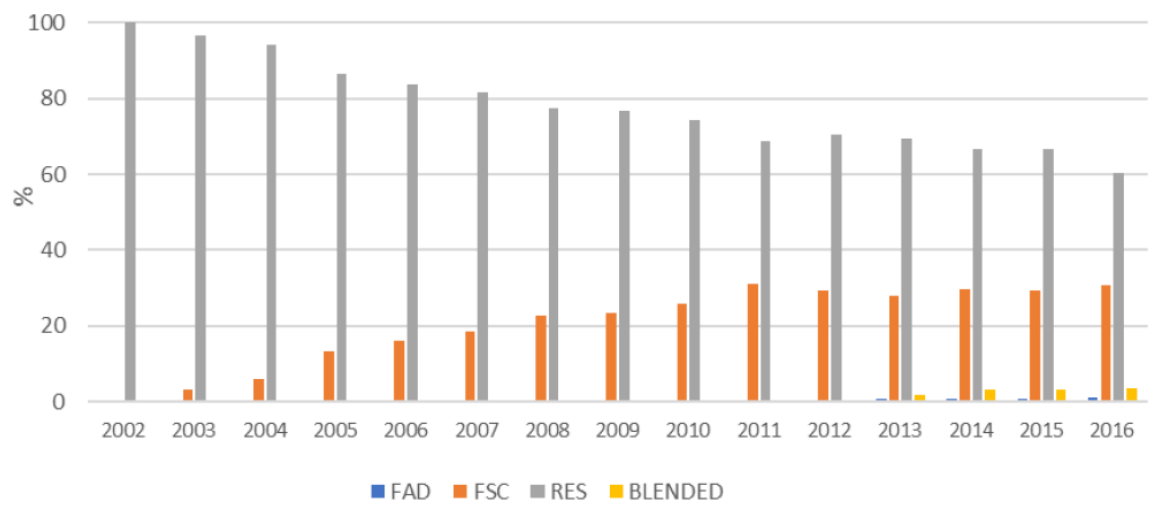


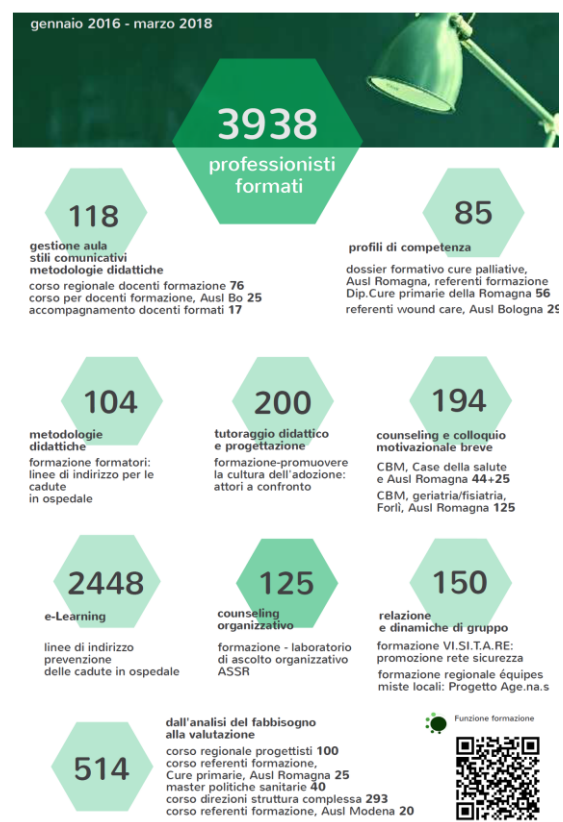
Figura 4. Formazione accreditata in Emilia-Romagna dal 2002 al 2016 per tipologia formativa



Aumento nel tempo della formazione sul campo, molto più efficace nei processi di cambiamento che non quella residenziale

La valorizzazione del capitale umano e professionale attraverso la formazione

✓ **Conduzione di programmi formativi a supporto del sistema**



Formare i professionisti nelle Case della Salute

Avviato un LABORatorio regionale per l'integrazione multi-professionale nelle Case della Salute

Mi piace 0 | G+ | in Share | Tweet

CaSaLAB è un percorso formativo ad hoc pensato per rafforzare e facilitare il lavoro dei professionisti della salute e del sociale che ogni giorno incontrano i cittadini nelle Case della Salute della Regione Emilia-Romagna.

La **prima edizione del percorso** è stata inaugurata il **15 febbraio** con un **Seminario di avvio** che si è tenuto a Bologna e ha messo attorno allo stesso tavolo rappresentanti della Regione, dell'**Azienda USL della Romagna e di Enti locali di quel territorio**. L'esperienza porterà in aula 40 professionisti; primo giorno di corso: 19 aprile 2018.



logo CaSaLAB





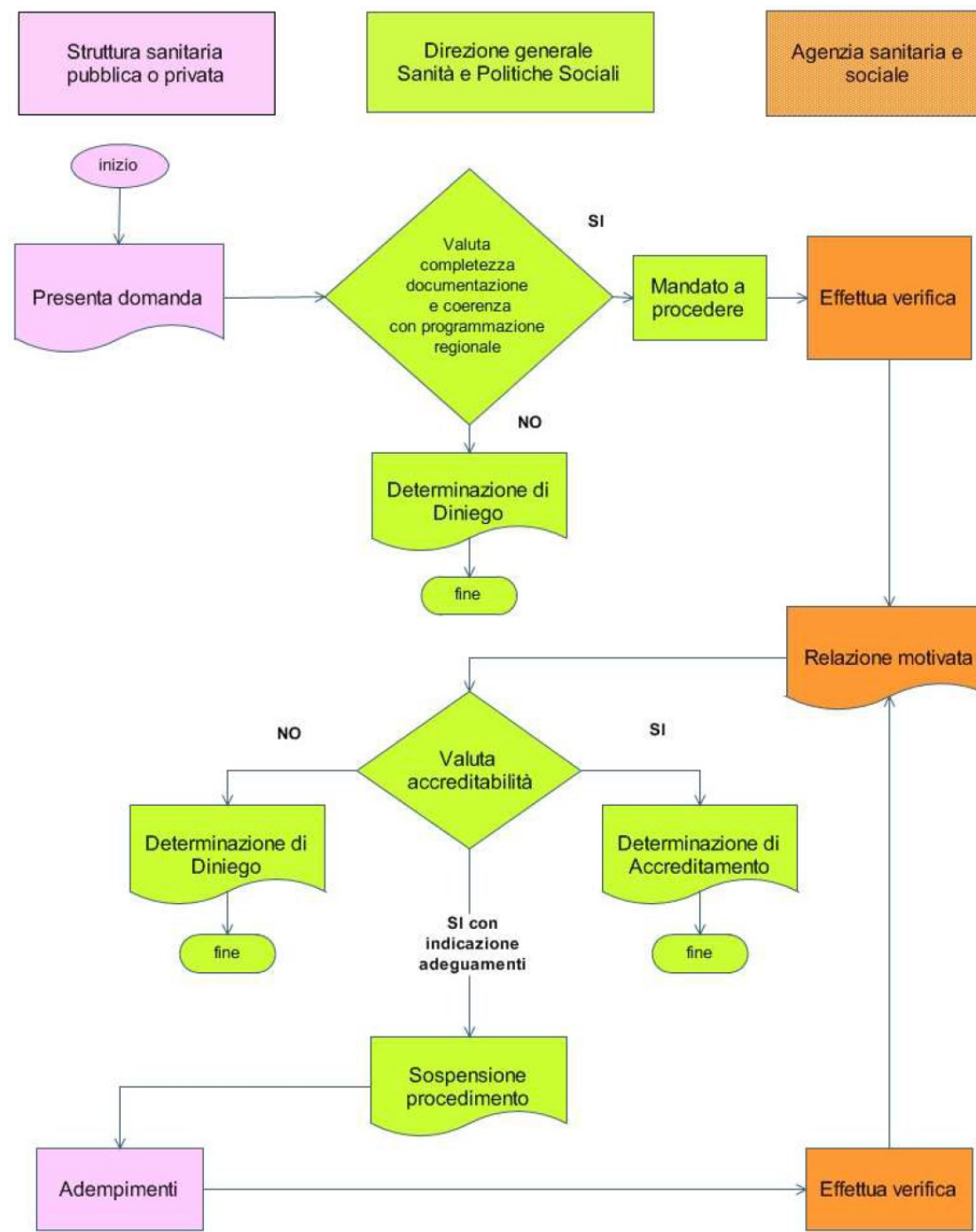
Accreditamento delle strutture sanitarie - Organismo Tecnicamente Accreditante -

Intesa Stato-Regioni del 19/02/2015 recepita dalla DGR 1604/2015:

- Verifica dei requisiti da parte di un Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) con caratteri di terzietà rispetto alla istituzione che rilascia l'accREDITamento (DGR 1604/2015 identifica l'OTA con la Funzione AccREDITamento dell'ASSR)
- Nuovi requisiti generali recepiti con **Delibera di Giunta regionale n. 1943 del 4 dicembre 2017**
- **Verifica della uniformità** delle modalità di verifica dei requisiti nelle diverse Regioni

Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare:

- Valuta la documentazione e la congruenza con la programmazione regionale
- Si avvale dell'ASSR per la verifica dei requisiti
- Valuta se accreditabile sulla base della relazione motivata
- Emanava le relative determinazioni



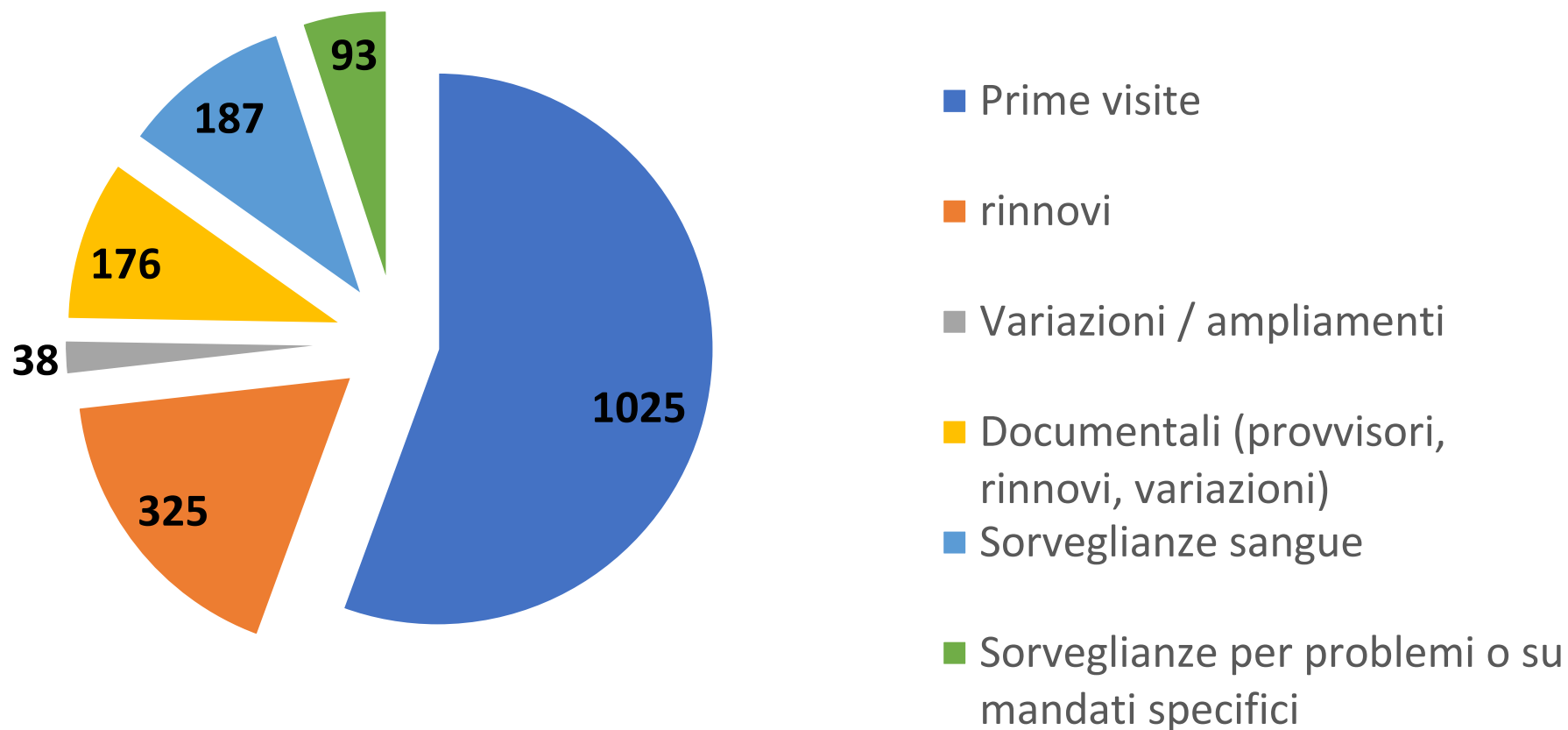
Agenzia Sanitaria e Sociale (OTA):

- Effettua la verifica
- Prepara la relazione motivata
- Verifica gli eventuali adempimenti



Più di 250 valutatori appositamente formati e accreditati

Accreditamento: verifiche operate su 1025 strutture sanitarie tra il 2004 e il 2016 (1885 verifiche)



Nel 2017 sono state effettuate 80 visite, tra le quali 24 in poliambulatori, 13 trasporto infermi, 10 in servizi trasfusionali o unità di raccolta, 9 centri PMA



In sintesi

- Viene assicurata la **gestione amministrativa dei bandi di ricerca** e degli adempimenti successivi (in un anno fino a 150 procedimenti amministrativi), la valutazione dei **requisiti di accreditamento** (100 visite circa l'anno e tutti gli adempimenti conseguenti; definizione dei requisiti), **la formazione ECM** (in 2 anni circa 4000 professionisti formati), **la comunicazione dei risultati e la documentazione sanitaria**
- Nel biennio sono stati **conseguiti risultati significativi nei diversi progetti** (Comitati Etici, supporto conoscitivo e valutativo per gli interventi di assistenza territoriale, antibioticoresistenza, governo delle tecnologie, innovazione sociale)