

EIP-AHA Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento sano e attivo

VIVERE SANI E ATTIVI IN UN CONTINENTE CHE INVECCHIA



Atti del Workshop internazionale Bologna, 3 giugno 2013



EIP-AHA Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento sano e attivo

VIVERE SANI E ATTIVI IN UN CONTINENTE CHE INVECCHIA

Atti del Workshop internazionale Bologna, 3 giugno 2013 Il presente documento raccoglie gli atti del Workshop internazionale "Vivere sani e attivi in un continente che invecchia", svoltosi a Bologna il 3 giugno 2013. L'evento è stato co-finanziato nel quadro dell'Avviso 1 del Progetto Mattone internazionale.

Gruppo di lavoro per l'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Antonio Addis

Barbara Mazzoni

Luigi Pilolli

Silvia Pozzi

Tania Salandin

Federica Sarti

Evento sostenuto da







In collaborazione con







Redazione e impaginazione a cura di

Federica Sarti e Tania Salandin Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Immagine per gentile concessione di

Luca Gabino e Su Palatu Fotografia

Stampa

Centrostampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, luglio 2013

Relatori

Antonio Addis Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna - Coordinamento

regionale EIP-AHA

Silvano Bertini Servizio Politiche di sviluppo economico, Regione Emilia - Romagna

Paolo Bonaretti Direttore generale ASTER, Emilia-Romagna

Petra Leroy Cadova Analista politica, Innovazione per la salute e i consumatori, DG SANCO,

Commissione europea

Laura Calzà Università degli studi di Bologna Lorenzo Chiari Università degli studi di Bologna

Kirsten Currie EUREGHA Secretariat

Anna Darchini Servizio Innovazione e sviluppo ICT e tecnologie sanitarie, Regione Emilia-

Romagna

Teresa Gallelli CUP 2000 SpA, Bologna

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

Achille Grisetti Direttore delle Operazioni Italia Noema Life SpA

Lisa Leonardini Project Manager - Progetto Mattone internazionale, Azienda ULSS 10 Veneto

Orientale

Carlo Lusenti Assessore Politiche per la salute, Regione Emilia-Romagna

Francesco Antonio Manzoli Direttore scientifico IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli, Bologna

Remo Martelli Vice Presidente Comitato regionale per la qualità dei servizi dal lato del

cittadino (CCRQ), Regione Emilia-Romagna

Angelina Mazzocchetti Servizio Statistica e informazione geografica, Regione Emilia-Romagna

Alberto Perra Istituto superiore di sanità

Pasqualino Rossi Direttore Ufficio IV, Direzione generale rapporti europei e internazionali,

Ministero della salute

Luca Sangiorgi Istituto Ortopedico Rizzoli, Bologna Giorgio Vezzani Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

Si ringraziano per la realizzazione dell'evento del 3 giugno, per la raccolta dei materiali e per la comunicazione

Chiara Bassi

Leila Mattar

Alessandro Milani Donato Papini

Barbara Paltrinieri

Franca Serafini

Elisa Soricelli

Francesca Terri

Vanessa Vivoli

dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Indice

1.	Preme	ssa	7
2.	I num	eri del Workshop e del Programma EIP-AHA	13
	2.1.	I numeri del Workshop	13
	2.2.	I numeri di EIP-AHA	13
3.	Il Wor	kshop	15
	3.1.	Il programma	15
	3.2.	Gli interventi	16
		Sessione 1 - Invecchiare in Europa: strategie e sinergie EU, nazionali e regionali	16
		Introduzione	16
		Strategia della Commissione europea per un invecchiamento attivo e in buona salute: gli strumenti della programmazione 2014-2020	20
		Cosa è EUREGHA	29
		Tendenze demografiche in Emilia-Romagna: quali sviluppi?	38
		Il Progetto Mattone internazionale	45
		Sessione 2 - EIP-AHA in Emilia-Romagna: coordinamento regionale	51
		Il coordinamento regionale di EIP-AHA e i commitment dell'Emilia- Romagna	51
		Azione A1 - Migliorare l'aderenza alle prescrizioni di farmaci a livello regionale	58
		Azione A2 - Prevenire le cadute e le fratture nell'anziano	65
		Azione A3 - Fragilità dell'anziano e componente cognitiva	72
		Azione B3 - Modelli collaborativi a supporto delle cure integrate	76
		Azione C2 - Collaborare per una vita autonoma dell'anziano	80
		Una buone pratica trasversale dell'Emilia-Romagna: il Fascicolo sanitario elettronico e il Progetto SOLE	84
		Sorvegliare salute e qualità della vita della popolazione ultra64enne (PASSI d'Argento)	88
		Sessione 3 - Tavola rotonda di chiusura	105
		Next steps: strategie, strumenti e opportunità	105
		La tavola rotonda in pillole	112

(continua)

4.	I materi	iali		115
	4.1.	I Com	mitment della Regione Emilia-Romagna	115
	4.2.	Le bu	one pratiche EIP-AHA della Regione Emilia-Romagna	123
	4.3.	Esperi	ienze regionali nel segno di EIP-AHA	130
5.	La comu	unica	zione	157
	5.1.	Comu	nicare il Workshop	157
	5.2.	Hanno	parlato di noi	168
6.	Sitograf	Sitografia generale		
Alle	egati			177
	Allegat	to 1.	Marketplace	
	Allegat	to 2.	Locandina dell'Anteprima in 60' "EIP-AHA Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento sano e attivo. Più sani e più attivi entro il 2020", Bologna, 13 aprile 2013	
	Allegat	to 3.	Programma del Workshop internazionale "Vivere sani e attivi in un continente che invecchia", Bologna, 3 giugno 2013	
	Allegat	to 4.	Poster del Workshop internazionale "Vivere sani e attivi in un continente che invecchia", Bologna, 3 giugno 2013	

1. Premessa

I Partenariati europei per l'innovazione¹ nascono come una delle iniziative messe in atto dalla Commissione europea nell'ambito dell'Unione dell'innovazione.² In particolare si tratta di una delle Iniziative faro della Strategia Europa 2020, che ha l'obiettivo di accelerare i processi di innovazione per affrontare le sfide sociali e, così facendo, potenziare la competitività europea, e affrontare concretamente la globalizzazione e la crescente pressione sui bilanci pubblici. ^{3,4}

Il Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento sano e attivo (EIP-AHA) è stato lanciato nell'ottobre del 2010 per contrastare la sfida comune dell'invecchiamento della popolazione in Europa. L'obiettivo principale di EIP-AHA è accrescere di 2 anni la speranza di vita in buona salute dei cittadini dell'Unione europea entro il 2020.

Per raggiungere tale obiettivo EIP-AHA riunisce stakeholder chiave (autorità sanitarie, gruppi di pazienti, imprenditori, operatori sanitari, anziani e altri soggetti), ossia tutti gli attori che a vario titolo agiscono nel ciclo dell'innovazione, a partire dalla ricerca per giungere all'adozione (adattamento) dell'innovazione scaturita da tale ricerca.

Le strategie per il raggiungimento dell'obiettivo principale sono state delineate nel Piano strategico di attuazione⁵ (Piano), il primo documento fondante il Partenariato che definisce gli ambiti di

http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index en.cfm?pq=eip (ultimo accesso luglio 2013)

http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0546:FIN:IT:PDF (ultimo accesso luglio 2013)

http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/eip_faq_may_2012.pdf#view=fit&pagemode=none (ultimo accesso luglio 2013)

Strategic Implementation Plan (SIP) for the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing parte strategica http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/steeringgroup/implementation_plan.pdf#view=fit&pagemode=none parte operativa http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/steeringgroup/operational_plan.pdf#view=fit&pagemode=none (ultimo accesso luglio 2013)

Unione dell'innovazione http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm $http://ec.europa.eu/commission_2010-2014/tajani/hot-topics/innovation-union/index_it.htm$ (ultimo accesso luglio 2013)

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni. "Iniziativa faro Europa 2020. L'Unione dell'innovazione", Bruxelles 6.10.2010, COM(2010) 546 definitivo.

Si veda anche "Frequently Asked Questions regarding European Innovation Partnership under Europe 2020: December 2010". http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/eip_faq_december_2010.pdf "Complementary FAQ: May 2012"

intervento prioritari per i quali occorre trovare soluzioni innovative. La Commissione europea ha accolto con favore il Piano.⁶

Il Piano identifica 3 **settori di intervento** principali e uno trasversale:

- Prevenzione screening e diagnosi precoce
- Assistenza e cure
- Invecchiamento e vita indipendente
- Aspetti orizzontali

Entro ciascun settore fondamentale si collocano **interventi specifici** cui gli stakeholder chiave (autorità sanitarie, gruppi di pazienti, imprenditori, operatori sanitari, anziani e altri soggetti) dovranno fare riferimento per rispondere alle sollecitazioni della Commissione in tema di invecchiamento sano e attivo:

- identificazione di soluzioni innovative per assicurare una migliore aderenza alla terapia a livello regionale;
- individuazione di soluzioni innovative per migliorare la gestione della salute personale e prevenire le cadute negli anziani;
- contributo alla prevenzione del declino funzionale e delle condizioni di fragilità;
- promozione di modelli di cura per le malattie croniche, incluso il ricorso alla telesorveglianza a livello regionale;
- sviluppo di soluzioni basate sulle TIC per aiutare gli anziani a restare indipendenti, maggiormente attivi e mobili più a lungo;
- promozione dell'innovazione in termini di edifici, città e ambienti adatti alle persone anziane. Per realizzare il piano la Commissione europea ha identificato due "strumenti".
 - Gli inviti all'impegno (invitation to commitments) nell'ambito degli interventi specifici indicati sopra. Cosa è un impegno? Consiste nell'assunzione di responsabilità misurabile e concreta a favore di un intervento/i intesi a raggiungere obiettivi e risultati identificati nel Piano. I soggetti che si impegnano al raggiungimento di tali obiettivi formano gruppi di azione⁷ che si impegnano a organizzare e realizzare attività mirate al raggiungimento dell'obiettivo relativo al proprio impegno.
 - I **siti di riferimento** (*reference sites* RS), ossia Regioni, città, comunità, ospedali integrati o altre organizzazioni dedicate alla salute che hanno o mirano ad avere un approccio globale e innovativo all'invecchiamento attivo e in buona salute e che sono in grado di offrire esempi concreti delle loro azioni sul campo (si veda oltre l'approfondimento relativo ai reference site).

Il Partenariato offre a tutti gli attori (siano essi coinvolti nei commitment o nei reference site) una piattaforma digitale (**Marketplace**, si veda anche *Allegato 1*) che consente loro di cooperare, di

_

(ultimo accesso luglio 2013)

Comunicazione della Commissione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio. "Portare avanti il piano strategico di attuazione del partenariato europeo per l'innovazione nell'ambito dell'invecchiamento attivo e in buona salute". Bruxelles, 29.2.2012, COM(2012) 83 final. http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2012:0083:FIN:IT:PDF

Gruppi di azione: https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/actiongroup/index/list (ultimo accesso luglio 2013)

riunirsi attorno a una visione comune che valorizzi l'anziano e il suo contributo alla società, di identificare e superare le potenziali barriere di ostacolo al dispiegarsi delle innovazioni.⁸

EIP-AHA non è una nuova linea di finanziamento, è un'iniziativa pilota che - con altre iniziative lanciate in ambiti diversi quali l'energia, la sicurezza alimentare, il cambiamento climatico - contribuirà al raggiungimento degli obiettivi della Strategia Faro Europa 2020.

La Commissione europea ricorda che il successo di EIP-AHA dipenderà dagli interventi effettuati a livello nazionale, regionale e locale; per questa ragione il ruolo dei reference site è da considerarsi fondamentale nel raggiungimento degli obiettivi di EIP-AHA.

Reference site:9 attori-chiave di EIP-AHA

Nell'ambito del Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento sano e attivo sono stati individuati 32 reference site, la cui peculiarità è la loro capacità di offrire una fotografia tangibile dell'impatto che essi stessi hanno sul proprio territorio.

Grazie alla configurazione e alle attività svolte, i reference site sono in grado di esibire svariati approcci innovativi intesi a incentivare l'invecchiamento sano e attivo dei cittadini nei loro territori. La ricchezza di esperienze, sperimentazioni e buone pratiche diviene così patrimonio non soltanto del territorio in sé, bensì dell'intero continente europeo. Attraverso i RS, infatti, questo capitale di esperienze, competenze, pratiche e abilità può essere scambiato, messo a confronto e ulteriormente arricchito e potenziato dall'incontro di più realtà.

La procedura per l'identificazione dei reference site

Nel febbraio 2012 è stato lanciato dalla Commissione europea un "Invito alla manifestazione di intenti" rivolto a Regioni, città, comunità, ospedali integrati o altre organizzazioni attive nell'ambito della salute. La data ultima per la manifestazione di intenti era il 3 giugno 2012. Ben 54 organizzazioni hanno risposto candidandosi a reference site e hanno portato in dote le proprie buone pratiche coerenti con i settori di intervento e gli interventi specifici definiti nel Piano. Anche la Regione Emilia-Romagna ha risposto all'Invito per mezzo dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale. Quest'ultima ha si sta impegnando nel coordinamento delle diverse attività previste dal Programma e della loro implementazione collaborando strettamente con i gruppi di lavoro attivi nei commitment regionali.

Appena presentata la candidatura, ciascun candidato a RS è stato invitato a compilare entro aprile 2013 un questionario di auto-valutazione relativamente alle proprie buone pratiche. La Regione Emilia-Romagna ha presentato le seguenti buone pratiche (per una descrizione approfondita si veda il *Paragrafo 4.2*):

- SOLE e il Fascicolo sanitario elettronico (FSE)
- PROFITER Iniziativa per la prevenzione delle cadute in Emilia-Romagna
- Progetto Aria

Comunicazione della Commissione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio "Portare avanti il piano strategico di attuazione del partenariato europeo per l'innovazione nell'ambito dell'invecchiamento attivo e in buona salute". Bruxelles, 29.2.2012, COM(2012) 83 final.

http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2012:0083:FIN:IT:PDF (ultimo accesso luglio 2013)

Nella Comunicazione della Commissione COM (2012) 83 final: "Siti di riferimento"

Le buone pratiche sono state sottoposte a peer review in merito ai criteri di innovazione, scalabilitàreplicabilità e risultati attesi. Il questionario, i criteri di valutazione e la metodologia sono stati definiti di comune accordo.

Sono stati 32 i candidati RS che hanno preso parte al processo con un totale di 72 buone pratiche. Sulla base di questo processo, sono state attribuite alle buone pratiche da 1 a 3 stelle.¹⁰

Lo scorso 1º luglio si è tenuta a Bruxelles una "cerimonia di investitura"¹¹ che ha premiato il lavoro dei 32 candidati a RS di 12 diversi Paesi europei; tra questi figura la Regione Emilia-Romagna con le 3 buone pratiche presentate (SOLE/FSE, PROFITER e Progetto ARIA).

Il documento *Excellent Innovation for Ageing - a European guide: the Reference Sites of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*¹² fotografa i 32 laureati reference site, le loro attività e le buone pratiche messe in campo da ciascuno quali punto di partenza per confrontare esperienze, percorsi e approcci sul tema dell'invecchiamento sano e attivo.

Inizia ora la fase di trasferimento del know how e delle buone pratiche ad altre Regioni europee e dell'ulteriore impegno a coinvolgere attori chiave e a incentivarli ad effettuare investimenti rilevanti sia in termini finanziari, sia di risorse umane.

Sulla scorta dei risultati che verranno raggiunti dai reference site e dai gruppi di azione, la Commissione potrà potenziare ulteriormente alcune attività ed eventualmente mettere in atto correttivi laddove necessario.¹³

Sfida demografica ed EIP-AHA in Emilia-Romagna

Dal 1º luglio 2013 la Regione Emilia-Romagna è ufficialmente reference site. A partire da questa data si intensifica la sua azione di messa in rete di attori ed esperienze attive sul territorio per favorire lo scambio di buone pratiche nell'ambito della rete europea EIP-AHA.

Oltre a ciò la Regione Emilia-Romagna ha assunto specifici impegni su diverse azioni che discendono dal Piano strategico di attuazione. Le **6 specifiche azioni di intervento**¹⁴ sono:

- A1 Aderenza alle prescrizioni di farmaci a livello regionale
- A2 Prevenzione delle cadute
- A3 Fragilità nell'anziano
- B3 Cure integrate

Nessun reference site premiato a Bruxelles il 1º luglio 2013 ha ottenuto un punteggio superiore a 3 stelle. Il punteggio massimo - rappresentato da 4 stelle - indica il modello di eccellenza della pratica.

Comunicato stampa della Commissione europea pubblicato in occasione della cosiddetta *Star Ceremony Award*. http://europa.eu/rapid/press-release_IP-13-633_it.htm (ultimo accesso luglio 2013)

Excellent Innovation for Ageing - a European guide: the Reference Sites of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/excellent-innovation-ageing-european-guide-reference-sites-european-innovation-partnership (ultimo accesso luglio 2013)

¹³ COM (2012) 83 final

Piani di azione di ciascuna azione specifica http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?pg=commitment§ion=active-healthy-ageing#action_plans (ultimo accesso luglio 2013)

C2 Vita autonoma dell'anziano

D4 Smart cities and communities

La Regione Emilia-Romagna ha assunto impegni specifici nelle prime 5 azioni (A1, A2, A3, B3 e C2). La strategia della Regione è quella di integrare e rafforzare le iniziative già attive sul territorio, soprattutto coordinandole e facendole dialogare, anche attraverso reti internazionali e nazionali già attive, come Euregha, ¹⁵ Eunetha, ¹⁶ e il Progetto "Mattone internazionale". ¹⁷

L'invecchiamento demografico è una delle principali sfide che l'Europa del futuro deve affrontare, una sfida che riguarda naturalmente anche l'Italia. L'Emilia-Romagna, in particolare, si colloca tra le regioni con la maggiore longevità: previsioni demografiche al 2030 stimano infatti un incremento della speranza di vita alla nascita da 1 a 4 anni per le donne e da 2 a 5 per gli uomini della regione.

In generale in Italia il 75% degli ultrasessantacinquenni (>65) ha una patologia cronica e il 50% di questi presenta una comorbilità. Peraltro, tra il 2010 e il 2020, è attesa una crescita della popolazione ultraottantenne (>80) del 16-20%. Inoltre il dato di un solo figlio (in media) per donna comporterà nel prossimo futuro una generazione di anziani con un solo figlio, con la conseguente diminuzione delle forme di sostegno familiare e un probabile sovraccarico di richieste ai servizi socio-sanitari.

In Italia il rapporto tra anziani e giovani continua a crescere, in Emilia-Romagna diminuisce da circa 10 anni: pur in presenza di una continua crescita della popolazione anziana, un incremento maggiore ha interessato quella giovanile grazie a un aumento del numero di nati e all'arrivo di famiglie di immigrati. Le migrazioni internazionali, a partire dai primi anni 2000, hanno dato nuovo impulso al sistema demografico italiano, in particolare dell'Emilia-Romagna, dove si innestavano in una situazione caratterizzata da bassissima fecondità ed elevata longevità, fenomeni che determinano una capacità molto bassa di rinnovo delle forze di una popolazione. In definitiva, la popolazione italiana ed emiliano-romagnola nel 2030 sarà più anziana e multiculturale; il futuro ci riserva pertanto una maggiore complessità dal punto di vista sociale e grandi sfide a livello sociale e sanitario.

La Regione Emilia-Romagna ha quindi scelto di partecipare al Partenariato, consapevole che è fondamentale promuovere un invecchiamento attivo e in buona salute dei propri cittadini per migliorare la qualità della vita dei cittadini anziani e, contemporaneamente, per ridurre la crescente pressione che il fenomeno esercita sui sistemi sanitari.

EUNETHA - European Networks for Health Technology Assessment http://www.eunethta.eu/ (ultimo accesso luglio 2013)

_

EUREGHA - European Regional and Local Health Authorities http://www.euregha.net (ultimo accesso luglio 2013)

Progetto Mattone internazionale http://www.progettomattoneinternazionale.it (ultimo accesso luglio 2013)

Per un approfondimento sulle dinamiche demografiche relative all'Emilia-Romagna regione, si veda la presentazione di Angela Mazzocchetti (in *Paragrafo 3.2*) e il documento di analisi che presenta interessanti scenari per il futuro ("Il contesto regionale. Tendenze demografiche in Emilia-Romagna: quali sviluppi?" nel rapporto inserito al *Paragrafo 4.3*).

Il Workshop internazionale "Vivere sani e attivi in un continente che invecchia"

Il presente documento riassume quanto presentato a Bologna il 3 giugno 2013 nel quadro del Workshop internazionale "Vivere sani e attivi in un continente che invecchia". Una breve nota introduttiva sugli obiettivi del Workshop e la lista dei 20 relatori e autori che sono intervenuti sono indicati all'inizio del Capitolo 3 (si veda anche *Allegato 3* per il programma completo).

Nel Paragrafo 3.2 sono inserite le diapositive dei relatori secondo l'ordine di presentazione. In coda allo stesso Paragrafo la sezione "La tavola rotonda in pillole" riassume i punti chiave, nonché i punti critici emersi durante la tavola rotonda di chiusura. I diversi contribuiti sono stati trascritti allo scopo di mettere in rilievo le opportunità ma anche le sfide che si frappongono al raggiungimento dell'obiettivo del Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento sano e attivo, ossia accrescere di 2 anni la speranza di vita in buona salute dei cittadini dell'Unione europea entro il 2020.

Nel Capitolo 4 è disponibile la documentazione che è stata consegnata ai partecipanti il giorno stesso dell'evento.

Inoltre, questa raccolta offre:

- un rapido sguardo in apertura al Programma EIP-AHA: si intende così fornire informazioni sui presupposti e la logica di fondo del Programma, in particolare a coloro che non hanno familiarità con EIP-AHA e potrebbero necessitare di un quadro di riferimento che li aiuti a contestualizzare le azioni messe in atto sia a livello regionale, sia a livello europeo;
- alcuni numeri relativi ad EIP-AHA, al Programma e alla Regione Emilia-Romagna, nonché agli esiti del Workshop (Capitolo 2);
- un capitolo che raccoglie news, note e articoli che danno notizia del Workshop, pubblicati nel web da diversi stakeholder (*Capitolo 5*).

Tutti gli atti dell'evento sono disponibili anche sul portale dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale all'indirizzo

http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/eventi/2013/convegno-eip-aha-vivere-sani-e-attivi/intro (ultimo accesso luglio 2013).

2. I numeri del Workshop e del Programma EIP-AHA

2.1. I numeri del Workshop

• Partecipanti che hanno firmato il registro presenze: 173 (capienza della sala: 200 persone)

• Iscritti online: 189

Relatori e partecipanti alla tavola rotonda: 20

• Partecipanti che hanno compilato e restituito la scheda di adesione: 93

• Questionari di gradimento restituiti: 83

Utenti che hanno seguito la diretta streaming: 39

2.2. I numeri¹⁹ di EIP-AHA

in Europa

32 reference site EIP-AHA in 12 Stati membri

- 500 commitment
- 300 organizzazioni capofila
- 1.000 Regioni e Municipalità
- coinvolti 30 milioni di cittadini e 2 milioni di pazienti
- 6 Piani di azione presentati alla Conferenza dei Partner (6 novembre 2012)
- piattaforma online EIP-AHA "Marketplace": ²⁰ oltre 30.000 visite; oltre 650 utenti registrati; segnalati 250 eventi e 300 iniziative
- 1 miliardo di Euro impegnati
- 39 buone pratiche innovative

-

Dati estrapolati dagli interventi di Petra Leroy Cadova, DG SANCO e di Pasqualino Rossi, Direzione generale dei rapporti europei e internazionali del Ministero della salute. Gli interventi si trovano nel Paragrafo 3.2 del presente documento.

Piattaforma online del Programma EIP-AHA - https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/
Perché Marketplace? Per scambiare punti di vista e cercare partner oppure iniziative per realizzare le vostre idee innovative. Si veda anche l'Allegato 1 al presente documento.

in Italia

L'Italia è il secondo Paese europeo per numero di commitment presentati nel 2013 alla II Call for Commitment.

- 5 reference site²¹ (Regione Emilia-Romagna, Regione Campania, Regione Friuli Venezia Giulia, Regione Liguria, Regione Piemonte)
- 88 commitment (I Call for Commitment: 21; II Call: 67)
- 10 buone pratiche innovative riconosciute²²

nella Regione Emilia-Romagna

- 5 commitment: I Call for Commitment: 4; II Call: 1 (*Paragrafo 4.1* del presente documento)
- 3 buone pratiche innovative: Fascicolo sanitario elettronico/Progetto SOLE; PROFITER; Progetto Pilota ARIA (*Paragrafo 4.2*)
- 15 esperienze regionali nel segno di EIP-AHA (*Paragrafo 4.3* sezione in continuo aggiornamento)

_

²¹ Cosa è un reference site? Quali le attività di un reference site? https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/index/site

European Guide in Excellent innovation for aging http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/excellent-innovation-ageing-european-guide-reference-sites-european-innovation-partnership

3. Il Workshop

3.1. Il programma (vedi anche *Allegato 3* per il programma completo)

PRESENTAZIONE

Confrontarsi dentro e fuori i confini nazionali per dare risposte concrete e innovative alla sfida dell'invecchiamento.

Questo è il principale obiettivo dell'incontro, rivolto a coloro che sul territorio regionale sono e saranno impegnati a dare tali risposte: professionisti del Servizio sanitario regionale, del mondo accademico, funzionari regionali, decision e policy maker.

L'invecchiamento demografico è una delle principali stide che l'Europa del futuro deve affrontare, una sfida che riguarda naturalmente anche il nostro Paese. L'Emilia-Romagna, in particolare, si colloca tra le regioni con la maggiore longevità: previsioni demografiche al 2030 stimano infatti un incremento della speranza di vita alla nascita da 1 a 4 anni per le donne e da 2 a 5 per gli uomini della regione.

La spesa pubblica direttamente legata all'invecchiamento demografico (sanità, assistenza a lungo termine, pensioni) inciderà pesantemente sulle economie e sui sistemi previdenziali dei Paesi europei. Per governare efficacemente il fenomeno, la Commissione europea ha lanciato il Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento attivo e in buona salute (EIP-AHA), una iniziativa intesa ad accrescere di 2 anni la speranza di vita in buona salute dei cittadini dell'Unione europea entro il

La Regione Emilia-Romagna ha scelto di partecipare a questa esperienza, consapevole che è fondamentale promuovere un invecchiamento attivo e in buona salute dei propri cittadini per migliorare la qualità della vita dei cittadini anziani e, contemporaneamente, per ridurre la crescente pressione che il fenomeno esercita sui sistemi sanitari.

RELATORI

ANTONIO ADDIS - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna - Coordinamento regionale EIP-AHA

SILVANO BURINI - Servizio Politiche di sviluppo economico, Regione Emilia-Romagna

PAOLO BONARETTI - Direttore generale ASTER, Emilia-Romagna

PLIRA LEROY CADOVA - Analista política, innovazione per la salute e I consumatori, DG SANCO, Commissione europea

LAURA CALZÀ - Università degli studi di Bologna

LORENZO CHIARI - Università degli studi di Bologna

KIRSTEN CURRIE - EUREGHA Secretariat

Anna Darchini - Servizio innovazione e sviluppo ICT e tecnologie sanitarie, Regione Emilia-Romagna

TERESA GALLELLI - CUP 2000 SpA, Bologna

ROBERTO GRILLI - Direttore Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

ACHILLE GRISETTI - Direttore delle Operazioni Italia Noema Life SpA LISA LEONARDINI - Project Manager - Progetto Mattone internazionale,

Azienda ULSS 10 - Veneto Orientale

CARLO LUSENTI - Assessore Politiche per la salute, Regione Emilia-Romagna

FRANCESCO ANTONIO MANZOLI - Direttore scientifico IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli, Bologna

REMO MARTELLI - Vice Presidente Comitato regionale per la qualità dei servizi dal lato del cittadino (CCRQ), Regione Emilia Romagna

ANGELINA MAZZOCCHETTI - Servizio Statistica e informazione geografica, Regione Emilia-Romagna

ALBERTO PERRA - Istituto superiore di sanità

Pasquauno Rossi - Direzione generale Rapporti europei e internazionali, Ministero della salute

LUCA SANGIORGI - Istituto Ortopedico Rizzoli

GIORGIO VEZZANI - Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

PROGRAMMA

mattino

9.30 Caffè di benvenuto e visione poster

10.00 Introduzione alla giornata e apertura dei lavori CARLO LUSENTI - FRANCESCO ANTONIO MANZOLI -SILVANO BERTINI

10.30 INVECCHIARE IN EUROPA: STRATEGIE E SINERGIE EU, NAZIONALI E REGIONALI

Coordina ANTONIO ADDIS

Intervengono

- Strategia della Commissione europea per un invecchiamento attivo e in buona salute: gli strumenti della programmazione 2014-2020 - PETRA LEROY CADOVA
- Regioni unite per una salute migliore KIRSTEN CURRIE
- Tendenze demografiche in Emilia-Romagna: quali sviluppi? - ANGELINA MAZZOCCHETTI
- 12,15 Il Progetto Mattone internazionale PASQUALINO ROSSI - LISA LEONARDINI
- 12.30 Pausa pranzo e visione poster

pomeriggio

13.30 Petra Leroy Cadova - Antonio Addis

13.45 EIP-AHA IN EMILIA-ROMAGNA: COORDINAMENTO REGIONALE

Il coordinamento regionale di EIP-AHA - ANTONIO ADDIS

14.00 I committment della Regione Emilia-Romagna

- Migliorare l'aderenza alle prescrizioni di farmaci a livello regionale (Action Ar) - Luca Sangiorgi
- Prevenire le cadute e le fratture nell'anziano (Action Az)
 LORENZO CHIARI
- Fragilità dell'anziano e componente cognitiva (Action A3) - LAURA CALZÀ
- Modelli collaborativi a supporto delle cure integrate (Action B3) - Giorigio Vezzani
- Collaborare per una vita autonoma dell'anziano (Action C2) - TERESA GALLELLI

15.30 EIP-AHA Emilia-Romagna: Good practice trasversale. Il Fascicolo sanitario elettronico e SOLE - Anna Darchini

15.45 Sorvegliare salute e qualità di vita della popolazione ultra64enne (PASSI d'Argento). ALBERTO PERRA

16.00 TAVOLA ROTONDA DI CHIUSURA
NEXT STEPS: STRATEGIE, STRUMENTI E OPPORTUNITÀ

Coordina PASQUALINO ROSSI

Intervengono

- PAOLO BONARETTI
- ROBERTO GRILLI
- ACHILLE GRISETTI
- REMO MARTELLI

17.00 Chiusura dei lavori

ROBERTO GRILLI - PAOLO BONARETTI

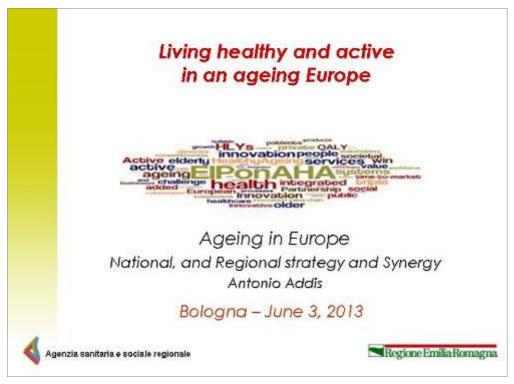
3.2. Gli interventi

Sessione 1.

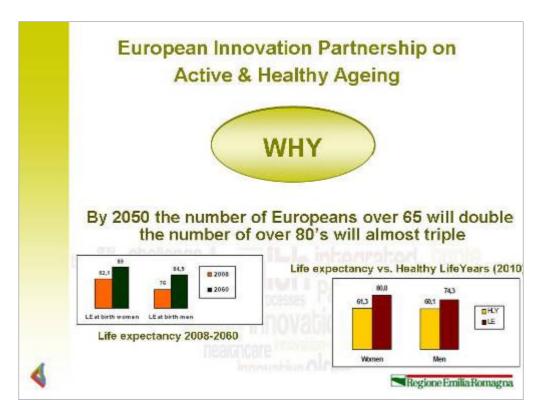
Invecchiare in Europa: strategie e sinergie EU, nazionali e regionali

Introduzione

Antonio Addis









The International Workshop

1st SESSION

Ageing in Europe: EU, national and regional strategies and synergies

- The European Commission strategy for healthy ageing and instruments 2014-2020 - Petra Leroy Cadova
- Bringing Regions together for a better health Kirsten Currie
- Demographic projections in Emilia-Romagna: possible developments - Angelina Mazzocchetti
- Mattone Internazionale Project Pasqualino Rossi & Lisa Leonardini





The International Workshop

2nd SESSION

EIP-AHA in Emilia-Romagna: regional coordination

- Regional EIP-AHA committments
- Novel approach for improvement adherence to medical plans and medication (Action A1) - Luca Sangiorgi
- → Prevention of falls initiative in Emilia-Romagna (Action A2) Lorenzo Chiari
- Cognitive component in the frailty syndrome (Action A3) Laura Calzà
- Collaborative models for supporting integrated care (Action B3) Giorgio Vezzani
- Working together for independent living at regional level (Action C2) Teresa Gallelli
- EIP-AHA Emilia-Romagna: Transversal Good Practice Electronic Health Record (EHR) and SOLE (Healthcare online) Anna Darchini
- Monitoring health and quality of life in over 64 people (PASSI d'Argento) - Alberto Perra





The International Workshop

3rd SESSION

Closing round table Next steps: strategies, tools and opportunities

Chairman Pasqualino Rossi - Italian Ministry of Health Representative

- · Paolo Bonaretti Sector of Innovation and Technology Transfer Representative
- Roberto Grilli Emilia-Romagna Region Representative
- Achille Grisetti Industrial sector Representative
- · Remo Martelli Third sector Representative

Closing remarks Roberto Grilli - Paolo Bonaretti







Strategia della Commissione europea per un invecchiamento attivo e in buona salute: gli strumenti della programmazione 2014-2020

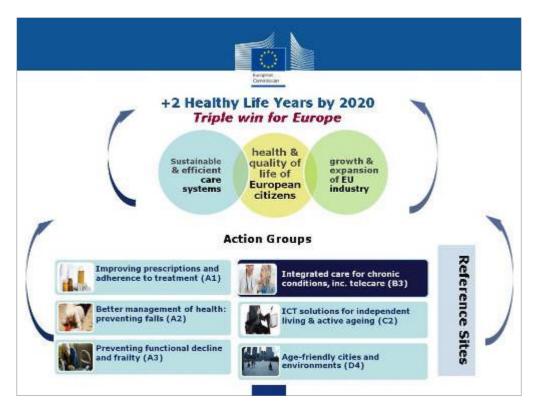
Petra Leroy Cadova



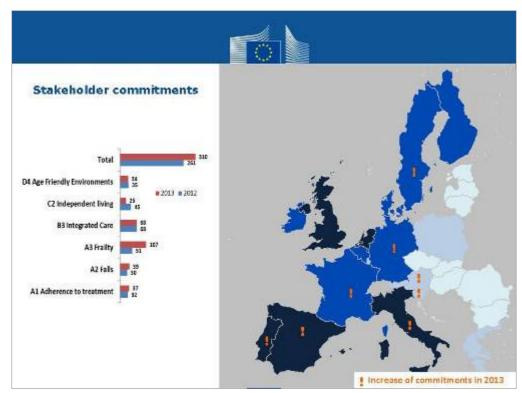


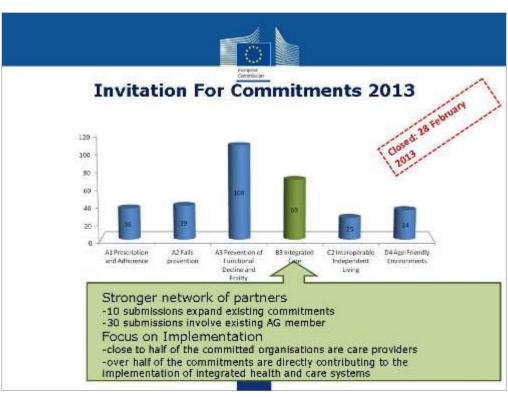


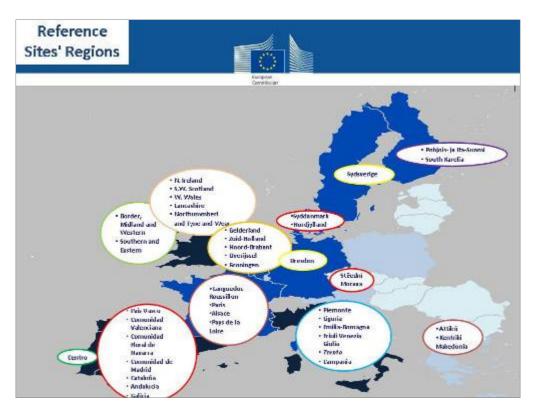


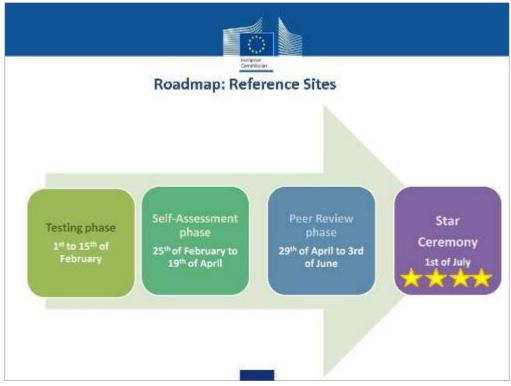


















HORIZON 2020

Commission proposal for a 80 billion euro research and innovation funding programme (2014-2020)

A core part of Europe 2020, Innovation Union & European Research Area:

Responding to the economic crisis to invest in future jobs and growth

Addressing people's concerns about their livelihoods, safety and environment

Strengthening the EU's global position in research, innovation and technology



HORIZON 2020

Three Priorities:

Excellent science Industrial leadership Societal challenges

Societal Challenges (proposed budget distribution in Million Euro)

Health, demographic change and wellbeing	8 033
Food security, sustainable agriculture, marine and maritime research & the bioeconomy	4 152
Secure, clean and efficient energy*	5 782
Smart, green and integrated transport	6 802
Climate action, resource efficiency and raw materials	3 160
Inclusive, innovative and secure societies	3 819



HEALTH PROGRAMME 2014-2020

A **new health programme** to help EU countries respond effectively to economic and demographic challenges facing their health systems and enable their citizens to stay healthy for longer. The programme would help fund:

the uptake of innovative solutions to improve healthcare provision

pooling of resources and know-how between EU countries to address common problems, while enabling national governments to retain control over their own healthcare systems.

€ 446 million (Proposed budget) for a 7-year period.

The Programme would fund grants and public procurement contracts for public or private bodies, national authorities, European NGOs and international organisations. It would help EU countries:

find cost-effective solutions to the challenges they face

make their health systems more responsive and sustainable.





Added Value of the EIP on AHA

Networking (5	% of all 107 respondents)
- To form partnerships	85%
- To align processes with others	58%
- Other	28%
Visibility	70%
Exchange of good practice	75%
Creating awareness for healthy a	geing 53%
Influence local/regional/nationa	l polices 63%
Growth and employment	21%
Overcoming barriers	47%
None	1%



Thank you for your attention!

petra.cadova@ec.europa.eu

EIP on AHA Website – the MARKETPLACE http://ec.europa.eu/active-healthy-ageing

> DG SANCO Website http://ec.europa.eu/health

Cosa è EUREGHA

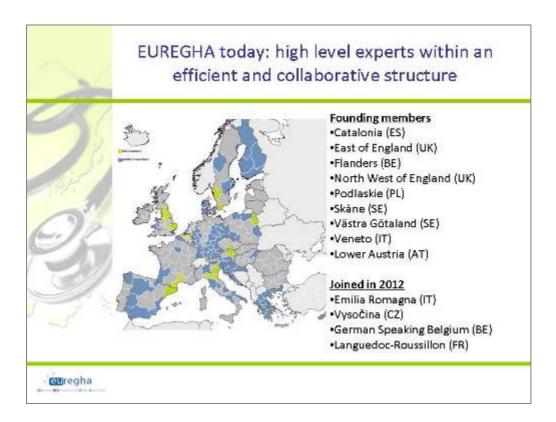
Kirsten Currie



Regional and local authorities represent the natural interface between citizens, National and European institutions and exert a pivotal role in improving the efficiency and quality of policy development in health

Why work together on health?

- Regional and local authorities are the natural interface between citizens, national- and EU institutions
- Regional and local authorities important role to play in order to improve efficiency and quality of policy development in health
- With approximately 300 regions in the EU it is important for regions to work together to achieve improved efficiency and improved healthcare quality
- On top of this, a network like EUREGHA has an important role to provide the EU-institutions with a gateway to so many regions



<u>Aim</u>

To promote collaboration amongst regions and local health authorities and EU stakeholders in the field of health

History

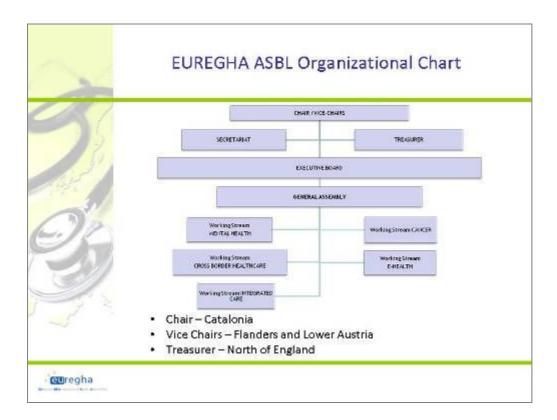
Created on January 30th 2006

2006-2011: free and informal platform

January 2012: EUREGHA ASBL (non-for profit organization according to the Belgian Law)

EUREGHA today

- 13 full/paying members green regions on the map
- 80 platform members blue regions on the map remaining from when EUREGHA was a platform. Limited rights, get information on event etc.



Organisation

- Secretariat in Brussels one employee and one trainee
- · One Chair, two Vice Chairs and one Treasurer
- General Assembly as the management organ
- Executive Board as the implementing organ, meets at least 3 times/year, currently 9 members
- Five "Working Streams" that are EUREGHA's main focus mental health, cancer screening, cross border health care, ehealth, integrated care
- · Brussels based members



How does the EUREGHA network work in Brussels and with which European institutions and stakeholders do we mostly interact with? And why is it important to collaborate on the European level?

Liasing with EU Institutions

European Commission

• Structured dialogue with DG Sanco, for example Investing in Health and Experts' Conference on the Cross Border Patients' Directive

EU Presidencies of the Council of the European Union

• Presentations by the health attachés from each EU Presidency about their upcoming health priorities

CoR

• Secretariat of the Health Intergroup. Aim: to raise the profile of health questions in the CoR

Liaising with other EU stakeholders

Health related networks

- Benchmarking and collaboration with other Brussels based health networks for example collaboration with AER and CORAL in a current application to the Ambient Assisted Living (AAL) Programme.
- Seek to exchange experiences and complement each other, several member regions are members of other networks, in order to avoid duplicities and competition.

EU Platforms

Active participants in eHealth Stakeholder Group and European Health Policy Forum. Increases dialogue
and possibilities to influence EU policy and a very important gateway for the member regions to contribute
to EU decision making process.

Regional Offices

• The presence of European regions in Brussels is important in order to ensure their influence on the EU decision making process

- Close dialogue with the member regions' Brussels offices and we meet on a regular basis.
- EUREGHA is a gateway to the policy process for its member regions and we are the only European network that really represents regional and local authorities and understand their priorities and specific needs.
- Regarding health, local and regional health authorities across Europe are becoming increasingly engaged
 in EU health policy, legislation and funding activities. EUREGHA facilitates this by communicating important
 health related information, and mapping changes in the health legislation processes.
- The voice of a network which represents so many regions will be stronger than if all regions would only work individually. Together we can achieve more than what we can alone.



How does EUREGHA fulfill its aim and what are the main activities of the network?

EUREGHA is actively involved in the EIP-AHA and this participation is currently developing into one of our main activities.



Our other activities include:

Working Streams

The five core working groups

- · Mental health:
 - Focused on the <u>EUREGENAS project</u>: 3 years, funding from the EU Public Health Programme, aim contribute to the prevention of suicide prevention in Europe through the development and implementation of strategies for suicide prevention at regional level
- · Cancer Screening:
 - Focused on the EPAAC Joint Action (European Partnership for Action Against Cancer)
 - Through a consortium of 3 member regions we participate in the Steering Committee meeting
 - Workshop on Breast Cancer Screening in Brussels 3-4th of June
- · Cross border health care:
 - Focused on the implementation of the Cross Border Patient's Directive.
 - Experts' meeting with regional experts on the 17th of September, where the regions will sit down with the Commission and discuss the implementation of the directive and how it will affect the regions
- eHealth:
 - Liaise with other networks on eHealth
 - Participation in the EC's eHealth Stakeholder Group
 - Map the eHealth strategies of the member regions
- · Integrated Care:
 - Focused on the commitments of EUREGHA in the European Innovation's Partnership (already mentioned)

Joint Actions

Policy driven activities carried out by the EU and one or more Member States or by the EU and authorities of the countries participating in the Health Programme.

- Mental Health -EUREGHA is collaborating partner
- EPAAC Flandern, North England, Veneto EUREGHA participates via the consortia
- Chronic diseases associated partner which means that EUREGHA will be more active. Secretariat, North West England, Skåne, Languedoc-Roussillon and Catalonia. Working with the dissemination work package where we will organize a workshop to disseminate the results of the JA to EU regions.

Lunch Briefings

- Regular Lunch briefings
- · Aim: information sharing, discuss subjects of importance to members
- For example: Before every presidency lunch briefing on the health priorities of the coming presidency and "Introducing Euregha"

Policy briefings

- · Once per month
- · Discuss policy areas (legislative or non-legislative) that are of importance to the member regions
 - February- The Tobacco Directive
 - March The Social Investment Package and Investing in Health, with Wolfgang Buecherl from DG Sanco
 - April eHealth Action Plans



EUREGHA Activities and Communication Tools

- Input opinions to EUREGHA joint positions to EP and EC
- · High Level Conference

Communication Tools

- Newsletter
- Members Section of EUREGHA website
 - Mapping documents
 - Full Members contact information
 - Documents/Presentations from EUREGHA activities
- Social media



Input opinions to EUREGHA joint positions to EP and EC

For instance: consultation on the public health programme

High level Conference

- · Aim is to organize one HLC per year
- Early December "Governance of research for regional health strategies"
- Influenced by a presentation by Mr. Addis, held at our General Assembly in March which interested evoked an interest in many of our members. The HLC will explore this topic of connecting health research and policy further.

In order to communicate with our members and to maintain transparency EUREGHA has various communication tools that we utilize:

Communication Tools

Newsletter

- · Once a month for members, quarterly for the public
- EUREGHA news and the most relevant EU Public Health news
- · Conferences and events
- · Call for proposals

Members' section

• Each member has its own account where they can access important documents and information that is not published on the official website

Social media

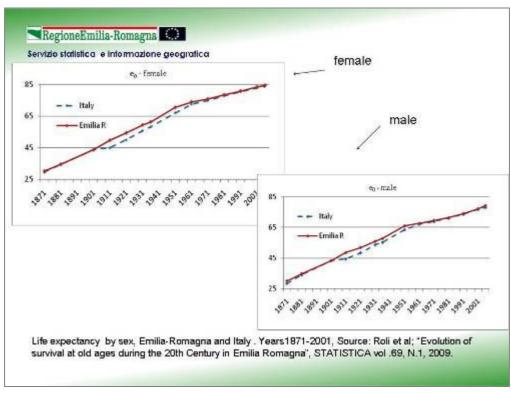
Twitter

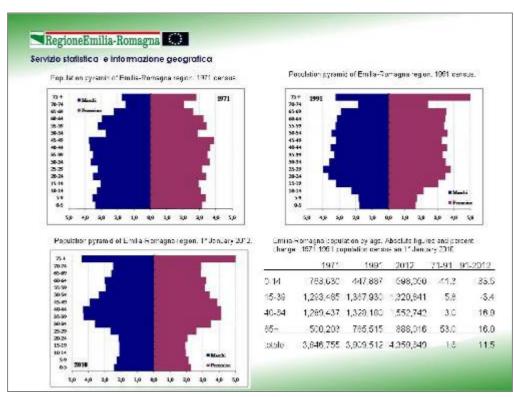


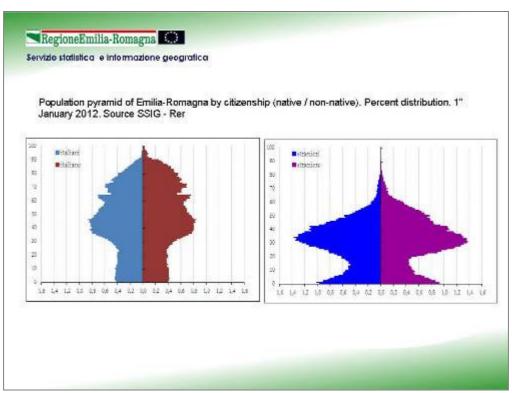
Tendenze demografiche in Emilia-Romagna: quali sviluppi?

Angelina Mazzocchetti











Servizio statistica e informazione geografica

Emilia-Romagna population projection

- √ 3 scenarios (low, medium, and high variant) combining different evolutionary hypothesis for mortality rate, fertility rate, emigration rate and different level of immigration flows.
- ✓ multistate multiarea cohort-component model
 - ✓ multiarea → flexible sub-regional areas definition.
 - ✓ multistate → two sub-populations are considered : Italian
 and foreign (identified as a whole by non- Italian citizenship)
- ✓ results depend on hypothesis but some evolutionary path are still
 designed by the recent demographic history
- √ 20 years time range → last update 2010-2030 under revision

RegioneEmilia-Romagna

Servizio statistica e informazione geografica

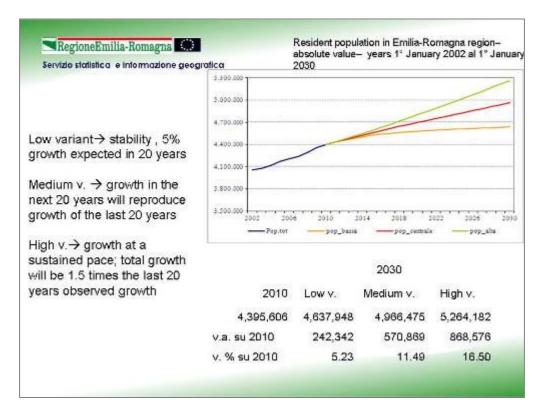
two observed tendencies for life expectancy:

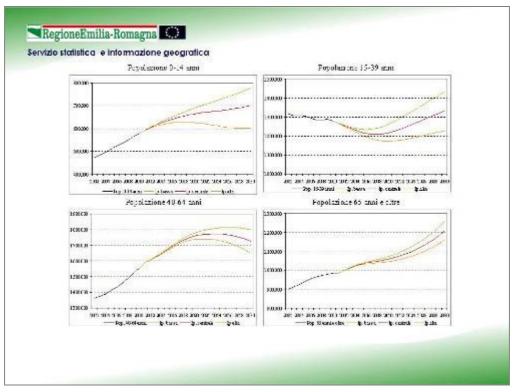
√ reduced speed of growth rate

√gender gap decrease

			lifference w revious per	131200	difference male - female
- 2	e0M	e0F	eOM	e0F	_
1981	71.74	78.98			-7.25
1991	74.26	80.91	2.53	1.9	93 -6.69
2001	77.43	83.29	3.17	2.3	37 -5.86
2010	80.02	84.91	2.59	1.6	33 -4.89

		2029 projected value						
	2010	Low variant	Medium variant	High variant				
еОМ	80.02	81.8	83.3	84.8				
e0F	84.91	85.3	86.4	87.9				





RegioneEmilia-Romagna

Servizio statistica e informazione geografica

Population in Emilia-Romagna aged 65 years or more, 1° January 2010 and estimation 1° January 2020, 1° January 2030, Absolute figures and percent change, Source : SSIG - RER

	-	2020			2030			
	2010	Low variant	Medium variant	High variant	Low variant	Medium variant	High variant	
65-79	679,569	690,508	697.261	703.826	791.921	814.855	836,568	
80+	306.123	356.208	362,848	369.725	369.760	394,417	421.039	
65 years or more	985,692	1.046.716	1.060.109	1.073.551	1.161.681	1.209.272	1.257.607	

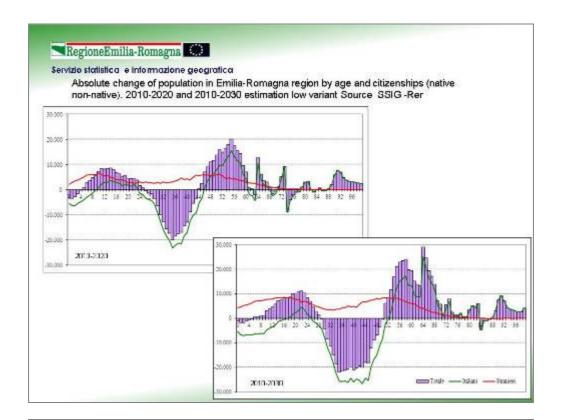
		cent chan 1020-2010	-	Percent change 2030-2020			Percent change 2030-2010		
	Low variant	Medium variant	High variant	Low variant	Medium variant	High variant	Low variant	Medium variant	High variant
65-79	1,6	2,6	3,6	14,7	16,9	18,9	16,5	19,9	23,1
80+	16,4	18,5	20,8	3,8	8,7	13,9	20,8	28,8	37,5
65 years or more	6,2	7,5	8,9	11,0	14,1	17,1	17,9	22,7	27,6

RegioneEmilia-Romagna

Servizio statistica e informazione geografica

Demographic indices, Emilia-Romagna population, 1" January 2010 and estimation 1" January 2020 , 1" January 2030. Source : SSIG - RER

		2020			2030			
	2010	Low variant	Medium variant	High variant	Low variant	Medium variant	High variant	
Ageing index	170,2	167,1	159,6	155,6	193,2	172,7	161,9	
Young dependency	20,5	21,5	22,3	22,7	20,9	22,9	24,1	
Old dependency	34,8	36,0	35,6	35,3	40,4	39,6	38,9	
Total dependency	55,3	57,5	57,9	58,0	61,3	62,5	63,0	
Active population structure	121,5	148,3	144,4	140,9	134,7	129,6	125,7	
Potential Replacement	154,1	139,3	137,8	136,4	165,5	156,5	151,4	
parent support ratio	17.6	19.0	19.2	19,5	18,2	19,0	20,0	





Servizio statistica e informazione geografica

CONCLUSIONS:

- √ ageing process is estimated to persist.
- migration flows can alleviate this process but certainly cannot remove some already wrote pattern
- change in the consistency and some age groups will mainly due to migrant population
- ✓ the growing complexity of the demographic components represent a recognized future challenge

fewer? → maybe

older and multicultural? More certainly two future faces of European Countries

Fewer, older and multicultural? Eu populations projections by foreign/national background. G. Lanziari, Eurostat WP, 2011



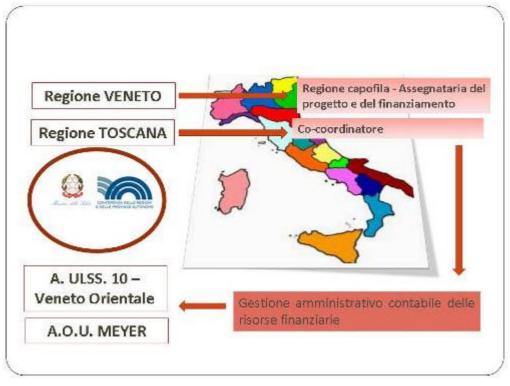
Thanks for your attention!

amazzocchetti@regione.emilia-romagna.it

Il Progetto Mattone internazionale

Lisa Leonardini







Pilastro 1.
Piano di Formazione Nazionale

Attivazione e realizzazione di Corsi Formativi dedicati a target differenti, come risposta efficace alla necessità di costruire una presenza costante e qualificata dell'Italia nelle sedi Europee ed Internazionali.



Pilastro 2. Creazione di un database

Realizzazione di un database aggiornabile che raccoglie i progetti europei e internazionali nell'ambito sanitario.



Pilastro 3.

Comunicazione e informazione

Sito web di progetto come strumento principale di comunicazione.

Info day nazionali.

Workshop tematici di approfondimento.

Newsletter mensile contenente informazioni dall'Europa per le Regioni italiane.



Pilastro 4. Piani di formazione locale

Moltiplicare saperi e nozioni nei livelli locali dove opera quotidianamente il personale sanitario.

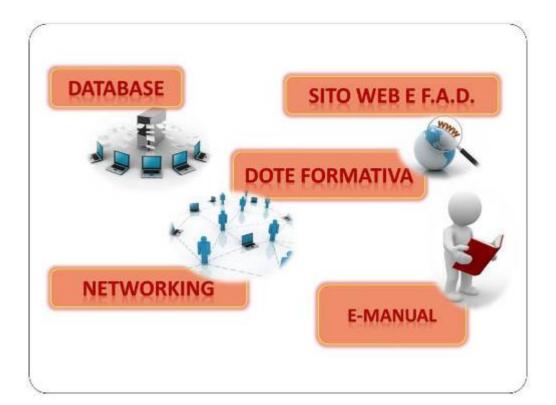
I Piani di Formazione Locale sono finanziati alle Regioni italiane attraverso Avviso pubblico.











QUALI I PUNTI DI FORZA?

... aver proposto ai governi regionali processi di internazionalizzazione in sanità finalizzati a promunvere l'immagine dei SSR in Europa e nel mondo e a supportarne l'incremento di competitività e attrattività, SSR intesi non solo come sistemi di erogazione di prestazioni sanitarie, ma anche come sistemi capaci di introdurre innuvazione e contribuire alla crescita del sistema paese nel suo complesso.

QUALI GLI STRUMENTI?

Area del network, con la definizione di una rete interregionale di "addetti ai lavori" tesa a lacilitare l'attività di supporto e il collegamento interistituzionale, capace di assicurare una partecipazione italiana costante e pro-attiva presso le Commissioni e Gruppi di lavoro Europei ed internazionali su tematiche sanitarie di rilievo (Active Ageing, Direttiva 2011-24-EU, ecc.), con il contributo attivo di esperti regionali.

Area dell'informazione e della formazione, con la creazione di reali occasioni per la massima utilizzazione delle opportunità offerte dall'attuale Agenda Europea (2007-2013), e dalla futura (2014-2020), in tema di Programmi e Risorse Comunitarie.

Area del capitale umano, con l'attenzione alla promozione dello sviluppo delle risorse umane impiegate nelle strutture dei Servizi Sanitari Regionali, poiché la capacità di agire in Europa e a livello internazionale è determinata e definita dalla capacità di garantire una presenza continuativa, strutturata, ma soprattutto competente, ai tavoli operativi e decisionali.

IL FUTURO?

Rafforzare l'empowerment del gruppo di esperti delle Regioni e delle ASL coinvolti in questi anni di attività.

Consolidare il coordinamento attivato tra le Regioni italiane.

Supportare il recepimento e l'applicazione della Direttiva 2011-24-EU.

Supportare la partecipazione delle Regioni alle iniziative della Commissione Europea (PPP).

Accompagnare la Presidenza italiana in Unione Europea (nell'ambito della salute), prevista per il II semestre 2014.

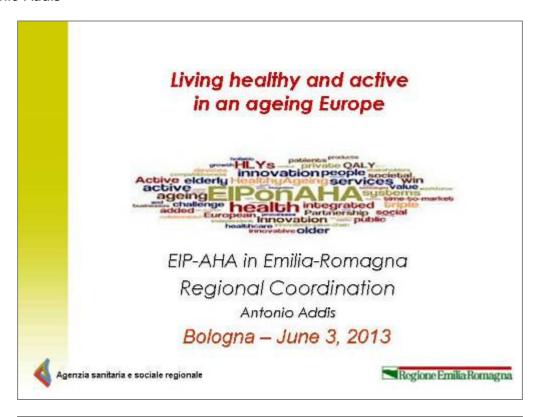
Rafforzare le Regioni sull'accesso ai fondi comunitari, compresi i fondi strutturali e il loro utilizzo (attualmente sottovalutato) in sanità.

Grazie per l'attenzione

progettomattoneinternazionale@ulss10.veneto.it

Sessione 2. EIP-AHA in Emilia-Romagna: coordinamento regionale

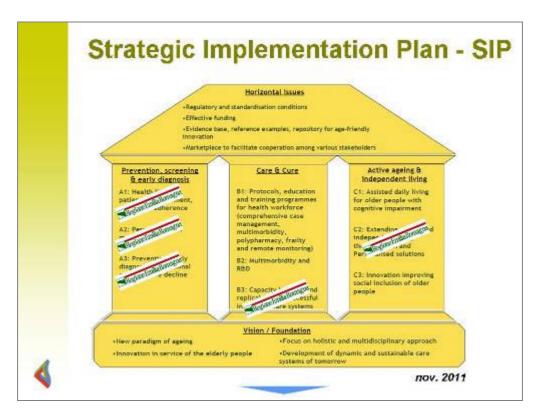
Il coordinamento regionale di EIP-AHA e i commitment dell'Emilia-Romagna Antonio Addis

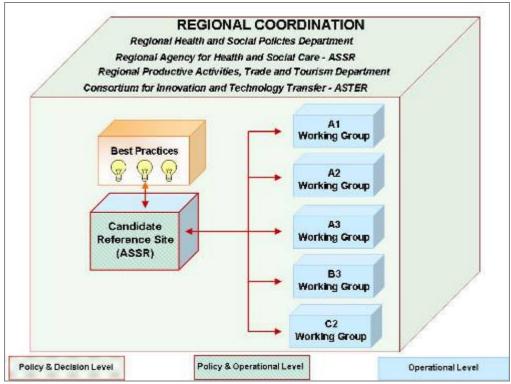


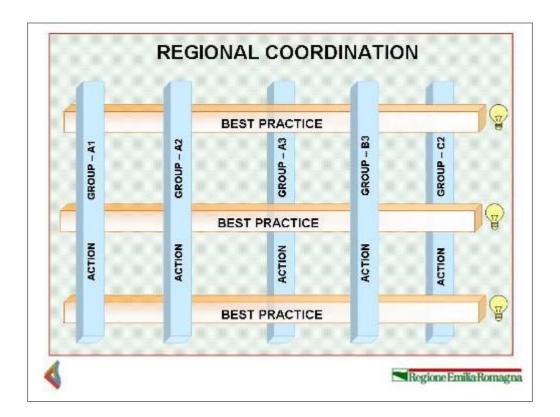
Agenda

- The starting point: 2011 the Strategic Implementation Plan (SIP)
- Regional Coordination and Reference Site
- Actions, commitments, and working groups
- ...integrating regional tools









RE-R Action Groups - main objectives

A1 Create it platforms that provide patients with feedback about their disease, its progression, and the success of interventions to improve function and IQCL. Use IT databases and novel methods for population shall fication to develop innovative personalized therapy program to improve adherence to treatment, Create innovative integrated Legistic Pratform for Diseasmbles and Pharmisceutical deliveryal standage.

A2 Decloyment and evaluation of tailored ICT-based solutions for fall detection and prevention; Mapping of the identified fall risk model into an operational programme for the prescription of personalized interventions and/or ICT-based assistive devices for falls prevention and rehabilitation in community dwelling older subjects.

A3 Indusion of the cognitive testing as screening action in the frailty diagnostic criteria, use of personal and ambient devices for objective evaluation of physical performance, introduce new guidelines for pre- and trailty recognition through personalized index.

B3 Spread tele-medicine all over the region, initially dedicated to 4 major disease areas. Chronic respiratory insufficiency. Chronic heart failure and rehabilitation in chronic coronary artery disease. Chronic renal failure, Palistive care.



C2 Introduce guidelines on how to implement innovative procurement, introduce recommendation for interoperatibility process and standardisation, create a set of good practice occuments for the implementation of independent living colutions and recommendations.

Regional Best Practices - their aims



SOLE-FSE project: create an integrated network of Local Health Trusts, Hospitals, general practioners and pediatricians and provide, through the Electonic health record (FSE) the clinical history of every citizen of the region.

...our transversal BP



PROFITER project: establish a regional network for falls prevention through a number of seminal regional initiatives involving different Local Health Trusts, research institutions and industrial stakeholders.



ARIA project: evaluate the feasibility of a home follow-up program combining tele-monitoring and chest physiotherapy in preventing acute respiratory episodes.

Integrating regional tools A

Anagrafe regionale delle Ricerca - ArER

Since 2005 we are mapping research to get a clearer picture of the research carried out in the regional territory

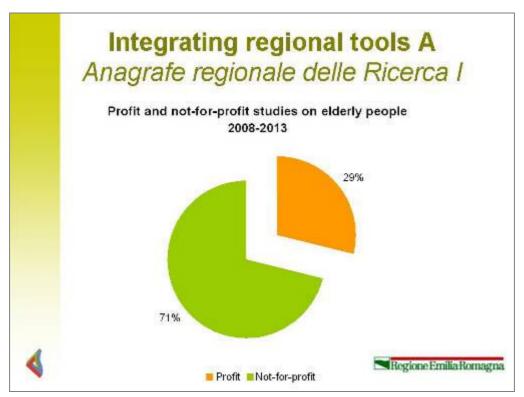
ArER is ...

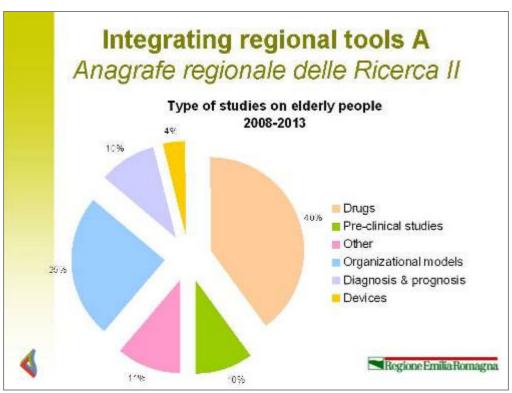
...a perspective register to systematically catalogue research activities carried out in the regional healthcare Institutions/Organisations tracing - at the same time - research relevant outputs











Integrating regional tools B Programma a ricerca Regione-Università I

Research for Clinical Governance Call 2013

2,5 MILLION Euros

6 Research questions (out of 25) focusing on **Geriatrics**





Integrating regional tools B Programma di ricerca Regione-Università II

- Evaluation of integrated healthcare models for oncological/oncohaematological elderly patients;
- Pharmacological and non-pharmacological management of elderly patients with Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) and/or delirium;
- Evaluation tools and multidimensional geriatric models of intervention for frail elderly patients, or elderly patients at risk of frailty, in different settings;
- Fall prevention interventions in different settings (hospital, rehab centers...);
- Impact evaluation of interventions aiming at maintaining muscle mass, tone and performance in elderly patients with major surgery;
- Impact evaluation of interventions to increase therapeutic compliance in the elderly by comparing transferability into current practice, efficacy and costs.

 Regione Emilia Romagna







Azione A1 - Migliorare l'aderenza alle prescrizioni di farmaci a livello regionale Luca Sangiorgi



WHO?

Partnership is composed by:

- •IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli
- •IRCCS Arcispedale S.Maria Nuova
- •IRST Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori
- •IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna
- •Alma Mater Studiorum, University of Bologna









WHO?

The collaboration is based on:

- good practices already devoleped by partners with regard to medication assistance
- ·already in use technologies for traceability of
 - ✓ Information
 - ✓ Logistics
 - √ Temperature
- •trace softwares that govern the information of clinical pathways and therapeutic care of patients,
- training on Health Literacy for communication with patients.









WHO?

Partnership presenting:

- √technological innovations
- √new clinical care models
- √integration between hospitals and territories
- √multidisciplinary approach
- √broad spectrum of diseases treated (neurology, orthopedic and oncology)
- √case-mix of ospedalization and postospedalization









WHAT?

- Reduction of inappropriate prescription and in general inappropriately poly-medicated patients.
- Tracing the complete life cycle of Pharmacological therapy and the results of carrying out clinical tests and adherence to prescription
- Adoption of the necessary safety criteria for the management of therapies and the related clinical data









WHAT?

 We will start from clinical data and patients behaviour to implement best practices and guidelines for ageing-diseases

(Bottom-Up Strategy)

- Implementation of:
 - ✓ Appropriate support programmes (Health Literacy)
 - √ Tools
 - ✓ Educational materials

to address adherence for different target groups.









HOW?

- Create IT platforms, in Cloud Environment, that provide patients with feedback about their disease, its progression, and the success of interventions
- Create IT tools to improve function and quality of life and promote real time information exchange between patients, hospitals and pharmacist.
- Novel technological individual packaging and medication devices (old people-friendly) for hospitals and patients.









HOW?

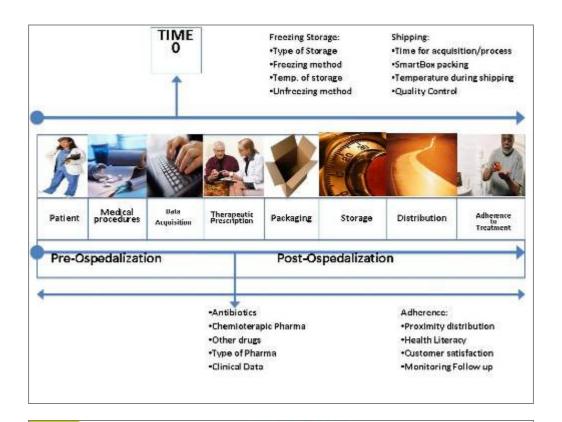
- Use IT databases and novel methods for population stratification in order to develop an innovative personalized therapy programme to improve adherence to treatment.
- Create an innovative Integrated Logistic Platform for Bio-samples (BS) and Pharmaceutical products (PH) delivery and storage for quality monitoring. and certify.
- · Improving Health Literacy
- Customer satisfaction evaluation of the provided services











WHY?

- Identification of risk factors affecting health status led us to improve the lifestyle in target groups.
- Evaluation of adherence rates to therapies in older patients by:
 - √ use of patients' databases
 - √ observational studies
- Based on drug prescription databases:
 - √ Assess specific adherence issues
 - ✓ contribute to the sustainability of services.











- IT tools combined with:
 - ✓ Logistic/Automation
 - ✓ Innovative technological equipment for hospital and home care

can boost the competitiveness

- Final aim is to reduced health and care costs by improving
 - √ Accessibility
 - √ Quality of care

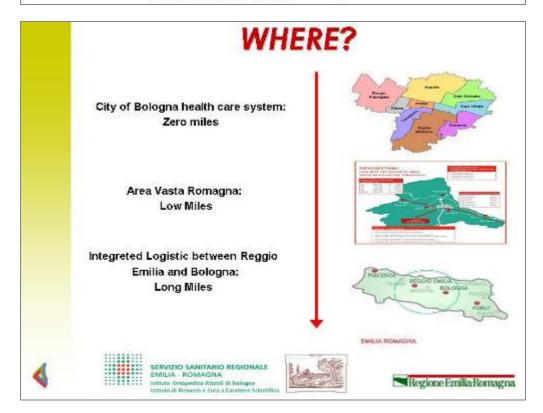
of target groups in given regions













Azione A2 - Prevenire le cadute e le fratture nell'anziano

Lorenzo Chiari

(vedi anche scheda della buona pratica, Paragrafo 4.2)



Contents

- Rationale: facts & figures
- 2. The RER baseline before EIP
- 3. Our commitment: the PROFITER project
- 4. Added value of a partnership
- The Regional partnership
- Future objectives







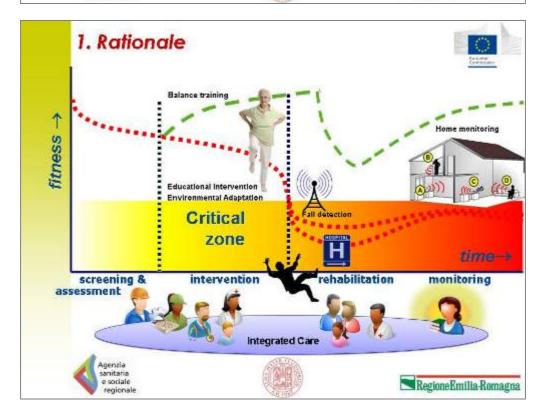
1. Rationale

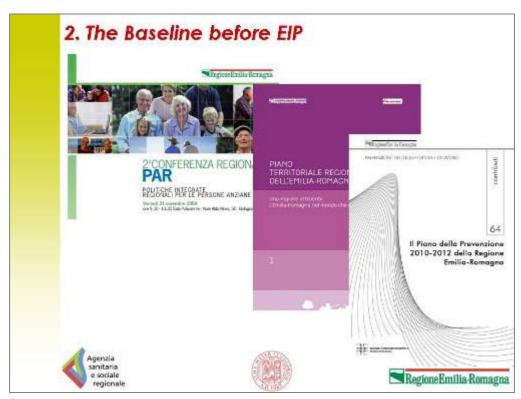


- 1:3 people > 65 years & 1:2 people > 80 years fall each year
 - > 50% Fear falling, depression, isolation, dependence, loss of mobility
- leading cause injury deaths
- · within one year frequent fallers are in hospital, full time care or deceased
- more bed days than heart attack, heart failure & stroke combined
- US direct medical costs of falls \$30 billion
- 0.85-1.5% national health care expenditure EU
- underestimated problem 75%-80% falls never reported
- · Adequate prevention & management
 - > reduce costs
 - > saves resources
 - > increases independence & QoL

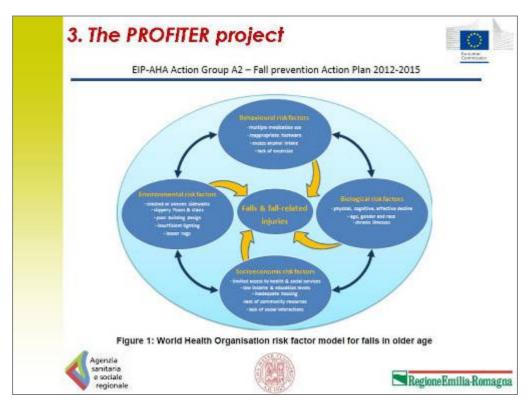


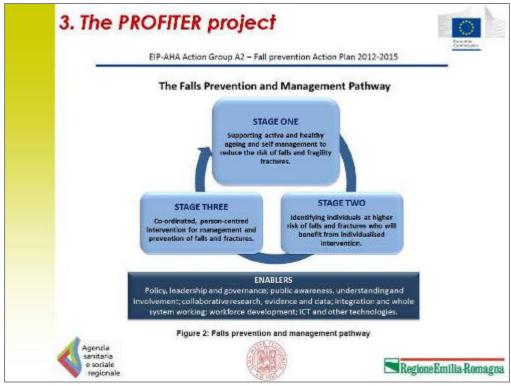


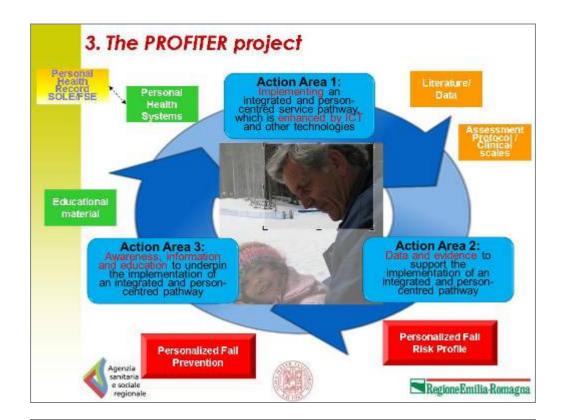












4. Added value

The regional commitment has so far allowed to:

- build a broad, multidisciplinary network of clinical/research experts;
- recollect a number of relevant regional initiatives for fall prevention in different settings;
- start the process to structure knowledge and classify fall risk factors to allow interoperability among different clinical specialties;
- 4.prepare the exploitation of novel ICT-based tools for fall detection, activity monitoring in daily life, instrumenting clinical scales; the majority of such tools are already available on smartphone platforms.





6. Future objectives

- Collection, digitalisation, and retrospective analysis, within the FSE (Electronic Health Dossier) of relevant fall-related information (Registro Regionale Cadute, RRC);
- Development and validation of a personalised fall risk model, integrating known fall risk factors, clinical balance measures, and parameters extracted from wearable inertial sensors;
- Classification of fall risk factors according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to allow interoperability among different clinical specialties and, in perspective, across European Regions;
- Mapping of the identified fall risk model into an operational programme for the prescription of personalized interventions and/or ICT-based assistive devices for falls prevention and rehabilitation in community dwelling older subjects;
- 5. Specific training for personal carers of high-risk subjects;
- Scale up by producing a good practice which can be transferred.





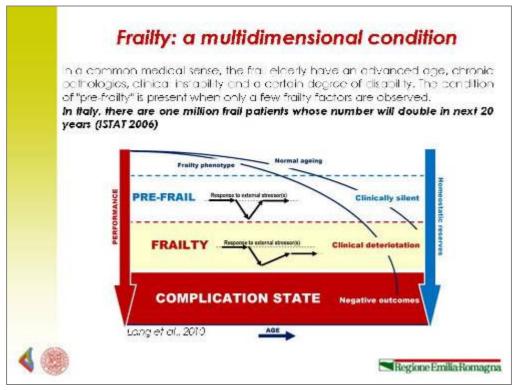




Azione A3 - Fragilità dell'anziano e componente cognitiva

Laura Calzà





Social domain: socio-economic context of the elderly

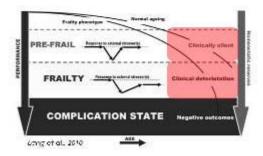
Physical domain: strength (handgrlp), Walking speed,

weight loss, Easily exhausted, physical activity.....

Ex: Short Physical Performance Battery, SPPB

Cognitive domain

Ex: Cognitive status evaluated with the Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)







Social domain

- I)filtering and aggregating of pre-existing health-clinicaladministrative databases originally built for other studies E-care; FSE; rete SOLE
- 2) analysing socially-critical situations and extrapolating common health and working traits helping disease outbreak
- 3) using proper and validated tools to quickly highlight frailty traits in a population base yet unknown to socio-sanitary services



Regione Emilia Romagna

Physical domain

- To spread the use of the simple functional evaluation tools in the everyday clinical practice in the different clinical settings of the regional health system also according to comorbidities
- To implement more objective tools for physical performance assessment (i.e. wearable and ambient sensors)
- To realize the rational (and indices) for the development and implementation of intervention aimed at preventing functional decline, hospitalization and disability in older frail people
- 4) Maximise use of ICT to deliver screening, triage, assessment
- Use the same ICT platform to deliver and monitor treatment / rehabilitation interventions at scale



Regione Emilia Romagna

Cognitive domain

Table 1. Alzheimerology in 2020

Risk assessment at around age 50 and then every 10 years:

History (emphasizing family history) and neurological exam

Brief cognitive screen and neuropsychological testing

Gene screen on "AD risk chip" (+ other familial dementias)

Imaging—Aβ scan, tau scan, MRI Blood "Aβ antibody challenge": basal and evoked

CSF assays for Aβ, tau, and other biomarkers Outcome: a numerical AD risk score Screening

Brief test at GP level

New cognitive tests

Extensive use of ICT devices

Validation programs

Holtzman et al., 2012



Regione Emilia Romagna

Cognitive domain

Validation for a screening use of neuropsychological tests which are widely employed in our territory: Clock Drawing Test (CDT), MMSE, MoCa, 3O3P, Gpcog.

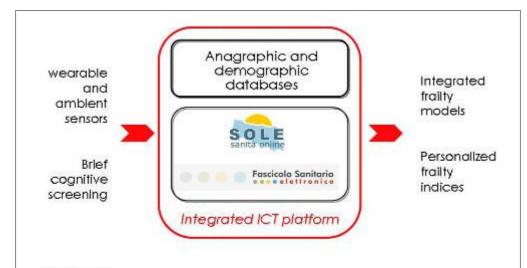
Development of a new screening technique based on the discourse analysis and computational analysis of linguistic corpora

Implementation of a brief test battery on tablet for ICT platforms

OPLON project (OPportunities for active and healty LONgevity), smart cities



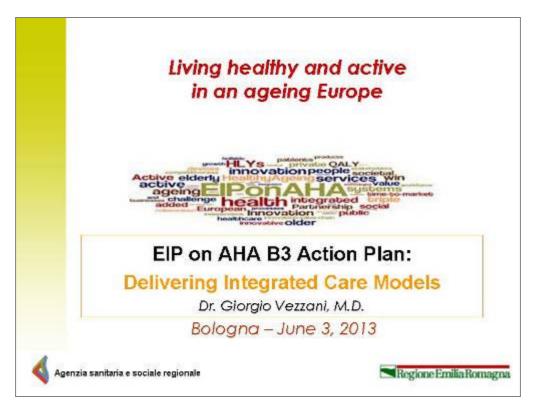


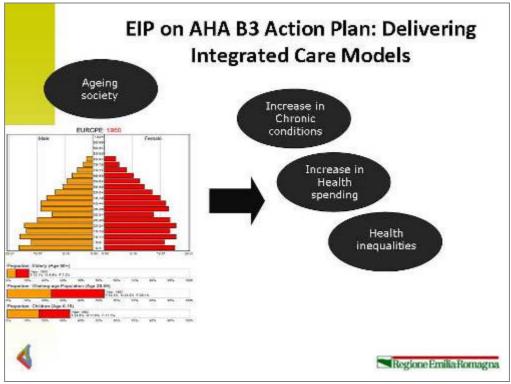


PRODUCTS

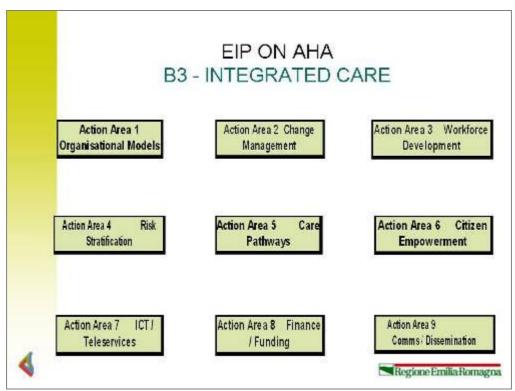
- 1, new brief abgrittve tests for screening based on ICT devices;
- personal and ampient devices for objective evaluation of physical performance;
- 3. new guidelines for ore- and frailty recognition through personalized index:
- 4. new guidelines for secondary and tertiary prevention related to frailty risk index.

Azione B3 - Modelli collaborativi a supporto delle cure integrate *Giorgio Vezzani*









Why Engage in the EIP-AHA?

- Learn from the others' good practices
- Combine evidence
- Collaboration leading to efficiency in (re-)design and validation of innovative care services
- Efficiency of design leading to expansion of services to larger population - with the same level of investment
- Being stronger in application for funding at local/national
- Local industry seeing a larger market, beyond the "local border"
- Political support





SOC. IT. TELEMEDICINA

(SIT) - (RM)

RER-ASSR B3 Action Group **ACTION AREAS** Action Area 1 Organisational Models - Action Area 2 Change Management - Action Area 3 Workforce - Development

A.O. / IRCCS ASMN (RE) A.O. / IRCCS ASMN (RE)

CUP 2000 (BO) AUSL FE (FE)

UNIV. LUISS (RM) UNIV. LUISS (RM)

SOC. IT. TELEMEDICINA (SIT) - (RM) SOC. IT. TELEMEDICINA (SIT) - (RM)

ANT (BO)

Action Area 4 Risk Stratification

Action Area 5 Care Pathways

SOC. IT. TELEMEDICINA (SIT) - (RM) AUSL FE (FE)

UNIV. LUISS (RM)

SOC. IT. TELEMEDICINA (SIT) - (RM)

ANT (BO)



■ Regione Emilia Romagna

Action Area 6 Citizen Empowerment

AUSL FE (FE)

RER-ASSR B3 Action Group

ACTION AREAS

Action Area 7 ICT / Teleservices

Action Area 8 Finance / Funding

A.O. / IRCCS ASMN (RE)

DEMOCENTERSIPE (MO)

AUSL FE (FE)

AUSL FC (FC)

UNIV. LUISS (RM)

Action Area 9 Dissemination Communications /

SOC. IT. TELEMEDICINA (SIT) - (RM)

DEMOCENTERSIPE (MO)

CUP2000

UNIV. LUISS (RM)





ASSR B3 A.G. - activities' synthesis

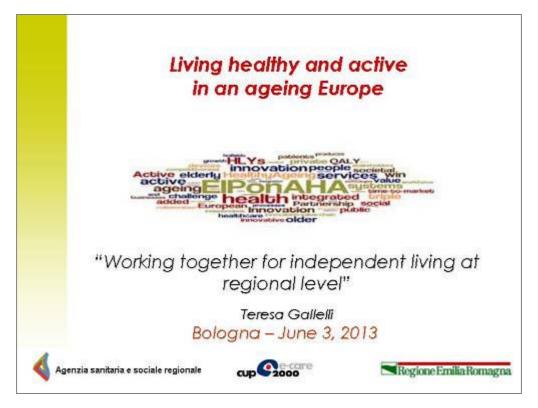
- Contacts with Agencies / Universities / Hospitals / Local Health Autorities of Emilia Romagna Region in order to define the insertion of collaborators in the ASSR B3 A.G.
- Bruxelles Meetings / emails to contribute to the implementation and updating of the EU B3 Action Plan (Drafts, Deliverables, etc.)
- Contribution to the definition of the EU B3 Combined Work Plan
- Collection and delivering to EU B3 coordinators of some good care and organizational practices present in Emilia Romagna
- Meetings with regional Pulmonologists and Nephrologists opinion leaders to explain the EIP on AHA B3 Action Plan
- Interfacing with the ASSR A2 and C2 Action Groups team leaders to identify joint regional research projects.



Regione Emilia Romagna

Azione C2 - Collaborare per una vita autonoma dell'anziano

Teresa Gallelli







C2 Action Group Rationale

ICT solutions benefit:

- Independent living of older people
- Social inclusion and participation of older people
- Reduce depression rates
- Enhance quality of work for carers
- Make overall care provision economically sustainable (e.g. by avoiding and reducing hospital stays).

But, Largely proprietary, based on single provider design and cannot be easily adapted to multiple and changing user and organizational needs







What is the Action Plan C2 about?

The overall objective: "enhancing deployment and take up of interoperable independent living solutions based on open standards".

The specific action: "development of interoperable independent living solutions", supported by two deliverables:

- By 2015 availability of key global standards and validated implementations of interoperable platforms, solutions and applications for independent living.
- By 2015 availability of evidence on the return on investment of these solutions and applications, based on experience involving at least 10 major suppliers, 100 SMEs and 10,000 users. The action group has expanded ROI to include socio-economic outcomes.

Our focus: to deliver this in a way that enhances older people's quality of life, supports independent living & active ageing, boosts cost effectiveness for the health and social care sectors and promotes economic benefits.









C2: what happens at the regional level









First step in C2

Innovative procurement has been identified as a relevant one

The participants have agreed to collaborate on this topic as to

 promote awareness raising and a wide use of innovative public procurement for innovative services and products

2)facilitate mutual learning and sharing of practices among practitioners and interested parties

The analyses on the innovative procurement tools which are currently being used, and the lessons learned by the practitioners so far, is the first task to be performed.

Upcoming step in C2

Toolkit/guidance for user empowerment incorporating co-creation, awareness raising and technology confidence building





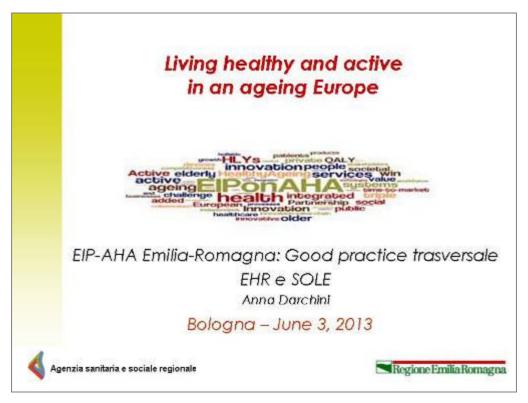


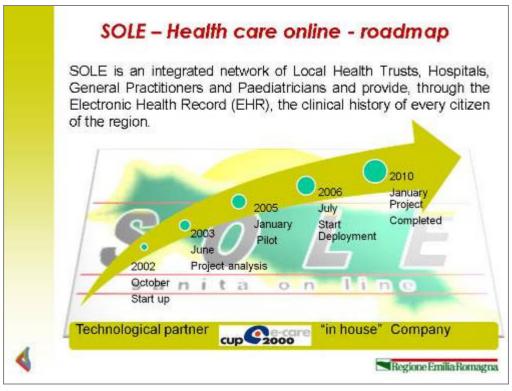


Una buona pratica trasversale dell'Emilia-Romagna: il Fascicolo sanitario elettronico e il Progetto SOLE

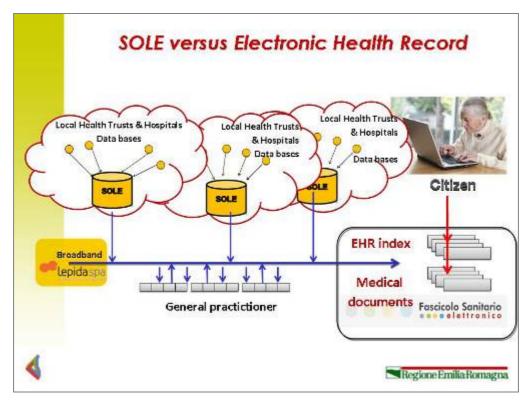
Anna Darchini

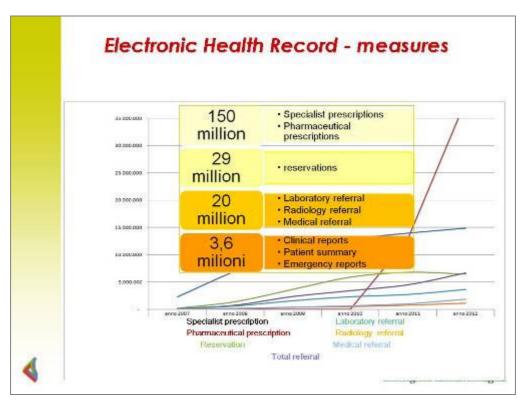
(vedi anche scheda della buona pratica, Paragrafo 4.2)





SOLE – Health care online - contents Project's SOLE solutions are based on innovative e-government standards and health care services in order to: •Manage prescription-referral life cycles •Provide continuing-assistance management process •Keep GP/Company Administrative Management Fluxes •Supply Integrated Home Care Assistance in Management Processes Laburatory Radiology Public Health Company Regional Index SOLE Server











Sorvegliare salute e qualità della vita della popolazione ultra64enne (PASSI d'Argento)

Alberto Perra





Sorvegliare la salute di una popolazione

- Si realizza sulla popolazione generale e attuale, non sui servizi
- Fornisce informazioni precise, significative ma non esaustive
- Focalizza sui processi e non sui risultati
- ♣ Fornisce l'informazione che serve → orientata all'azione
- Fornisce l'informazione quando serve → tempestiva
- Raccolta, management e uso dei dati da parte del servizio sanitario
- Costa poco

La sorveglianza di salute della popolazione è nata in Italia (2004-2005) allo scopo di mettere a disposizione degli indicatori, di malattie o loro determinanti e di diffusione di azioni di prevenzione o promozione della salute (PASSI = Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)

Le motivazioni della sorveglianza di PASSI d'Argento

Perché costruire un sistema di sorveglianza per la popolazione ultra64enne?

- * Popolazione ampia (20.8% della totale) e in crescita (33% nel 2035)
- * Predominante voce di spesa, pubblica e delle famiglie
- Ampi spazi per migliorare l'efficienza (es.: attraverso la migliore collaborazione sociale-sanitario)
- Allineamento con strategie internazionali (es.: Active Ageing, OMS)
- e europea
- PNS e PNP 2010-2012: sorveglianza essenziale per monitoraggio e valutazione interventi
- * LEA (revisione) e Guadagnare Salute
- Priorità delle regioni







Oggetto della sorveglianza

Partecipazione, Salute e Sicurezza





La strategia delineata dall'OMS è basata su:

- Partecipazione
- Salute
- Sicurezza delle persone ultra 64enni

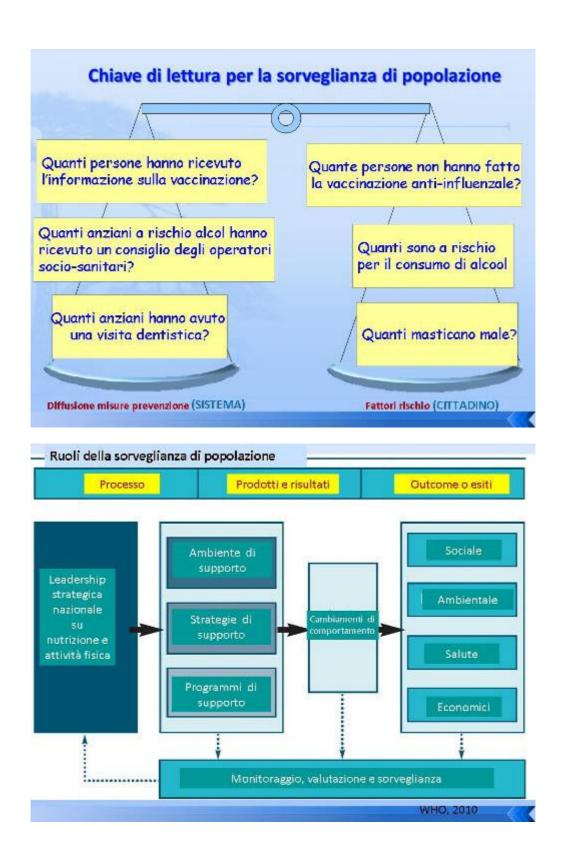
Una società che investa su queste tre aree contribuisce a creare le condizioni in cui gli anziani si trasformano da target passivo dei sistemi sanitari e sociali a risorsa per la società



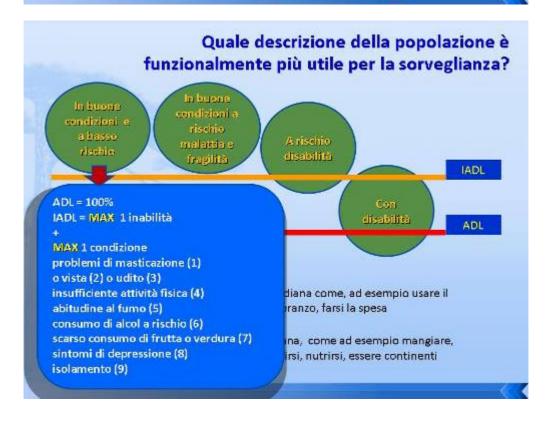


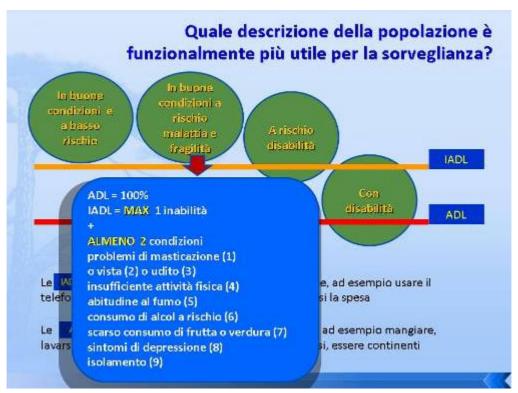




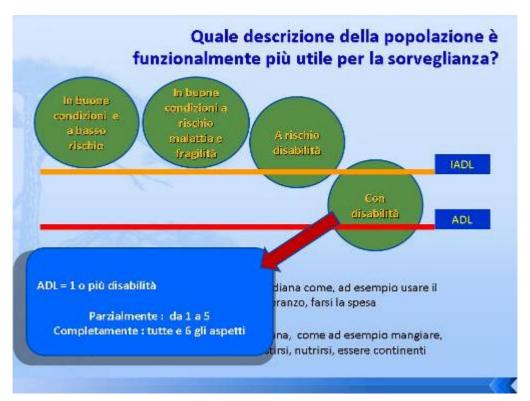


		0.2 Preventions a Corregion to de la clima distrate de la non secondition de				
STRONE.		Programma Program				
(84)(20)	4.23	Anticolors del dimensi i carregiorico a l'apparation a una degre Pecció Argenta. Pecento any ciul e dissilia de un il dimension accusar calles materias inacegame a como accide monorte neglicar con la ciul di color accidenta del como accidenta del color accidenta.	,	The state of the s		
RASILICATA	1.2.1	"recognite dispersion" at orie dista per la prevanciona e il trattamento de la concepentame l'acciano (DGI n. 1879 design	,	Progetti in		
CALABRIA	4.21	As a properties of experies a characteristic storage from an agree side stabula, de la écologique de se and a se la participa constabilité à collequalité de plume vera legistratif à possocialmental à		realizzazione per la		
	4,23	Projetto are e redissola e di se ditera integrato per la gedivie ed il norho tiglia della per une sun adesalti codi	2	prevenzione della		
CAMPAGES.	02.1	Some glastic representation and to happing and controls	3	disabilità, PNP		
EMS	23x1 23x1	Consighted a proving case of a trighth setting and Salago digitard digitard digitare adiatogith. Consighted a proving case of a trighth setting and Colorests all digitary as defined as on participal formation digitaria.		2010-12		
	2521	Convenience a prevent one called applied self and one. Free entitions del traum dell'and non	1			
F//G	4.21-14.1-3.24	Earth for did file confirmations are added by Fire libra of replacement can be one of software. See the did been " the time discretion of the second and of the see "General December on the second and t	,			
LAZIO .	4.21	Conformagio della copierta di ella quella percenta degli interventi copiorarinarine la populazione degli estima	1			
UGURIA	4.211-2011-3511 4.215-205-204	Control bit is a Citatern of control from the Apparts Singular control of KL Spuri	1			
LOW REVIOUS	8.5.40.20	Projection And concernation parameters are to provide four concernation, they amy become the sen-	3			
мажис	1.21	Lavaut plane ne bi filmentionale con exprumento di preventione e elle ditabilità melle appoiatione estima selle bibliche				
	4.2.2	Serre in Samba 432 programma regionale per la promoción e de Fortiditamiento da nella popolaz que auciara (». 43. a mis	,			
MOLEC	4.21 4.23	Province on a consept most della donali Hala della consistenzati diaccia Provincia si a dell'antistic coper livence sale in caluna	1			
	(23)	Tables a regime to substantificance place and lappreasure are a sure particular conditional Lips. *non-consideration per:				
PLEVIORITE	4.23	 grey accepts conditionable oppositifiers considerations of unlabeling at this fidure address the dimension operation and (AMI) 				
PUGUA		© Korent ariani ne hatara Alfenne sani ahir 6 Indhisar berne di odergensi. Paur d'Ameriain Punta	1			
SARDEGNA		, M. C. Marco C.	100			
SELECTION AND ADDRESS OF THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IN COLUMN TO PERSON NAMED IN COLUMN TO P	823	Savegiano retriancem il hagilimitti esam	2			
	4.21	Arthred a conduite (APA)	-	No.		
109CAF44	4.23	July wording select tall its regional adatoristics decinoting operations exercises as entremation.	4			
TRESTO	4.21	Eperimentas che ci an stre na dimontorreggio su lo sisto di re chi cella sigo asteria estambin seri colo e e con disabilità e sul secrativa degli refere eti estruma e la scolossi considera di Passi d'Appensi.	7.5			
	4.22	La consegliar de del monti he di dire profese di se del centif de lle 15A m A tale De 16 Valorgera, Cherca di Lode, di californi con monte a specialistica	40			
UNIZZIA	4.21	And will to certains	3			
VOICTO	4.81-231	Programma regionale di prevendante degli inditendi domenti di sense 3,4	_			
TUTALE		2				



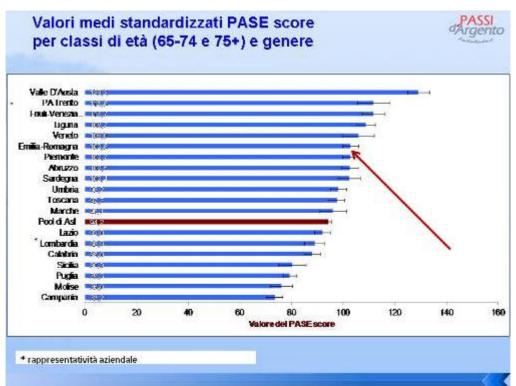


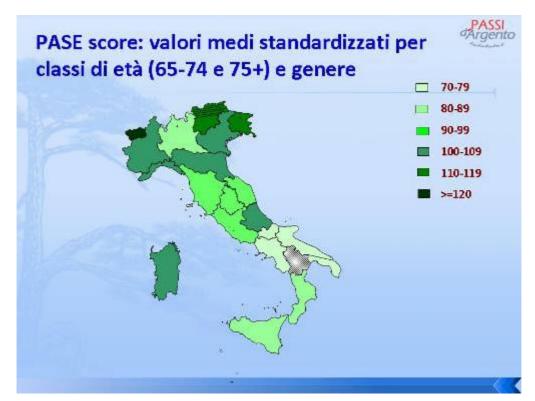


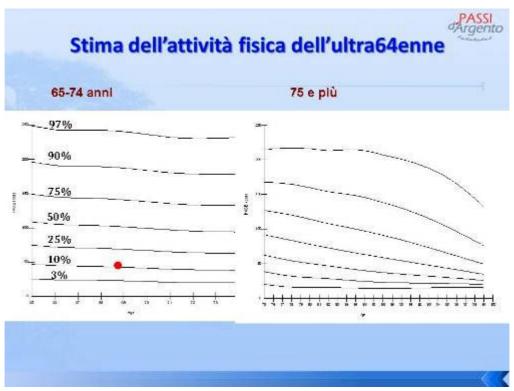














Identificare i gruppi maggiormente a rischio

Fragilità e rischio di disabilità

- definizione di Fried, fenotipica

Persone con perdita peso, astenia, facile esauribilità, diminuzione attività motoria

- PDA, approccio bio-psico-sociale

Persone fragili e a rischio di disabilità per effetto dell'interazione fra abilità della persona e caratteristiche dell'ambiente, non risultano abili in almeno 2 IADL

In un contesto di sorveglianza epidemiologica questa definizione risulta sensibile, identificando circa il **21%** della popolazione ultra64enne



Identificazione "fragili" su popolazione a rischio

All'interno del gruppo delle persone a rischio di disabilità sono stati considerate le persone che, durante l'ultimo anno, hanno perso più di 4,5 kg o del 5% del peso corporeo (67% nel gruppo con almeno 2 IADL compromesse)

2 o più IADL E criterio perdita di peso

In tal caso la percentuale di persone «fragili e a rischio di disabilità» diventa del 13% della popolazione totale







Ma anche a un'applicazione del criterio "fragilità" molto più ampia..

Pilastro **SALUTE**

	Valore rilevato su tutto il campione	genere		età		istruzione		difficoltà economiche		
Fattori di rischio comportamentali		uomini	donne	65-74	75 e plù	bassa	alta	лезѕипа	poche	molte
Furnatori	9,6	13	7	6	13	7	13	11	10	13
Consumatori di alcol a rischio*	18,8	32	9	23	15	16	24	25	19	15
Insufficiente consumo di frutta e verdura	46,2	48	45	46	50	50	40	37	46	55
Attività fisica (Mediana Punteggio PASE)6	90	98	89	105	70	89	100	103	90	81
Fattori fisici e sensoriali										
Cattiva masticazione	14,8	12	17	9	20	19	9	5	11	22
Udito insufficiente	16,5	16	17	10	23	20	12	7	12	16
Vista insufficiente	13,4	- 11	15	7	20	17	8	5	8	17
Percezione di sintami di depressione	21,4	14	26	18	26	25	17	12	22	42
Malattia cronica non trasmissibile	63,2	67	62	58	70	67	59	55	62	70
Cadute negli ultimi 30 giorni	11,1	9	13	8	14	12	9	7	10	16
Non effettuazione vaccinazione anti- influenzale	38,1	38	38	47	29	35	43	42	36	32
habilità per 2 o più IADL	36,1	31	40	19	54	45	22	16	27	40
Disabilità per 1 o più ADL	16,3	13	19	6	26	21	9	4	8	14



Qualche prospettiva

Prospettive per il PASSI d'Argento

- Rinforzare la comunità di pratica della sorveglianza
 - * Formazione continua
 - * Raccolta e valorizzazione proposte e buone pratiche
- Integrazione sorveglianze
 - * Migliorare efficienza a livello centrale e regionale
 - Analisi e confronti di fenomeni (es sovrappeso/obesità) comuni a tutti i gruppi di popolazione
- Piano prevenzione 2014-2018
 - Adattare la sorveglianza e la tempestività dei risultati in funzione della misura di problemi/determinanti di salute e della diffusione delle soluzioni (interventi del piano)
- EIP-AHA
 - Esplorare potenziali modalità d'uso della sorveglianza per documentare le azioni innovative nelle 14 aree EIP-AHA

Sessione 3. Tavola rotonda di chiusura

Next steps: strategie, strumenti e opportunità

Pasqualino Rossi





Alcune considerazioni di partenza ...

Alcune Regioni (o AsI) non avevano informazioni o avevano informazioni errate sui meccanismi dell'EIP-AHA ...

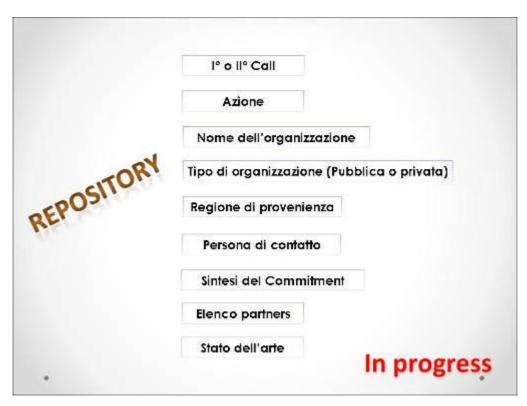
Più soggetti all'interno della stessa Regione hanno presentato Commitments ... molti di questi non sono informati gli uni degli altri ...

Alcune Regioni si trovano coinvolte (e collaborano) all'interno degli stessi Action Groups ... manca però il coordinamento a livello italiano ...



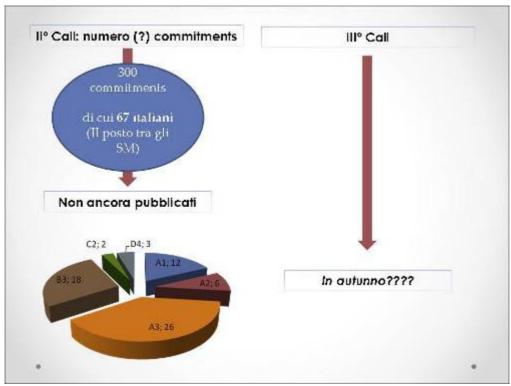
.

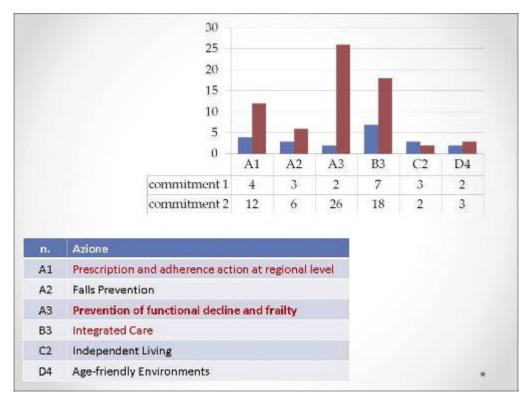
Dare Informazioni Mettere in comunicazione le Regioni tra loro Mettere in comunicazione le Regioni con altri stakeholders locali Supportare le Regioni nella partecipazione alle «opportunità europee» Strumenti Warkshop tematici Sito web: area tematica Repository dei commitments Database dei progetti Avvisi 1 e 2













n.	Azione			
A1	Prescription and adherence at	cion at regional level		- 2
A2	Falls Presention		.10	RI
A3	Prevention of functional declin	re and fra Ng	DELL	110
вз	Integrated Care		STATO DELL'A	
52	Independent Living		2,,	
		cartella del cittadino i referti degli esar trentino (occorrerà s accolga anche altri sono circa 7000 isc modo di poter accer digitale tramite un aggiornarla in autor	O: è stata realizzata una nel quale vengono inseriti mi svolti nel territorio viluppare un sistema che territori). Attualmente vi ritti. Si sta studiando il dere alla propria cartella portale e permettere di nomia utilizzando anche per non pesare sui conti i Pubbliche.	



Grazie per l'attenzione

progettomattoneinternazionale@ulss10.veneto.it

La tavola rotonda in pillole

Coordina la tavola rotonda conclusiva

 Pasqualino Rossi – Direttore Ufficio IV, Direzione generale Rapporti europei e internazionali, Ministero della salute

Partecipanti alla tavola rotonda conclusiva

- Paolo Bonaretti Direttore generale ASTER, Emilia-Romagna
- Roberto Grilli Direttore Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
- Achille Grisetti Direttore delle Operazioni Italia Noema Life SpA
- Remo Martelli Vice Presidente Comitato regionale per la qualità dei servizi del lato del Cittadino (CCRQ), Regione Emilia-Romagna

Sono riportati di seguito alcuni spunti emersi dalla discussione che ha chiuso la giornata del 3 giugno 2013 dedicata all'invecchiamento sano e attivo.

Dopo avere fatto luce (Sessioni 1 e 2) sulle strategie europee, nazionali, e in particolare emilianoromagnole per affrontare la sfida demografica, la sessione 3 riassume e mette in risalto i passaggi più significativi delle sessioni precedenti e da questi guarda al futuro per identificare ulteriori strategie, strumenti e opportunità da cogliere.

"Innovazione è la parola chiave identificata dalla Commissione europea per affrontare la sfida all'invecchiamento: innovazione, che non va subita, bensì governata". "L'impegno è di garantire un vero e proprio governo dell'innovazione, un sistema di governance per non farsi travolgere dalle emergenze o dalle spinte del mercato, ma per riuscire a dare indicazioni utili ai nostri policy makers."

"Qual è il valore aggiunto di EIP-AHA? "Il Partenariato intende far dialogare mondi che solitamente non si incontrano: quello della ricerca tecnologico-innovativa e di base con quello della ricerca sanitaria. EIP-AHA quindi funge da catalizzatore rispetto a questi mondi e ai suoi attori. Risponde alla sfida di portare attorno a un tavolo diverse componenti: la componente politica e decisionale (sanitaria, sociale e delle attività produttive), quella accademica (la ricerca), il terzo settore (il volontariato) e la componente industriale (il mercato)."

"Oltre alle buone pratiche già a regime, la Regione Emilia-Romagna mette a disposizione strumenti specifici per fotografare, da un lato, lo stato dell'arte della tematica e, dall'altro, l'impegno sul versante economico: basti pensare al bando lanciato di recente nell'ambito del Programma di ricerca Regione-Università; su 25 quesiti di ricerca dell'Area 2 Ricerca per il

²³ Si vedano http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/aree_attivita/governance-della-ricerca/Programma-ricerca-regione-universita/intro e http://www.laniusletter.it (ultimo accesso luglio 2013)

Governo clinico,²⁴ per il 2013, 6 sono specificatamente dedicati alla geriatria, in armonia con le tematiche di EIP-AHA."

"EIP-AHA rappresenta un'opportunità per ragionare su politiche integrate che garantiscano una visione del tema della ricerca e dello sviluppo come qualcosa da indirizzare per essere valorizzato, anche sul fronte universitario e imprenditoriale."

"Non si tratta solo di diventare bravi per concorrere meglio all'acquisizione di risorse a livello europeo, bensì di sviluppare una strategia per governare questioni sociali complesse come il tema dell'invecchiamento e per riuscire a prevedere i bisogni di domani, indirizzando coerentemente la ricerca e l'assistenza."

"Le parole chiave per affrontare la sfida dell'invecchiamento sono «innovazione», «rete», «partenariato pubblico-privato-volontariato», «prevenzione delle patologie croniche»."

_

²⁴ Si vedano http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/aree_attivita/governance-della-ricerca/Programma-ricerca-regione-universita/bando-area-2-ricerca-gc-2013 e http://www.laniusletter.it (ultimo accesso luglio 2013)

4. I materiali

In questo Capitolo è inserita la documentazione che i partecipanti al Workshop hanno ricevuto il giorno dell'evento, in particolare:

- i 5 commitment della Regione Emilia-Romagna (Paragrafo 4.1)
- le 3 buone pratiche della Regione Emilia-Romagna (Paragrafo 4.2)
- alcune esperienze regionali nel segno di EIP-AHA (Paragrafo 4.3)

4.1. I commitment della Regione Emilia-Romagna

La Regione Emilia-Romagna ha risposto alla I Call for commitment (Invito all'impegno) del 2012 presentando 4 commitment afferenti a 4 delle 6 linee di azione (azioni specifiche di intervento) proposte dal Programma:

Azione A2 - Prevenire la caduta e le fratture nell'anziano

Azione A3 - Fragilità dell'anziano e componente cognitiva

Azione B3 - Modelli collaborativi a supporto delle cure integrate

Azione C2 - Collaborare per una vita autonoma dell'anziano

Nel 2013 ha risposto alla II Call con un commitment nell'Azione 1:

Azione A1 - Migliorare l'aderenza alle prescrizione di farmaci a livello regionale

Di seguito una breve descrizione dei 5 commitment, del loro stato dell'arte, nonché una breve nota sitografica attinente a ciascun commitment.

Azione: A1

Referente: Luca Sangiorgi

Ente di riferimento: Istituto Ortopedico Rizzoli

Titolo del commitment: Migliorare l'aderenza alle prescrizioni di farmaci a livello regionale

Un processo di frammentazione non coordinata tra i vari soggetti coinvolti nel percorso diagnostico/terapeutico può introdurre elementi di incertezza nel processo decisionale clinico e determinare ritardi rilevanti nelle azioni terapeutiche, con conseguente riduzione della qualità e aumento dei costi per la sanità. L'obiettivo di armonizzare i vari stakeholder per creare un processo lineare e raccogliere informazioni utili per valutare il livello del servizio offerto, può portare ad una riduzione dei costi di assistenza sanitaria e migliorare l'accessibilità e la qualità delle cure dei gruppi target in determinate regioni. L'identificazione dei fattori di rischio che influenzano lo stato di salute porta ad un miglioramento dello stile di vita in gruppi di pazienti aggregati in base alle condizioni cliniche. Altresì la determinazione dei tassi di aderenza alle terapie utilizzate per le malattie croniche in pazienti anziani, attraverso l'uso di database e l'esecuzione di studi osservazionali su database di prescrizione di farmaci, porta alla valutazione dell' aderenza del protocollo terapeutico e di conseguenza contribuisce alla sostenibilità dei servizi. Infine strumenti informatici in combinazione con logistica/automazione e attrezzature tecnologiche aumentano la competitività.

Ridurre la prescrizione inappropriata e, in generale, il numero di pazienti impropriamente polimedicati. Tracciamento del ciclo di vita completo di terapia farmacologica e dei risultati degli esami clinici e aderenza alla prescrizione. Adozione di tutti i criteri di sicurezza per la gestione del protocollo terapeutico e per la gestione del dato clinico. Attuazione di adeguati programmi di supporto, strumenti e materiali didattici per affrontare l'aderenza. Questi obiettivi saranno perseguiti attraverso la creazione di:

- piattaforme IT, in ambiente Cloud, per promuovere lo scambio di informazioni in tempo reale tra pazienti, ospedali e farmacie;
- innovativo packaging tecnologico studiato per pazienti anziani, usato sia nelle strutture sanitarie che a domicilio;
- banche dati e metodi innovativi per la stratificazione della popolazione al fine di sviluppare protocolli terapeutici personalizzati e per migliorare l'aderenza al trattamento;
- piattaforma logistica integrata per i Campioni Biologici (CB) e prodotti farmaceutici (PF) di consegna e stoccaggio e monitoraggio della qualità del prodotto;
- valutazione di customer satisfaction ed Health Literacy sul nuovo processo, nei diversi gruppi target.

Breve sitografia (ultimo accesso luglio 2013)

Direzione generale Salute e consumatori (DG SANCO) - Commissione europea http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/index_en.htm

Programma Marco Polo - Direzione generale Mobilità e trasporti - Commissione europea http://ec.europa.eu/transport/marcopolo/

Ministero della salute

http://www.salute.gov.it

Agenzia italiana del farmaco AIFA

http://www.agenziafarmaco.gov.it

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali - Age.Na.S.

http://www.agenas.it

NHS Choices - portale del National Health Service (UK)

http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx

Società italiana di Health Technology Assessment

http://www.sihta.it

Health Technology Assessment International HTAi - società internazionale per la promozione dell'HTA http://www.htai.org

Logistica del farmaco LdF

http://www.logisticadelfarmaco.it

Gruppo Giglio

http://www.gruppogiglio.it/it/index.php?option=com_content&task=view&id=14

Centro di ricerche sulla gestione dell'Assistenza sanitaria e sociale CERGAS - Università Bocconi http://www.cergas.unibocconi.it/

RFID Journal

http://www.rfidjournal.com

GHEPI (azienda con alto profilo tecnologico e innovativo nel campo dei prodotti plastici) http://www.ghepi.it

Azione: A2

Referente: Lorenzo Chiari

Ente di riferimento: Università degli studi di Bologna

Titolo del commitment: Prevenire le cadute e le fratture nell'anziano

L'azione A2 - che sin qui ha coinvolto 12 tra Aziende ospedaliere ed enti di ricerca - consiste nelle seguenti attività, delle quali si riportano i relativi stati di avanzamento:

 Raccolta, digitalizzazione e analisi retrospettiva, all'interno del Fascicolo sanitario elettronico (FSE) delle informazioni relative alla caduta per costituire un Registro regionale cadute (RRC)

Stato di avanzamento: non ancora cominciata

 Sviluppo e convalida di un modello personalizzato di rischio di caduta, integrando i fattori di rischio di caduta noti, le misure cliniche di equilibrio e i parametri estratti dai sensori inerziali indossabili, tramite metodi epidemiologici appropriati e tecniche valide dal punto di vista psicometrico

Stato di avanzamento: approccio metodologico definito; primo studio pilota avviato con circa 100 pazienti geriatrici valutati; in fase di avvio la raccolta dati per la costruzione del campione di normalità

- Implementazione e valutazione di soluzioni mirate basate sulle tecnologie ICT per il rilevamento e la prevenzione della caduta
 - Stato di avanzamento: varie soluzioni di personal health system già disponibili e pronte all'uso per la somministrazione di scale cliniche strumentate e il monitoraggio continuo, anche domiciliare, dell'attività motoria
- Classificazione dei fattori di rischio in accordo con la Classificazione internazionale del funzionamento, disabilità e salute (ICF, 2001) per consentire l'interoperabilità tra diverse specialità cliniche e, in prospettiva, tra le regioni europee
 - Stato di avanzamento: prima versione della rassegna di letteratura e relativa analisi completate
- Mappatura del modello di rischio di caduta identificato, all'interno di un programma operativo per la prescrizione di interventi personalizzati e/o dispositivi di assistenza basati sulle tecnologie ICT per la prevenzione delle cadute e la riabilitazione nei soggetti anziani residenti in comunità; monitoraggio intensivo dei pazienti alla dimissione ospedaliera; formazione specifica per i caregiver di soggetti ad alto rischio

Stato di avanzamento: in fase di avvio

A partire dall'autunno 2013 è previsto il coinvolgimento del territorio e delle aziende private del settore ICT.

Breve sitografia (ultimo accesso luglio 2013)

EU-FP7 FARSEEING. FARSEEING - Progetto di ricerca collaborativo

Obiettivo: sviluppare un network ad hoc dedicato a tematiche quali la promozione della salute e la vita autonoma degli anziani

http://farseeingreserach.eu/

EU-CIP PSP I don't fall

Obiettivo: sviluppare, sperimentare e valutare soluzioni tecnologiche innovative per il rilevamento delle cadute e la gestione della prevenzione

http://www.idontfall.eu/

ProFouND - Network tematico finanziato dalla Commissione europea (CIP - Programma quadro per la competitività e l'innovazione) che - in stretta collaborazione con il Programma EIP-AHA - lavora per la disseminazione e implementazione di buone pratiche europee che fanno uso di TIC nell'ambito della prevenzione delle cadute

http://profound.eu.com/

Prevenzione delle cadute negli anziani - Organizzazione mondiale della sanità (OMS)

http://www.who.int/ageing/projects/falls_prevention_older_age/en/

Piano della prevenzione 2010-2012 della Regione Emilia-Romagna

http://www.saluter.it/documentazione/piani-e-programmi/piano-regionale-della-prevenzione/piano-prevenzione-2010-2012

Azione: A3

Referente: Laura Calzà

Ente di riferimento: Università degli studi di Bologna

Titolo del commitment: Fragilità dell'anziano e componente cognitiva

La più comune definizione di "fragilità" indica uno stato di salute instabile, con elevata probabilità di eventi avversi, e si basa su un punteggio legato alla forma fisica (debolezza, lentezza, scarsa resistenza, perdita di peso e inattività fisica) valutata mediante esame clinico, che non comprende l'umore e lo stato cognitivo. Questo è abbastanza sorprendente in considerazione del forte impatto dello stato cognitivo nella vulnerabilità e nel declino multi-sistemico, anche alla luce del tentativo di sviluppare approcci sensibili e affidabili per rilevare gli stati di pre-fragilità tra la popolazione anziana.

Questo gruppo di lavoro si propone di implementare e validare un approccio multi-livello per lo screening della popolazione anziana, al fine di:

- identificare la fragilità cognitiva utilizzando test cognitivi brevi basati su dispositivi ICT;
- introdurre dispositivi personali e ambientali per la valutazione oggettiva della performance fisica;
- introdurre nuove linee guida per il riconoscimento della pre- e fragilità anche attraverso indici personalizzati;
- proporre nuove linee guida per la prevenzione secondaria e terziaria in funzione del rischio personalizzato di fragilità.

Lo screening sarà basato su questionari validati della fragilità, implementati con i dati derivati da sensori indossabili e domestici per il monitoraggio della performance fisica, e con i dati derivati da test

cognitivi brevi. Tali dati saranno centralizzati utilizzando la piattaforma SOLE e l'Indice regionale degli eventi clinici (IREC).

L'inclusione del test cognitivi nello screening di fragilità è in linea con quanto indicato per la malattia di Alzheimer, che è la causa più diffusa di declino cognitivo nella popolazione anziana, anche al fine di identificare cause reversibili quali malnutrizione e ipotiroidismo subclinico. Interventi di prevenzione secondaria e terziaria potranno comprende protocolli personalizzati di anestesia per prevenire la disfunzione cognitiva post-operatoria, per trattamenti analgesici, ansiolitici e antidepressivi.

Breve sitografia (ultimo accesso luglio 2013)

Unione dell'innovazione - Commissione europea

http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing

Alzheimer's Association - alz.org | centro di ricerca

http://www.alz.org/research/overview.asp

National Institute on Ageing - NIH

http://www.nia.nih.gov/health

Iniziativa canadese sulla fragilità e l'invecchiamento (Canadian Initiative on Frailty and Aging - US Department of Health & Human Services)

http://www.frail-fragile.ca/e/index.htm

Pubblicazioni (ultimo accesso luglio 2013)

Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*, 2013 Mar 2;381(9868):752-62. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62167-9. Epub 2013 Feb 8.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23395245

Kirkland JL. Translating advances from the basic biology of aging into clinical application. *Exp Gerontol*, 2013 Jan;48(1):1-5. doi: 10.1016/j.exger.2012.11.014. Epub 2012 Dec 10.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23237984

Azione: B3

Referente: Giorgio Vezzani

Ente di riferimento: Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

Titolo del commitment: Modelli collaborativi a supporto delle cure integrate

Obiettivo del commitment: esplorare la fattibilità/adozione di nuovi modelli di cura per le patologie croniche, mediante soluzioni basate sulle TLC - incluso il ricorso alla telesorveglianza domiciliare - per sostenere gli anziani a restare indipendenti, attivi e mobili più a lungo. Questo obiettivo vede coinvolti molti possibili attori: i pazienti, i loro caregiver, i vari fornitori pubblici e privati di servizi sanitari e sociali, autorità regolatorie e politiche, gestori di venture capital, industrie legate al settore sanitario e della vita indipendente (le quali possono sviluppare progetti/programmi di ricerca e sviluppo di soluzioni tecnologicamente innovative, standardizzate, a un costo accettabile), le infrastrutture di trasmissione in rete e immagazzinamento dei dati raccolti (resi così potenzialmente disponibili a tutti coloro che ruotano, a vario titolo, intorno all'anziano, anche al fine di supportarne l'indipendenza nella vita quotidiana e quindi limitarne/ritardarne il più possibile l'ospedalizzazione o comunque l'istituzionalizzazione).

Il Gruppo B3 è costituito da 9 aree di azione: modelli organizzativi, cambiamento di management, sviluppo della forza lavoro, stratificazione dei rischi, percorsi di cura, coinvolgimento dei cittadini, sviluppo di ICT/servizi di telemedicina, aspetti finanziari e finanziamento, comunicazione e disseminazione.

Attività e loro stato di avanzamento

- coinvolgimento e raccolta di adesioni di vari soggetti istituzionali pubblici e privati regionali
 (AO/IRCCS Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia, Azienda Unità sanitaria locale di
 Forlì-Cesena, Azienda Unità sanitaria locale di Ferrara, Cup 2000 SpA, Fondazione
 Democenter Sipe, ANT) ed extra-regionali (Università LUISS, Società italiana di
 telemedicina e sanità elettronica) e loro inserimento nelle 9 aree di azione
- incontri per illustrare l'Azione B3 del Programma EIP on AHA B3, scambio di esperienze e brainstorming con clinici, ricercatori ed enti in ambito regionale e nazionale
- partecipazione alla progettazione nazionale ed europea (B3 Action Plan, B3 Combined Work Plan) nelle 9 aree di azione, fino alla stesura del documento finale EIP-AHA per la Commissione europea nel 2015
- produzione di progetti assistenziali (progetti pilota) diffusibili in ambito regionale, sovraregionale ed europeo (partnership)
- raccolta di buone pratiche socio-sanitarie e di sviluppo industriale biomedico in ambito regionale e loro trasmissione ai coordinatori europei
- funzione di interfaccia con i team leader regionali dei gruppi di azione A2 e C2 per valutare la possibilità di progetti pilota comuni in realtà sanitarie e non sanitarie dell'Emilia-Romagna, al fine di verificarne la convenienza ed applicabilità ai servizi socio-sanitari regionali e sovraregionali
- contributo alla stesura in corso del documento "Services for Integrated Care"

Fino al 2015 si proseguirà nello sviluppo delle attività citate, coinvolgendo anche altri soggetti regionali d extra-regionali, pubblici o privati, no profit o profit, nonché industrie del settore socio-sanitario e associazioni di pazienti e volontariato.

Breve sitografia (ultimo accesso luglio 2013)

Unione dell'innovazione - Commissione europea

http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing in particolare:

Active and Healthy Ageing - Commitment

http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing&pg=commitment

Active and Healthy Ageing - Piano di Azione B3: Replicating and tutoring integrated care for chronic diseases, including remote monitoring at regional level:

http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/b3_action_plan.pdf

eHealth Week 2013 - sessione dedicata a Active and Healthy Ageing:

http://worldofhealthit.org/2013/education/european-innovation-partnership-on-active-and-healthy-ageing-eip-aha/

Azienda ospedaliera Santa Maria Nuova di Reggio Emilia

http://www.asmn.re.it

Azienda Unità sanitaria locale di Forlì

http://www.ausl.fo.it

Azienda Unità sanitaria locale di Ferrara

http://www.ausl.fe.it

Cup 2000 SpA - polo industriale della sanità elettronica in Italia

http://www.cup2000.it

Fondazione Democenter - Sipe

http://www.democentersipe.it

LUISS - Libera Università internazionale degli studi sociali Guido Carli

http://www.luiss.it

Fondazione ANT

http://www.ant.it

Società italiana telemedicina - @ sanità elettronica

http://www.sanitaelettronica.it

Azione: C2

Referente: Teresa Gallelli

Ente di riferimento: CUP 2000 SpA

Titolo del commitment: Collaborare per una vita autonoma dell'anziano

Obiettivo del commitment nell'azione C2 è affrontare il problema dell'assistenza agli anziani da un punto di vista sistemico e costruire un ambiente federativo in cui diverse soluzioni aperte e personalizzate possano essere implementate e utilizzate da coloro che erogano servizi per sostenere e supportare gli anziani (a livello sia pubblico sia privato, incluso il Terzo settore). La Regione intende riconoscere il lavoro svolto negli anni, ed è determinata a trasformare le buone pratiche in un vero e proprio "sistema" attraverso la promozione di nuove iniziative e la realizzazione di forme innovative di collaborazione e di social networking su vasta scala.

Una percentuale elevata della popolazione anziana (70%) della Regione è in buone condizioni di salute, anche se circa la metà presenta fattori di rischio, che sono tuttavia modificabili. Per questa percentuale significativa della popolazione, l'obiettivo strategico è valorizzare le possibilità di supporto offerte dalla famiglia e dalla collettività: le persone che presentano tali fattori di rischio necessitano infatti di attività di promozione alla salute e di prevenzione.

Il commitment all'azione C2 persegue diversi propositi:

 valorizzare gli anziani: sono una risorsa importante sia per la famiglia sia per la collettività, non sempre sufficientemente valorizzata dalla comunità; in Emilia-Romagna, gli anziani hanno una certa familiarità con di gruppi e associazioni dedicati, ma non partecipano in egual misura alle loro attività;

- migliorare la conoscenza di tele-aiuto e servizi di teleassistenza, e attivare politiche di protezione economica, al fine di garantire una pari possibilità di accesso ai servizi, e di trovare una copertura finanziaria adeguata per gli interventi proposti;
- valutare l'efficacia e la fruibilità degli interventi e l'impatto economico.

L'azione C2 è coordinata da CUP 2000 SpA, società in-house della Regione Emilia-Romagna che ha progettato, sviluppato e gestisce il servizio eCare focalizzato sulla prevenzione della fragilità e il mantenimento dell'anziano nel suo ambiente di vita.

CUP 2000 realizza il servizio eCare per conto dell'Azienda USL di Bologna e dei 50 Comuni del suo territorio con il supporto della Regione Emilia-Romagna. Il servizio eCare coinvolge ad oggi oltre 11.000 anziani soli ultrasettantacinquenni (>75), seguiti attraverso un Centro Servizi specializzato che eroga servizi di telemonitoraggio, teleassistenza e telecompagnia con la finalità di prevenire l'aggravamento di situazioni di fragilità socio-sanitaria e di individuare precocemente segnali di allerta di tali possibili aggravamenti, in rapporto costante sia con i servizi sociali e assistenziali dei Comuni, sia con quelli sanitari erogati all'Azienda USL di Bologna. Il Centro Servizi di CUP 2000 costituirà l'hub di questo articolato sistema di interventi, e verrà quindi dotato di strumenti e nuove funzionalità in grado di erogare e/o supportare l'offerta di nuovi servizi alla persona anziana e ai professionisti sociosanitari. Numerose Aziende sanitarie della Regione hanno espresso il loro commitment all'azione e collaboreranno per raggiungere gli obiettivi proposti.

Breve sitografia (ultimo accesso luglio 2013)

CUP 2000 SpA - polo industriale della sanità elettronica in Italia http://www.cup2000.it

ItaliaLongeva - Rete nazionale di ricerca sull'invecchiamento e la longevità attiva http://www.italialongeva.it

Per Lunga Vita - PLV http://www.perlungavita.it

AIAS Associazione italiana assistenza spastici, Provincia di Bologna http://www.aiasbo.it

4.2.	Le buone pratiche EIP-AHA della Regione Emilia-Romagna

SOLE (Sanità online) e FSE (Fascicolo sanitario elettronico) in Emilia-Romagna

Autori/referenti

Teresa Gallelli - CUP 2000 SpA - Regione Emilia-Romagna - <u>teresa.gallelli@cup2000.it</u> **Anna Darchini** - Regione Emilia-Romagna - <u>adarchini@regione.emilia-romagna.it</u>

INTRODUZIONE E OBIETTIVI / TIPO DI INNOVAZIONE

L'obiettivo principale è creare un network integrato fra Aziende sanitarie locali, medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS) e farli accedere attraverso il Fascicolo sanitario elettronico (FSE), alla storia clinica di tutti i cittadini della regione. Iniziato nel 2003, il progetto della rete SOLE punta a rafforzare la condivisione dei dati sanitari indispensabile per rendere più efficaci ed efficienti i percorsi di cura. Le persone anziane e coloro che si trovano in condizioni di cronicità ne possono trarre particolare beneficio, in quanto molto spesso sono curati da diversi medici e hanno difficoltà a orientarsi nei diversi ambiti sanitari.

L'utilizzo dell'ICT in Regione garantisce in questo modo la raccolta e lo scambio dei dati sanitari in modo tempestivo e accurato e favorisce l'erogazione di cure più efficaci, il coordinamento e l'uso efficiente delle risorse attraverso la promozione di standard, linee guida e piattaforme per lo sviluppo di soluzioni interoperabili. L'acquisizione elettronica dei dati attraverso il FSE può facilitare sia la ricerca clinica che migliorare l'erogazione di cure evidence-based, promuovere la prevenzione e incrementare la cooperazione dei principali attori coinvolti.

Attualmente si stanno sviluppando nuove funzionalità rivolte alle persone anziane, in particolare anziani a rischio di fragilità e perdita delle funzioni cognitive, ma anche indirizzate a promuovere azioni e metodi che possano prevenire la fragilità e il declino funzionale e promuovere la salute, consentire la diagnosi precoce mediante la disponibilità di strumenti e di reti di care and cure.

Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna è impegnato a completare l'attuazione delle rete informatica consentendo ai MMG e ai PLS, ai medici ospedalieri e del territorio, nonché ai dipartimenti amministrativi nelle Aziende sanitarie, di comunicare e condividere informazioni e dati sanitari. L'obiettivo è migliorare e semplificare l'accesso ai servizi e allo stesso tempo ottimizzare la gestione del paziente e la continuità di cura.

L'implementazione di SOLE e del FSE in Regione ha consentito di raggiungere i seguenti obiettivi:

- migliorare la qualità e l'efficienza delle cure;
- ridurre i costi operativi dei servizi sanitari;
- ridurre i costi amministrativi;
- consentire nuovi modelli di cura.

Attraverso la realizzazione dell'infrastruttura tecnologica, il progetto SOLE fornisce una notevole quantità di servizi informatizzati che possono essere utilizzati su scala sia locale sia distrettuale dalla maggior parte delle strutture sanitarie territoriali. In questo modo ogni cittadino della regione Emilia-Romagna ha la sua cartella clinica elettronica online, contenente un *patient summary*, le prescrizioni mediche, i referti medici e di laboratorio, i referti di Pronto soccorso.

La rete SOLE ha quindi reso possibile la creazione del Fascicolo sanitario elettronico. Con il consenso formale del paziente, i documenti già disponibili in rete sono inseriti automaticamente nel FSE, disponibile sul web in modo sicuro e protetto, ossia può essere consultato esclusivamente tramite credenziali personali. I cittadini possono inserire documenti clinici, aggiornare i dati personali e le informazioni nella loro "My Page". I dati e i documenti sono accessibili solo dai pazienti e possono essere condivisi con i MMG e gli altri specialisti.

SOLE e il FSE possono migliorare la gestione dei pazienti con malattie croniche, in particolare quelle più diffuse associate molto spesso a ricoveri impropri e quindi evitabili.

Il progetto sta attuando una serie di azioni a livello locale, regionale e nazionale, che permetteranno di sviluppare e implementare servizi per realizzare diagnosi precoci, servizi di tele-assistenza e di monitoraggio, formazione e servizi a supporto della salute, con particolare attenzione alle persone anziane.

Le nuove esigenze provenienti dalle Amministrazioni centrali e regionali indicano che sempre più attori saranno coinvolti nella digitalizzazione dei dati e nella dematerializzazione dei processi, non necessariamente solo in contesti di assistenza sanitaria, ma anche all'interno di contesti socio-sanitari e amministrativi. Lo scopo è quindi quello di far evolvere la rete SOLE al fine di realizzare una rete in grado di connettere diverse applicazioni e dispositivi, in cui le informazioni vengono raccolte ed elaborate secondo logiche specifiche che si basano su una serie di moduli e componenti, in gran parte già presenti e che richiedono solo una semplice configurazione e/o personalizzazione.

SCALABILITÀ-REPLICABILITÀ, TRASFERIBILITÀ

SOLE e il FSE utilizzano processi e formati standard per l'indicizzazione e la condivisione delle applicazioni promuovendo in questo modo l'interoperabilità delle soluzioni sviluppate.

La Regione Emilia-Romagna riconosce l'importanza del framework europeo sull'interoperabilità e i numerosi risultati pratici e le conoscenze che sono state ottenute sia nella definizione delle specifiche per l'interoperabilità nell'ambito del progetto epSOS,* sia nella realizzazione delle componenti semantiche e tecniche dell'infrastruttura e dei servizi (nel contesto dei due *use case* del progetto epSOS, Patient Summary ed ePrescription). La Regione ha partecipato al progetto epSOS grazie a un sottoprogetto nazionale IPSE.

Nel progetto SOLE, tutti gli attori rilevanti sono stati coinvolti: la Regione Emilia-Romagna come ente promotore e finanziatore oltre che guida strategica; le Aziende USL regionali, i MMG, i pediatri, gli specialisti e i medici ospedalieri; CUP 2000 SpA, azienda in-house della Regione che fornisce il supporto tecnologico necessario per la realizzazione del progetto e l'assistenza tecnica, e gestisce l'acquisto dei beni tecnologici da parte dei fornitori esterni; numerose aziende che forniscono le diverse applicazioni software che rispondono comunque ai requisiti e agli standard internazionali.

Fino ad oggi SOLE coinvolge tutti i MMG e i PLS della regione (più di 3.600); nello stesso tempo ha consentito a tutti i cittadini di accedere tramite web al proprio FSE (www.fascicolo-sanitario.it). Ne deriva che circa 100.000 soggetti saranno coinvolti in azioni volte a promuovere stili di vita sani dal momento che ogni MMG ha in cura circa 1.500 pazienti, e la popolazione ultrasessantacinquenne rappresenta circa il 22% della popolazione regionale (circa 4,5 milioni di abitanti).

Tutte le Aziende sanitarie e le strutture di assistenza primaria sono coinvolte e sensibilizzano gli operatori sanitari e i cittadini sull'importanza di usare la rete SOLE e il FSE sia per l'erogazione e la fruizione delle prestazioni sanitarie, sia per la realizzazione di nuovi percorsi clinici.

RISULTATI

Ogni cittadino della regione Emilia-Romagna, incluse le persone anziane, può attivare il proprio FSE. Ciò significa che i cittadini possono accedere alla propria storia clinica, e i medici possono accedere, tramite la rete SOLE e in tempo reale, ai dati clinici dei pazienti. In particolare per quanto riguarda gli anziani la Regione ha già pianificato di integrare e condividere la cartella clinica elettronica, a cui accede il MMG, con i sistemi socio-sanitari già disponibili favorendo in questo modo una migliore qualità e continuità nelle cure.

La rete SOLE e il FSE hanno contribuito a ridurre il rischio di errore clinico nella cura dei pazienti, hanno migliorato la continuità e il trasferimento dei dati sanitari fra i diversi punti di erogazione, hanno consentito risparmi di tempo evitando trasferimenti inutili.

La rete SOLE e il FSE svolgono un ruolo chiave nel contesto di una popolazione che invecchia e che implicherà un aumento della domanda di servizi sanitari sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo.

Più di 65 milioni di documenti clinici transitano nella rete SOLE ogni anno. Questo significa, che politiche ben mirate in materia di privacy e sicurezza dei dati sanitari avranno un ruolo fondamentale sul modo in cui le diverse organizzazioni utilizzeranno i servizi disponibili secondo le nuove modalità cloud e, sullo sviluppo di nuove piattaforme e tecnologie che consentiranno di erogare nuovi servizi e prodotti destinati in particolare alle persone anziane della regione.

I servizi forniti dalla rete SOLE e dal FSE si estendono a tutti i cittadini, più dei ¾ (circa 3,4 milioni) della popolazione ha dato il proprio consenso, perciò più di 600.000 anziani fanno parte della rete, così come la totalità dei loro MMG.

SOLE e il FSE fanno parte di un sistema federato adottato in 11 Aziende sanitarie e 6 Aziende ospedaliere.

^{*} Il progetto epSOS, cofinanziato dalla Commissione europea nell'ambito del ICT Policy Support Programme (ICT PSP), ha l'obiettivo di progettare, costruire e valutare l'infrastruttura che realizza l'interoperabilità transfrontaliera dei sistemi di EHR in Europa.

PROFITER

Iniziativa per la prevenzione delle cadute in Emilia-Romagna

Autore/referente

Lorenzo Chiari - Università di Bologna - lorenzo.chiari@unibo.i

INTRODUZIONE E OBIETTIVI / TIPO DI INNOVAZIONE

Partendo da una serie ramificata di iniziative che coinvolgono numerose Aziende sanitarie locali (AUSL), istituti di ricerca e partner industriali, il progetto PROFITER mira a creare una rete regionale per la prevenzione delle cadute. Le cadute sono uno dei maggiori determinanti di morbilità e mortalità nella popolazione anziana. Gli infortuni invalidanti e la paura di cadere limitano fortemente la partecipazione dei soggetti alle attività della vita sociale e minacciano la loro indipendenza. Secondo la letteratura scientifica internazionale le cadute interessano quasi un terzo della popolazione di 65 anni e oltre, ossia circa 300.000 persone in Emilia-Romagna. Attraverso le azioni proposte, si mira a raggiungere il 10% di questa popolazione attraverso iniziative informative, screening diretti che coinvolgano i differenti livelli di assistenza (tra cui la rete di 3.134 medici di base, la maggior parte dei quali sono già raggiunti dalla rete SOLE), raggiungendo sia pazienti ricoverati, sia anziani che vivono nella comunità.

L'azione consisterà in: raccolta, digitalizzazione e analisi retrospettiva all'interno del Fascicolo sanitario elettronico (FSE) delle informazioni relative alla caduta per costituire un Registro regionale cadute (RRC); sviluppo e convalida di un modello personalizzato di rischio di caduta, integrando i fattori di rischio di caduta noti, le misure cliniche di equilibrio e i parametri estratti dai sensori inerziali indossabili, tramite metodi epidemiologici appropriati e tecniche valide dal punto di vista psicometrico; implementazione e valutazione di soluzioni mirate basate sulle tecnologie ICT per il rilevamento e la prevenzione della caduta; classificazione dei fattori di rischio in accordo con la Classificazione internazionale del funzionamento, disabilità e salute (ICF, 2001) per consentire l'interoperabilità tra diverse specialità cliniche e, in prospettiva, tra le Regioni europee; mappatura del modello di rischio di caduta identificato, all'interno di un programma operativo per la prescrizione di interventi personalizzati e/o dispositivi di assistenza basati sulle tecnologie ICT per la prevenzione delle cadute e la riabilitazione nei soggetti anziani residenti in comunità; monitoraggio intensivo dei pazienti alla dimissione ospedaliera; formazione specifica per i caregiver di soggetti ad alto rischio.

I modelli e i programmi operativi per la misura del rischio di caduta e la relativa prevenzione rappresentano elementi chiave verso l'obiettivo principale, ossia l'aumento entro il 2020 di due anni del numero medio di anni in salute, come proposto da EIP-AHA, con effetti sulla durata e la qualità della vita.

L'introduzione di soluzioni ICT nel campo della prevenzione delle cadute ha anche lo scopo di ridurre i costi sanitari associati a ospedalizzazione, trattamenti medici conseguenti a infortuni e fratture, spese per i caregivers. L'uso di moderni sensori indossabili e piattaforme ICT innovative in un nuovo partenariato pubblico-privato strategico rafforzerà la competitività industriale del polo regionale del biomedicale, incoraggerà le piccole e medie imprese esistenti ad aggiornare i loro prodotti verso le necessità emergenti della società, e stimolerà nuove iniziative di start up. Lo scopo delle soluzioni ICT utilizzate nel progetto PROFITER è fornire sistemi e servizi a supporto di una medicina sempre più basata su prove di efficacia. Tali soluzioni si basano su un sensore inerziale indossabile e/o uno Smartphone/Tablet per raccogliere ed elaborare i dati acquisiti dal sensore. La piattaforma Smartphone/Tablet è stata utilizzata grazie alle sue unità di elaborazione e alla disponibilità di interfacce di alto livello. In tale scenario, lo Smartphone, oltre a essere un semplice strumento di comunicazione, diventerà anche un alleato trasparente in grado di rilevare precocemente i cambiamenti del profilo di rischio di caduta e di coinvolgere tempestivamente familiari e altri caregiver, come e quando necessario. È stata anche progettata un'unità indossabile di monitoraggio ad hoc, che verrà validata "sul campo", per aiutare gli individui ad alto rischio in diversi ambienti e condizioni. Tra i pazienti ad alto rischio e con un'alta incidenza di cadute verranno coinvolti pazienti con malattia di Parkinson in fase avanzata, demenza, epilessia, ictus, sclerosi multipla, nonché i residenti nelle case di cura e i pazienti ricoverati in riabilitazione che iniziano a deambulare nuovamente.

L'insieme di tutte queste tecnologie e di appropriati algoritmi di elaborazione del segnale consentirà la misurazione oggettiva, semplice ed "ecologica" dell'equilibrio e dei principali pattern di movimento, oltre ad eventuali parametri vitali e a informazioni ambientali/contestuali. Ciò porterà ad identificare i fattori di rischio individuale di caduta (ad esempio in sotto-dominii quali la variabilità dell'andatura, la capacità nei trasferimenti, l'equilibrio statico e dinamico,

ecc.); e a fornire una versione strumentale dei test clinico-funzionali per la mobilità e l'equilibrio già accettati e standardizzati.

Come detto, è fondamentale utilizzare tecniche avanzate per l'analisi del movimento e l'elaborazione dei segnali al fine di ottenere informazioni quantitative attendibili sulle capacità e le performance motorie delle persone analizzate. In sostanza, i sistemi proposti in PROFITER mirano a incorporare una metodologia misurativa quantitativa nell'"arte" della pratica clinica, in modo da rendere più oggettivo e sistematico il contesto in cui la decisione clinica è chiamata a originarsi. L'obiettivo di PROFITER è sviluppare un modello predittivo di mobilità e rischio di caduta negli anziani introducendo e sfruttando alcune caratteristiche uniche offerte da soluzioni ICT pervasive ma discrete, che sono adatte per lo sviluppo di approcci di popolazione, e nuove strategie preventive primarie per soggetti anziani residenti in comunità.

La definizione delle procedure valutative e del protocollo di test per valutare il rischio di caduta, i più indipendenti possibile dalle specifiche patologie, può essere considerata un punto chiave dell'innovazione per la diffusione e la interoperabilità tra specialità cliniche. Inoltre, la definizione di domini e voci ICF ristretti (core-set) potrebbe essere considerata come un importante contributo alla fruibilità e alla diffusione della nostra iniziativa, tale da consentire l'interoperabilità tra differenti specialità cliniche e, in prospettiva, tra Regioni europee.

SCALABILITÀ-REPLICABILITÀ, TRASFERIBILITÀ

È ovviamente importante garantire un'ampia diffusione del progresso scientifico e tecnologico a molte parti interessate, gli anziani stessi per primi, ma anche a ricercatori, clinici, tecnici, responsabili politici, progettisti, committenti e responsabili di servizi e tutti gli operatori del mercato socio-sanitario. Tradizionalmente i ricercatori scientifici e gli accademici pubblicano i loro risultati su riviste scientifiche, senza considerare il loro impatto sulla società in generale; questo approccio deve cambiare se vogliamo ottenere un progresso significativo e un'attuazione pratica della conoscenza nella pratica e sul mercato. È necessario che ci siano buone linee di comunicazione tra le parti coinvolte, le piccole e medie imprese, i ricercatori universitari ... e che i risultati generati da un progetto come PROFITER possano essere trasferiti in modo tempestivo dal "banco di laboratorio al letto del paziente, o a casa sua", o più in generale nella comunità. Fino ad oggi ciò non si è sempre verificato.

Esistono molti canali di comunicazione e probabilmente il più utile, in termini di ampiezza e di portata, è Internet. La strategia di diffusione di PROFITER, fortemente sostenuta dalla Regione, si rivolge a individui, grandi aziende, piccole e medie imprese e amministrazioni (locali) per accrescere la consapevolezza, le conoscenze e le competenze. Il legame con due Reti tematiche europee (ProFound e eNoFalls) attive nella prevenzione delle cadute e con diversi progetti europei (FARSEEING-FP7, I don't Fall-CIP PSP, tra gli altri) faciliterà la trasferibilità dei risultati e delle buone prassi verso altre Regioni europee.

RISULTATI ATTESI

Il risultato è la realizzazione, entro i prossimi 3 anni, di un modello di collaborazione regionale che coinvolga operatori sanitari in almeno 5 USL regionali, ricercatori e fornitori tecnologici. Il modello di assistenza includerà dispositivi indossabili innovativi, integrati con la rete eHealth, utilizzata dai medici di base e negli ospedali pubblici che già usufruiscono dell'infrastruttura SOLE, oltre a un numero considerevole di professionisti ancora non coinvolti e di utenti finali impegnati in screening e prevenzione, tra cui il monitoraggio a domicilio per soggetti ad alto rischio. Il progetto PROFITER avrà un impatto positivo con un approccio ben dimostrato per la caratterizzazione oggettiva della riduzione della mobilità e una previsione accurata e precoce del rischio di caduta. in particolare:

- l'approccio ICT offre vantaggi unici per la rilevazione dei rischi di caduta e il monitoraggio dinamico della loro evoluzione;
- PROFITER mira a mantenere e aumentare la qualità della vita nelle persone anziane utilizzando un approccio proattivo. Ciò significa che il progetto porta le persone anziane indipendenti a mantenere il più possibile la propria autonomia e a sostenere i propri ruoli sociali, al fine di massimizzare la partecipazione.

La futura diffusione dei sistemi, servizi, e approcci come quelli messi a punto nell'ambito di PROFITER per la gestione delle cadute contribuirà anche alla sostenibilità e all'efficienza del Servizio sanitario regionale, attraverso:

- valutazioni migliori e più rapide del rischio di caduta che ridurranno la degenza e il numero di visite ripetute di soggetti anziani per nuova diagnosi e cura (attualmente stimato al 20% delle spese ospedaliere);
- interventi domestici specifici per il soggetto ridurranno il carico di lavoro degli operatori sanitari e il trasporto dei soggetti, associato a cadute o fratture;
- riduzione dei costi dei servizi diagnostici ospedalieri (attualmente circa il 60% delle spese ospedaliere), per quanto riguarda gli eventi traumatici legati a disturbi dell'equilibrio e cadute.

Il Progetto ARIA

Autori/referenti

Giorgio Vezzani - Azienda ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova Reggio Emilia - <u>Giorgio.Vezzani@asmn.re.it</u> **Giancarlo Garuti, Mirco Lusuardi** - Ospedale San Sebastiano, Correggio (Azienda USL di Reggio Emilia)

INTRODUZIONE E OBIETTIVI / TIPO DI INNOVAZIONE

Le complicanze respiratorie sono la maggiore causa di morbilità e mortalità nei pazienti affetti da malattie neuromuscolari e da gravi malattie della gabbia toracica.

I pazienti con malattie neurologiche, neuromuscolari o con malattie della gabbia toracica con insufficienza respiratoria cronica trattati con ventilazione meccanica, con o senza tracheotomia e con o senza supplementazione di ossigeno, hanno una cattiva prognosi e limitati periodo di vita senza complicazioni respiratorie. Essi, in genere, hanno anche significative limitazioni nei loro rapporti sociali a causa delle frequenti ospedalizzazioni, spesso in Unità intensive per lunghi periodi, per complicazioni respiratorie acute che peggiorano ulteriormente - a volte fino al decesso - le loro condizioni generali e respiratorie.

Il Progetto ARIA è uno studio prospettico osservazionale nato da un'idea maturata in seno all'Associazione italiana per la lotta alla distrofia muscolare (UILDM) da parte di un nucleo di medici specialisti pneumologi appartenenti all'Azienda ospedaliera/IRCCS di Reggio Emilia e alla Struttura complessa di Riabilitazione respiratoria dell'Ospedale San Sebastiano di Correggio (Azienda USL di Reggio Emilia), che da tempo si dedicano anche alla cura e al follow up dell'insufficienza respiratoria acuta e cronica nei pazienti affetti da malattie neuromuscolari, neurologiche e della gabbia toracica.

In particolare il progetto, iniziato nel 2008 e ancora in corso, mira a valutare la fattibilità di un innovativo modello di assistenza domiciliare integrata fra ospedale e territorio, attraverso il tele-monitoraggio di parametri fisiologici e clinici, la fisioterapia respiratoria e la terapia farmacologica precoce domiciliare, per prevenire e trattare precocemente gli episodi respiratori acuti al fine di ridurre/evitare l'ospedalizzazione e mantenere buone condizioni cliniche il più a lungo possibile in tali tipologie di pazienti fragili.

La telemedicina infatti è un importante e potente mezzo che può contribuire ad apportare benefici ai pazienti, ai loro caregiver e agli operatori sanitari, migliorando la collaborazione tra di loro, la possibilità di anticipare decisioni cliniche, la qualità e la speranza di vita e l'indipendenza dei pazienti più fragili, riducendo i costi sanitari.

Il Progetto ARIA dimostra che un monitoraggio domiciliare continuo dei pazienti fragili può consentire un più precoce trattamento medico e fisioterapico domiciliare, evitando di raggiungere condizioni cliniche critiche. Ciò permette di ottenere due risultati molto importanti in presenza di una organizzazione sanitaria centrata sul domicilio: il mantenimento dei pazienti al loro domicilio durante la terapia dell'esacerbazione respiratoria e il taglio dei costi di cura, evitando il ricovero ospedaliero in strutture ad alta intensità di cura.

In riferimento ai vari step del progetto, i pazienti sono stati sottoposti inizialmente a una valutazione pneumologica clinica e funzionale; in seguito, assieme ai loro familiari, i pazienti hanno partecipato a un incontro formativo in ospedale durante il quale sono state spiegate loro le finalità e le modalità organizzative generali del progetto, le modalità di rilevamento giornaliero dei parametri clinici e respiratori, l'utilizzo degli strumenti (pulsossimetro bluetooth e modem) per rilevare la pulsossimetria diurna e notturna nonché le modalità di trasmissione dei dati alla centrale del Service provider, deputata all'allertamento degli specialisti pneumologi nel caso di peggioramento clinico o pulsossimetrico. In tali casi lo specialista pneumologo allerta il medico di medicina generale (MMG) del paziente, e può inviare al domicilio del paziente un fisioterapista respiratorio per una valutazione clinica e per eventuali manovre di gestione dell'ingombro secretivo tracheo-bronchiale (drenaggio posturale, esercizi respiratori, uso di apparecchi per favorire l'espettorazione). In caso di necessità - o a intervalli stabiliti - un medico pneumologo si reca al domicilio per la sostituzione delle cannule tracheali.

Grazie al progetto, i pazienti possono beneficiare di buone condizioni cliniche, di indipendenza dall'ospedale e di una vita sociale più ricca e soddisfacente rispetto di quanto avverrebbe con l'applicazione del precedente modello classico di assistenza sanitaria.

In particolare si è ottenuta una sensibile riduzione delle giornate complessive di ricovero ospedaliero nel gruppo di assistiti ma anche nei singoli pazienti. Si è passati infatti da una situazione precedente l'arruolamento nel progetto, da 300 giornate complessive di degenza annue a 22 giornate/anno al 4° anno. Nel singolo paziente si è passati da una media di 40 giornate/anno a 1,6 giornate di degenza e da 19,36 a 0 giorni per cause esclusivamente respiratorie. A causa delle modificazioni fisiopatologiche nel tempo, si è passati da 0 a 1,42 giorni di degenza al 4° anno per check up clinico-strumentali/controllo/resetting dei ventilatori.

SCALABILITÀ-REPLICABILITÀ, TRASFERIBILITÀ

Dati gli eccellenti risultati raggiunti ad oggi dal Progetto ARIA, si intende proporlo a tutti i reparti Pneumologici e Neurologici della regione Emilia-Romagna, arruolare anche i pazienti affetti da sclerosi laterale amiotrofica (SLA), da quadriplegia e ai pazienti affetti da BPCO GOLD IV più gravi, e favorire il coinvolgimento diretto dei fornitori di servizi a domicilio al fine di standardizzare le modalità di assistenza domiciliare e le relative procedure di monitoraggio.

Il Progetto ARIA attualmente coinvolge diversi attori: pneumologi ospedalieri specialistici; medici di medicina generale; fisioterapisti; pazienti; famiglie/caregiver; Aziende di servizi alla persone; Aziende territoriali e varie strutture ospedaliere. In futuro è previsto anche il coinvolgimento di specialisti in neurologia e neuroriabilitazione. Si può inoltre supporre che, dopo la diffusione e sperimentazione del Progetto in altre province della regione Emilia-Romagna, il modello di assistenza domiciliare descritto possa essere proposto ad altre realtà, non solo italiane ma anche europee.

RISULTATI ATTESI

Le cure tradizionali di lungo periodo dei pazienti coinvolti nel Progetto ARIA sono molto costose per il Servizio sanitario regionale, in quanto questi pazienti spesso necessitano di ricoveri in reparti di terapia intensiva per lunghi periodi.

Il Progetto ARIA - paragonato agli schemi di cure ospedaliere classici - dimostra sin dalle sue prime applicazioni (2008) di avere un approccio più umano e costi di trattamento più bassi di pazienti con diverse tipologie di malattie invalidanti. In tal senso è possibile ipotizzare un notevole risparmio per il SSR in ragione della domiciliarità delle cure riservate a tali pazienti.

Infatti, a fronte di un costo annuale per singolo assistito dal Progetto ARIA di € 1.200,00 (comprensivo del servizio di telemedicina e delle visite domiciliari di fisioterapisti respiratori), i costi giornalieri di ricovero nel reparto di Pneumologia presso l'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia per malattie dovute a insufficienza respiratoria sono pari a € 300,00 e € 2.000,00 per l'Unità di cura intensiva.

La diffusione dei modelli integrati di cure domiciliari induce le industrie a proporre nuovi dispositivi di telecomunicazione e di monitoraggio remoto per registrare e trasmettere - in modo semplice per i pazienti - parametri fisiologici/fisiopatologici. Il Progetto ARIA contribuisce infatti alla disseminazione dell'idea di modelli di cura domiciliari integrati e all'utilizzo di nuove sofisticate tecnologie, contribuendo esso stesso al loro miglioramento mediante l'esperienza sul campo. Attualmente il numero dei pazienti seguiti dal Progetto è esiguo,* ma vi è il proposito di incrementare sia la gamma di patologie che è possibile seguire e sorvegliare in remoto al domicilio, sia il numero dei pazienti da arruolare al fine di ottenere un numero maggiore di dati nel lungo periodo.

^{*} Attualmente i pazienti arruolati nel Progetto ARIA sono 15. Le patologie considerate sono: cifoscoliosi grave (1), distrofia muscolare di Becker (1), amiotrofie dei cingoli (2), sistrofie muscolari di Duchenne (5), malattia di Pompe (1), miopatia (1), amiotrofia spinale tipo 2 (1), distrofie muscolari congenite (2), amiotrofia di K.-Welander (1); di questi in ventilazione meccanica 11/15, in ventilazione meccanica + O2 3/15, con tracheostomia 6/15.

I criteri di inclusione sono: tosse inefficace e sindrome disventilatoria restrittiva (PCEF <270 I/min, MEP <40 cm H2O, CV <1.500 ml), adeguato supporto domiciliare parentale, difficoltà di accesso all'ospedale (eccessiva distanza, capacità di mobilità personale fortemente ridotta o assente), ventilazione meccanica domiciliare.

I criteri di esclusione sono: deficit muscolari su base bulbare, assenza di collaborazione e motivazione da parte del paziente o familiari.

4.3. Esperienze regionali nel segno di EIP-AHA²⁵

Nella pagina del portale dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dedicata all'evento http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/aree_attivita/governance-della-ricerca/progetti_internazionali/eip-aha/materiali-e-documentazione/workshop-eip-aha (ultimo accesso luglio 2013) sono disponibili anche i poster presentati in occasione del Workshop.





Esperienze regionali nel segno del Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento attivo e in buona salute (EIP-AHA)

Nell'ambito del Workshop internazionale "Vivere sani e attivi in un continente che invecchia" Bologna, 3 giugno 2013

con il supporto di







in collaborazione con









Redazione e impaginazione a cura di

Tania Salandin e Federica Sarti - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Stampa

Centrostampa Regione Emilia-Romagna, Bologna maggio 2013 - aggiornamento luglio 2013

Indice

Prem	essa	ITA - 5
Il cor	ntesto regionale. Tendenze demografiche in Emilia-Romagna: quali sviluppi?	7
1.	Approccio innovativo per l'implementazione dell'aderenza terapeutica e la gestione di farmaci e biorisorse	11
2.	Dalla valutazione del fenomeno "caduta" in ambito ospedaliero all'empowerment dei cittadini e dei professionisti	12
3.	Importanza dei sensori di movimento nell'identificazione di pazienti anziani a rischio di caduta	13
4.	Determinazione del rischio di caduta in ambiente ospedaliero	14
5.	Programma multifattoriale di prevenzione delle cadute accidentali in ospedale presso l'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna	15
6.	Implementazione di semplici ed efficienti test di performance fisica per lo screening dei soggetti fragili a rischio di declino fisico in diversi setting assistenziali	16
7.	Verso l'individuazione precoce della fragilità cognitiva sul territorio: strumenti e risorse presenti e future	17
8.	Database sociosanitari per la valutazione preliminare della fragilità sul territorio dell'Emilia-Romagna	18
9.	Progetto Eubiosia	19
10.	Prevenzione delle complicanze del diabete	20
11.	Azioni di networking per il Distretto biomedicale di Mirandola	21
12.	Rete regionale di servizi per l'adattamento domestico: valutazione dei costi sociali legati agli interventi per la domiciliarità	22
13.	Servizio e-Care Bologna	23
14.	SOCIABLE: motivating platform for elderly networking, mental reinforcement and social interaction	24
15.	SPES: Support Patients through E-services Solutions	25

Premessa

L'invecchiamento demografico è una delle principali sfide cui l'Europa del futuro deve fare fronte. 1,2

È importante promuovere un invecchiamento attivo e in buona salute, sia per migliorare la qualità della vita dei cittadini anziani, aiutandoli a meglio contribuire alla società mano a mano che invecchiano, sia per ridurre l'insostenibile pressione esercitata sui sistemi sanitari.

Se da un lato però, questo fenomeno pone dei problemi per i sistemi sanitari e assistenziali europei, esso offre anche l'occasione di riorganizzare tali sistemi a vantaggio dei pazienti, della sanità e dell'industria innovativa.

Partendo da questi scenari-sfide, nel 2012 - anno europeo per l'invecchiamento attivo e la solidarietà tra le generazioni nell'ambito dell'Iniziativa Faro "l'Unione dell'innovazione"³ - la Commissione europea ha lanciato il **Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento attivo e in buona salute (EIP-AHA).**^{4,5}

Il partenariato, selezionato quale iniziativa pilota per affrontare la sfida rappresentata dall'invecchiamento demografico, mira ad accrescere di 2 anni la speranza/media di vita in buona salute dei cittadini dell'Unione europea entro il 2020 e si propone, in particolare, di raggiungere 3 obiettivi:

- migliorare la salute e la qualità della vita dei cittadini europei, in particolare degli anziani;
- supportare la sostenibilità e l'efficienza dei sistemi sanitari a lungo termine;
- accrescere la competitività dell'industria europea attraverso nuove opportunità di crescita e l'espansione in nuovi mercati, anche al fine di contribuire alla crescita sostenibile.

In questo contesto vengono qui presentate alcune delle esperienze di ricerca attualmente in essere nella Regione Emilia-Romagna e che si rifanno alle specifiche azioni e impegni compresi nel programma di attività dell'EIP-AHA.

Ogni programma viene presentato in forma strutturata ed è parte del materiale distribuito ai partecipanti all'evento "Vivere sani e attivi in un continente che invecchia" che si è tenuto a Bologna il 3 giugno 2013.

Recenti proiezioni indicano che nei prossimi 50 anni il numero di cittadini europei di età uguale o superiore a 65 anni raddoppierà quasi, passando da 87 milioni nel 2020 a 148 milioni nel 2060. Se non affrontata in maniera decisiva, questa transizione demografica metterà in serio pericolo la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari e di assistenza europei. Per maggiori info: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/ (ultimo accesso maggio 2013)

² Approfondimento per la Regione Emilia-Romagna nel Capitolo "Il contesto regionale".

³ Cfr. Comunicazione della CE - COM(2010) 2020 definitivo. "Europa 2020. Una strategia per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva". http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:IT:PDF (ultimo accesso maggio 2013)

Comunicazione della CE - COM(2012) 83 final. "Portare avanti il piano strategico di attuazione del partenariato europeo per l'innovazione nell'ambito dell'invecchiamento attivo e in buona salute". http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2012:0083:FIN:IT:PDF (ultimo accesso maggio 2013)

Per un excursus politico in seno al Parlamento europeo si veda http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A7-2013-0029+0+DOC+XML+V0//IT (ultimo accesso maggio 2013)

EIP-AHA rappresenta una **nuova strategia** tesa a sostenere l'intera catena ricerca-sviluppo-innovazione, riunendo tutti gli attori del ciclo dell'innovazione, partner pubblici e privati al di là di frontiere e settori, per accelerare la diffusione dell'innovazione e per mettere a frutto le sinergie esistenti ai vari livelli: UE, nazionale e regionale/locale.⁶

Gruppo di lavoro per l'Agenzia sanitaria e sociale regionale (ASSR) Antonio Addis, Barbara Mazzoni, Luigi Pilolli, Silvia Pozzi, Tania Salandin, Federica Sarti

Per facilitare lo scambio di idee e la collaborazione tra partner, la CE ha creato una piattaforma base digitale aperta a tutti i soggetti coinvolti: cd. marketplace (https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/ - ultimo accesso maggio 2013); tale piattaforma ha lo scopo di agevolare i soggetti coinvolti nella ricerca di partner e nella condivisione di pratiche e progetti, e di incoraggiare il trasferimento e lo scambio di idee e buon pratiche.

Il contesto regionale. Tendenze demografiche in Emilia-Romagna: quali sviluppi?

Angelina Mazzocchetti - Servizio statistica e informazione geografica - Regione Emilia-Romagna Nicola Caranci - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Il cambiamento demografico, la trasformazione nei rapporti numerici tra diversi sottogruppi della popolazione, è divenuto sempre più centrale tra le riflessioni circa lo sviluppo futuro dei territori.

Due le caratteristiche principali del cambiamento demografico che caratterizzeranno, con diversi gradienti, il futuro dei territori europei: l'invecchiamento e le migrazioni.

Il primo, sostanzialmente già scritto negli attuali geni della popolazione; il secondo, essenzialmente imprevedibile e di crescente complessità.

Nel panorama delle regioni italiane l'Emilia-Romagna è quella che ha conosciuto la più rapida ed intensa trasformazione nella struttura per età. Il sorpasso della popolazione anziana rispetto a quella giovanile si è realizzato con quasi un decennio di anticipo rispetto all'Italia ed è avvenuto nell'arco di pochi decenni: se il censimento del 1961 contava la presenza di un individuo con 65 anni e oltre ogni 2 giovani con meno di 15 anni, al censimento del 2001 il rapporto è sostanzialmente ribaltato con circa 2 anziani per ogni giovane (indice di vecchiaia⁷ pari a 193).

Mentre in Italia il rapporto tra anziani e giovani continua a crescere, in Emilia-Romagna diminuisce da circa 10 anni: pur in presenza di una continua crescita della popolazione anziana, un incremento maggiore ha interessato quella giovanile grazie a un aumento del numero di nati e all'arrivo di famiglie di immigrati. Le migrazioni internazionali, a partire dai primi anni 2000, hanno dato nuovo impulso al sistema demografico italiano, in particolare dell'Emilia-Romagna, dove si innestavano in una situazione caratterizzata da bassissima fecondità ed elevata longevità, fenomeni che determinano una capacità molto bassa di rinnovo delle forze di una popolazione.

L'ingresso di cittadini stranieri ha determinato un rallentamento delle dinamiche di invecchiamento; gli stranieri si concentrano nelle fasce di età giovanili (età media di circa 31 anni a fronte dei 47 degli italiani) e ne hanno accelerato le dinamiche, mentre ancora non hanno minimamente inciso su quelle della popolazione anziana.

Risentendo poco delle dinamiche migratorie, l'evoluzione in termini prospettici del segmento di popolazione anziana residente in regione sarà sostanzialmente determinata dall'andamento dei tassi di mortalità alle varie età che si può esprimere attraverso la speranza di vita alla nascita, in sintesi: quanto si aspetterebbe di vivere una persona nata in dato territorio in un dato anno se sperimentasse i tassi di mortalità propri di quella popolazione.

Da circa un secolo la speranza di vita alla nascita è in continuo aumento, seppure negli ultimi anni i ritmi siano leggermente diminuiti così come è diminuito il differenziale esistente tra la sopravvivenza di maschi e femmine (che vede queste ultime avvantaggiate, a fronte di uno svantaggio in termini di nascite - 100 femmine ogni 105 maschi).

Prendendo in esame gli ultimi due decenni, la speranza di vita dei maschi è passata da circa 74 anni nel 1991 a poco più di 77 nel 2001, con una variazione di poco più di 3 anni. Nello stesso periodo per le femmine si è passati da quasi 81 anni a poco più di 83 anni, con una variazione di poco superiore a 2 anni. Nel decennio successivo, pur continuando, la crescita ha subito un rallentamento di quasi un anno per

⁷ Indice di vecchiaia: rapporto percentuale tra la popolazione con 65 anni o più e quella in età 0-14 anni.

entrambi i sessi. Al 2011⁸ la stima è di 80 anni per i maschi e 84,7 per le femmine. Nel complesso degli ultimi 20 anni in Emilia-Romagna, quindi, la crescita della vita media è stata di 6 anni per i maschi e poco meno di 5 per le femmine.

In virtù delle due tendenze evidenziate per questo indicatore - continua crescita ma a ritmi rallentati e riduzione del differenziale tra maschi e femmine -, nell'ipotesi di massima espansione l'aumento delle speranze di vita alla nascita, sia per i maschi sia per le femmine, si mantiene sostenuto e porta nei prossimi 20 anni ad un aumento di circa 5 anni per i maschi e 4 per le femmine. Nell'ipotesi intermedia si asseconda il rallentamento osservato e l'aumento ipotizzato è di 3,5 anni per i maschi e di 2,5 anni per le femmine, mentre nell'ipotesi recessiva la crescita ipotizzata è di un solo anno per le femmine e di 2 anni per i maschi.

Tali ipotesi si accompagnano, nella stima delle proiezioni demografiche, a quelle relative a fecondità e flussi migratori, declinate con la stessa logica della mortalità tra i 3 scenari costruiti, nel determinare la struttura per età e sesso attesa per la popolazione residente in futuro in Emilia-Romagna. Il segmento della popolazione con 65 anni o più è quello che mostra meno differenze nell'evoluzione fra i tre scenari demografici, poiché risente sostanzialmente solo delle ipotesi relative agli sviluppi della sopravvivenza alle età anziane, non così distanti da determinare nel giro di 20 anni risultati molto diversi tra loro.

Il segmento di popolazione anziana, oggi come nel futuro, manterrà una consistenza considerevole che supererà, già dal prossimo decennio, il milione di residenti seppure il suo peso sulla popolazione complessiva rimarrà abbastanza stabile, oscillando tra il 22,3% e il 22,8% nel 2020 e tra il 23,9% e il 25% nel 2030.

Nell'arco dei venti anni di proiezione, l'incremento della popolazione anziana sarà concentrato sugli ultra-ottantenni, seppure nei due decenni prossimi le popolazioni nelle fasce di età 65-79 anni e 80 anni e oltre avranno andamenti diversificati. Nel primo decennio, 2010-2020, saranno soprattutto gli ultra-ottantenni a crescere mentre nel secondo decennio, a fronte di un rallentamento nell'incremento di questo segmento, ci sarà un notevole aumento della popolazione tra i 65 e i 79 anni, fascia nella quale tra il 2020 e il 2030 andranno a transitare le numerose generazioni nate durante il baby boom, che in Emilia-Romagna è da riferire particolarmente agli anni 1954-1964, anno un cui si è raggiunto il massimo delle nascite con circa 58mila nati a fronte dei circa 40mila attuali.

Popolazione residente con 65 anni o più per grandi classi di età e scenario - Anni 2010, 2020, 2030 - Emilia-Romagna

	2010	2020		2030			
		Ipotesi bassa	Ipotesi centrale	Ipotesi alta	Ipotesi bassa	Ipotesi centrale	Ipotesi alta
65-79	679.569	690.508	697.261	703.826	791.921	814.855	836.568
80+	306.123	356.208	362.848	369.725	369.760	394.417	421.039
Tot. 65 +	985.692	1.046.716	1.060.109	1.073.551	1.161.681	1.209.272	1.257.607

La soglia dell'anzianità, convenzionalmente fissata a 65 anni, potrebbe in realtà essere messa in discussione in Paesi, come il nostro, in cui si vive ben oltre questa età e soprattutto dove anche la comparsa di malattie croniche e invalidanti avviene tendenzialmente a età più avanzate: il fenomeno della disabilità è maggiormente diffuso tra le persone molto anziane (in particolare con più di 85 anni) dove il normale processo di invecchiamento si somma agli effetti delle patologie cronico-invalidanti.

⁸ Stima ISTAT.

⁹ Le ipotesi relative alla mortalità sono naturalmente più complesse poiché, ad esempio, l'aumento non è proporzionale per tutte le classi di età.

La stima della speranza di vita in buona salute alla nascita, ottenuta combinando i dati di mortalità con le frequenze di soggetti in buona salute, ¹⁰ per l'Emilia-Romagna nel 2010 indica un valore pari a 60,8 anni per i maschi e 58,3 per le femmine, con una differenza sensibile rispetto al complesso della speranza di vita. Ciò vale in particolare per le donne, per le quali un vantaggio di speranza di vita alla nascita si trasforma in uno svantaggio, implicando un maggior numero di anni medi vissuti in condizioni di salute non buona.

In sintesi, le trasformazioni attese per la struttura demografica dell'Emilia-Romagna seguono le linee di sviluppo evidenziate per tutti i sistemi demograficamente maturi: un aumento della quota di popolazione anziana e soprattutto dei grandi anziani, un invecchiamento e tendenziale diminuzione della popolazione in età lavorativa e, con più incertezza dato il più forte legame con l'andamento delle migrazioni, un aumento nell'immediato futuro della popolazione in età scolare.

Negli anziani, la distribuzione delle condizioni di non buona salute e di disabilità evolvono a loro volta e richiamano a una adeguata attenzione nel distinguere l'evoluzione per fasce di età e per grado di vulnerabilità, altrettanto rilevanti quanto le dinamiche demografiche, seppur non oggetto specifico di questa presentazione.

.

http://www.istat.it/it/files/2013/03/1 Salute.pdf (ultimo accesso maggio 2013)
Fonte: ISTAT, Indagine sui decessi e sulle cause di morte.

1. Approccio innovativo per l'implementazione dell'aderenza terapeutica e la gestione di farmaci e biorisorse

Autore/referente Luca Sangiorgi

Dettagli di contatto luca.sangiorgi@ior.it

Azienda/Ente di riferimento/
Organizzazione

IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

Introduzione e obiettivi

L'outsourcing e/o la centralizzazione territoriale dei test diagnostici stanno diventando una tendenza consolidata nel governo della sanità. Un processo di frammentazione non coordinata tra i soggetti interessati può introdurre elementi di incertezza nel processo decisionale clinico e determinare ritardi nelle azioni terapeutiche, con conseguente riduzione della qualità e aumento dei costi per la sanità. Il progetto consentirà di armonizzare i vari stakeholder per creare un processo lineare e raccogliere informazioni utili per valutare il livello del servizio offerto, ridurre i costi di assistenza sanitaria e migliorare accessibilità e qualità delle cure dei gruppi target in determinate regioni.

Tipo di innovazione Introdotta

(intesa in senso ampio: tecnologia, ICT, prodotti e servizi, sociale, di processo, organizzativa)

- Creazione di piattaforme IT in ambiente Cloud per promuovere lo scambio di informazioni in tempo reale tra pazienti, ospedali e farmacie
- Innovativo packaging tecnologico studiato per pazienti anziani, usato sia nelle strutture sanitarie che a domicilio
- Banche dati e metodi innovativi per la stratificazione della popolazione al fine di sviluppare protocolli terapeutici personalizzati e per migliorare l'aderenza al trattamento
- Creazione di una piattaforma logistica integrata per i campioni bbiologici (CB) e prodotti farmaceutici (PF) di consegna e stoccaggio e monitoraggio della qualità del prodotto
- Valutazione di Customer satisfaction sul nuovo processo

Scalabilitàreplicabilità Trasferibilità

Identificare i fattori di rischio che influenzano lo stato di salute porta a un miglioramento dello stile di vita in gruppi di pazienti aggregati in base alle condizioni cliniche. Determinare i tassi di aderenza a terapie usate per malattie croniche in pazienti anziani, attraverso l'uso di database e l'esecuzione di studi osservazionali su database di prescrizione di farmaci, portano alla valutazione dell'aderenza del protocollo terapeutico e quindi contribuiscono alla sostenibilità dei servizi. Strumenti informatici in combinazione con logistica/automazione e attrezzature tecnologiche aumentano la competitività.

Risultati attesi

(in termini di impatto su cittadini/servizi per la salute/industria) Ridurre la prescrizione inappropriata e il numero di pazienti impropriamente polimedicati. Tracciare il ciclo di vita completo di terapia farmacologica e dei risultati di esami clinici e aderenza alla prescrizione. Adottare tutti i criteri di sicurezza per la gestione del protocollo terapeutico e del dato clinico. Attuazione di adeguati programmi di supporto, strumenti e materiali didattici per affrontare l'aderenza nei diversi gruppi target.

2. Dalla valutazione del fenomeno "caduta" in ambito ospedaliero all'empowerment dei cittadini e dei professionisti

Autore/referente Antonella Dovani, Giovanna Campaniello, Luca Sircana, Francesca Montali,

Anna Nardelli

adovani@ao.pr. it-gcampaniello@ao.pr. it-lsircana@ao.pr. it-fmontali@ao.pr. it-anardelli@ao.pr. it-anardelli@ao.pr. it-gcampaniello@ao.pr. it-gcampaniello.gcampanDettagli di contatto

Azienda/Ente di riferimento/ Organizzazione

Azienda ospedaliero-universitaria di Parma

Introduzione e obiettivi

La prevenzione delle cadute rappresenta un tema della gestione del rischio sul quale è alta l'attenzione sia a livello nazionale che a livello della Regione Emilia-Romagna. L'Azienda ospedaliero-universitaria di Parma ha definito la prevenzione delle cadute un obiettivo prioritario di governo clinico e gestione del rischio. L'empowerment del cittadino, del caregiver e del professionista è un elemento cardine per l'efficacia della prevenzione del fenomeno cadute. Lo scopo del presente lavoro è quello di sviluppare strategie di coinvolgimento/informazione/educazione di tutti gli attori che concorrono ai processi clinico-assistenziali.

introdotta

processo, organizzativa)

(intesa in senso ampio: tecnologia, ICT, prodotti e servizi, sociale, di

Tipo di innovazione L'innovazione nel sistema di gestione del fenomeno "caduta" è stata realizzata attraverso:

- individuazione di un Gruppo di lavoro multiprofessionale aziendale;
- implementazione di un sistema informativo e di segnalazione specifico per il fenomeno "cadute" in Azienda per il monitoraggio del fenomeno;
- individuazione del profilo di rischio aziendale e dipartimentale sulla base delle segnalazioni pervenute;
- redazione e diffusione ai professionisti di tutte le Unità operative di uno strumento di comunicazione agile e specifico
- predisposizione di un poster e di una brochure informativa per la diffusione delle raccomandazioni ai pazienti e caregiver;
- diffusione di tutto il materiale prodotto e delle Raccomandazioni nazionali sul sito aziendale.

Scalabilitàreplicabilità **Trasferibilità**

Trasferibilità interna all'Azienda: fra aree di degenza di diverse discipline; fra reparti di degenza e altri servizi. Trasferibilità esterna all'Azienda: fra ospedale e territorio; dall'ospedale al domicilio. L'iniziativa è stata recepita dai professionisti positivamente. La sensibilizzazione al fenomeno cadute ha coinvolto anche i professionisti che lavorano nei servizi e ha reso possibile interventi per il contenimento del fenomeno cadute. L'esperienza è stata presentata a livello di Area vasta e ha contribuito alla definizione della Buona pratica AGENAS della Regione Emilia-Romagna anno 2012.

Risultati attesi

(in termini di impatto su cittadini/servizi per la salute/industria)

L'empowerment dei cittadini-caregiver e professionisti potrà contribuire a ridurre in modo significativo le cadute con danno e i costi legati agli accertamenti diagnostici e alle visite specialistiche effettuati a seguito degli eventi (una prima stima suggerisce che il valore economico del fenomeno caduta in Azienda può essere pari a 50-60.000 euro annui).

Importanza dei sensori di movimento nell'identificazione di 3. pazienti anziani a rischio di caduta

Chiara Mussi¹, Andrea Cattabriga², Carlo Tacconi², Sabato Mellone³, Francesca Veltri¹, Autore/referente

Alice Ferri¹, Sonia Bertoli¹, Lorenzo Chiari^{2,3}

chiara.mussi@unimore.it Dettagli di contatto

Azienda/Ente di riferimento/ Organizzazione

- ¹ Dipartimento di Scienze biomediche, endocrinologiche e neuroscienze, Cattedra di Geriatria, Università di Modena e Reggio Emilia
- ² CIRI Scienze della Vita e Tecnologie per la Salute, Università di Bologna
- ³ Dipartimento di Ingegneria dell'Energia elettrica e dell'informazione, Università di

Introduzione e obiettivi

Le cadute rappresentano una delle più importanti sindromi geriatriche a causa del loro impatto devastante sull'autosufficienza e sulla qualità della vita dei soggetti ultrasettantenni e delle loro famiglie. Identificare le cause di caduta è fondamentale per prevenire tale evento. Insieme a fattori di rischio noti, esiste oggi la possibilità di affinare e ampliare la ricerca di elementi utili allo scopo utilizzando sensori di movimento indossabili in grado di misurare in modo oggettivo numerosi parametri relativi al profilo motorio del soggetto.

Scopo dello studio è di identificare elementi quantificabili rilevati da tale sensore che possano essere di utilità clinica nel definire pazienti anziani a rischio di caduta e identificare target terapeutici

Tipo di innovazione Innovazione tecnologica in campo clinico con obiettivi di prevenzione primaria e introdotta

secondaria.

(intesa in senso ampio: tecnologia, ICT, prodotti e servizi, sociale, di processo, organizzativa)

Scalabilitàreplicabilità **Trasferibilità**

I test utilizzati sono ampiamente validati in letteratura. L'uso del sensore di movimento è una metodica non invasiva, facilmente replicabile in setting assistenziali diversi e facilmente trasferibile.

Risultati attesi

(in termini di impatto su cittadini/servizi per la salute/industria)

Si riportano i dati dello studio pilota su 90 pazienti afferenti all'ambulatorio di cardiogeriatria della Cattedra di geriatria del Nuovo Ospedale S Agostino-Estense a Baggiovara. I soggetti sono stati sottoposti a visita completa. Inoltre, sono stati eseguiti i principali test di valutazione di andatura, equilibrio e forza degli arti inferiori. Durante tali test il paziente indossava un sensore di movimento. I 90 soggetti sono stati suddivisi in due gruppi in base al rischio di caduta. A parità di risultato clinico misurato durante il TUG (timed up and go test), i soggetti a maggior rischio di caduta ottenevano punteggi peggiori in numerosi parametri strumentali ottenuti dal sensore di movimento. Pertanto, siamo convinti che l'uso di tali sensori sia in grado di fornire nuovi elementi determinanti per la prevenzione delle cadute e della disabilità che ne conseque.

4. Determinazione del rischio di caduta in ambiente ospedaliero

Isabella Campanini¹, Andrea Merlo¹, Adele Bassoli¹, Gabriele Bosi¹, Stefano Autore/referente

Mastrangelo², Monica Cervi², Annalisa Bargellini³

isabella.campanini@ausl.re.it Dettagli di contatto

Azienda/Ente di riferimento/ Organizzazione

¹ AUSL di Reggio Emilia, Dipartimento Riabilitazione LAM Laboratorio Analisi Movimento

² AUSL di Reggio Emilia, Direzione Infermieristica

³ Università di Modena e Reggio Emilia, Dipartimento Medicina diagnostica, clinica e di

sanità pubblica

Introduzione e obiettivi

Nella nostra AUSL è attivo il monitoraggio delle cadute dei pazienti ricoverati. Un'analisi retrospettiva sul periodo 2003-2011 ha evidenziato un progressivo incremento dell'incidenza di cadute, da 0,67 a 1,53 per 1.000 giorni paziente tra il 2003 e il 2011. All'attività di monitoraggio si associa lo sviluppo di sistemi di identificazione dei soggetti a rischio.

È stata sviluppata una scheda per la valutazione del rischio, contenuta in un'unica pagina, basata su un'approfondita analisi della letteratura, che distingue i pazienti ad alto rischio (rossi), a basso rischio (verdi) e incerti (gialli). Per i soli pazienti "gialli" si esegue una valutazione strumentale aggiuntiva dell'equilibrio (30 minuti) per migliorare la classificazione.

La scheda è stata somministrata a tutti i pazienti ricoverati presso i reparti di riabilitazione ortopedica, polmonare, neurologica e neurologica intensiva dell'Ospedale di Correggio, in un periodo di 6 mesi (n = 190). L'applicabilità è risultata elevatissima (con eccezione dei soggetti in coma o simile), il tempo di somministrazione medio inferiore a 5 minuti, la sensibilità pari al 70% e la specificità pari all'87%.

introdotta

(intesa in senso ampio: tecnologia, ICT, prodotti e servizi, sociale, di processo, organizzativa)

Tipo di innovazione Abbiamo sviluppato e testato una scheda per la stratificazione del rischio di caduta da utilizzare in ambiente ospedaliero, somministrabile in media in 5 minuti e con capacità predittiva risultata superiore a quella dei metodi pubblicati, e non limitata ad ambiti geriatrici.

> L'elevata specificità raggiunta (87%), quasi doppia rispetto a quella delle scale pubblicate, è stata ottenuta grazie all'analisi congiunta dei fattori di rischio clinici, infermieristici e funzionali. Tale specificità consente di focalizzare la somministrazione di eventuali interventi preventivi, che possono essere indirizzati dagli item positivi della scala.

Scalabilitàreplicabilità Trasferibilità

A seguito di validazione su popolazione più ampia, la scala potrà essere utilizzata in reparti simili a quelli indagati. È già in corso la raccolta dati su pazienti riabilitativi ambulatoriali.

Risultati attesi

(in termini di impatto su cittadini/servizi per la salute/industria)

Ad ogni soggetto ricoverato potrà essere:

- associato un livello di rischio (verde, giallo, rosso),
- indicato il/i fattore/i di rischio principale/i,
- messa in atto un'azione preventiva quando necessario,
- eventualmente messa in atto una procedura di segnalazione (es. braccialetto rosso).

5. Programma multifattoriale di prevenzione delle cadute accidentali in ospedale presso l'IRCCS Istituto ortopedico Rizzoli di Bologna

Autore/referente Patrizio Di Denia, Elizavetha Kon, Elisa Porcu, Annella Mingazzini,

Daniela Di Nicolantonio

Dettagli di contatto patrizio.didenia@ior.it

Azienda/Ente di riferimento/
Organizzazione

IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

Introduzione e obiettivi

L'ospedalizzazione aumenta il rischio di caduta. Gli esiti correlati all'evento caduta rappresentano per le strutture ospedaliere una causa di maggiorazione dei costi. Molti studi dimostrano che i programmi multifattoriali riducono l'incidenza e gli esiti delle cadute in ospedale. Obiettivo principale del programma aziendale è stato quello di ridurre l'incidenza delle cadute accidentali in ospedale, dei danni conseguenti e delle richieste di risarcimento mediante l'applicazione di interventi assistenziali di prevenzione dei fattori di rischio.

Tipo di innovazione introdotta

(intesa in senso ampio: tecnologia, ICT, prodotti e servizi, sociale, di processo, organizzativa)

Tipo di innovazione La realizzazione del programma ha previsto:

- formazione degli operatori sanitari;
- classificazione del rischio di caduta dei pazienti ricoverati mediante Scala Morse;
- implementazione di interventi assistenziali atti a ridurre i fattori di rischio di caduta accidentale;
- implementazione di attività informative ed educative rivolte a pazienti e familiari.

L'attività di valutazione del programma ha previsto:

- monitoraggio dell'incidenza delle cadute, dei danni e dei sinistri;
- verifica della corretta applicazione della Scala Morse e degli interventi assistenziali;
- indagine conoscitiva rivolta ai genitori dei pazienti ricoverati in età pediatrica, per valutare la qualità dell'informazione fornita dal personale sanitario;
- analisi economica dei costi di progettazione e realizzazione del programma aziendale.

Dopo una prima fase di sperimentazione in 3 reparti iniziata nel 2010, il programma è stato esteso a tutto l'ospedale dal 2011.

Scalabilitàreplicabilità Trasferibilità

Si ritiene che le attività di implementazione e valutazione del programma sono trasferibili ad altri ospedali, tenuto conto dei diversi contesti organizzativi.

Risultati attesi

(in termini di impatto su cittadini/servizi per la salute/industria) Si è ottenuto una riduzione dei danni per i pazienti dal 2009 al 2011 (-100% delle lesioni medie e -75% di quelle gravi) e delle richieste di risarcimento (-67%), una buona aderenza del personale sanitario (applicazione corretta della Scala Morse nel 78% dei casi e degli interventi assistenziali nell'89%) e un'elevata qualità delle attività informative fornite dal personale sanitario ai genitori dei pazienti pediatrici (completezza e chiarezza considerate adeguate dal 100% dei soggetti intervistati). Il programma è stato attuato con un costo per paziente ricoverato di € 3,71.

6. Implementazione di semplici ed efficienti test di performance fisica per lo screening dei soggetti fragili a rischio di declino fisico in diversi setting assistenziali

Stefano Volpato¹, Marcello Maggio², Donatella Zavaroni³, Maria Lia Lunardelli⁴, Gian Autore/referente

Paolo Ceda², Giovanni Zuliani¹, Laura Calzà⁵

stefano.volpato@unife.it - laura.calza@unibo.it Dettagli di contatto

Azienda/Ente di riferimento/ Organizzazione

¹ UOC Medicina interna universitaria, Azienda ospedaliero-universitaria Ferrara

² UOC Clinica geriatrica, Azienda ospedaliero-universitaria Parma

³ UO dipartimentale di diabetologia, Azienda USL Piacenza

⁴UO Geriatria, Azienda ospedaliero-universitaria Bologna

⁵ HST-ICIR, Università di Bologna

Introduzione e obiettivi

Studi epidemiologici hanno dimostrato la possibilità di individuare, tramite l'utilizzo di prove di valutazione funzionale fisica, i soggetti non ancora disabili ma ad alto rischio di declino funzionale e perdita dell'autonomia funzionale. La velocità del cammino su 4 metri, il test dell'equilibrio statico e il test di alzata ripetuta da una sedia (Short Physical Performance Battery, SPPB) sono gli strumenti più studiati. Obiettivi di questo progetto sono:

- diffondere l'utilizzo di questi semplici strumenti di valutazione funzionale nella pratica clinica quotidiana delle diverse realtà assistenziali sulle quali è articolato il servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna;
- sperimentare metodiche di valutazione più oggettive della velocità del cammino come l'accelerometro;
- creare il razionale per interventi atti a prevenire l'ospedalizzazione e l'insorgenza della disabilità nel soggetto anziano.

Tipo di innovazione Le innovazioni coinvolgono due diversi ambiti:

- introdotta di processo e organizzativo: con verifica della applicabilità e trasferibilità nella
 - tecnologico: con misurazione oggettive della velocità del cammino a 4 e 10 metri attraverso accelerometri (actigrafia).

pratica clinica quotidiana di test oggettivi di performance fisica;

Scalabilitàreplicabilità **Trasferibilità**

La fattibilità del progetto si basa su due esperienze regionali condotte su due diversi setting. La prima si è basata campione di soggetti anziani ospedalizzati, ricoverati presso l'AOU di Ferrara (Volpato JGMS 2011) che ha dimostrato l'utilità di SPPB nel misurare il rischio di declino funzionale nei 12 mesi dopo la dimissione dall'ospedale. La seconda, si basa su uno studio tuttora in corso di 141 anziani residenti a Medesano (Parma) (setting territoriale) (58 uomini e 83 donne), di età media 78.5 ± 5.5 anni (range 65-91), che hanno eseguito i "Six Minute Walking Test", il test di velocità del cammino su 4 e 10 metri con e senza accelerometro e l'SPPB unitamente alla valutazione della composizione corporea.

Risultati attesi

L'individuazione routinaria e precoce di soggetti anziani a elevato rischio di perdita dell'autonomia funzionale con più precisa stratificazione del profilo di rischio finalizzata ad un più efficiente utilizzo degli interventi preventivi e terapeutici (esercizio fisico, riabilitazione, supplementazione nutrizionale).

7. Verso l'individuazione precoce della fragilità cognitiva sul territorio: strumenti e risorse presenti e future

Autore/referente

Enrico Ghidoni¹, Norina Marcello¹, Caterina Barletta Rodolfi¹, Federico Gasparini¹, Daniela Beltrami¹, Maria Lia Lunardelli², Alessandro Pirani³, Fabio Tamburini⁴, Rema Rossini⁴, Laura Calzà⁵

Dettagli di contatto

laura.calza@unibo.it - ghidoni.enrico@asmn.re.it

Azienda/Ente di riferimento/ **Organizzazione**

¹UOC Neurologia, ASMN-IRCCS Reggio Emilia

² UO Geriatria, Azienda ospedaliero-universitaria Bologna

³ Gruppo ricerca Geriatrico interdisciplinare operativo, Cento (FE)

⁴ Dipartimento di Filologia classica e italianistica, Università di Bologna

⁵ HST-ICIR, Università di Bologna

Introduzione e obiettivi

Il quadro epidemiologico globale evidenzia un progressivo invecchiamento della popolazione con conseguente aumento dei soggetti fragili. Uno degli effetti diretti della maggior aspettativa di vita è l'aumento della probabilità di sviluppare una malattia neuro-degenerativa il cui sintomo più rilevante è il decadimento cognitivo. Per individuare precocemente e su vasta scala gli indici di fragilità cognitiva, è necessario che gli strumenti a disposizione siano economici e di facile utilizzo. Gli obiettivi di questo progetto sono:

- implementare come strumenti di screening test neuropsicologici già utilizzati nella pratica clinica;
- validare test di analisi automatica (corpora linguistici) del parlato spontaneo raccolti in contesto ecologico, validazione dell'analisi dei corpora linguistici per linguaggi patologici.

introdotta

(intesa in senso ampio: tecnologia, ICT, prodotti e servizi, sociale, di processo, organizzativa)

Tipo di innovazione Validazione a scopo di screening dei seguenti test, già standardizzati ed ampiamente usati sul territorio come strumenti di valutazione del danno cognitivo: Clock Drawing Test (CDT), MMSE, MoCa, 303P, GPCog. In particolare, per il CDT, si intende sviluppare un'applicazione per Tablet in grado di analizzare l'immagine creata e rilevarne possibili segni iniziali di deterioramento.

> Inoltre, si intende inserire il GPCog come primo strumento di screening all'interno di Millewin, il software più ampiamente usato dai MMG italiani, che già dispone di alcuni test di valutazione cognitiva e funzionale (MMSE, SPMSQ, ADL, IADL).

> Infine si intende realizzare un nuovo strumento di screening, basato sull'analisi del discorso: si intende confrontare le produzioni linguistiche di un gruppo di soggetti patologici (MCI, AD iniziale, AD conclamato) e uno di controllo, registrate e sottoposte a un'analisi di linguistica computazionale.

Scalabilitàreplicabilità Trasferibilità

Nel caso di effettiva predittività dei diversi strumenti, questi potranno essere usati come strumenti di fast-screening cognitivo (ad esempio ad uso del MMG), di facile uso e basso costo, utilizzando tecnologie informatiche per la somministrazione e la rapida interpretazione dei dati su tablet.

Risultati attesi

(in termini di impatto su cittadini/servizi per la salute/industria)

Identificazione di nuove tecniche di screening che permettano di individuare precocemente soggetti a rischio di fragilità cognitiva, tramite l'implementazione di strumenti già disponibili in forma standardizzata, e la creazione di nuovi strumenti di analisi delle funzioni cognitive, quali parametri linguistici non rilevabili dai test neuropsicologici tradizionali.

8. Database sociosanitari per la valutazione preliminare della fragilità sul territorio dell'Emilia-Romagna

Tiziana Taggiasco¹, Maria Grazia Bonesi², Andrea Fabbo³, Pasquale Falasca⁴, Laura Autore/referente

Calzà⁵

Dettagli di contatto t.taggiasco@ausl.pc.it - laura.calza@unibo.it

Azienda/Ente di riferimento/ Organizzazione

¹UOC Gestione territoriale non autosufficienza, Azienda USL Piacenza

² Medico medicina generale Dipartimento Cure primarie, Azienda USL Modena

³ Progetto aziendale Demenze, Dipartimento Cure primarie Azienda USL Modena

⁴ Servizio Valutazione strategica e sistema informativo, Azienda USL Ravenna

⁵ HST-ICIR, Università di Bologna

Introduzione e obiettivi

Il concetto di fragilità e il bisogno di una sua precoce rilevazione costituiscono da decenni oggetto di crescente interesse. Due sono i paradigmi che definiscono prevalentemente la fragilità:

- il paradigma biomedico, che definisce la fragilità come "una sindrome fisiologica caratterizzata dalla riduzione delle riserve funzionali e dalla diminuita resistenza agli "stressors" risultante dal declino cumulativo di sistemi fisiologici multipli che causano vulnerabilità e conseguenze avverse";
- il paradigma bio-psico-sociale, che definisce la fragilità come "uno stato dinamico che colpisce un individuo che sperimenta perdite in uno o più domini funzionali (fisico, psichico, sociale), causate dall'influenza di più variabili che aumentano il rischio di risultati avversi per la salute".

Obiettivo di questo progetto è quello di identificare e raccogliere i dati preliminari di fragilità della popolazione della Regione Emilia-Romagna, attraverso la consultazione e la raccolta di dati presenti in database sociali o sanitari già esistenti. Dall'analisi di situazioni socialmente critiche, dalla rilevazione dei determinanti di salute e/o condizioni lavorative favorenti l'insorgenza di malattia, attraverso strumenti validati, si intende realizzare un Registro di fragilità sistematicamente aggiornato e integrato nel DataWareHouse aziendale con la capacità di calcolare un rischio di fragilità individuale sempre aggiornabile.

introdotta

Tipo di innovazione Raccolta e analisi dei dati presenti nei database sociali e sanitari già esistenti. Interventi di analisi e presa in carico della popolazione afferente ad aree critiche sia in ambito sociale che sanitario. Ricerca e sperimentazione di strumenti validati che consentano la rilevazione di condizioni di fragilità su ampie fasce di popolazione attualmente non nota ai servizi sociali e sanitari.

Scalabilitàreplicabilità **Trasferibilità**

Utilizzo su ampie fasce di popolazione degli strumenti di rilevazione di fragilità sperimentati. Applicazione dei modelli sperimentati di valutazione e presa in carico con strumenti a bassa soglia assistenziale della popolazione fragile.

Risultati attesi

Costruzione di database regionale, contenente dati e condizioni di fragilità presenti sul territorio, da utilizzare per la pianificazione e programmazione di interventi di supporto sociali e sanitari.

9. **Progetto Eubiosia**

Autore/referente

Paolo Padoan

Dettagli di contatto

paolo.padoan@ant.it

Azienda/Ente di riferimento/ Organizzazione

Fondazione ANT Italia ONLUS

Introduzione e obiettivi

Finalità del Progetto Eubiosia è la creazione di un percorso di continuità assistenziale gratuito presso il domicilio del paziente oncologico, in coordinamento e sinergia con l'Ente di salute pubblica competente.

introdotta

(intesa in senso ampio: tecnologia, ICT, prodotti e servizi, sociale, di processo, organizzativa)

Tipo di innovazione I servizi domiciliari offerti da ANT sono erogati attraverso una forte componente medica, superiore a quella infermieristica, con un importante contributo degli psicologi a sostegno del paziente e della sua famiglia. Oltre al servizio di tipo sanitario, ANT offre al paziente e al suo nucleo familiare una serie di supporti di carattere sociale, sviluppati da volontari, per ridurre la sofferenza, il disagio e il senso di isolamento. Il contenuto anche valoriale apportato da ANT contribuisce al processo di umanizzazione della salute pubblica. È stato inoltre realizzato un interfacciamento di due diverse piattaforme informatiche (quella pubblica e quella ANT) a tutto beneficio di un database sanitario più ampio.

Scalabilitàreplicabilità **Trasferibilità**

Il modello sviluppatosi nella Regione Emilia-Romagna è stato replicato in altre otto Regioni italiane (sono stati oltre 9.500 i pazienti assistiti da ANT in Italia nel 2012), replicando gli standard qualitativi alle varie équipe sanitarie ANT territoriali.

L'esperienza di ANT e il suo know how consentirà il trasferimento di questa buona pratica anche in un contesto europeo.

Risultati attesi

(in termini di impatto su cittadini/servizi per la salute/industria)

Il legame tra ONP (organizzazioni no profit) e Istituzioni pubbliche per la "salute" come bene comune. Significativa riduzione dei ricoveri impropri. Il modello ANT (in particolare grazie al numero di visite effettuate dai medici) indica il proprio domicilio come luogo elettivo per il decesso (79%). Significativa riduzione del costo assistenziale a beneficio della collettività (il costo medio per paziente ANT è inferiore ai 20 Euro a giorno).

10. Prevenzione delle complicanze del diabete

Autore/referente

Dario Pelizzola

Dettagli di contatto

pld@unife.it

Azienda/Ente di riferimento/ Organizzazione

Azienda USL di Ferrara

Introduzione e obiettivi

Il diabete mellito tipo 2 (DMT2) ha assunto le dimensioni di pandemia con un incremento del tasso di incidenza che sembra non sia influenzato dalle azioni di prevenzione primaria. L'evoluzione della malattia verso lo sviluppo delle temibili complicanze macro e microangiopatiche non sembra sostanzialmente modificarsi nonostante la crescente disponibilità di farmaci innovativi. Il DMT2 è una malattia multifattoriale in cui i fattori ambientali e quelli associati allo stile di vita sono direttamente legati all'aumento dell'incidenza della patologia e delle sue complicanze. Numerosi studi clinici hanno documentato che la persistente modifica degli stili di vita consente, assieme ai farmaci, di prevenire o ritardare le complicanze.

L'educazione all'autogestione del diabete applicata con sistematicità da personale sanitario adeguatamente formato consente di promuovere consapevolezza e autonomia nella gestione della malattia, condizione indispensabile per il mantenimento degli indici di compenso metabolico.

Obiettivi:

 sviluppo di attività sistematica di educazione terapeutica nel diabete mellito tipo 2 con percorso di autovalutazione e supporto psicologico al paziente.

introdotta

(intesa in senso ampio: tecnologia, ICT, prodotti e servizi, sociale, di processo, organizzativa)

Tipo di innovazione Utilizzo dello strumento delle mappe di conversazione per lo svolgimento del programma di educazione terapeutica di gruppo strutturata.

Scalabilitàreplicabilità **Trasferibilità**

Le modalità di svolgimento dell'educazione terapeutica sono molteplici e spesso poco valutabili sia in termini di standardizzazione, sia di efficacia. L'utilizzo di una modalità omogenea e lo sviluppo di tecniche di conduzione/facilitazione del gruppo, possono consentire di tendere all' uniformità dello strumento educativo e quindi di trasferire modelli replicabili di educazione terapeutica.

Risultati attesi

(in termini di impatto su cittadini/servizi per la salute/industria)

- Definizione dei principi di applicazione dello strumento delle mappe cognitive
- Valutazione del percorso educativo del gruppo (Operatore sanitario e persona con diabete)
- Analisi di alcuni indicatori di compenso di malattia durante e dopo il percorso educativo

11. Azioni di networking per il Distretto biomedicale di Mirandola

Laura Aldrovandi Autore/referente

Dettagli di contatto biomed.eu@democentersipe.it

Azienda/Ente di riferimento/ Organizzazione

Fondazione Democenter-Sipe (Centro per l'innovazione e il trasferimento tecnologico dell'Università di Modena e Reggio Emilia)

Introduzione e obiettivi

L'Emilia-Romagna si caratterizza per la presenza di distretti, organizzazioni produttive sulle quali la Regione ha fatto leva con il bando "Dai distretti produttivi ai distretti tecnologici" per promuovere un'evoluzione innovativa dell'intero tessuto economico. Le imprese associate hanno presentato un progetto per la realizzazione di prodotti/processi innovativi per la costituzione di un laboratorio stabile a servizio di tutto il distretto. Il bando ha coinvolto 35 imprese (afferenti a diversi settori) mettendo in moto investimenti per 16,7 milioni di euro. La Fondazione Democenter-Sipe ha supportato l'iniziativa attraverso 2 progetti di ricerca relativi al settore biomedicale:

- ICL (Integrated Compounding Lab): B.Braun Avitum Italy e Lean intendono realizzare una piattaforma tecnologica integrata e multidisciplinare, per la produzione automatizzata negli ospedali;
- FARE (Filtration and Adsorption Emilia-Romagna): Bellco e Medica intendono realizzare una piattaforma tecnologica interdisciplinare per la purificazione extracorporea del sangue in patologie invalidanti.

Democenter ha supportato le attività di disseminazione organizzando il Distretti Day, cui hanno partecipato 180 persone, 70 imprese, 15 enti, 6 associazioni di categoria. Grazie ai risultati ottenuti durante la 1a edizione, la Regione ha lanciato nel 2012 "Dai Distretti Produttivi ai distretti tecnologici - 2" con l'obiettivo di promuovere l'evoluzione dei distretti, attraverso metodologie come l'open innovation e il design management.

introdotta

Tipo di innovazione Le iniziative rappresentano un modo per agevolare la creazione di partnership, networks e momenti di collaborazione fra imprese per favorire la realizzazione di progetti di ricerca e/o innovazione.

Scalabilitàreplicabilità **Trasferibilità**

Queste iniziative sono trasferibili ad altre Regioni e/o distretti, all'interno dei quali le imprese possono creare networks per raggiungere nuovi mercati. I centri di trasferimento tecnologico sono di supporto per abbattere la diffidenza che si crea fra imprese operanti nello stesso settore e portare così a termine progetti congiunti.

Risultati attesi

(in termini di impatto su cittadini/servizi per la salute/industria)

Le 2 iniziative permetteranno di creare 8 raggruppamenti di imprese del settore biomedicale per l'implementazione di progetti di R&D. Tali iniziative avvalorano il ruolo dei centri di trasferimento tecnologico come facilitatori per la creazione di collaborazioni continuative capaci di impattare positivamente il tessuto produttivo e la ricerca. La Fondazione ha il ruolo di favorire la nascita di progetti di ricerca condivisi fra differenti realtà anche attraverso la possibilità di catalizzare contributi pubblici.

12. Rete regionale di servizi per l'adattamento domestico: valutazione dei costi sociali legati agli interventi per la domiciliarità

Claudio Bitelli **Autore/referente** Dettagli di contatto cbitelli@ausilioteca.org

Azienda/Ente di riferimento/ Organizzazione

Centro regionale Ausili della Regione Emilia-Romagna

Introduzione e obiettivi

La Regione Emilia-Romagna ha istituito una rete di servizi innovativi con l'obiettivo di favorire la domiciliarità delle persone con disabilità e delle persone anziane, in condizioni di massima autonomia e sicurezza, mantenendo una buona qualità della vita. Punto di forza dell'esperienza: verifica sistematica dell'impatto sui costi sociali.

introdotta

(intesa in senso ampio: tecnologia, ICT, prodotti e servizi, sociale, di processo, organizzativa)

Tipo di innovazione La Regione Emilia-Romagna ha creato una rete innovativa di servizi territoriali in tutte le provincie, ad accesso diretto da parte dei cittadini anziani e disabili e dei Servizi socio-sanitari. I Centri per l'adattamento dell'ambiente domestico (CAAD) attraverso team multidisciplinari forniscono informazione e aggiornamento professionale, consulenza e valutazione ambientale per: il superamento delle barriere architettoniche, gli adattamenti impiantistici e la domotica, il mobilio e gli accessori per la vita al domicilio. Sono una risorsa gratuita a disposizione dei cittadini che intendono adattare il loro appartamento, e supportano le istituzioni locali per un utilizzo efficace delle risorse economiche pubbliche.

> Sulla base di un'esperienza pilota svolta dal Centro Regionale Ausili, i CAAD hanno avviato uno studio sui costi socio-assistenziali a carico delle persone anziane e con disabilità, delle loro famiglie e degli Enti Pubblici. Con lo strumento SCAI (Siva Cost Analysis Instrument) vengono messi a confronto i costi sociali "senza" e "con" intervento di adattamento domestico.

Scalabilitàreplicabilità Trasferibilità

L'esperienza ha già registrato un salto di scala: da sperimentazione del Centro Regionale Ausili a strumento di verifica di qualità per la rete regionale dei CAAD. È certamente estendibile e trasferibile a tutte le realtà che propongono soluzioni per l'autonomia e la qualità della vita al domicilio delle persone anziane e con disabilità.

Risultati attesi

(in termini di impatto su cittadini/servizi per la salute/industria)

I primi risultati dell'esperienza in atto indicano che l'adattamento domestico comporta un forte risparmio sia delle risorse messe in campo dalla famiglia che di quelle impegnate dagli Enti pubblici, oltre a migliorare la qualità della vita.

Verrà analizzato un campione unico in Europa per numerosità: si attende che i risultati rendano oggettivo il positivo risvolto economico degli investimenti sull'adattamento domestico, per rispondere tanto ai bisogni dei cittadini, quanto alle esigenze di contrazione e qualificazione della spesa pubblica.

13. Servizio e-Care Bologna

Autore/referente

Caterina Lena

Dettagli di contatto

caterina.lena@cup2000.it

Azienda/Ente di riferimento/ Organizzazione

Azienda USL Bologna - CUP 2000 SpA

Introduzione e obiettivi

Il servizio e-Care Bologna, attivato nel 2005 da CUP 2000 Spa per volontà del Comune, della Conferenza socio-sanitaria e dell'Azienda USL di Bologna, si è sviluppato negli anni come una rete di cittadini, associazioni, istituzioni, professionisti, in grado di offrire una rete relazionale e di supporto all'anziano fragile.

Il servizio punta a:

- favorire al massimo la permanenza dell'anziano al proprio domicilio e a prevenire l'insorgere di condizioni di non autosufficienza;
- migliorare la qualità di vita combattendo l'isolamento sociale;
- rendere più adeguata la fruizione dei servizi socio-sanitari;
- ridurre i ricoveri ospedalieri impropri.

Il target del servizio sono gli anziani fragili ultra 75enni, in situazioni di solitudine associata a fattori di fragilità.

introdotta

(intesa in senso ampio: tecnologia, ICT, prodotti e servizi, sociale, di processo, organizzativa)

Tipo di innovazione Il servizio effettua un monitoraggio costante delle fragilità, attraverso un sostegno telefonico periodico e la promozione di comportamenti tesi al miglioramento delle condizioni di salute e l'aderenza alle indicazioni terapeutiche. Il sistema di monitoraggio, messo a punto da una équipe multidisciplinare a cui hanno partecipato anche i servizi sociali dei 9 quartieri di Bologna, permette inoltre l'individuazione e la segnalazione tempestiva di situazioni critiche ai servizi socio-sanitari.

> La stretta interazione con il volontariato, l'associazionismo e gli operatori istituzionali hanno determinato il successo di questo servizio, che è riuscito negli anni a integrare tutte le risorse che in un dato territorio offrono opportunità e servizi alla popolazione anziana.

Scalabilitàreplicabilità **Trasferibilità**

Il servizio è un modello di presa in carico e cura per l'assistenza integrata e il monitoraggio dell'anziano fragile e può essere indirizzato verso diversi livelli di fragilità, in particolare verso anziani che hanno un rischio di fragilità più basso e su cui dovrebbero concentrarsi azioni di prevenzione e promozione di stili di vita sani.

L'estensione del servizio e il supporto a un più elevato numero di anziani è reso possibile ed economicamente sostenibile dal coinvolgimento delle reti territoriali e di volontariato. Il modello può essere facilmente trasferito e adattato ai diversi contesti sociali e territoriali.

Risultati attesi

(in termini di impatto su cittadini/servizi per la salute/industria)

Gli anziani "fragili" seguiti in rete a Bologna sono circa il 4,5% della popolazione ultra75enne della città. Il servizio e-Care si è evoluto come un complesso sistema a rete che integra le risorse sociali e i professionisti del sistema socio-sanitario offrendo quindi agli anziani sicurezza, servizi e supporto relazionale, per prevenire al massimo il sopravvenire di condizioni di non autosufficienza.

SOCIABLE: motivating platform for elderly networking, 14. mental reinforcement and social interaction

Chiara Zaccarelli, Giulio Cirillo Autore/referente

Dettagli di contatto chiara.zaccarelli@ausl.fo.it - g.cirillo@ausl.fo.it

Azienda/Ente di riferimento/ Organizzazione

Azienda USL di Forlì - Ospedale Morgagni-Pierantoni - UO di geriatria

Introduzione e obiettivi

SOCIABLE è un progetto pilota cofinanziato nell'ambito del Programma CIP-ICT-PSP (Policy Support Programme) e si propone di sperimentare un approccio innovativo basato sull'utilizzo delle moderne tecnologie informatiche e telematiche (ICT) applicate alla stimolazione integrata delle abilità cognitive e della socializzazione in soggetti anziani.

Obiettivi:

- sperimentare e valutare un approccio radicalmente innovativo basato sulle nuove tecnologie ICT per il training cognitivo e la riattivazione sociale in soggetti anziani nella prime fasi della demenza;
- attivare e incrementare il numero e la qualità delle interazioni sociali nelle persone
- fornire uno strumento automatizzato per supportare il processo di valutazione/ diagnosi e la gestione dei dati relativi ai pazienti anziani da parte del personale

introdotta

(intesa in senso ampio: tecnologia, ICT, prodotti e servizi, sociale, di processo, organizzativa)

Tipo di innovazione Introduzione e sperimentazione di una innovativa piattaforma integrata, basata sulle nuove tecnologie ICT applicate al training cognitivo e di riattivazione sociale per soggetti anziani nella fase iniziale di declino cognitivo, al fine di prevenire e ritardare la progressione della demenza attraverso piacevoli attività di gioco sotto forma di esercizi cognitivi specificamente progettati per soggetti anziani.

Scalabilitàreplicabilità **Trasferibilità**

Il nuovo approccio rappresentato da SOCIABLE è stato inserito tra i servizi forniti dal Centro esperto della memoria dell'ospedale, come innovativo servizio per i pazienti anziani affetti da demenza, in aggiunta ai servizi specifici esistenti e in sostituzione delle metodiche tradizionali, precedentemente utilizzate nell'ambito della riabilitazione/ stimolazione cognitiva delle demenze. I servizi innovativi introdotti da SOCIABLE sono stati adottati non solo all'interno dell'Ospedale di Forlì, ma anche in collaborazione con il Servizio Anziani del Comune di Forlì.

Trasferibilità: il servizio è stato adottato e validato nei diversi Paesi coinvolti nel progetto, in cui è stato testato in diversi centri medici o sociali per anziani.

Risultati attesi

(in termini di impatto su cittadini/servizi per la salute/industria)

SOCIABLE si è dimostrato efficace per i pazienti nelle fasi iniziali della demenza, con un effetto positivo sulle capacità cognitive di pazienti affetti da Mild Cognitive Impairment e da Alzheimer di grado lieve, così come è stata dimostrata la sua utilità per anziani sani, senza deficit cognitivi, come strumento di prevenzione del declino cognitivo. I servizi di SOCIABLE offrono ai professionisti sanitari uno strumento innovativo ed efficace da utilizzare nella loro attività quotidiana con i pazienti anziani con demenza.

15. SPES: Support Patients through E-services Solutions

Autore/referente Gianluca D'Agosta

Dettagli di contatto Gianluca.dagosta@enea.it - http://www.spes-project.eu

Azienda/Ente di riferimento/ Organizzazione

ENEA – Agenzia nazionale per le nuove tecnologie, l'energia e lo sviluppo economico

sostenibile

Introduzione e obiettivi

Obiettivo del progetto SPES è dimostrare che l'utilizzo di soluzioni basate su tecnologie della comunicazione possono migliorare la qualità della vita delle persone. In Europa in cui l'età media è in continua crescita, la necessità di aiutare le persone, soprattutto anziane, nella loro vita quotidiana e nella loro abitazione rappresenta una sfida molto importante e l'unica soluzione sostenibile per il sistema sanitario.

Il progetto sviluppa 4 piloti che affrontano differenti patologie: problemi respiratori cronici, demenza senile, handicap anche gravi ed esclusione sociale degli anziani.

SPES realizza una piattaforma informatica comune e combina differenti tecnologie per rispondere alle esigenze del singolo pilota con una metodologia che, però, può essere trasferita in altri contesti.

introdotta

(intesa in senso ampio: tecnologia, ICT, prodotti e servizi, sociale, di processo, organizzativa)

Tipo di innovazione Si è scelto di utilizzare tecnologie disponibili sul mercato, non sviluppate direttamente dal progetto ma "assemblate" per meglio rispondere alle esigenze espresse dal personale sanitario, dal paziente o dalle famiglie.

> Ogni pilota vede la collaborazione di un partner "tecnico", università o centri di ricerca, e un partner "sociale", come Aziende sanitarie o municipalità: in questo modo è possibile avvicinare le tecnologie al paziente, individuando le migliori metodologie di approccio e supporto allo stesso, e avvicinare il paziente alle tecnologie, immaginando specifiche soluzioni e collaborando per realizzarle. In questo modo, il produttore della piattaforma software è in grado di ricevere richieste dettagliate, in linguaggio tecnico, che rispondono a specifiche necessità delle persone.

Scalabilitàreplicabilità **Trasferibilità**

Il progetto nasce dall'individuazione di necessità comuni ad aree limitrofe della regione centro-europea e quindi ha già nel suo DNA tutte quelle caratteristiche che ne garantiscono la replicabilità in altri contesti e la trasferibilità dei risultati.

Risultati attesi

(in termini di impatto su cittadini/servizi per la salute/industria)

Il risultato atteso è la dimostrazione che è effettivamente possibile aiutare e supportare le persone affette da diverse patologie, in particolare gli anziani, a vivere meglio e più a lungo nei propri luoghi, siano essi la casa o il proprio contesto sociale con il supporto di strumenti e piattaforme tecnologiche sperimentate e presenti sul mercato.

5. La comunicazione

5.1. Comunicare il Workshop

Il comunicato stampa della Regione Emilia-Romagna

Politiche per la salute - Dall'Emilia-Romagna all'Europa, la sfida dell'invecchiamento attivo e in salute: lunedì 3 giugno in Regione workshop sui progetti innovativi per assicurare una buona qualità della vita a una popolazione sempre più anziana

Bologna - Fino a 4 anni di vita in più per le donne e a 5 in più per gli uomini: sono le stime sulla speranza di vita alla nascita per il 2030 in Emilia-Romagna. Una regione che figura tra le più longeve e dove le previsioni demografiche confermano la tendenza del fenomeno d'invecchiamento della popolazione; fenomeno che interessa tutta l'Europa. "Vivere sani e attivi in un continente che invecchia" è il tema del workshop internazionale in programma in Regione lunedì 3 giugno dalle 9.30 alle 17 (viale della Fiera 8, Sala A, Terza Torre). L'evento è organizzato dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna con la collaborazione di ASTER e il supporto del progetto "Mattone internazionale". Un'occasione per un confronto su ciò che viene fatto dentro e fuori i confini nazionali e per dare risposte concrete e innovative alla sfida dell'invecchiamento, coinvolgendo professionisti del Servizio sanitario, del mondo accademico, funzionari regionali, decision e policy maker.

Il Partenariato europeo

La Commissione europea ha lanciato il Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento attivo e in buona salute (EIP-AHA), con un obiettivo: entro il 2020 accrescere di 2 anni la speranza di vita in buona salute dei cittadini europei. Obiettivo ambizioso a cui la Regione ha deciso di contribuire.

Il sistema sanitario regionale è attivo da anni con numerosi interventi di tipo socio-sanitario orientati a favorire un invecchiamento in salute. In particolare fin dal 2006, in seguito alle indicazioni contenute nei Piani regionali della prevenzione, sono stati attuati programmi di contrasto della fragilità, promozione di stili di vita favorevoli alla salute e interventi multifattoriali mirati alla minimizzazione del rischio di caduta nella popolazione anziana. Un gruppo di coordinamento regionale, guidato dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale attraverso l'Area Governance della ricerca, è all'opera con tutte le strutture e gli enti che concorrono ai programmi.

I gruppi di lavoro coinvolgono numerose Ausl del territorio e alcuni soggetti della piattaforma Scienze della vita della Rete Alta Tecnologia - Rizzoli RIT, il Centro interdipartimentale di Scienze della Vita dell'Università di Bologna, Democenter-Sipe - insieme ad altre importanti realtà regionali - ANT, Centri Ausilii, CUP2000 e alcune altre imprese di settore - con progetti di ricerca dedicati a proporre soluzioni per le problematiche legate al crescente invecchiamento della popolazione.

In questo contesto anche il bando 2013 dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale sulla ricerca per il governo clinico (ndr: nel quadro del Programma di ricerca Regione-Università) dedica buona parte dei quesiti di ricerca disponibili all'area geriatrica e su progetti di assistenza integrata dei pazienti oncologici, di gestione dei pazienti con demenza, dagli interventi sui pazienti anziani fragili a quelli per la riduzione del rischio di cadute in ospedale.

Lunedì, dopo la presentazione dei lavori, avrà luogo un confronto su strategie e sinergie europee, nazionali e regionali. Nel pomeriggio spazio ai progetti regionali nell'ambito del Partenariato europeo per l'innovazione EIP- AHA, con interventi che affronteranno le attività per la prevenzione di cadute e fratture degli anziani, l'aderenza alle prescrizioni dei farmaci o soluzioni efficaci per una vita autonoma delle persone anziane, la fragilità dell'anziano e la componente cognitiva, nonché l'integrazione delle cure. La giornata si chiuderà con la tavola rotonda dedicata ai prossimi passi da compiere, agli strumenti e alle opportunità da cogliere.

Il programma dettagliato e il modulo di iscrizione sono disponibili sul sito dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale http://assr.regione.emilia-romagna.it/it. Per informazioni, tel. 051 5277405-7191.

La pagina web ad hoc sul Workshop

Schermata della pagina creata ad hoc - e tuttora costantemente aggiornata - sul portale dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale

http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/eventi/2013/convegno-eip-aha-vivere-sani-e-attivi.



Il Workshop internazionale che si è tenuto a Bologna il 3 giugno 2013 era l'ultima tappa di un percorso iniziato nell'aprile dello stesso anno con la presentazione interna (Anteprima 60', 13 aprile 2013²⁶) delle attività regionali EIP-AHA ai colleghi dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale e dell'Assessorato Politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna.



http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/eventi/2013/anteprima-eip-aha

-

²⁶ Si veda Allegato 2 al presente documento.

Save the date!

Tutte le news sul Workshop

In questo paragrafo sono raccolti tutti i "Save the date!" pubblicati in merito al Workshop ""Vivere sani e attivi in un continente che invecchia".

Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

http://assr.regione.emilia-romagna.it/it



Saluter - Il portale del Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna

http://www.saluter.it



Progetto Mattone internazionale

http://www.progettomattoneinternazionale.it/servizi/notizie/notizie_homepage.aspx



European Commission - European Innovation Partnership on active and healthy ageing

https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/



Università di Bologna - CIRI Scienze della vita e tecnologie per la salute

http://www.tecnologie-salute.unibo.it/



ASTER - Scienza Tecnologia Impresa

http://www.aster.it/



Azienda Unità sanitaria locale di Bologna

http://www.ausl.bologna.it/



Azienda Unità sanitaria locale di Modena

http://www.ausl.mo.it/



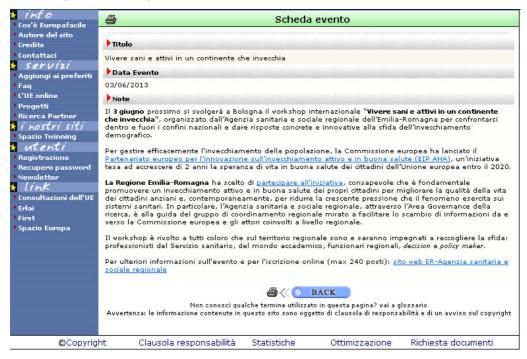
DEMOCENTER SIPE

http://www.democentersipe.it



Europafacile

http://www.europafacile.net



DIRE - Agenzia di stampa quotidiana

http://www.dire.it



EpiCentro - Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica a cura del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute

http://www.epicentro.iss.it



SISTAN - Sistema Statistico Nazionale

http://www.sistan.it



Italian Network

http://www.italiannetwork.it



Freenewspos

http://www.freenewspos.it



Marketpress.info

http://www.marketpress.info



5.2. Hanno parlato di noi

Invecchiamento della popolazione. 1 milione in più in 10 anni Affaritaliani.it

Martedì, 4 giugno 2013 - 10:06:00

BOLOGNA - Nei prossimi 10 anni i residenti over 65 in Emilia-Romagna supereranno il milione, arrivando a più di 1 milione e 250.000 entro il 2030. È quanto emerge da una ricerca condotta da Angelina Mazzocchetti, del Servizio statistica e informazione geografica della Regione, e Nicola Caranci, dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale che sono intervenuti questa mattina al convegno promosso dalla Regione "Vivere sani e attivi in un continente che invecchia". Nel panorama delle regioni italiane, l'Emilia-Romagna è quella che ha conosciuto la più rapida e intensa trasformazione sociale nella struttura per età: al censimento del 2001, per ogni giovane residente ce n'erano due over 65. Da circa 10 anni, però, questo rapporto diminuisce pur in presenza di un costante aumento degli anziani. Come mai? Grazie all'arrivo di famiglie di migranti e l'ingresso di cittadini stranieri che, a differenza di quelli italiani (47 anni), hanno un'età media di circa 31 anni.

Nonostante l'aspettativa di vita sia in crescita (al 2011 la stima è di 80 anni per i maschi e 85 per le femmine), grazie ai flussi migratori la percentuale di popolazione over 65 da qui al 2020 crescerà meno dell'1%, e nei prossimi 20 anni di circa il 3%. Nell'arco dei 20 anni di proiezione, l'incremento degli anziani sarà concentrato sugli ultra-ottantenni, anche se nel decennio 2020-2030 ci sarà un notevole aumento dei residenti tra i 65 e i 79 anni, a causa del baby boom tra il 1954 e il 1964 in cui si è raggiunto il massimo delle nascite (58.000, contro le 40.000 attuali) sul territorio. In sostanza, secondo i due esperti in Emilia-Romagna assisteremo ad un aumento della popolazione anziana, e soprattutto dei cosiddetti "grandi anziani" (over 80), ad un invecchiamento e conseguentemente ad una diminuzione delle persone in età lavorativa, al quale si aggiunge infine un aumento nell'immediato futuro di bambini e ragazzi in età scolare, anche se quest'ultimo dato è più incerto essendo dipendente dall'andamento delle migrazioni. Il problema, però, è che se gli emilianoromagnoli hanno dunque un'aspettativa di vita superiore agli 80 anni e in aumento, hanno contemporaneamente una speranza di vita in buona salute, ovvero senza malattie invalidanti, di circa 61 anni per i maschi e 58 per le femmine. Questo, facendo due conti, sta a significare che per oltre 20 anni in media ogni residente potrebbe dover essere assistito e curato dai sevizi sanitari. Durante il convegno bolognese si è parlato proprio del futuro della sanità pubblica, dell'innovazione tecnologica e organizzativa, e del Programma europeo di partenariato per "l'innovazione sull'invecchiamento sano e attivo", con il quale l'Unione Europea (UE) sta cercando di indurre Enti locali come le Regioni o gruppi attivi nella sanità, ad ideare e realizzare progetti di sviluppo del settore: l'idea è quella di mettere a sistema le competenze di vari ambiti, come quello della ricerca scientifica e della struttura organizzativa della sanità pubblica, non solo per risparmiare sui costi di gestione, ma anche per migliorarne il funzionamento. Inoltre, come ha sottolineato Silvano Bertini del Servizio Politiche per lo sviluppo economico della Regione, "ciò può produrre benefici all'economia nel suo complesso: in Emilia-Romagna bisogna investire sul triangolo formato da sanità-università-impresa, per fare ricerca, creare posti di lavoro, aumentare la produzione e allo stesso tempo rendere più efficiente il servizio sanitario". In questa fase, l'Ue non prevede di dare fondi specifici agli enti coinvolti. A spiegarlo è Antonio Addis, coordinatore regionale del Programma europeo: "La Regione propone iniziative e modelli, che verranno valutati dall'Ue, e in base ai risultati ottenuti l'ente potrà ricevere delle risorse in seguito".

(giovanni baiano)

Esiti degli eventi finanziati dall'Avviso n.1 del PMI MATTONE NEWS Numero 27 - Giugno 2013

Workshop "Vivere sani e attivi in un continente che invecchia" 3 giugno 2013, Bologna

Vivere sani e attivi in un continente che invecchia. È un auspicio per il futuro della vecchia Europa, ma anche il titolo di un workshop internazionale organizzato dalla Regione Emilia-Romagna. L'evento si è tenuto a Bologna il 3 giugno scorso ed è stato finanziato nel quadro dell'Avviso 1 del progetto Mattone internazionale.

La giornata - pur non offrendo crediti ECM - è stata seguita da quasi 190 persone tra professionisti del Servizio sanitario regionale, del mondo accademico, funzionari regionali, decision e policy maker. A questi si aggiungano coloro che hanno seguito la diretta streaming (ca. 40).

La Regione Emilia-Romagna - candidatasi nel 2012 quale *reference site* nel quadro del Partenariato Europeo per l'Innovazione sull'invecchiamento sano e attivo (EIP-AHA) - ha da tempo iniziato un percorso di diffusione e coordinamento di attività intese a incentivare l'obiettivo generale di EIP-AHA: *innalzare di 2 anni la speranza di vita in buona salute dei cittadini europei entro il 2020.*

Per raggiungere l'ámbito obiettivo del biennio in buona salute, EIP-AHA ha definito attività e percorsi cui i candidati a *reference site* debbono attenersi per rientrare nella sperimentazione. Solitamente queste attività si innestano su percorsi e (buone) pratiche preesistenti che le diverse Regioni, le Municipalità e gli istituti europei destinatari di EIP-AHA hanno intrapreso da tempo.

L'Emilia-Romagna, che si colloca tra le regioni italiane con la maggiore longevità (previsioni demografiche al 2030 stimano infatti un incremento della speranza di vita alla nascita da 1 a 4 anni per le donne e da 2 a 5 per gli uomini della regione), ha deciso di affrontare la sfida posta dall'invecchiamento su due versanti simultaneamente:

La comunicazione

Consapevole dell'importanza di confrontarsi dentro e fuori i confini regionali e nazionali per dare risposte concrete e innovative alla sfida dell'invecchiamento,

- veicola informazioni rilevanti sul proprio territorio;
- organizza incontri per favorire lo scambio di esperienze e l'aggiornamento delle proprie risorse.

Il Coordinamento regionale

Governare esperienze pre-esistenti con nuove pratiche e sperimentazioni dentro e fuori i propri confini è una sfida in sé, che deve essere colta per non disperdere risorse, competenze e priorità. A questo scopo la Regione ha creato un Coordinamento regionale che individua e definisce le strategie di governo nell'affrontare la sfida dell'invecchiamento. Il team di coordinamento è costituito da:

- Assessorato alle Politiche per la salute
- Assessorato alle Attività produttive

- Agenzia sanitaria e sociale regionale (ASSR)
- ASTER (Consorzio per l'innovazione e il trasferimento tecnologico)

Per saperne di più

Tutto sul workshop internazionale sul sito dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale: http://assr.regione.emilia-romagna.it/it

I proceedings saranno disponibili a partire dal mese di luglio.

Vivere sani e attivi in un continente che invecchia EUREGHA network

Bologna, 3 giugno 2013

Lunedì 3 giugno, la Segreteria di EUREGHA (European Regional and Local Health Authorities) ha preso parte al Workshop "Vivere sani e attivi in un continente che invecchia" che si è tenuto a Bologna, in Emilia-Romagna. Il Workshop era centrato principalmente sul coinvolgimento (e sulle attività) della Regione Emilia-Romagna nel "Partenariato europeo per l'Innovazione sull'invecchiamento sano e attivo" (EIP-AHA) e, in particolare, sulle sfide demografiche che questa regione si appresta ad affrontare.

La Regione Emilia-Romagna è impegnata nel Partenariato sia in qualità di *Reference Site*, sia in quanto partecipante a 5 Action Group:

Azione A1 - Migliorare l'aderenza alle prescrizioni di farmaci a livello regionale

Azione A2 - Prevenire le cadute e le fratture nell'anziano

Azione A3 - Fragilità dell'anziano e componente cognitiva

Azione B3 - Modelli collaborativi a supporto delle cure integrate

Azione C2 - Collaborare (a livello regionale) per una vita autonoma dell'anziano

Petra Leroy Cadova, della DG SANCO, ha presentato EIP-AHA offendo in particolare un aggiornamento relativamente ai *Reference Site*. Lo stesso 3 giugno era la data ultima indicata per la chiusura del processo di peer review dei *Reference Site* in vista del 1 luglio, data fissata dalla Commissione europea per la premiazione dei candidati a *Reference Site* (da 1 a 4 stelle).

Nel quadro della prima sessione del Workshop, il Segretariato ha presentato EUREGHA, in particolare la sua attività di networking a Bruxelles, nonché le nostre attività e il nostro coinvolgimento in EIP-AHA. Il rappresentante di una regione italiana presente al Workshop ha chiesto per quale ragione la Regione Emilia-Romagna, tra tanti network europei, avesse scelto di associarsi proprio a EUREGHA. Antonio Addis, dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, ha spiegato che le priorità e il focus di EUREGHA ben si integrano con le priorità della Regione Emilia-Romagna. Addis ha aggiunto che nella scelta del network a cui associarsi, la Regione ha preso le mosse dai propri interessi e ha cercato di capire dove questi avrebbero potuto dispiegarsi al meglio; le priorità condivise in tema di sviluppo di politiche per la salute hanno rappresentato il fattore chiave che ha spinto la Regione a scegliere il network EUREGHA.

La prima sessione si è chiusa con una presentazione del Progetto Mattone Internazionale - in cui la Regione Emilia-Romagna è peraltro coinvolta - coordinato dalla Regione Veneto, anch'essa membro di EUREGHA.

Per ulteriori informazioni su questo evento, vedere anche la Newsletter EUREGHA n. 9: giugno-luglio 2013, in particolare la sezione EUREGHA NEWS, o contattare la Segreteria di EUREGHA.

Segreteria EUREGHA

3 Rue du Luxembourg 1000 Brussels, BE

Tel. 0032 26132896

Email: info@euregha.net

Skype: euregha

Internet: www.euregha.net

6. Sitografia generale²⁷

Alcuni documenti chiave

Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale europeo e al Comitato delle Regioni. **"Iniziativa faro Europa 2020. L'Unione dell'innovazione"**, Bruxelles 6.10.2010, COM(2010) 546 definitivo

http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0546:FIN:IT:PDF

Comunicazione della Commissione della Commissione al Parlamento Europeo e al Consiglio. "Portare avanti il piano strategico di attuazione del partenariato europeo per l'innovazione nell'ambito dell'invecchiamento attivo e in buona salute", Bruxelles, 29.2.2012, COM(2012) 83 definitivo

http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2012:0083:FIN:IT:PDF

DG SANCO

http://ec.europa.eu/health

EIP on AHA, Piani di azione (disponibili in inglese):

http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?pg=commitment§ion=active-healthy-ageing#action_plans

in particolare:

Piano di Azione A1

http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/a1_action_plan.pdf#view=fit&pagemode=none

Piano di Azione A2

http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/a2_action_plan.pdf#view=fit&pagemode=none

Piano di Azione A3

http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthyageing/a3_action_plan.pdf#view=fit&pagemode=none

Piano di Azione B3

http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/b3 action plan.pdf#view=fit&pagemode=none

Piano di Azione C2

http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/c2_action_plan.pdf#view=fit&pagemode=none

Piano di Azione D4

http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/d4_action_plan.pdf#view=fit&pagemode=none

_

A titolo esemplificativo e non esaustivo. Ultimo accesso luglio 2013

Excellent Innovation for Ageing - a European guide: the Reference sites of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (disponibile in inglese)

http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/excellent-innovation-ageing-european-guide-reference-sites-european-innovation-partnership

Strategic Implementation Plan (SIP) for the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing²⁸

strategic plan

 $\label{lem:http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/steering-group/implementation_plan.pdf\\ \\ \mbox{wiew=fit&pagemode=none}$

operational plan

http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/steering-group/operational_plan.pdf#view=fit&pagemode=none

Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna.Le strutture, la spesa, le attività al **31.12.2011** programmi, accordi e modelli organizzativi (stampa settembre 2012)

http://www.saluter.it/documentazione/rapporti/ssr/ssr_2012.pdf

Alcuni siti internet

EIP-AHA nella Regione the Emilia-Romagna

http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/aree_attivita/governance-della-ricerca/progetti_internazionali/eip-aha

Programma (UE) per la salute

http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_it.htm

European Innovation Partnerships (disponibile in inglese)

http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?pg=eip

European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (disponibile in inglese)

http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing

Horizon 2020 (disponibile in inglese)

http://ec.europa.eu/research/horizon2020/index_en.cfm

Unione dell'innovazione²⁹ (disponibile in inglese)

http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm

Progetto Mattone internazionale

http://www.progettomattoneinternazionale.it/servizi/notizie/notizie_homepage.aspx

Piazza di scambio (Marketplace)

https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/

²⁸ Piano strategico di attuazione disponibile in inglese. Per informazioni in italiano sul Piano si veda la Comunicazione della Commissione: COM (2012) 83 definitivo.

²⁹ Unione dell'innovazione. Per informazioni in italiano si veda la Comunicazione della Commissione: COM(2010) 546 definitivo.

PASSI d'Argento

EpiCentro - PASSI d'Argento

http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/

PASSI d'Argento piattaforma moodle

http://www.passidargento.it/moodle/

PASSI d'Argento in Emilia-Romagna

http://www.ausl.mo.it/dsp/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/6533

PASSI d'Argento nel Distretto di Castelnovo ne' Monti (RE) - Seminario 20 aprile 2013

http://www.ausl.mo.it/dsp/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/6535

Schede monotematiche riassuntive

http://www.ausl.mo.it/dsp/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/6539

PASSI d'Argento: la qualità della vita percepita dalle persone con 65 anni e più - Indagine 2009, Emilia-Romagna - Collana Contributi n. 59/2009 http://www.ausl.mo.it/dsp/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/6533

Workshop internazionale "Vivere sani e attivi in un continente che invecchia", 3 giugno 2013. Materiali e documentazione

http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/aree_attivita/governance-della-ricerca/progetti_internazionali/eip-aha/materiali-e-documentazione/workshop-eip-aha/materiali-e-documentazione-workshop

Allegati

Allegato 1.	Marketplace
Allegato 2.	Locandina dell'Anteprima in 60' "EIP-AHA Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento sano e attivo. Più sani e più attivi entro il 2020", Bologna, 13 aprile 2013
Allegato 3.	Programma del Workshop internazionale "Vivere sani e attivi in un continente che invecchia", Bologna, 3 giugno 2013
Allegato 4.	Poster del Workshop internazionale "Vivere sani e attivi in un continente che invecchia", Bologna, 3 giugno 2013

Marketplace

What is the Marketplace for?

The Marketplace is a website (https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/) designed to provide the latest news and **information** on the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, including funding opportunities.

It also aims at enabling **interaction** and strengthening debates among the community of registered members, who can be partners from the Reference Sites, Action Groups members as well as external users.

Detailed instructions to register to the Marketplace and the newsletter

In order to register and to be able to take advantage of all the features available on the Marketplace, two steps must be taken: you first need to register on ECAS, the European Commission Authentication Service and then fill in your profile on the Marketplace itself.

STEP 1 (if you already have an ECAS account, jump directly to STEP 2)

- Go to https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/
- Click on "login-register" in the very top menu

It opens the ECAS website

- Click on "Login not registered yet"
- Fill in the "Sign in" form

(It will ask you the following fields: Choose a username, First name, Last name, E-mail, Confirm e-mail, E-mail language, Code (just transcript what you see in the box))

Once this is done, you will receive a login and a password by email in the next 10 minutes.

STEP 2

- Go (back) to https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/
- Click on "login-register" in the very top menu

It (re)opens the European Commission Authentication Service (ECAS) website

- Enter your login and password
- Click on "Login!"

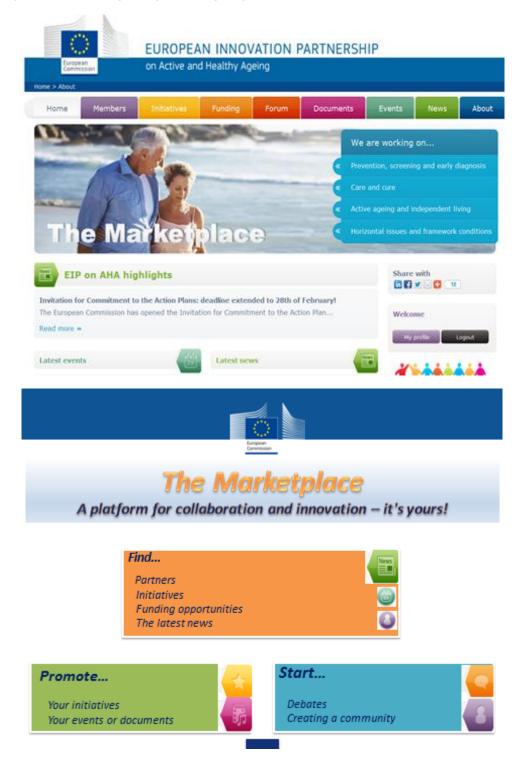
You are automatically re-directed to the Marketplace.

- Close the blue bar on the top (white cross)
- Click on "My Profile"
- Fill in your "fiche", as yourself or representing an association, with as much information as possible – this wil help you being "searched for" by other members of the Marketplace looking for partners, contacts, other players.
- Save your profile.

STEP 3 (to register to the newsletter)

In your profile form, go to the "Notification" sheet.
Click on "I want to receive the EIP on AHA newsletter".

A short presentation of the present platform





I want to find out about projects and initiatives

https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/initiative

Executive Sommery	Fit as a Folder is a nationwise physical activity, redrition and wellining programme, led by Ago. UK, which has reached over 20,000 other people across England.	Fit as a Flodie	Mode fosition
	For more details places one were agent ony objectify well-morphic as a fidals? We are less to share keep practice from Fit as a fidalic with Surgeous partners, and counts a	Active ageing in a foreign land	Sendra PINCÓN
	lasting layery for the programme.	SOplusnet ni: Social Hetwork voor older people	Jaap KDDT
Erymoid	Emiliar programs All provincias Industrias	Rolling out system wide case management for the most resource-intensive patients	
Contribution to artistics and the objectives of the LIP on ANA	Physical activity and publish are partial to horsewing healthy the many. The Part of Diffe programme white particularly to the EU absorber of generating freedoms!	within the Telephone-based Case management in the Stockholm County covering 2 million lives	Maria SÖDERLÜND
Ery bottlesecks and barriers to syrrouse	Denging Selevirans.	Sustained Activity, Pitness and Employability	Marry VAH STEED
Innovative element	Tit as a Fiddle foots knowstwa projects premoting healths agains, based around the medicant bless of hoof people, frequenties are not in partnership with regional and national	ADVITA - 11 training DVDs for Caregivers	Reservo SOSRAL
	representation.	Don't Fall Don't Break	Klara ZALATNA
Partners	tit as a ridde else fas stong bils with different natural activity and wellbring propression to older people, with which it shares bless, networks and repressor, onlying tigs (Ws Ageng Well programme).	Uning and Care Lab	YICKY VAN DER ALWERA



I want to talk about burning issues

- Chat with other Marketplace members
 Tell the community about your project or initiative
 Launch a debate or put forward a budding idea

https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/forum

Home	Members	Initiatives	Funding	Forum	Documen	ts Events	News	About
Create new f	brum			Topics	Posts	Last post		
	an be used to discu active and bealthy	ss past, present an ageing	f fature	2	2	last post by Valerie 2013-01-11 15:18		
	an be used for disc	ussions on active a hops and conference		3	4	last post by James 2013-01-14 17:29	122	
Discuss your	ideas and sharing thoughts and ideas have data and evide	on active and heat	thy ageing in	10	21	lest post by Anton 2013-01-15 11:00	Y PAYTON	



I want to keep up with the latest news

- Become a member of the Marketplace and receive the monthly newsletter
- · Log on and read the latest news on the website
- E-mail us with your news stories: EC-EIP-AHA@ec.europa.eu



Action groups and reference sites update



https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/news/index/index/page/1



I want more information about funding

- Keep up to date on open calls and get the key descriptions and website links
 Let us know if you are aware of relevant funding https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/funding

Programme	Duration	Amount
FF7 - Seventh Framework Programme	2007-2013	C 51 billion
FP7 Cooperation - Health	2007-2013	€ 6.1 billion
FP7 Cooperation - Food	2007-2013	€ 1.9 billion
FP7 Cooperation - ICT Challenge St ICT for Health, Ageing Well, Inclusion and Governance	2007-2013	€ 37 million
FP7 Future and Emerging Technologies (PET)	2007-2013	€ 93 million FET-Open
FP7 Capacities - Regions of Knowledge	2007-2013	€ 126 million
FP7 Cooperation - Socio-economic Sciences and Humanities (SSH)	2207-2013	€ 601 million
FP7 People - Marie Curie Actions	2007-2013	€ 4.7 billion
FP7 Ideas	2007-2013	€ 7.4 billion



If little, 2011 Call for proposals supporting the priorities of the furupean intervention Pertannilis on Active and distriby Agining.

Bright Agining.

Bright Agining compared the protocol implementation of innovative solutions responding to the protocols of the regions innovation furtherming on Active and results's Agining project garets will be long pick school as 100 and priorial listed focusing on the management of multimentality among eighting people through integrated core through, as well as in improving adherents to therefore and provinces on of falls will be appreciated or coordinated interventions for early identification and diagnosis of alphosid fields; or older persons:

(p) Implementation of interventions to address polypharmacy addition 23 Morth 2013.

Agent 4 5 000 1000.



I want to read up on active and healthy ageing

- Access a wealth of documents on ageing and on the European Innovation Partnership
- Upload and share your own

https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/library





I want to attend events and network!

- · Browse the events calendar to find conferences and meetings on active and healthy ageing
- · Let the Marketplace members know about your own event

https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/events

European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP on AHA)	Fri	Sat	Sun
Action Group Meeting D4: Innovation for Age Friendly Environments	3 events	4th Edition of Senior Sports Day	3
On 01-03-2013			10
Following up on the Action Plan that was delivered and presented at the 6th November 2012 Conference of Partners, Action Group D4 will meet to discuss the next phase of the Partnership and what this means for the implementation of their initiation. All of the relevant documents and literature from this event will be uploaded onto the Marketplace for your reference in due coursel.	11th International Conference on Alzheimer s	11th International Conference on Alzheimer's	2 events
N/A	15	14	17
Brussels	57. Jahrestagung The SDCRN's 3rd Ann	ual Demontia Research Cor	nference
Extending active and independent living through open and personalised solutions Innovation improving social inclusion of older people	2 events	57. Jahrentagung	24
EIP on AHA action groups			







Anteprima in 60'

15 aprile 2013 ore 13.00 - 14.00

EIP-AHA

Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento sano e attivo

PIÙ SANI E PIÙ ATTIVI ENTRO IL 2020

L'Emilia-Romagna in EIP-AHA
Il coordinamento regionale: azioni, buone pratiche
ANTONIO ADDIS e ANNA DARCHINI

Presentazione dei gruppi di lavoro

Migliorare l'aderenza alle prescrizioni di farmaci a livello regionale (Luca Sangiorgi)

Prevenire le cadute e le fratture nell'anziano (LORENZO CHIARI)

Fragilità dell'anziano e componente cognitiva (Laura Calzà)

Modelli collaborativi a supporto delle cure integrate (Giorgio Vezzani)

Collaborare per una vita autonoma dell'anziano (Teresa Gallelli)

Conclusioni e discussione ROBERTO GRILLI

> Bologna viale Aldo Moro 21 sala 105b - 1° piano



PRESENTAZIONE

Confrontarsi dentro e fuori i confini nazionali per dare risposte concrete e innovative alla sfida dell'invecchiamento.

Questo è il principale obiettivo dell'incontro, rivolto a coloro che sul territorio regionale sono e saranno impegnati a dare tali risposte: professionisti del Servizio sanitario regionale, del mondo accademico, funzionari regionali, decision e policy maker.

L'invecchiamento demografico è una delle principali sfide che l'Europa del futuro deve affrontare, una sfida che riguarda naturalmente anche il nostro Paese. L'Emilia-Romagna, in particolare, si colloca tra le regioni con la maggiore longevità: previsioni demografiche al 2030 stimano infatti un incremento della speranza di vita alla nascita da 1 a 4 anni per le donne e da 2 a 5 per gli uomini della regione.

La spesa pubblica direttamente legata all'invecchiamento demografico (sanità, assistenza a lungo termine, pensioni) inciderà pesantemente sulle economie e sui sistemi previdenziali dei Paesi europei. Per governare efficacemente il fenomeno, la Commissione europea ha lanciato il Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento attivo e in buona salute (EIP-AHA), una iniziativa intesa ad accrescere di 2 anni la speranza di vita in buona salute dei cittadini dell'Unione europea entro il 2020.

La Regione Emilia-Romagna ha scelto di partecipare a questa esperienza, consapevole che è fondamentale promuovere un invecchiamento attivo e in buona salute dei propri cittadini per migliorare la qualità della vita dei cittadini anziani e, contemporaneamente, per ridurre la crescente pressione che il fenomeno esercita sui sistemi sanitari.

RELATORI

ANTONIO ADDIS - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna - Coordinamento regionale EIP-AHA

SILVANO BERTINI - Servizio Politiche di sviluppo economico, Regione Emilia-Romagna

PAOLO BONARETTI - Direttore generale ASTER, Emilia-Romagna

PETRA LEROY CADOVA - Analista politica, Innovazione per la salute e i consumatori, DG SANCO, Commissione europea

LAURA CALZÀ - Università degli studi di Bologna

LORENZO CHIARI - Università degli studi di Bologna

KIRSTEN CURRIE - EUREGHA Secretariat

ANNA DARCHINI - Servizio Innovazione e sviluppo ICT e tecnologie sanitarie, Regione Emilia-Romagna

TERESA GALLELLI - CUP 2000 SpA, Bologna

ROBERTO GRILLI - Direttore Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

ACHILLE GRISETTI - Direttore delle Operazioni Italia Noema Life SpA

LISA LEONARDINI - Project Manager - Progetto Mattone internazionale, Azienda ULSS 10 - Veneto Orientale

CARLO LUSENTI - Assessore Politiche per la salute, Regione Emilia-Romagna

FRANCESCO ANTONIO MANZOLI - Direttore scientifico IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli, Bologna

REMO MARTELLI - Vice Presidente Comitato regionale per la qualità dei servizi dal lato del cittadino (CCRQ), Regione Emilia-Romagna

ANGELINA MAZZOCCHETTI - Servizio Statistica e informazione geografica, Regione Emilia-Romagna

ALBERTO PERRA - Istituto superiore di sanità

PASQUALINO ROSSI - Direzione generale Rapporti europei e internazionali, Ministero della salute

LUCA SANGIORGI - Istituto Ortopedico Rizzoli

GIORGIO VEZZANI - Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

PROGRAMMA

mattino

- 9.30 Caffè di benvenuto e visione poster
- 10.00 Introduzione alla giornata e apertura dei lavori CARLO LUSENTI - FRANCESCO ANTONIO MANZOLI -SILVANO BERTINI
- 10.30 INVECCHIARE IN EUROPA: STRATEGIE E SINERGIE EU, NAZIONALI E REGIONALI

Coordina ANTONIO ADDIS

Intervengono

- Strategia della Commissione europea per un invecchiamento attivo e in buona salute: gli strumenti della programmazione 2014-2020 - PETRA LEROY CADOVA
- Regioni unite per una salute migliore KIRSTEN CURRIE
- 12.00 Tendenze demografiche in Emilia-Romagna: quali sviluppi? - ANGELINA MAZZOCCHETTI
- 12.15 Il Progetto Mattone internazionale PASQUALINO ROSSI - LISA LEONARDINI
- 12.30 Pausa pranzo e visione poster

pomeriggio

- 13.30 PETRA LEROY CADOVA ANTONIO ADDIS
- 13.45 EIP-AHA IN EMILIA-ROMAGNA: COORDINAMENTO REGIONALE

Il coordinamento regionale di EIP-AHA - ANTONIO ADDIS

- 14.00 | I committment della Regione Emilia-Romagna
 - Migliorare l'aderenza alle prescrizioni di farmaci a livello regionale (Action A1) - Luca Sangiorgi
 - Prevenire le cadute e le fratture nell'anziano (Action A2)
 LORENZO CHIARI
 - Fragilità dell'anziano e componente cognitiva (Action A3) - LAURA CALZÀ
 - Modelli collaborativi a supporto delle cure integrate (Action B3) - GIORGIO VEZZANI
 - Collaborare per una vita autonoma dell'anziano (Action C2) - Teresa Gallelli
- 15.30 EIP AHA Emilia Romagna: Good practice trasversale.
 Il Fascicolo sanitario elettronico e SOLE ANNA DARCHINI
- 15.45 Sorvegliare salute e qualità di vita della popolazione ultra64enne (PASSI d'Argento) - ALBERTO PERRA
- 16.00 TAVOLA ROTONDA DI CHIUSURA
 NEXT STEPS: STRATEGIE, STRUMENTI E OPPORTUNITÀ

Coordina PASQUALINO ROSSI

Intervengono

- PAOLO BONARETTI
- ROBERTO GRILLI
- Achille Grisetti
- Remo Martelli
- 17.00 Chiusura dei lavori ROBERTO GRILLI - PAOLO BONARETTI

Evento sostenuto da







In collaborazione con



Iscrizione online

è necessario pre-iscriversi online sul sito dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale http://assr.regione.emilia-romagna.it - sezione Appuntamenti

Come raggiungere la sede

in bus dalla stazione FS n. 35 in direzione Fiera, fermata "viale della Fiera" oppure n. 38 in direzione Fiera, fermata "Fiera Aldo Moro"

in auto tangenziale uscita 8 "Bologna Fiera", seguire direzione centro, parcheggio a pagamento

in aereo dall'aeroporto internazionale Guglielmo Marconi servizio navetta Aerobus BLQ fino a stazione FS, poi bus n. 35 o 38

Segreteria organizzativa

Leila Mattar, Elisa Soricelli - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna eventisanita@regione.emilia-romagna.it - 051 5277405-7191

DEPLIANT A CURA DI Federica Sarti - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna COPYRIGHT IMMAGINE Luca Gabino e Su Palatu Fotografia STAMPA Centro Stampa della Regione Emilia-Romagna

È PREVISTO IL SERVIZIO DI TRADUZIONE SIMULTANEA





Bologna, 3 giugno 2013 Terza Torre - Sala A

Viale della Fiera 8

EIP-AHA

Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento sano e attivo

Vivere sani e attivi in un continente che invecchia

Evento sostenuto da







In collaborazione con







