SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna

STRUTTURE, SERVIZI, PROGRAMMI, MODELLI ORGANIZZATIVI - DATI 2005

Regione Emilia-Romagna

Indice

LE POLITICHE DELL'EMILIA-ROMAGNA PER LA SALUTE 4

STRUTTURE, SPESA, ATTIVITÀ

Aziende sanitarie, popolazione, personale, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta 6
L'evoluzione della spesa: raffronto con le altre Regioni 7-8
Spesa per funzioni e livelli di assistenza 9
Edilizia sanitaria e socio-sanitaria: interventi per nuove strutture e per l'ammodernamento di quelle esistenti 10-11
I principali indicatori dell'assistenza ospedaliera: posti letto, ricoveri e tempi di attesa 12-13
Posti letto nelle strutture per persone anziane, con disabilità, disagio psichico, dipendenze patologiche 14
Servizi per le demenze senili 15
Assistenza domiciliare 16
Assegni di cura 17
L'assistenza in hospice 18
Assistenza specialistica ambulatoriale 19-21
Assistenza farmaceutica 22
Salute mentale 23
Servizi per le tossicodipendenze 24
L'assistenza nei Consultori familiari, negli Spazi giovani e negli Spazi per le donne immigrate e i loro bambini 25
Programmi di screening per la prevenzione dei tumori femminili 26
Programma di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto 27
Vaccinazioni 28-29
Sicurezza nei luoghi di lavoro 30-32
Sicurezza alimentare 33

PROGRAMMI

Donazioni di organi 34
Trapianti 35
Raccolta e consumo di sangue 36
Il Programma regionale di ricerca e innovazione (PRI-ER) 37
Il Fondo regionale per la non autosufficienza 38
Il Piano triennale della prevenzione 2006 – 2008 39
Le politiche di prevenzione e contrasto del consumo e abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope 40
Programmi di assistenza odontoiatrica a persone con "vulnerabilità" sanitaria e sociale 41

MODELLI ORGANIZZATIVI

Il modello Hub & Spoke per l'assistenza ospedaliera 42
Rete Hub & spoke per la genetica medica 43
Rete Hub & Spoke per i trapianti 44
Rete Hub & Spoke per grandi traumi 45
Rete Hub & Spoke per gravi cerebrolesioni acquisite 45
Rete Hub & Spoke per la cardiologia e la cardiochirurgia 46
Distretti e Nuclei di cure primarie 47
Day service ambulatoriale 48
L'organizzazione, la gestione e il monitoraggio dei programmi di screening oncologici 49
Accordi di fornitura fra Aziende Usl e Aziende Ospedaliere 50
Accordo tra Regione e ospedalità privata 50
Accordo con i medici di medicina generale 51
Autorizzazione e accreditamento 52
Osservatorio per le tecnologie sanitarie 52
Educazione continua in medicina 53
Numero verde del Servizio sanitario regionale 53
Progetto SOLE - Rete integrata ospedale-territorio: i medici di famiglia e gli specialisti on-line 54

Le politiche dell'Emilia-Romagna per la salute

Lo sviluppo della ricerca e della innovazione come attività ordinarie di tutte le Aziende sanitarie e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico per migliorare ancora la qualità dell'assistenza; una cabina di regia con la partecipazione degli Amministratori locali per definire politiche per i servizi sociali e sanitari concertate e condivise. Sono queste le nuove priorità del Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna, la cui organizzazione è uscita rafforzata dal referendum del 25 e 26 giugno 2006 con il quale i cittadini italiani hanno bocciato la proposta di revisione della Costituzione che proponeva, anche per la sanità e l'assistenza, il trasferimento totale delle competenze dallo Stato alle Regioni.

Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna è fondato sui principi propri del Servizio sanitario nazionale: responsabilità pubblica della tutela della salute, universalità ed equità di accesso per tutte le persone, globalità dell'assistenza, finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale, validità dei diritti in tutto il territorio nazionale e reciprocità di assistenza con le altre Regioni. Questi principi sono stati alla base della legge regionale n. 29 del 23 dicembre 2004 che ha dettato le nuove norme sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario regionale. La nuova legge, elaborata alla luce delle competenze assegnate alle Regioni dal titolo V della Costituzione e ispirata al federalismo responsabile e solidale, è tesa ad ampliare la partecipazione dei principali soggetti coinvolti nella programmazione e nella gestione della sanità (i professionisti, gli Enti locali, l'Università, le rappresentanze dei cittadini); ha inserito a pieno titolo nel Servizio sanitario regionale gli Istituti Ortopedici Rizzoli, Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS).

La popolazione di riferimento è composta da 4 milioni e 187 mila 544 cittadini e cittadine. Il quadro demografico è in evoluzione: mentre l'Emilia-Romagna si conferma una delle regioni "più vecchie" d'Italia con una percentuale di persone con più di sessantacinque anni del 22,7% (951.403 in totale), si assiste anche ad una ripresa della natalità, che ha inizio dal 2000 e che fotografa nel 2005 la nascita di oltre 38.000 bambini (di cui un quinto è nato da mamma straniera) a fronte della media di 29.000 degli anni '90. L'incremento della popolazione è tuttavia ascrivibile in gran parte al fenomeno immigrazione: dal 2001 al 2005 l'incremento complessivo è stato del 4,5% e, sempre al 31.12.2005, le persone straniere residenti in Emilia-Romagna erano oltre 285.000 mila, il 6,8% della popolazione residente.

L'azione per la tutela, la cura e il recupero della salute è volta a garantire a tutti e in modo uniforme nella regione i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).
Il piano triennale di prevenzione, elaborato sulla base di un accordo tra Stato, Regioni e Province autonome, riunisce in una unica cornice gli interventi per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie da realizzare con il coinvolgimento attivo di soggetti anche esterni al Servizio sanitario regionale (Istituzioni, Comunità locali, associazioni, scuola, imprese, sindacati, media, cittadini).
I progetti di sperimentazione necessari per introdurre nel sistema le innovazioni utili a migliorare la qualità dei servizi e dell'assistenza che il progresso tecnologico mette a disposizione dei servizi sanitari sono definiti a livello regionale con uno specifico piano di interventi: il programma ricerca e innovazione Emilia-Romagna (PRI-ER).
L'innovazione è stata per altro realizzata anche a livello istituzionale con l'assegnazione delle deleghe alla gestione delle politiche e del fondo per la non autosufficienza e il coordinamento dei servizi socio sanitari all'Assessorato politiche per la salute (già Assessorato alla sanità). Il criterio che ha ispirato questa innovazione è lo sviluppo delle politiche della integrazione tra sociale e sanitario; politiche che, del resto, già da anni rappresentano una caratteristica del modo di operare del Servizio sanitario regionale.
La cabina di regia, costituita dagli Assessorati regionali alle politiche per la salute e alle politiche sociali, dai Comuni capoluogo e dai presidenti delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie, è il luogo di concertazione degli interventi in campo socio-sanitario. Tra i programmi in corso, l'accreditamento delle strutture e dei professionisti che operano in ambito socio-sanitario, il piano per la prevenzione e il contrasto del consumo e abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope.
La costruzione di un unico sistema regionale di assistenza, che sappia declinare insieme le problematiche della sanità e delle politiche sociali è poi quanto è previsto dal nuovo Piano sociale e sanitario 2007 – 2009, in elaborazione.

La struttura del Servizio sanitario regionale è composta da 11 Aziende Unità Sanitarie Locali, 4 Aziende Ospedaliero-Universitarie; 1 Azienda Ospedaliera, 1 Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico.
I posti letto ospedalieri pubblici e privati accreditati sono 19.953. Il rapporto è di 3,87 posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti, e di 0,89 posti letto per lungodegenza e riabilitazione, sempre per 1.000 abitanti. I posti residenziali e semiresidenziali nelle strutture territoriali destinati ad anziani, disabili, persone con dipendenze patologiche o con disagio psichico sono oltre 27.000 (erano oltre 25 mila nel 2004).
I dipendenti del Servizio sanitario regionale al 31.12.2005 sono 59.491; i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta convenzionati, sono rispettivamente, 3.302 e 555.
Un ruolo importante per la qualificazione dei servizi lo ha avuto la legge regionale 34 del 1998 (con le successive delibere applicative a partire dalla

numero 327 del 2004) che ha dettato le norme per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private al Servizio sanitario regionale.
I programmi di investimento in edilizia sanitaria e socio-sanitaria hanno permesso di realizzare negli ultimi anni interventi per oltre 2 miliardi e 370 mila euro per la costruzione di nuovi ospedali, di strutture socio–sanitarie, per la ristrutturazione e l'ammodernamento di quelle esistenti, per il rinnovo del patrimonio tecnologico. A questi, sempre negli ultimi anni, si aggiungono interventi propri delle Aziende sanitarie per 750 milioni di euro.

La spesa complessiva nel 2005 è stata di 7 miliardi di euro. Il 50,67% per cento della spesa è assorbito dall'assistenza distrettuale, il 45,06 per cento da quella ospedaliera.
Il riequilibrio della spesa a favore dell'assistenza distrettuale e un territorio meglio organizzato hanno consentito anche l'ulteriore qualificazione dell'assistenza ospedaliera, com'è dimostrato – tra l'altro – dall'alto numero di persone che continuano ad affluire negli ospedali dell'Emilia-Romagna dalle altre regioni (indice di attrazione 13,83%).
Rallenta la crescita della spesa farmaceutica che passa dall'8,39% del 2004 sul 2003 al 1,39% nel 2005 sul 2004.

Il "sistema" sanità dell'Emilia-Romagna è basato sulla partecipazione degli operatori e sulla collaborazione: tra gli operatori, le strutture, i servizi sanitari e sociali. Vede nel Distretto la sede della programmazione e dell'erogazione dei servizi in relazione ai bisogni della popolazione di riferimento oltre che il luogo elettivo della integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali e della collaborazione con i Comuni. Grazie ad uno specifico accordo sottoscritto con la Regione, i medici di medicina generale aderiscono ai Nuclei delle cure primarie, le strutture dei Distretti preposte all'erogazione dei servizi.

Le politiche per la salute hanno privilegiato una organizzazione che avvicina la sanità ai cittadini, che punta sull'assistenza domiciliare e alle forme residenziali di assistenza, lasciando all'ospedale le diagnosi, gli interventi o le terapie complesse che richiedono elevata tecnologia nel processo diagnostico e terapeutico.
La scelta di fondo del Servizio sanitario regionale è stata quella di realizzare reti integrate di servizi - tra ospedale e territorio, tra sociale e sanitario - per meglio assicurare la "presa in carico" della persona e la continuità della cura.
Per le alte specialità ospedaliere, come la cardiochirurgia, i trapianti, il sistema sangue, le gravi cerebrolesioni, le malattie rare, i grandi traumi, la genetica medica, la rete dei servizi ha adottato il modello Hub & Spoke: centri ospedalieri di alta specializzazione (Hub) a cui gli ospedali del territorio (Spoke) inviano gli ammalati quando le condizioni e la complessità del quadro clinico lo richiedono.

I risultati sono buoni. Ecco alcuni dati.
È aumenta la raccolta di unità di sangue, superiore all'aumento dei consumi: 247.442 le unità raccolte nel 2005 (erano 243.265 nel 2004). Sono aumentati le donazioni di organi e il numero dei trapianti: le donazioni hanno registrato un più 20,8% rispetto al 2004, i trapianti (in Centri dell'Emilia-Romagna) sono stati 409 (erano 313 nel 2004). È aumentato, seppur lievemente, l'indice di attrazione extraregionale verso ospedali della regione: è stato il 13,83 nel 2005, era il 13,2 nel 2004.
Gli assistiti in assistenza domiciliare continuano a crescere, sono stati 84.000 nel 2005 (erano oltre 73 mila nel 2004 e 65mila del 2003).
È in incremento il numero degli assegni di cura erogati alle famiglie che assistono persone anziane e non autosufficienti nelle loro case: sono stati 18.040 nel 2005 (erano oltre 17.000 nel 2004, 12.000 nel 2002) per una spesa che è passata da circa 26.000 euro nel 2004 a oltre 28.000 euro nel 2005.
Sono aumentate le persone assistite nei Centri e Consultori per la diagnosi e la cura delle demenze senili: sono state oltre 45.000 nel 2005 (erano 28.128 nel 2001).
Il numero delle prestazioni specialistiche nel 2005 non è cresciuto rispetto all'anno precedente: si è attestato infatti poco sotto i 65 milioni di prestazioni (erano 65 milioni nel 2004, 60 milioni nel 2003, 56 milioni nel 2002); se tale dato sarà confermato nei prossimi anni si potrà affermare che è sicuramente dovuto all'effetto del lavoro sull'appropriatezza nelle prescrizioni e nella erogazione che il Servizio sanitario regionale sta portando avanti da tempo.
È buona la partecipazione agli screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori: l'adesione delle donne interessate è pari al 61,4% (per lo screening dei tumori del collo dell'utero) e al 70,5% (per lo screening dei tumori della mammella); l'adesione allo screening per i tumori del colon-retto (partito nel 2005) è pari a oltre il 44% degli uomini e donne interessati.
Per le vaccinazioni nell'infanzia, la copertura vaccinale è oltre il 95% (in particolare per le vaccinazioni obbligatorie); la vaccinazione anti-influenzale ha superato il 74% delle persone con più di 65 anni di età.

La situazione economico-finanziaria registrata nel 2005 ha evidenziato in tutte le Aziende sanitarie un complessivo equilibrio, ottenuto grazie anche ad uno stanziamento specifico del bilancio regionale. Nel corso del 2005 le maggiori risorse sono state dedicate al sostegno finanziario e al potenziamento della rete dei servizi per la non autosufficienza, all'assunzione di personale per assicurare la realizzazione di nuovi servizi.

Aziende sanitarie, popolazione, personale, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta

Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna serve una popolazione di 4.187.544 abitanti, di cui il 22,7% ha più di 65 anni (951.403 in totale). Il quadro demografico mostra una ripresa della natalità, che ha inizio dal 2000 e che registra, nel 2005, la nascita di oltre 38.000 bambini (di cui un quinto nato da mamma straniera).
Il Servizio sanitario regionale è composto da 17 Aziende sanitarie: 11 Aziende Unità sanitarie Locali, 4 Aziende Ospedaliero-Universitarie, 1 Azienda Ospedaliera, 1 Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS).

Le Aziende sanitarie (Anno 2005)

Aziende Usl	Popolazione	% oltre 65 anni	N. Distretti	Posti letto pubblici	Personale dipendente	Medici di medicina generale	Pediatri di libera scelta
PIACENZA	275.947	24,5%	4	919	3.538	227	34
PARMA	416.832	23,2%	4	374	2.391	313	54
REGGIO EMILIA	494.310	20,2%	6	747	3.878	347	73
MODENA	665.272	20,8%	7	1.503	5.848	536	94
BOLOGNA	824.502	24,0%	6	1.869	8.570	653	111
IMOLA	125.094	22,9%	1	577	1.761	98	18
FERRARA	351.463	25,5%	3	765	3.268	298	36
RAVENNA	369.425	24,4%	3	1.244	4.518	296	47
FORLÌ	178.977	23,8%	1	588	2.547	155	20
CESENA	195.693	20,8%	2	652	2.596	151	27
RIMINI	290.029	20,4%	2	920	3.261	228	41
Totale Ausl	**4.187.544**	**22,7%**	**39**	**10.158**	**42.176**	**3.302**	**555**

Aziende Ospedaliere	Posti letto pubblici	Personale dipendente
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	1.371	3.487
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia	894	2.529
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	918	2.514
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna	1.734	5.087
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara	888	2.523
Istituti Ortopedici Rizzoli (IRCCS)	312	1.175
Totale Aziende Ospedaliere e IRCCS	**6.117**	**17.315**
Totale regione	**16.275**	**59.491**

Nella tabella non sono compresi i posti letto dell'ospedalità privata accreditata.

L'evoluzione della spesa: raffronto con le altre Regioni

La sanità dell'Emilia-Romagna presenta già da diversi anni un profilo complessivo considerato da più parti tra i migliori del Paese. Il crescente saldo attivo della mobilità sanitaria unitamente agli alti indici di soddisfazione dei cittadini della regione testimoniano la buona qualità dei servizi, nel sostanziale equilibrio economico e finanziario. Nel 2005 la spesa totale del Servizio sanitario regionale è stata di 7 miliardi di euro.
L'evoluzione della spesa regionale nel decennio 1995-2005 mostra indici di crescita più contenuti rispetto a quelli osservati complessivamente nel Paese. Tale risultato risulta maggiormente apprezzabile se si considera l'aumento del saldo attivo di mobilità (pari a 197 milioni di euro nel 2000 e 289 milioni nel 2005), ma soprattutto se si considera la crescita di popolazione che si è registrata nel medesimo periodo: a fronte di una crescita nazionale di poco superiore al 2%, la popolazione residente in Emilia-Romagna è aumentata di quasi il 6%.

La spesa Regione per Regione (Anni 1995 - 2000 - 2005) cifre assolute in migliaia di euro

Regioni e Province autonome	Totale spesa 1995	Totale spesa 2000	Totale spesa 2005
PIEMONTE	3.560.314	5.502.615	7.081.076
VALLE D'AOSTA	103.610	169.221	227.822
LOMBARDIA	7.737.698	10.748.127	14.764.816
PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO	444.959	735.068	990.263
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO	418.475	625.133	856.463
VENETO	3.826.907	5.627.698	7.596.163
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.034.198	1.421.540	1.997.232
LIGURIA	1.592.481	2.175.199	2.918.385
EMILIA-ROMAGNA	**3.823.877**	**5.115.020**	**7.000.379**
TOSCANA	3.143.013	4.366.368	5.891.250
UMBRIA	711.564	1.035.307	1.389.707
MARCHE	1.277.129	1.790.947	2.341.424
LAZIO	4.624.589	6.783.011	9.570.581
ABRUZZO	964.220	1.601.024	2.193.110
MOLISE	257.705	379.668	596.801
CAMPANIA	4.267.375	6.627.692	9.279.091
PUGLIA	3.191.727	4.437.296	5.820.830
BASILICATA	431.980	639.380	880.043
CALABRIA	1.497.786	2.257.089	2.821.079
SICILIA	3.799.099	5.360.950	7.799.852
SARDEGNA	1.427.280	1.881.195	2.593.343
ITALIA	**48.135.987**	**69.279.550**	**94.609.712**

Fonte 1995 e 2000: Elaborazione ASSR (Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali)
Fonte 2005: Relazione generale sulla situazione economica del Paese 2005

L'evoluzione della spesa: raffronto con le altre Regioni

La spesa Regione per Regione (raffronto 2000-1995, 2005-2000, 2005-1995)

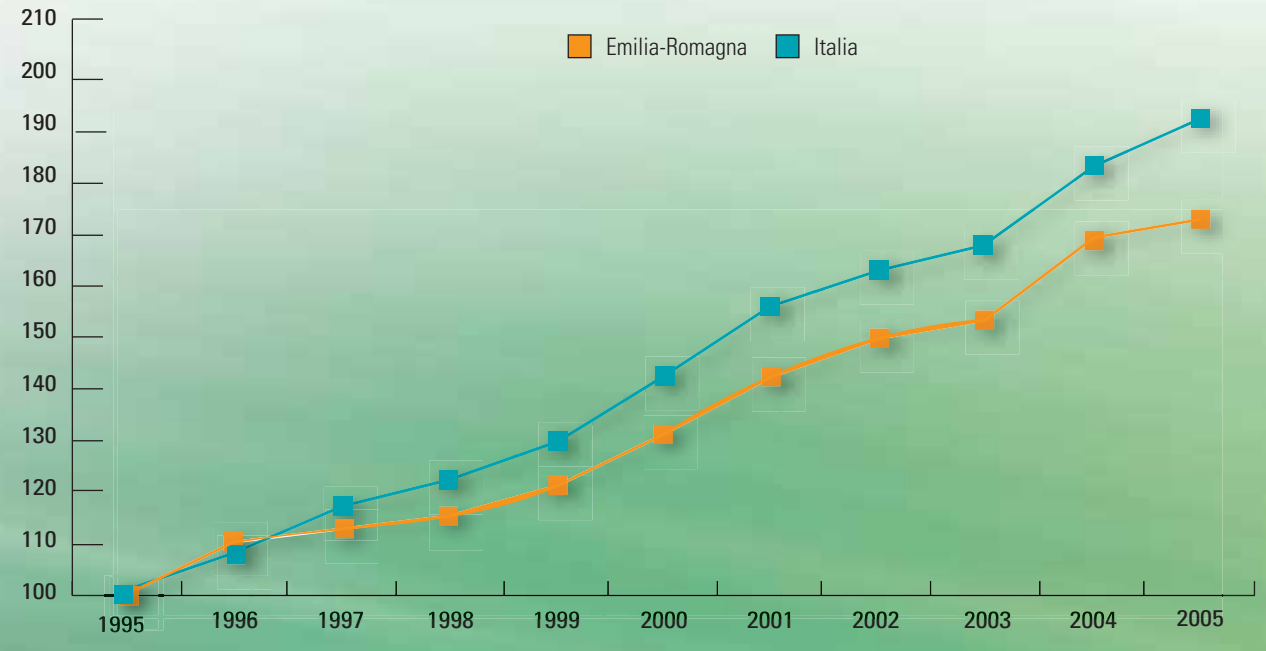
Regioni e Provincie Autonome	Differenza % 2000-1995	Differenza % 2005-2000	Differenza % 2005-1995
PIEMONTE	54,55	28,69	98,89
VALLE D'AOSTA	63,32	34,63	119,88
LOMBARDIA	38,91	37,37	90,82
P.A. BOLZANO	65,20	34,72	122,55
P.A. TRENTO	49,38	37,00	104,66
VENETO	47,06	34,98	98,49
FRIULI VENEZIA GIULIA	37,45	40,50	93,12
LIGURIA	36,59	34,17	83,26
EMILIA ROMAGNA	**33,77**	**36,86**	**83,07**
TOSCANA	38,92	34,92	87,44
UMBRIA	45,50	34,23	95,30
MARCHE	40,23	30,74	83,33
LAZIO	46,67	41,10	106,95
ABRUZZO	66,04	36,98	127,45
MOLISE	47,33	57,19	131,58
CAMPANIA	55,31	40,00	117,44
PUGLIA	39,02	31,18	82,37
BASILICATA	48,01	37,64	103,72
CALABRIA	50,70	24,99	88,35
SICILIA	41,11	45,49	105,31
SARDEGNA	31,80	37,86	81,70
ITALIA	**43,92**	**36,56**	**96,55**

Andamento della popolazione residente dell'Emilia-Romagna e italiana nel periodo 1995-2000-2005

	1995	2000	2005
EMILIA-ROMAGNA	3.922.604	3.981.146	4.151.369
ITALIA	**57.268.578**	**57.679.895**	**58.462.375**

	% incremento 2000-1995	% incremento 2005-2000	% incremento 2005-1995
EMILIA-ROMAGNA	1,49	4,28	5,83
ITALIA	**0,72**	**1,36**	**2,08**

Spesa totale pro capite in Emilia-Romagna e in Italia (anni 1995-2005) (numeri indice 1995=100)



Spesa per funzioni e livelli di assistenza

Le scelte di politica sanitaria dell'Emilia-Romagna hanno cambiato profondamente gli aspetti strutturali, organizzativi e programmatori dell'intero sistema, perseguendo il riequilibrio dell'offerta tra servizi ospedalieri e territoriali. All'ospedale negli ultimi anni è stato assegnato un ruolo sempre più specifico per la cura di persone che necessitano di un'assistenza complessa in strutture ad elevata concentrazione di tecnologie e competenze professionali. Allo stesso tempo, è stata potenziata, diversificata e qualificata l'assistenza sul territorio e domiciliare. Già da alcuni anni la spesa per l'assistenza distrettuale ha superato quella per l'assistenza ospedaliera. La rimodulazione del sistema dei servizi ha consentito di avvicinare la sanità ai cittadini senza bisogno di ricorrere a "tagli" di spesa o di prestazioni, a nuovi ticket o tasse. La spesa pro capite per popolazione residente è di 1.630 euro.

Anno 2004^

LIVELLI DI ASSISTENZA	Costo in migliaia di euro	% sul totale	Costo pro-capite in euro
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	288.764	4,27%	70
Assistenza distrettuale	3.428.014	50,67%	826
Assistenza ospedaliera	3.048.149	45,06%	734
TOTALE LIVELLI DI ASSISTENZA PER RESIDENTI	6.764.926	100,00%	1.630

^ ultimi dati disponibili.
FONTE: Modello LA consuntivo 2004 - La popolazione utilizzata per il calcolo del costo pro-capite è quella regionale residente al 31/12/2004 ed è pari a 4.151.335

Edilizia sanitaria e socio-sanitaria: interventi per nuove strutture e per l'ammodernamento di quelle esistenti

I programmi pluriennali di investimento per realizzare in Emilia-Romagna nuove strutture ospedaliere e territoriali, ammodernare quelle esistenti e rinnovare il parco tecnologico complessivo hanno comportato investimenti per oltre 2 miliardi e 370 mila euro negli ultimi 16 anni. Stato, Regione, Aziende sanitarie, Comuni e Ipab hanno contribuito al rinnovo del patrimonio, che è avvenuto in tre tranche. La prima si è conclusa con 161 interventi e un finanziamento complessivo di circa 730 milioni di euro. La seconda comprendeva 123 interventi, per un finanziamento complessivo di oltre 828 milioni di euro. La terza tranche, in via di realizzazione, prevede ulteriori programmi di finanziamento per 453 interventi e un ammontare complessivo di 817 milioni di euro. Oltre a questi programmi, le Aziende sanitarie, con propri fondi, hanno contribuito al miglioramento ed all'ammodernamento del patrimonio edilizio. In questo ambito, negli ultimi dieci anni, hanno realizzato interventi per 750 milioni di euro.

I programmi e i finanziamenti (anni 1998-2005)

	Stato	Regione	Aziende sanitarie / Enti*	Totale
Prima Tranche - conclusa	545.862.037,56	34.007.870,29	149.795.839,37	729.665.747,22
Seconda Tranche - conclusa	467.223.579,37	24.412.697,90	337.259.517,22	828.895.794,49
Terza Tranche - in realizzazione	351.274.179,71	190.283.967,44	275.844.576,17	817.402.723,32
TOTALE	**1.364.359.796,64**	**248.704.535,63**	**762.899.932,76**	**2.375.964.265,03**

* Gli enti possono essere Comuni, Ipab, Onlus

I programmi

PRIMA TRANCHE: conclusa
161 interventi
Investimenti per circa 730 milioni di euro

Gli interventi hanno riguardato tra l'altro:
- ristrutturazione Dipartimenti di prevenzione di Parma e Bologna;
- realizzazione Poliambulatori a Zola Predosa, Imola e Borgo Tossignano;
- realizzazione Distretti a Ferrara, Predappio e Cesenatico;
- realizzazione Residenze psichiatriche a Scandiano, Guastalla, Modena (2), Carpi, Bologna (3), e Ferrara), di 56 Residenze sanitarie assistenziali (Rsa) per anziani e 19 per disabili;
- ristrutturazione o ampliamento di 24 ospedali tra cui quelli di Reggio Emilia e Parma, avvio della costruzione delle nuove e moderne strutture ospedaliere a Sassuolo e Baggiovara (Modena), Cona (Ferrara), Vecchiazzano (Forlì-Cesena).

Sono stati inoltre realizzati e attivati:
i reparti di malattie infettive negli Ospedali di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Ravenna, Forlì, Cesena, Rimini (in corso di ultimazione) e Ferrara (legato all'attivazione del nuovo Ospedale di Cona).

SECONDA TRANCHE:
in via di ultimazione
123 interventi
Investimenti per 828 milioni di euro

Gli interventi conclusi sono 50, tra cui:

- i nuovi Ospedali di Fidenza (Parma), Baggiovara e Sassuolo (Modena), San Giovanni in Persiceto (Bologna), Lagosanto (Ferrara) e l'ampliamento dell'ospedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia;
- il Dipartimento di prevenzione di Piacenza, il Polo socio-sanitario di Langhirano, il Distretto di Mirandola (Mo), il nuovo Palazzetto ambiente a Ravenna, l'acquisto e installazione dell'acceleratore lineare a Piacenza.

Gli interventi in corso di realizzazione sono 67, tra cui:
6 nuove strutture extra-ospedaliere;
32 Rsa per anziani o disabili;
il completamento degli Ospedali di Fiorenzuola (Pc), Maggiore di Parma, il Policlinico di Modena, il Policlinico S. Orsola e gli Ospedali Maggiore e Bellaria di Bologna, il nuovo Ospedale di Porretta (Bologna), il completamento dei nuovi Ospedali di Imola (Bologna) e Cona (Ferrara), l'ammodernamento del Santa Maria delle Croci di Ravenna, del Bufalini di Cesena e degli Infermi di Rimini.

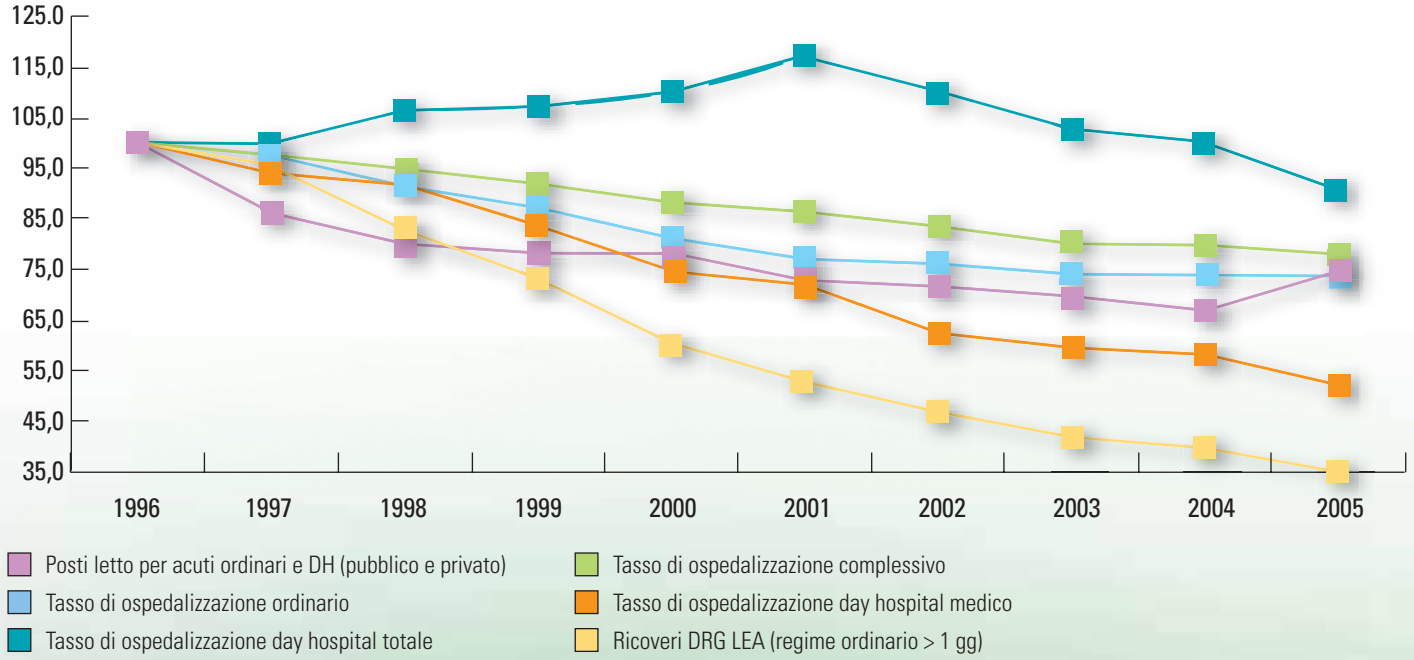
TERZA TRANCHE:
programmi di finanziamento
per 453 interventi e 810 milioni di euro

Per la sola area sanitaria gli interventi sono 155, tra cui:
il Polo tecnologico del Policlinico S. Orsola di Bologna (già attivato), i Poli Cardiologico e Cardiochirurgico sempre del S. Orsola (in via di definizione), la ristrutturazione della sede ospedaliera degli Istituti ortopedici Rizzoli di Bologna e altri 4 interventi negli Ospedali Bellaria di Bologna, di Bazzano e Budrio nonchè nel complesso Roncati di Bologna;
20 strutture per le cure palliative: 12 concluse, 3 in corso d'esecuzione, 5 in corso d'aggiudicazione dei lavori;
69 interventi per la libera professione intramuraria: 21 conclusi, 32 in via di ultimazione, 14 in corso d'aggiudicazione dei lavori, 2 in corso di progettazione;
altri 56 interventi di vario tipo previsti dai programmi regionali: 14 conclusi, 23 con lavori in corso, 21 in corso di progettazione, 8 in corso d'aggiudicazione dei lavori.

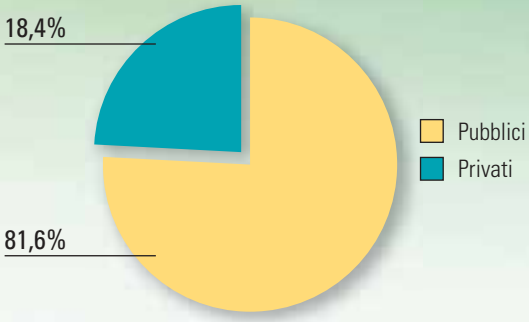
I principali indicatori dell'assistenza ospedaliera: posti letto, ricoveri e tempi di attesa

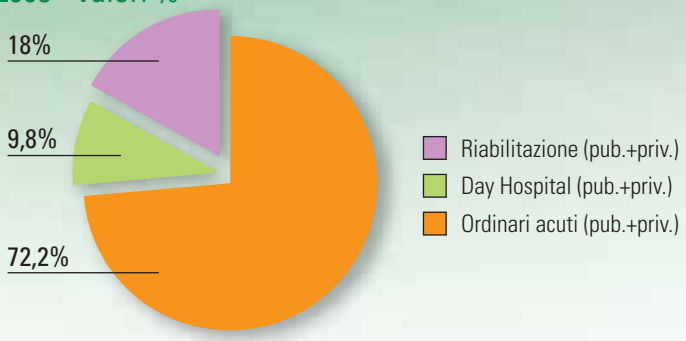
I posti letto pubblici e privati accreditati del Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna al 31 dicembre 2005 sono 19.953. I posti letto per la lungodegenza e la riabilitazione sono 3.585.
Per mille abitanti ci sono 3,87 posti letto per acuti (il 30% in meno rispetto a 20 anni fa) e 0,89 posti letto per lungodegenza e riabilitazione. Continua a salire l'indice di attrazione extraregionale che nel 2005 ha raggiunto il 13,83% (era il 13,2).
I ricoveri per acuti sono in diminuzione: 799.947 nel 2005 contro gli 818.091 dell'anno precedente.
I tempi di attesa dei ricoveri programmati per neoplasie e chemioterapie, in circa il 90% dei casi sono inferiori ai 30 giorni.
I tempi di attesa dei ricoveri programmati per la patologie oncologiche sono in linea con l'obiettivo fissato dalla Conferenza Stato-Regioni: entro 30 giorni dalla richiesta. Nell'analisi del dato, in particolare per i pochi casi che superano i 30 giorni, è da tenere presente che alcuni pazienti, prima di essere sottoposti all'intervento chirurgico o alla chemioterapia, devono eseguire terapie o accertamenti preparatori.
Sono ancora "critiche" le attese per le protesi d'anca e le cataratte.

Tassi di ospedalizzazione – Anni 1996-2005 (numeri indice – 1996=100)



Posti letto pubblici e privati accreditati - Anno 2005 - valori %





Posti letto pubblici e privati accreditati: 19.953 (Anno 2005)

Posti letto per 1.000 abitanti (pubblici e privati)	
Acuti	3,87
Lungodegenza e riabilitazione	0,89

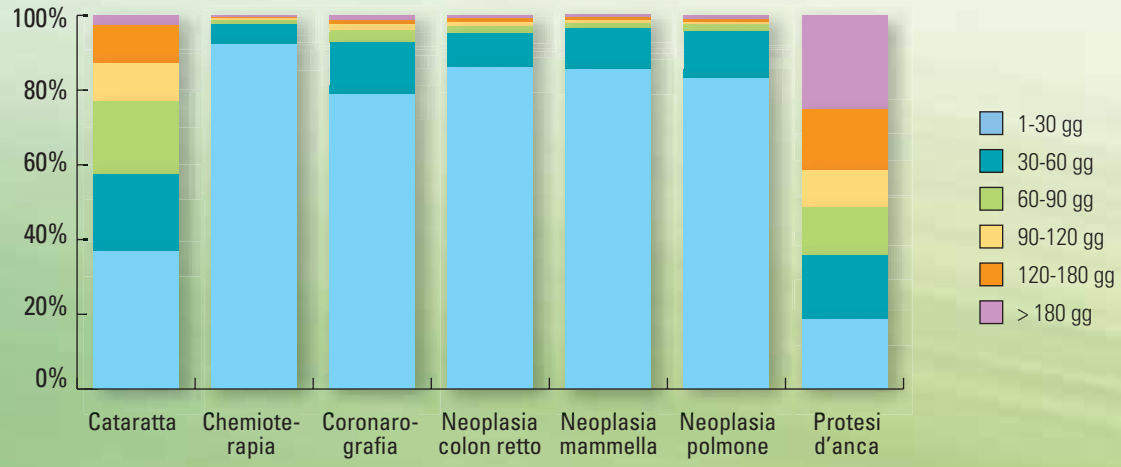
Tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti	
Ordinario	139,6
Day Hospital	48,4

Ricoveri (Anno 2005)

Ricoveri	
Acuti	799.947
Riabilitazione	21.789
Lungodegenza	29.387
Totale	851.123

Indice di attrazione	13,83%

Tempi di attesa per ricoveri programmati (Anno 2005) - valori %

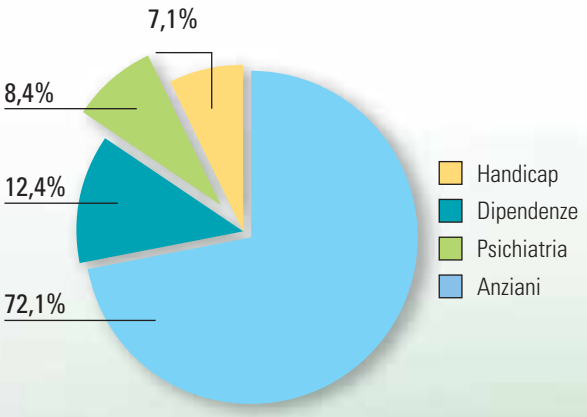


Posti letto nelle strutture per persone anziane, con disabilità, disagio psichico, dipendenze patologiche

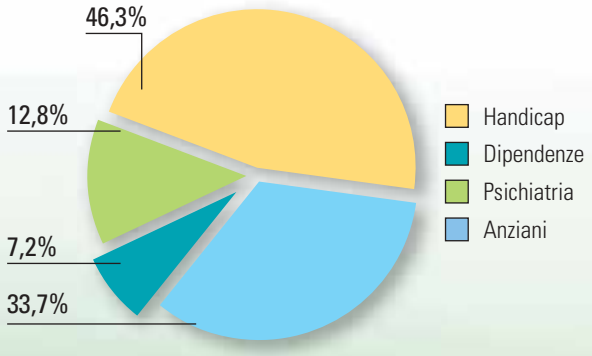
Gli anziani e le persone con disabilità e dipendenze patologiche sono i principali beneficiari delle politiche socio-sanitarie della Regione Emilia-Romagna. Il potenziamento dell'assistenza distrettuale ha portato all'aumento dei posti letto nelle strutture residenziali e semi-residenziali. Nel 1998 i posti letto residenziali erano circa 14.000; nel 2005 sono arrivati a oltre 20.000, mille in più rispetto all'anno precedente. Quelli semi-residenziali sono passati, nello stesso periodo, da 4.600 a oltre 7.200.

Nel 2004 è stato istituito il "Fondo regionale per la non autosufficienza" con l'obiettivo di estendere e qualificare gli interventi a favore delle persone (in gran parte anziani) che hanno problemi di non autosufficienza.

Posti residenziali: 20.107 (Anno 2005)



Posti semi residenziali: 7.272 (Anno 2005)



Servizi per le demenze senili

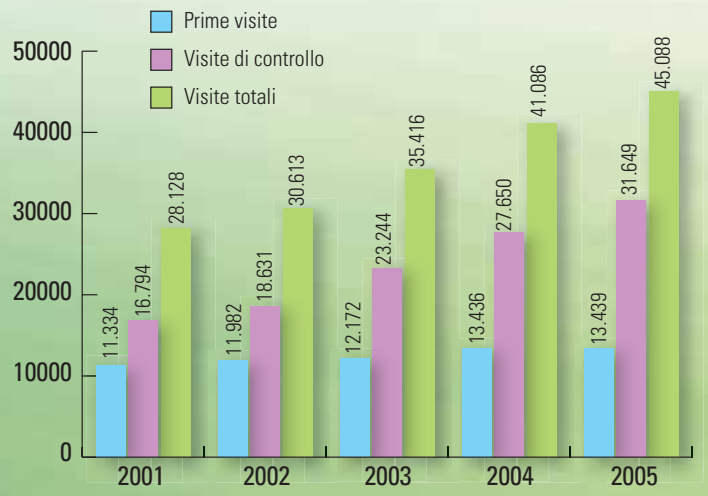
La Giunta dell'Emilia-Romagna ha approvato nel 1999 il progetto regionale sulle demenze senili. Gli interventi previsti sono volti a garantire una diagnosi adeguata e tempestiva, a sostenere le persone colpite da demenza ed i loro familiari (o chi se ne prende cura) durante tutto l'arco della malattia (che può superare i 10 anni), a domicilio o nelle strutture preposte. La cura dell'Alzheimer (principale causa di demenza senile) contempla interventi diversi: farmacologici, di stimolazione cognitiva, sostegno psicologico e gruppi di aiuto per i familiari, corsi formativi e informativi per familiari e operatori, consulenze specialistiche. L'assistenza è costituita da un sistema a rete che coinvolge le Aziende Usl, le Amministrazioni locali, le associazioni dei familiari ed il volontariato.

In tutta la Regione sono 47 le strutture specializzate per la diagnosi e la cura delle demenze senili. Nel 2005 le strutture specializzate hanno assistito 45.088 persone con problemi di demenza, nel 2001 sono state 28.128. Le consulenze specialistiche, sempre nel 2005, sono state 9.758.

Consultori e Centri per la diagnosi e la cura delle demenze senili (Anno 2005)

AUSL	n. Centri
PIACENZA	4
PARMA	3
REGGIO E	8
MODENA	9
BOLOGNA	11
IMOLA	1
FERRARA	4
RAVENNA	4
FORLI	1
CESENA	1
RIMINI	1

Visite



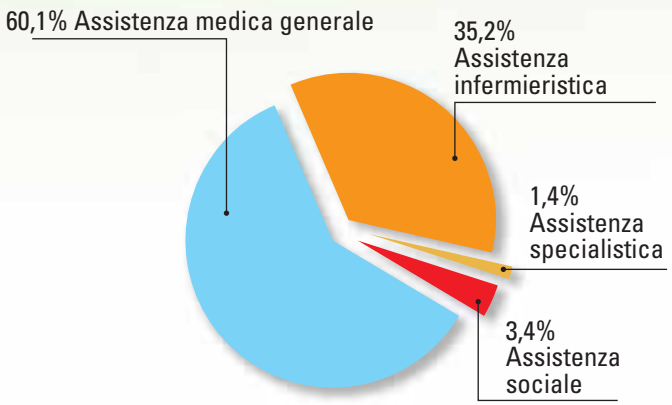
Consulenze specialistiche ai famigliari (Anni 2001-2005)

Assistenza domiciliare

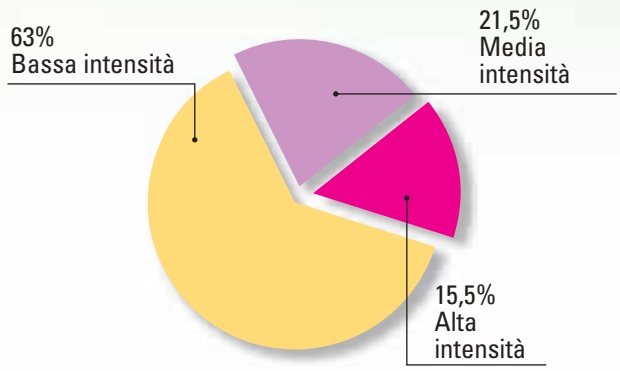
Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna investe molte risorse umane ed economiche per assistere a domicilio le persone ammalate o non autosufficienti, nella consapevolezza che la casa, se le condizioni cliniche e familiari lo consentono, rappresenta il luogo di cura più idoneo in quanto permette alla persona ammalata di stare nel proprio ambiente, fra le persone care.
L'assistenza domiciliare ha registrato, in particolare negli ultimi 4 anni, una vera e propria impennata: gli assistiti sono infatti passati dai 55.000 del 2001 agli 84.000 del 2005 (erano 73.497 nel 2004).

Assistiti Anno 2005: 84.001

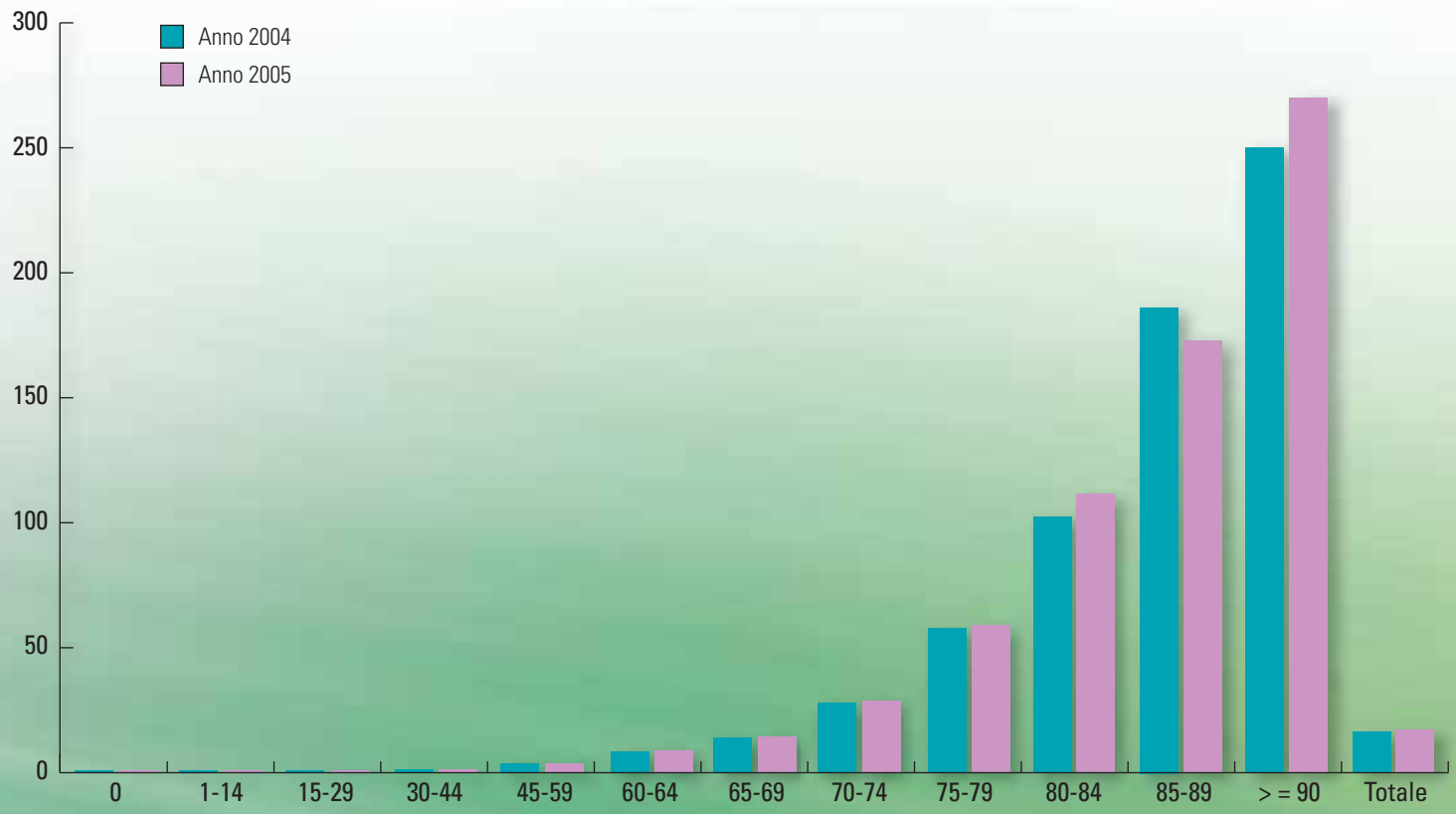
Tipologia dell'assistenza



Livelli di intensità assistenziale



Tassi specifici per età, per mille abitanti (confronto Anni 2004-2005)



Assegni di cura

Nel 2005, come già accade da diversi anni, si è registrato un aumento del numero delle famiglie che usufruiscono dell'assegno di cura per assistere a casa i loro congiunti ammalati, disabili o non autosufficienti. L'aumento delle persone che hanno beneficiato dell'assegno è stato del 5,10% rispetto all'anno precedente, mentre l'incremento delle risorse sanitarie e sociali messe a disposizione dalla Regione per il 2005, è stato dell'8,95%. In assoluto, i beneficiari degli assegni di cura sono quasi raddoppiati dal 2000 ad oggi, passando da 9.600 a oltre 18.000, così come i finanziamenti, che sono passati in cinque anni da 16,6 a 28,5 milioni di euro (di cui 22,7 dal Fondo sanitario e 5,7 dal Fondo sociale e da risorse dei Comuni, questi ultimi con circa 2 milioni).

Persone che hanno percepito l'assegno di cura nel 2005: 18.040

Assegno di cura: utenti e spesa (Anni 2000-2005)

L'assistenza in hospice

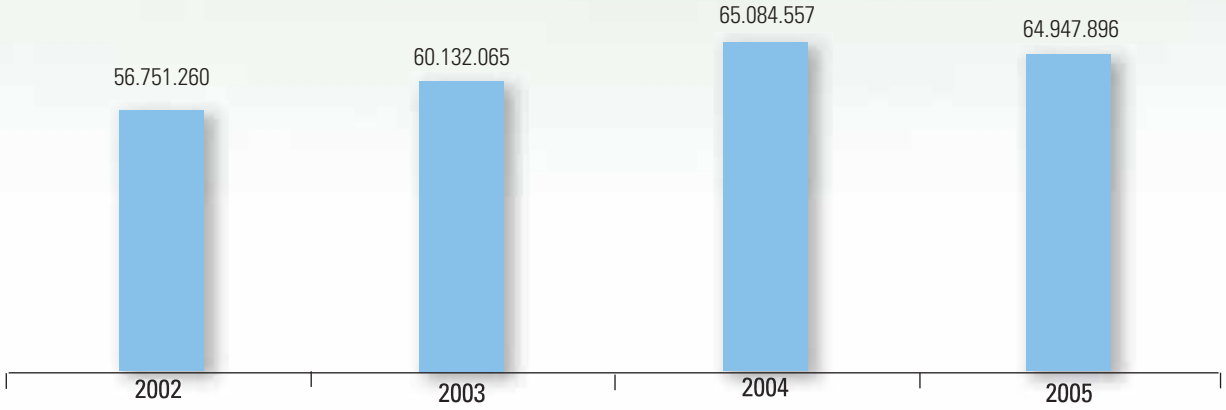
Prendersi cura: questo impegno del Servizio sanitario regionale riguarda tutti, anche le persone che la medicina non può guarire. E "prendersi cura" significa anche assicurare terapie contro il dolore in ogni momento dell'assistenza; significa considerare la persona ammalata nella sua globalità e complessità, anche di relazione.
Gli hospice sono parte integrante di questo sistema. Offrono ricoveri temporanei e assistenza a quegli ammalati molto gravi che non possono restare nelle loro case per motivi legati al quadro clinico o alla famiglia. In hospice è assicurata una assistenza personalizzata. Vi opera personale qualificato e preparato al controllo dei sintomi, primo fra tutti il dolore, e a fornire supporto psicologico agli ammalati e ai familiari, anche per l'elaborazione del lutto.
L'offerta regionale è di 14 hospice (erano 7 nel 2002) per un totale di 170 posti letto. Nel 2006 entrano in attività altri due hospice: all'Ospedale Bellaria di Bologna con 13 posti letto e a Codigoro (Ferrara) con 11 posti letto.

Azienda sanitaria	Hospice		Anno 2005	
			Posti letto	Degenza media (gg)
Piacenza	Hospice di Borgonovo Val Tidone	Pubblico	10	20,1
Parma	Hospice Borgotaro	Pubblico	8	22,4
	Hospice Langhirano	Pubblico	12	21,6
	Hospice Fidenza	Privato accreditato	15	23,1
Reggio Emilia	Hospice Madonna dell'Uliveto di Albinea	Privato accreditato	12	20,2
Aosp Modena	Hospice Policlinico di Modena	Pubblico	10	12,7
Bologna	Hospice Chiantore Seragnoli	Privato accreditato	30	19,3
Imola	Hospice Castel S.Pietro	Pubblico	12	17,9
Ferrara	Hospice Ado	Privato accreditato	12	20,1
Ravenna	Hospice Lugo	Pubblico	8	23,2
Forlì	Hospice Forlimpopoli	Pubblico	11	12,5
	Hospice di Dovadola	Pubblico	8	20,5
Cesena	Hospice Savignano sul Rubicone	Pubblico	12	16,6
Rimini	Hospice Rimini	Pubblico	10	17,7
Totale			**170**	**17,8**

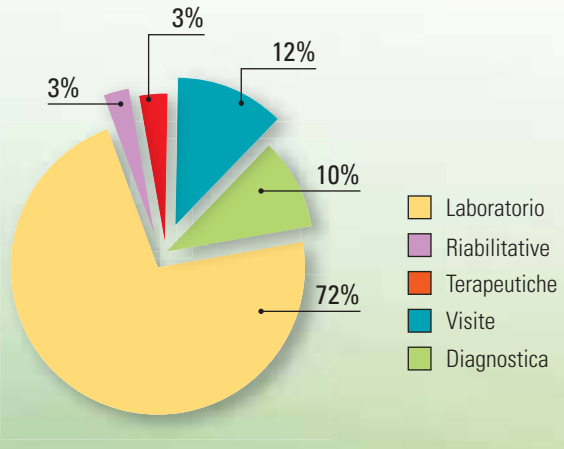
Assistenza specialistica ambulatoriale

Nel 2005 l'assistenza specialistica non ha registrato una crescita rispetto all'anno precedente: sono state erogate poco più di 64 milioni e 947 mila prestazioni a fronte dei circa 65 milioni del 2004. Si è dunque interrotto un flusso di costante crescita (erano oltre 56 milioni nel 2002, 60 milioni nel 2003, 65 milioni nel 2004). Se questo dato sarà confermato anche dalle prossime rilevazioni annuali si potrà affermare che esso è da mettere in relazione al lavoro sull'appropriatezza della prescrizione e dell'erogazione che il Servizio sanitario regionale sta portando avanti da tempo.
La specialistica rappresenta la seconda voce di spesa in assoluto per il Servizio sanitario regionale, dopo quella per l'attività di ricovero.

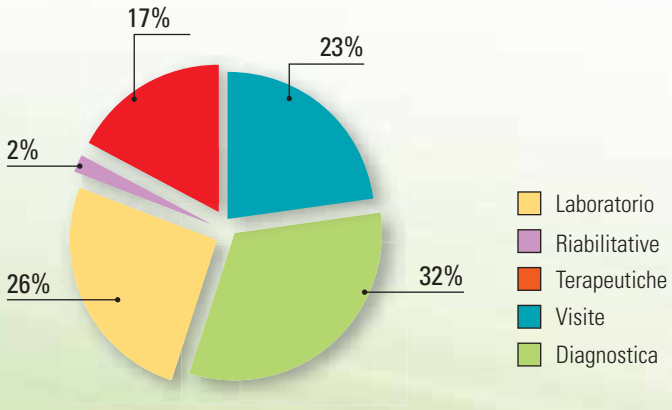
Prestazioni specialistiche (Anni 2002-2005)



Tipologia delle prestazioni (Anno 2005)



Valori economici delle prestazioni (Anno 2005)



Assistenza specialistica ambulatoriale

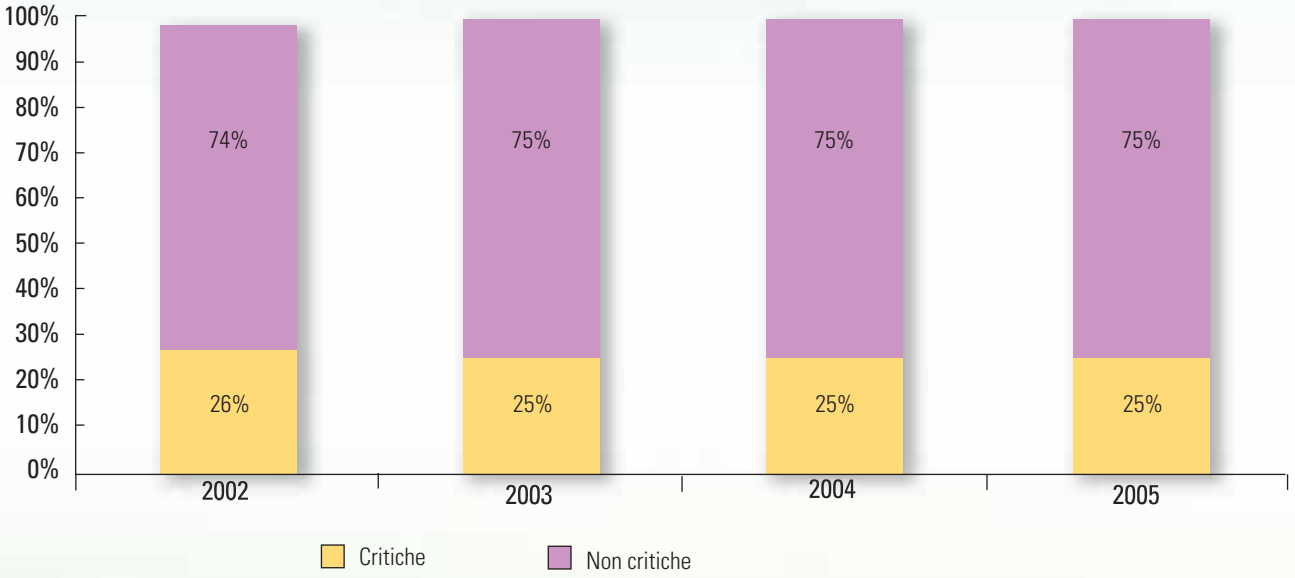
Prestazioni ambulatoriali per tipologia (Anno 2005)

		N. di prestazioni erogate	% sul totale delle prestazioni
VISITE			
	PRIMA VISITA	5.469.550	
	VISITA DI CONTROLLO	2.154.619	
	OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA	38.334	
	totale VISITE	7.662.503	11,8%
DIAGNOSTICA			
	DIAGNOSTICA STRUMENTALE CON RADIAZIONI	2.654.659	
	DIAGNOSTICA STRUMENTALE SENZA RADIAZIONI	3.379.548	
	BIOPSIA	62.535	
	ALTRA DIAGNOSTICA	277.598	
	totale DIAGNOSTICA	6.374.340	9,8%
LABORATORIO			
	PRELIEVI	4.217.719	
	CHIMICA CLINICA	32.779.202	
	EMATOLOGIA/COAGULAZIONE	6.402.923	
	IMMUNOEMATOLOGIA E TRASFUSIONALE	172.177	
	MICROBIOLOGIA/VIROLOGIA	2.427.186	
	ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA	515.632	
	GENETICA/CITOGENETICA	91.404	
	totale LABORATORIO	46.606.243	71,7%
RIABILITAZIONE			
	RIABILITAZIONE DIAGNOSTICA	121.724	
	RIABILITAZIONE E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE	1.263.469	
	TERAPIA FISICA	579.592	
	ALTRA RIABILITAZIONE	100.521	
	totale RIABILITAZIONE	2.065.306	3,2%
PRESTAZIONI TERAPEUTICHE			
	RADIOTERAPIA	353.244	
	DIALISI	372.303	
	ODONTOIATRIA	137.502	
	TRASFUSIONI	15.177	
	CHIRURGIA AMBULATORIALE	292.771	
	ALTRE PRESTAZ. TERAPEUTICHE	1.068.507	
	totale PRESTAZIONI TERAPEUTICHE	2.239.504	3,5%
TOTALE COMPLESSIVO		64.947.896	100,00%

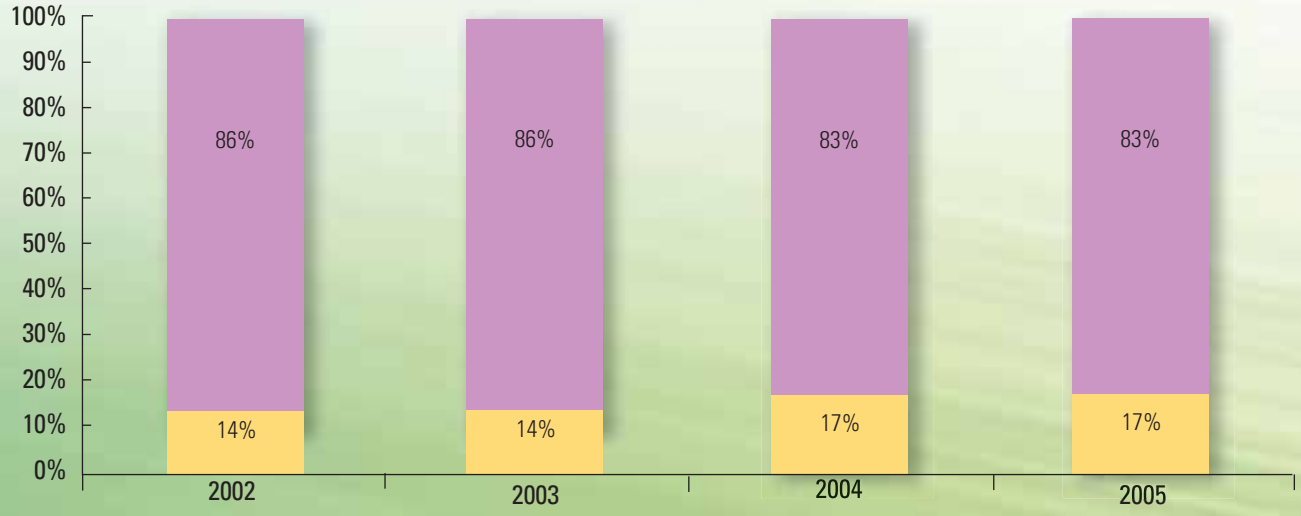
Tempi di attesa per visite, esami e diagnostica

In Emilia-Romagna il monitoraggio dei tempi di attesa è attivo dal marzo 1999. Da luglio 2004, in attuazione dell'accordo raggiunto in sede di Conferenza Stato-Regioni, è stata modificata la metodica in modo tale da consentire una rilevazione più precisa per ciascuna prenotazione. Sempre dal 2004 è cresciuto il numero delle prestazioni monitorate.
Lo standard di riferimento è di 30 giorni dalla prenotazione per le prime visite e di 60 giorni per le prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso (le visite e le diagnostiche di controllo hanno una propria programmazione legata alle cadenze consigliate dallo specialista sulla base della patologia). Questi tempi massimi di attesa devono essere garantiti almeno nell'80% dei casi. Le prestazioni urgenti sono invece garantite entro le 24-48 ore, e quelle urgenti differibili entro 7 giorni.
Nelle tabelle le percentuali di visite ed esami considerate critiche per i tempi di attesa.

VISITE: percentuali di prestazioni "critiche" per tempi di attesa massimi dichiarati (Anni 2002-2005)



DIAGNOSTICA: percentuali di prestazioni "critiche" per tempi di attesa massimi dichiarati (Anni 2002-2005)



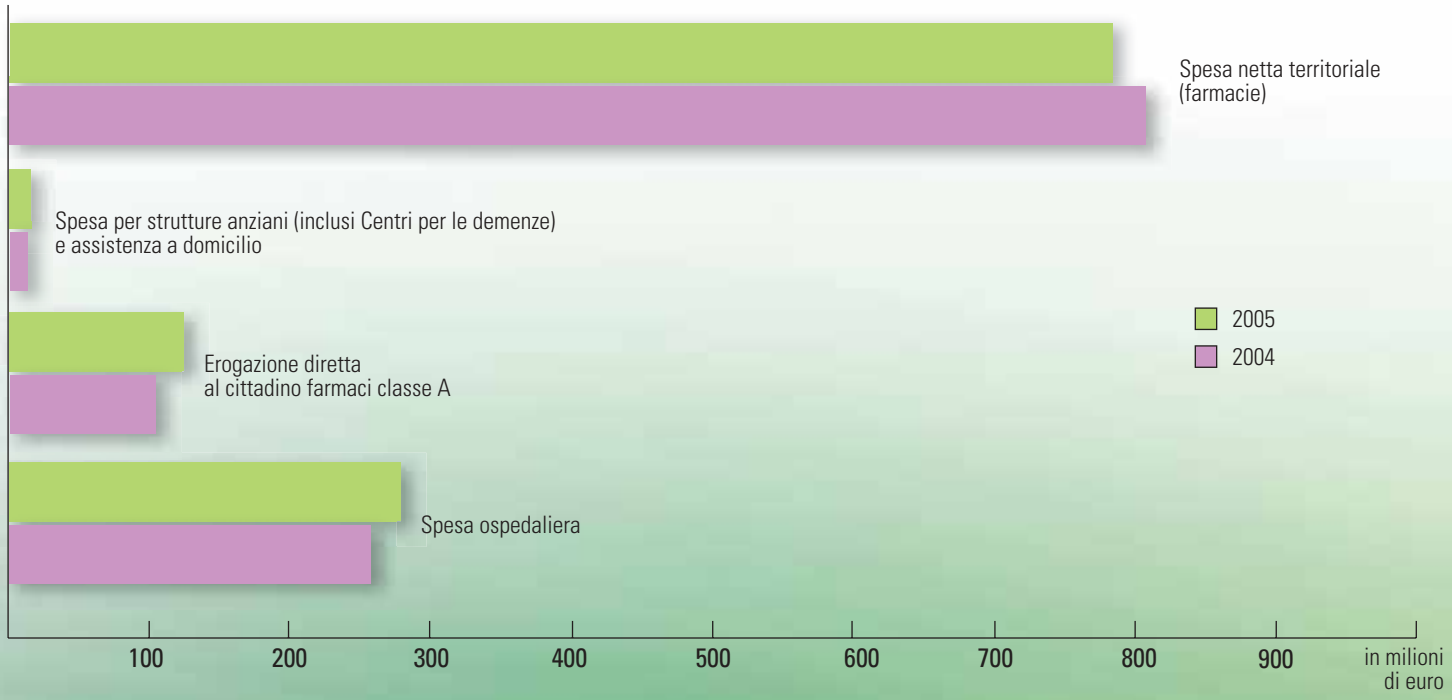
Assistenza farmaceutica

Le iniziative avviate dal Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna per un uso maggiormente appropriato dei farmaci stanno dando i primi risultati concreti: rallenta la spesa farmaceutica pro-capite, rallenta la crescita della spesa totale che passa dall'8,39% del 2004 sul 2003 al 1,39% nel 2005 sul 2004 e cresce l'erogazione diretta agli ammalati cronici e assistiti a domicilio. La diminuzione di spesa per i farmaci forniti alla dimissione ospedaliera non deriva da una diminuzione del volume di farmaci erogati ma dalla politica degli acquisti attuata nel 2005. L'accorpamento in unioni di acquisto sovra aziendali ha infatti consentito una diminuzione dei prezzi. La distribuzione diretta dei farmaci all'interno di percorsi assistenziali assicura una migliore continuità terapeutica e permette notevoli risparmi di spesa alla Regione. Questa innovazione ha concorso tra l'altro ad evitare la reintroduzione del ticket.

Spesa per tipologia in euro e variazione percentuale 2004-2005

	2004	2005	Variazione %
Spesa ospedaliera	255.401.227	274.212.567	7,37%
Erogazone diretta al cittadino farmaci fascia A: piani terapeutici/cronici	88.483.418	112.405.822	27,04%
Erogazione diretta al cittadino farmaci fascia A: dimissione	13.722.576	8.799.295	-35,88%
Spesa per strutture anziani (inclusi centri demenze) e Assistenza domiciliare	10.448.892	13.576.825	29,94%
Spesa netta territoriale	803.305.052	778.666.779	-3,07%
Totale	**1.171.361.165**	**1.187.661.298**	**1,39%**

Ripartizione della spesa farmaceutica totale per tipologia (Anni 2004-2005)



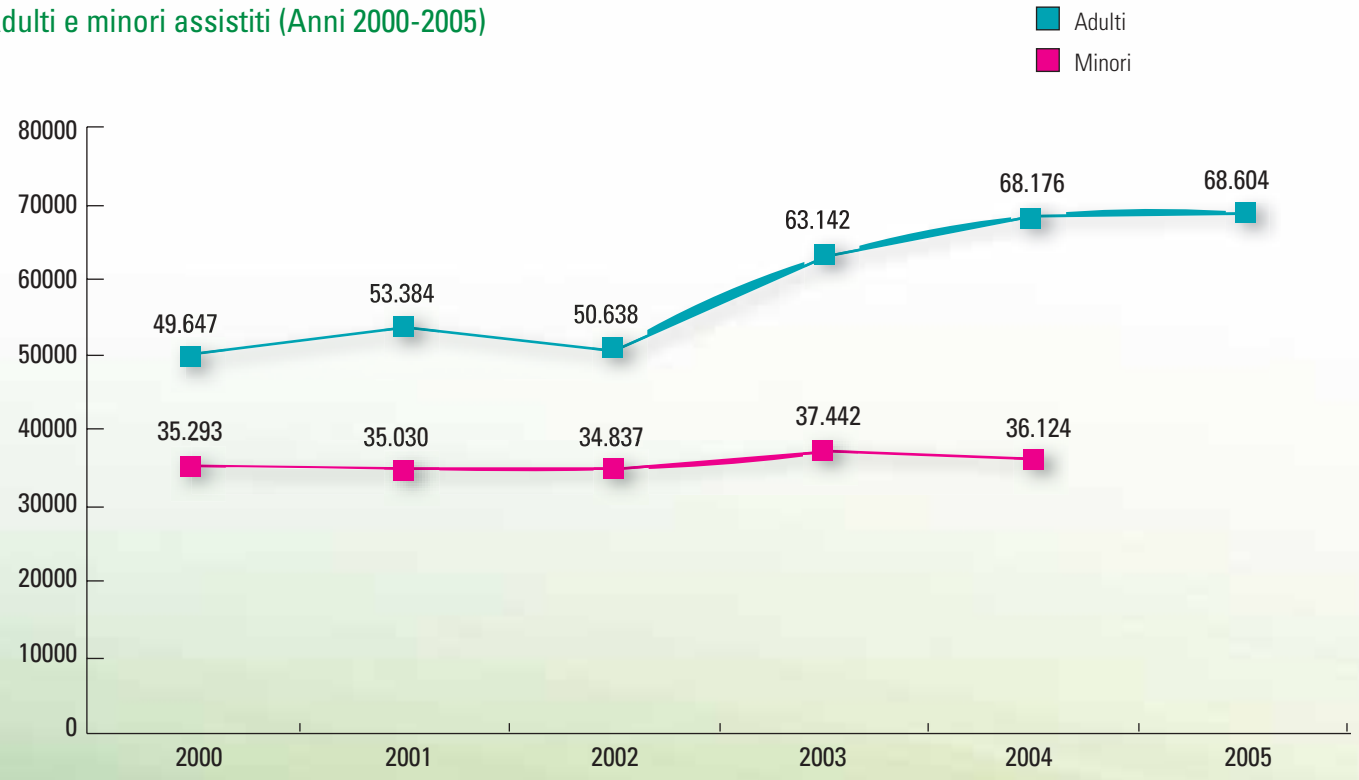
La spesa farmaceutica convenzionata pro capite: Emilia-Romagna e Italia

Nel 2005 la spesa farmaceutica convenzionata pro capite, che fa riferimento ai dati delle farmacie, in Emilia-Romagna è scesa a 190,80 euro (era di 192,00 euro nel 2004), contro i 204,80 euro della spesa pro-capite nazionale (207,00 euro nel 2004).

Salute mentale

L'intervento nel campo della salute mentale si articola in un insieme di attività di prevenzione, cura e riabilitazione per tutte le età della vita, coordinate dai Dipartimenti di salute mentale, presenti in ogni Azienda Usl.
Oltre ad un'intensa attività di coordinamento con gli altri servizi sanitari e socio-sanitari per gli aspetti di prevenzione e promozione della salute, l'attività clinica e assistenziale è assicurata dalle Unità operative di neuropsichiatria infantile e di psichiatria adulti, attraverso un'offerta comprendente: 48 Centri di salute mentale con 139 punti ambulatoriali, 91 Ambulatori neuropsichiatria infantile e dell'età evolutiva, 19 Day hospital e 45 Centri diurni, 61 Residenze psichiatriche sanitarie divise su tre livelli di intensità, 101 Residenze psichiatriche socio-assistenziali, 16 Servizi psichiatrici di diagnosi e cura.
Nel 2005 sono state avviate attività per facilitare la partecipazione degli utenti e dei loro familiari attraverso la costituzione di una Consulta regionale per la salute mentale e la costituzione, in ogni Azienda Usl, dei Comitati consultivi misti specifici per la salute mentale. Inoltre, ha preso l'avvio il progetto regionale "G. Leggieri" che prevede uno stretto raccordo tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e Dipartimenti di salute mentale per una presa in carico globale della persona con disturbi psichici.
La rete dei servizi per la salute mentale vede l'attiva collaborazione del privato sociale e del volontariato anche per fornire risposta a nuovi bisogni assistenziali quali, ad esempio, i disturbi del comportamento alimentare, i disturbi dello spettro autistico.
Negli ultimi anni il numero di persone assistite dai Servizi di salute mentale è cresciuto: i minori sono passati da 35.293 nel 2000 a 36.124 nel 2004; gli adulti sono passati da 49.647 nel 2000 a 68.604 nel 2005.

Adulti e minori assistiti (Anni 2000-2005)



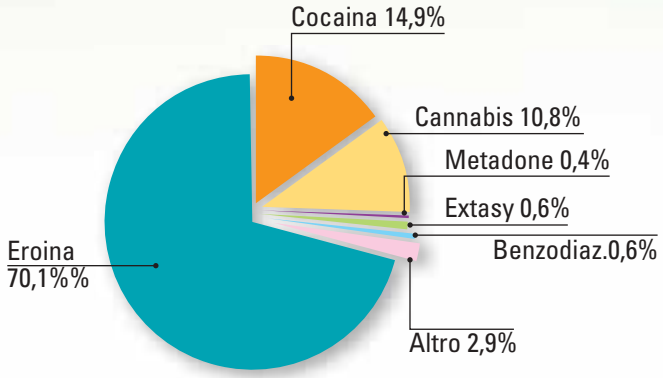
Servizi per le tossicodipendenze

L'assistenza alle persone con dipendenza da sostanze stupefacenti e da alcol e alle loro famiglie è assicurata attraverso un sistema territoriale integrato che coinvolge i Sert (Servizi per le tossicodipendenze) delle Aziende Usl, gli Enti locali, il privato sociale e il volontariato. Gli interventi, in questo ambito, comprendono la definizione di percorsi specifici per la cura e per la riabilitazione sociale e lavorativa della persona.

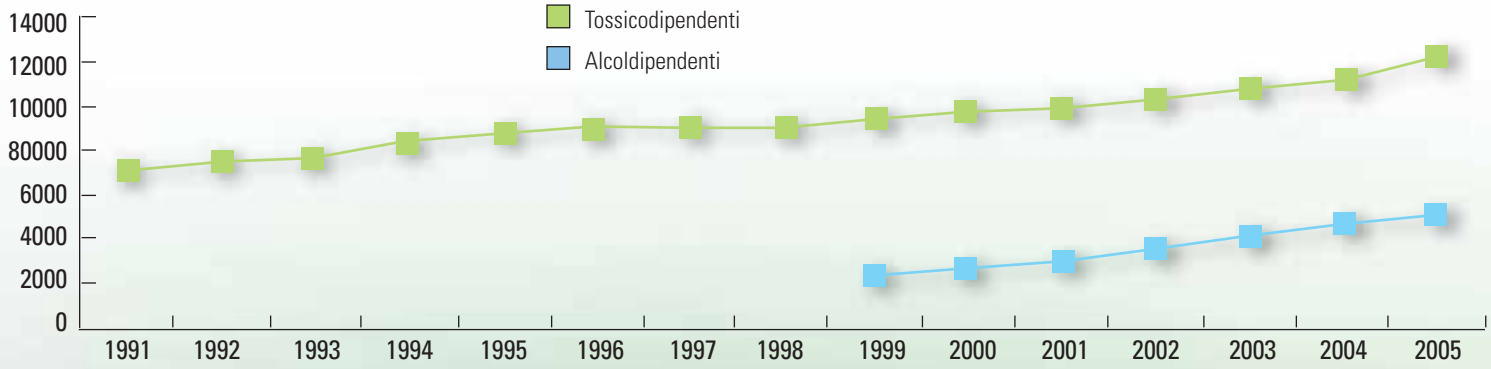
Il profilo delle persone con tossicodipendenza è radicalmente mutato nel tempo, indagini e dati di attività testimoniano che sempre di più si tratta di policonsumatori e l'abuso di sostanze non è necessariamente legato a situazioni di disagio sociale. L'eroina resta la sostanza primaria di abuso per gli utenti del Sert, ma sono in forte aumento le persone assistite per il consumo di cocaina (dall'1,8% del 1996 al 14,9% del 2005).

Per affrontare il problema in modo organico è stato predisposto uno specifico progetto per la prevenzione e il contrasto del consumo e abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope.

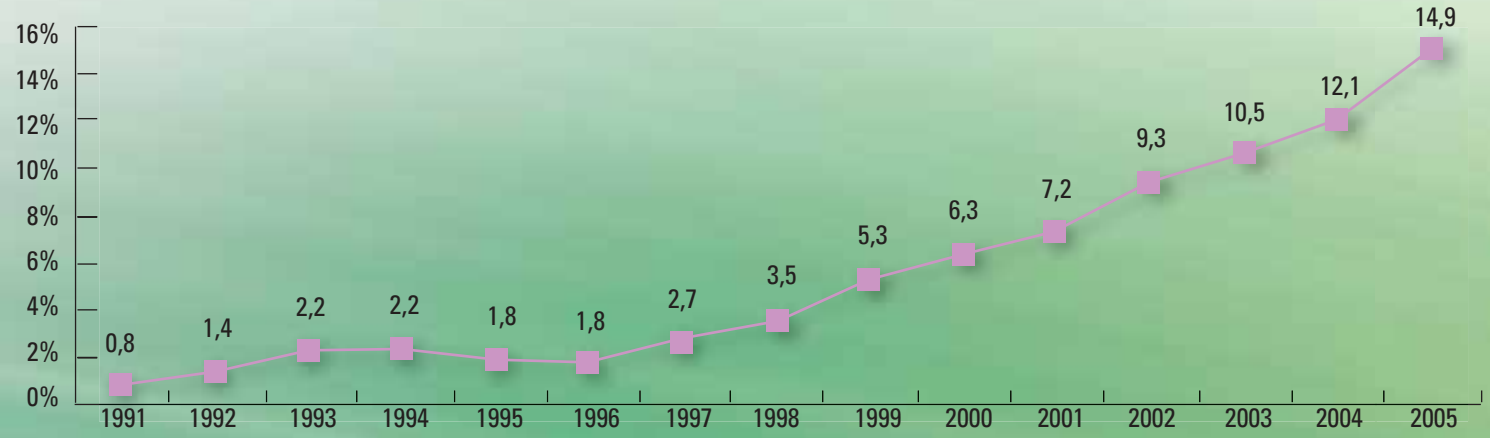
Persone con tossicodipendenza suddivise per sostanza primaria d'abuso (Anno 2005)



Numero di persone con alcol-tossicodipendenza in trattamento nei SerT dell'Emilia-Romagna (Anni 1991-2005)



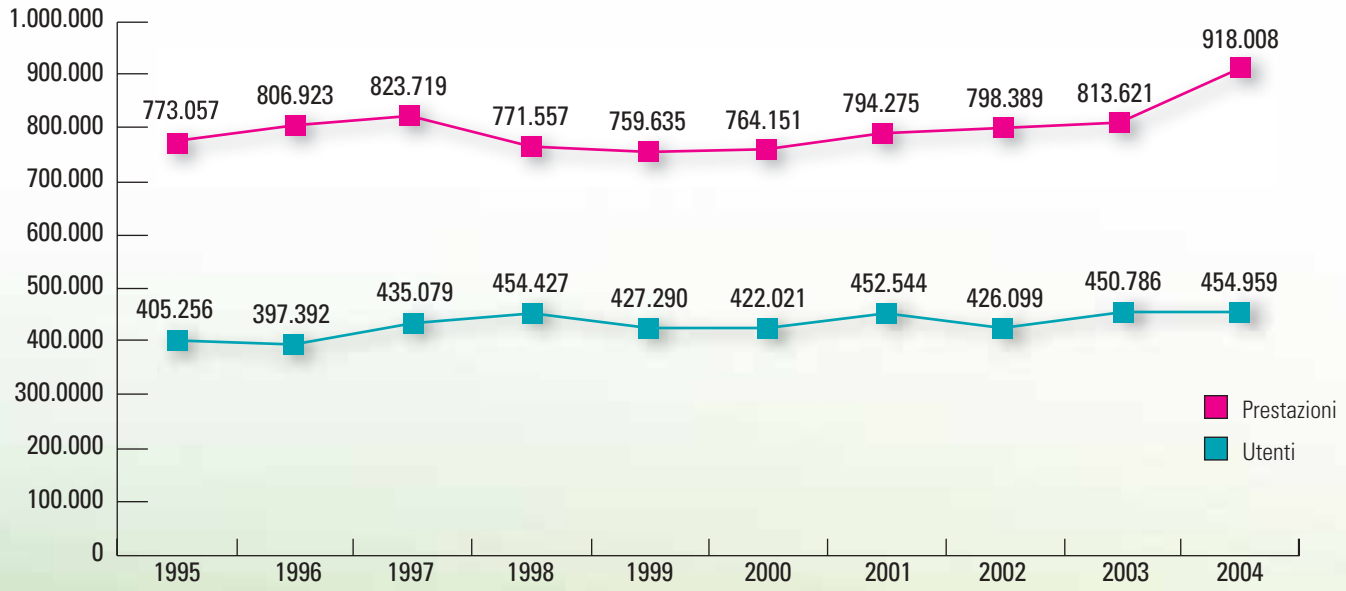
Persone assistite per uso di cocaina come sostanza primaria (Anni 1991-2005) (valori in percentuale)



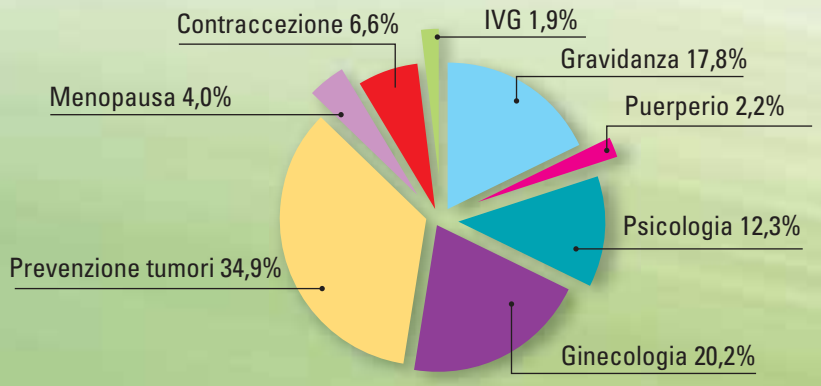
L'assistenza nei Consultori familiari, negli Spazi giovani e negli Spazi per le donne immigrate e i loro bambini

La rete consultoriale presenta 218 Consultori familiari, affiancati da 25 Spazi giovani e 15 Spazi per le donne immigrate e i loro bambini, dove è sempre presente una mediatrice culturale, presente invece solo su richiesta nei Consultori familiari.
Dal 1995 al 2004 le attività registrano un aumento del 12%; le/gli utenti del 19%.
Nel 2004, esclusa l'attività citologica (pap-test), le/gli utenti sono stati 204.714, di cui l'11,9% di immigrate/i. Le/gli utenti degli Spazi giovani sono stati 10.795, il 57,3‰ della popolazione dai 14 ai 19 anni. Le/gli utenti degli Spazi donne immigrate sono state 6.549 (erano 2.241 nel '97).
Nel 2004 le prestazioni mostrano una prevalenza di quelle relative alla diagnosi precoce dei tumori femminili (screening del tumore del collo dell'utero con esecuzione di pap-test e colposcopie, visite senologiche), che rappresentano il 34,9% del totale. Seguono le prestazioni per specialistica ginecologica (20,2%), l'assistenza alla gravidanza (17,8%) che ha registrato un aumento negli ultimi 10 anni delle gravide seguite del 88,5% (sia donne con cittadinanza italiana che donne straniere, passate da 740 nel 1995 a 5.542 nel 2004). Le attività di certificazione per l'interruzione volontaria di gravidanza rappresentano l'1,9% delle prestazioni.
L'attività consultoriale è anche costituita dall'attività di educazione sanitaria rivolta in prevalenza all'area nascita (circa 10.000 donne/coppie seguite nel 2004), e dall'attività di educazione sessuale e prevenzione AIDS rivolta agli adolescenti (circa 27.082 ragazzi e adulti).

Attività dei Consultori familiari (Anni 1995-2004)



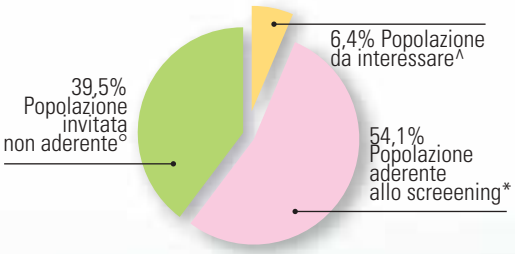
Aree di attività dei Consultori familiari (Anno 2004)



Programmi di screening per la prevenzione dei tumori femminili

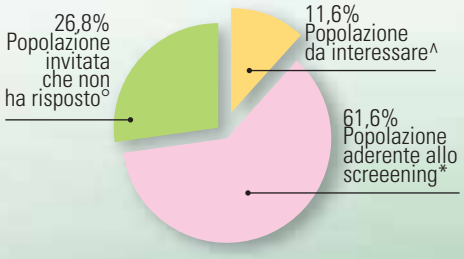
Il programma di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori della mammella si rivolge alle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni (totale 530 mila), invitate ogni due anni ad eseguire una mammografia.
Il programma di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero si rivolge invece alle donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni (quasi un milione e 200 mila) invitandole ogni tre anni ad eseguire il pap-test.
Entrambi i programmi sono attivi dal 1996. L'adesione all'invito per lo screening dei tumori del collo dell'utero è del 61,4% delle donne interessate (dato nazionale 2004, ultimo disponibile, è del 37,7%); quello per lo screening mammografico è del 70,5% (dato nazionale 2004, ultimo disponibile, è del 59,5%).
Analizzando l'adesione al programma di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero si evidenzia che nell'ultimo triennio il 54,1% delle donne interessate ha eseguito il pap-test. L'adesione al programma di screening mammografico negli ultimi due anni è stata del 61,6% delle donne interessate.
Lo studio nazionale "PASSI" (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), basato su interviste telefoniche condotte nel 2005, ha rilevato che in regione l'82% delle donne tra i 25 e i 64 anni riferisce di avere effettuato il pap-test negli ultimi 3 anni, mentre l'80% delle donne tra i 50 e i 69 anni riferisce di aver eseguito la mammografia negli ultimi 2 anni. Da questi dati è evidente l'attenzione delle donne alla prevenzione e la loro abitudine ad eseguire tali esami.
Il programma di screening ha un suo specifico sito internet: *www.regione.emilia-romagna.it/screening/*

Screening dei tumori del collo dell'utero: partecipazione al programma nel triennio 2003-2005
(Popolazione interessata: donne dai 25 ai 64 anni, totale 1.181.022, al 31 dicembre 2005)



*Popolazione aderente allo screening: donne che hanno eseguito il pap-test di screening negli ultimi tre anni.
°Popolazione invitata non aderente: in gran parte, in effetti, esegue il pap-test al di fuori del programma di screening, come dimostra lo studio PASSI
^Popolazione da interessare: donne ancora da invitare (25enni, immigrate) o da re-invitare per il successivo pap-test (dopo tre anni)

Screening mammografico: partecipazione al programma nel biennio 2004-2005
Popolazione interessata: donne dai 50 ai 69 anni, totale 536.802, al 31 dicembre 2005

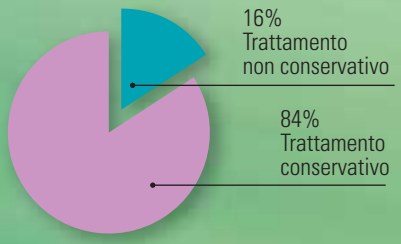


*Popolazione aderente allo screening: donne che hanno eseguito la mammografia di screening negli ultimi due anni.
°Popolazione invitata non aderente:in gran parte, in effetti, oltre la metà esegue la mammografia al di fuori del programma di screening, come dimostra lo studio PASSI
^Popolazione da interessare: donne ancora da invitare (50enni, immigrate) o da re-invitare per la successiva mammografia (dopo due anni)

Interventi chirurgici conservativi per il tumore alla mammella

Nei casi in cui l'intervento chirurgico si renda comunque necessario, una particolare attenzione viene posta nel proporre e adottare appropriati trattamenti conservativi della mammella. Gli ultimi dati disponibili (anno 2004) dimostrano che l'intervento conservativo raggiunge l'84% del totale.

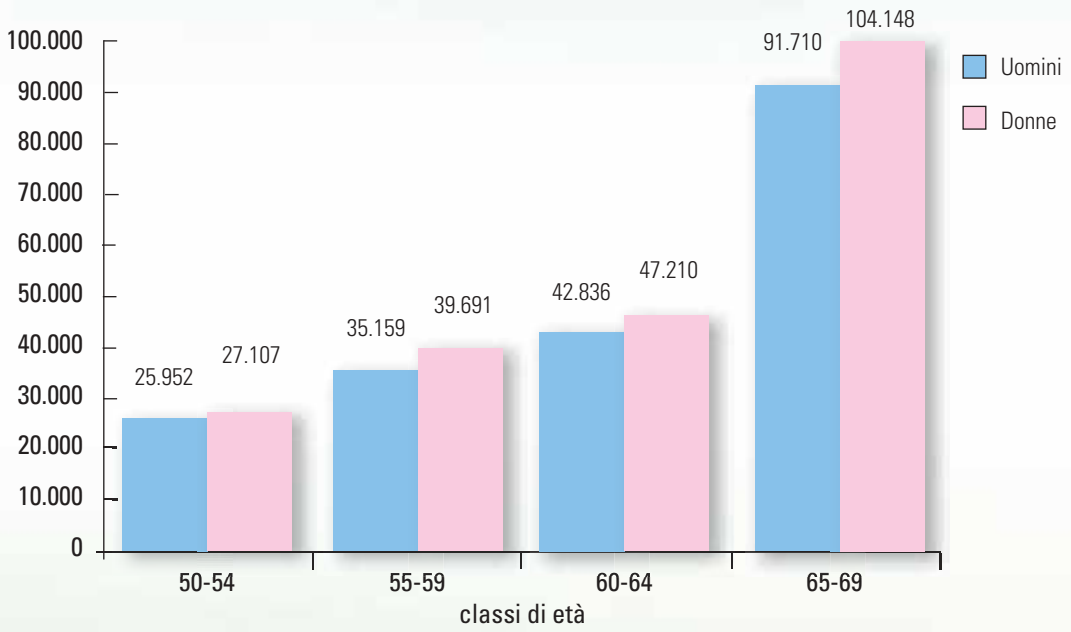
Tipo di trattamento chirurgico per il tumore alla mammella



Programma di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto

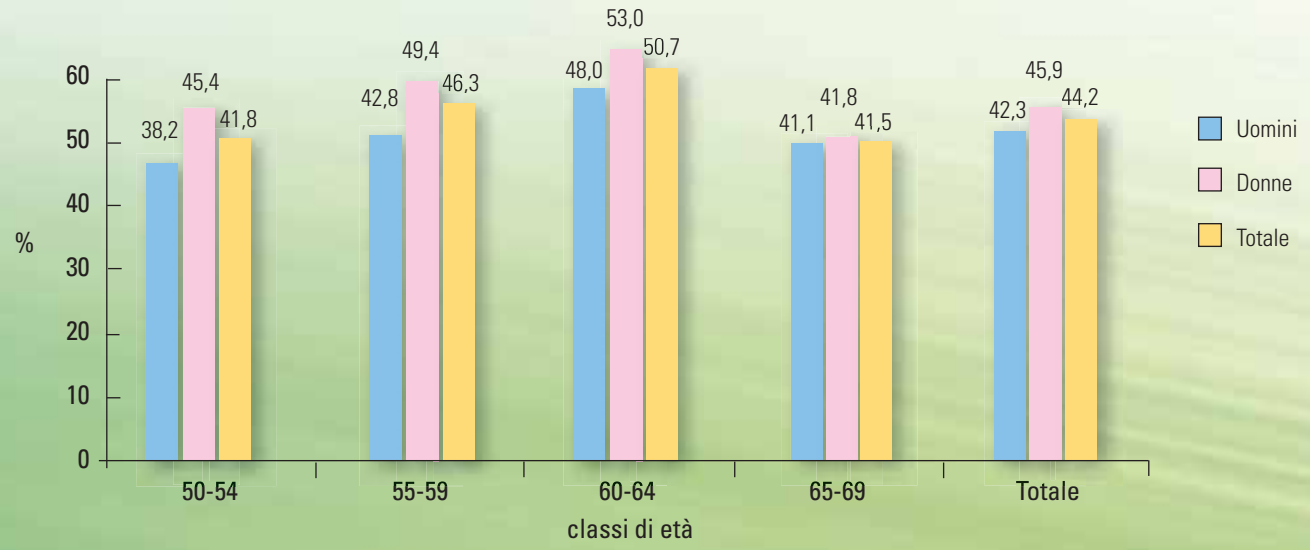
Il 21 marzo 2005 è stato avviato su tutto il territorio regionale dell'Emilia-Romagna il programma di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto.
Il programma è rivolto agli uomini e alle donne dai 50 ai 69 anni, oltre un milione in totale, circa un quarto dell'intera popolazione, ai quali viene proposta l'esecuzione, ogni due anni, di un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci. Il test, gli eventuali approfondimenti diagnostici e le eventuali cure sono gratuiti.
Nel primo anno di attività è stato invitato il 40% della popolazione di riferimento (da invitare in due anni). L'obiettivo è di completare le chiamate entro il marzo 2007.
Le persone che hanno risposto all'invito ed effettuato il test sono in media il 44,2% del totale.

Numero di persone invitate per classi di età e sesso nel 1° anno di attività: 21/03/2005 - 21/03/2006



Totale uomini invitati: 195.657- totale donne invitate: 218.156

Adesione all'invito per classi di età e sesso - valore percentuale

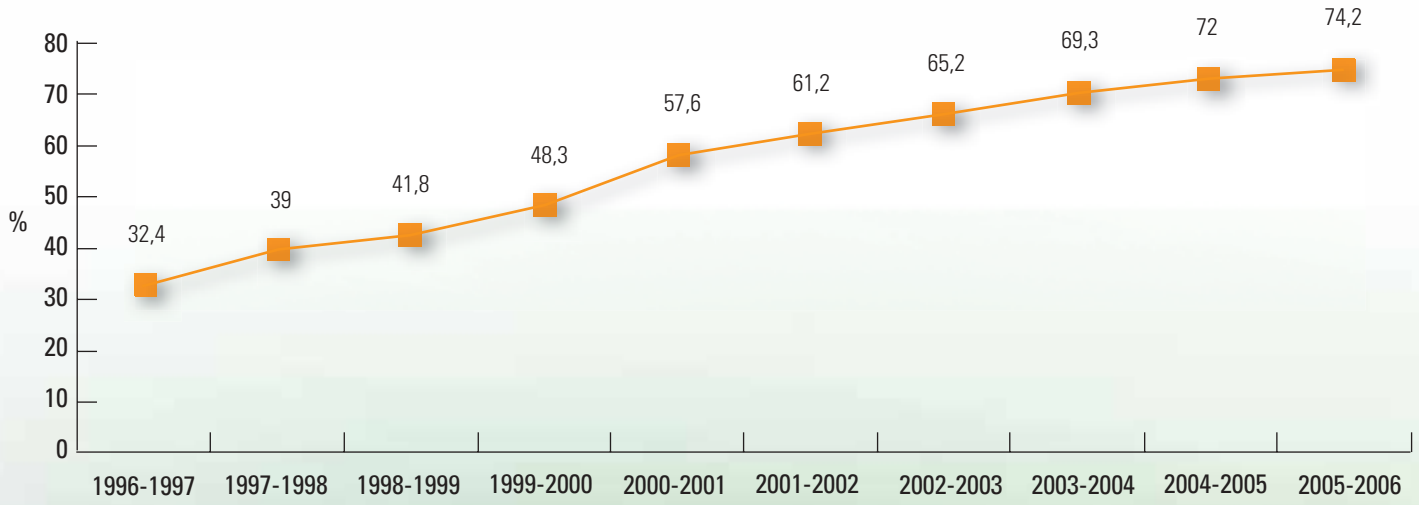


Vaccinazioni

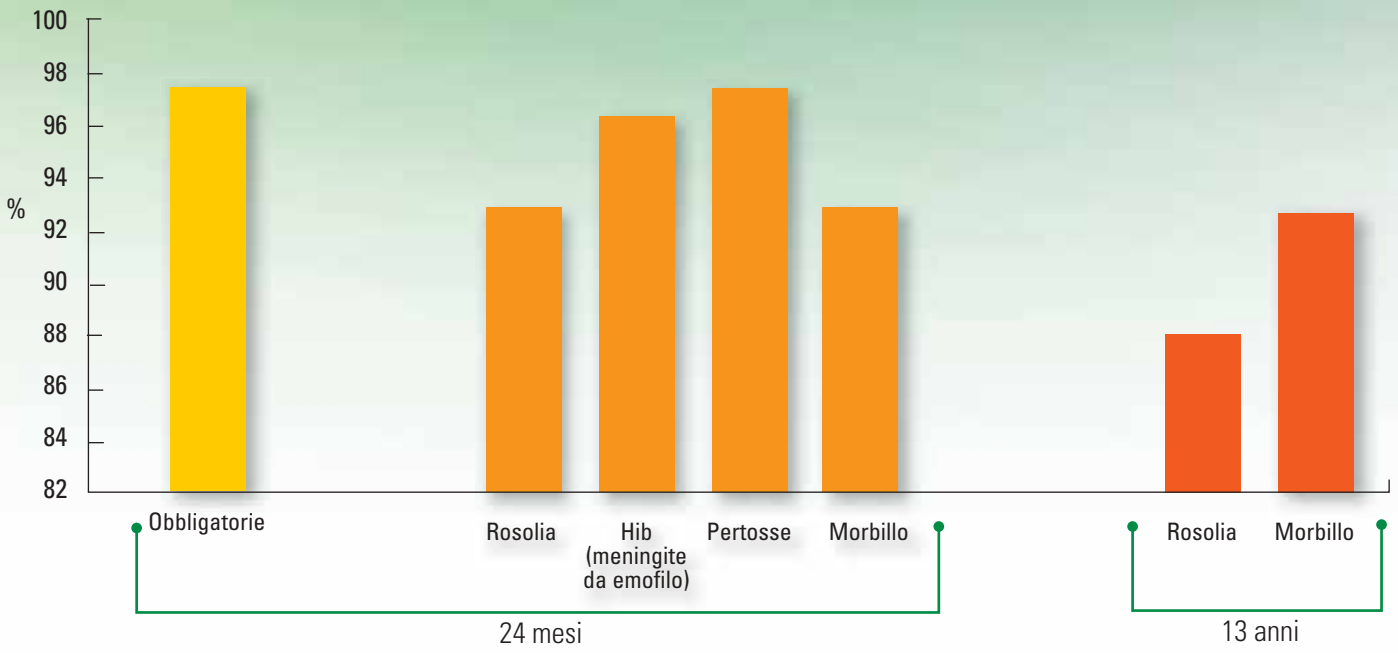
Il programma regionale per la vaccinazione anti-influenzale è rivolto alle persone anziane a partire dai 65 anni, agli adulti e ai bambini con patologie croniche, agli operatori sanitari e agli addetti ai servizi di pubblica utilità.
Il trend di copertura vaccinale in Emilia-Romagna è in crescita costante a partire dal 1996-1997 e nel 2005 ha superato il 74% delle persone con più di 65 anni di età.

Per le vaccinazioni nell'infanzia, in Emilia-Romagna sono stati stabilmente raggiunti – e da anni – livelli di copertura di oltre il 95% dei bambini, sensibilmente al di sopra della media nazionale, in particolare per le vaccinazioni considerate obbligatorie (poliomielite, difterite, tetano, epatite B). Per le vaccinazioni fortemente raccomandate (rosolia, meningite da emofilo, pertosse, morbillo), la copertura vaccinale è anch'essa superiore alla media nazionale, attestandosi, nei bambini a 24 mesi, ad oltre il 90%.
Gli obiettivi del Servizio sanitario regionale per i prossimi anni prevedono un ulteriore impegno per aumentare le coperture vaccinali, anche con riferimento alla vaccinazione anti-influenzale, nei gruppi a rischio e tra gli operatori sanitari. Inoltre, l'impegno è di consolidare i livelli di copertura raggiunti con le altre vaccinazioni anche per le nuove vaccinazioni anti-pneumococcica e anti-meningococcica, nonché di diffondere la vaccinazione contro la rosolia nell'infanzia e nelle donne in età fertile.

Vaccinazione anti-influenzale nella popolazione dai 65 anni (Campagne dal 1996-1997 al 2005-2006)
valori percentuali



Le vaccinazioni nell'infanzia (Anno 2005) valori percentuali



Vaccinazioni obbligatorie a 24 mesi:	Vaccinazioni raccomandate entro i 24 mesi - % vaccinati:	Vaccinazioni raccomandate entro i 13 anni - % vaccinati:
Poliomielite	Rosolia 92,8 %	Rosolia 87,9 %
Difterite	Hib (meningite da emofilo) 96,3 %	Morbillo 92,5 %
Tetano	Pertosse 97,2%	
Epatite B	Morbillo 92,8 %	
% vaccinati: 97,4%		

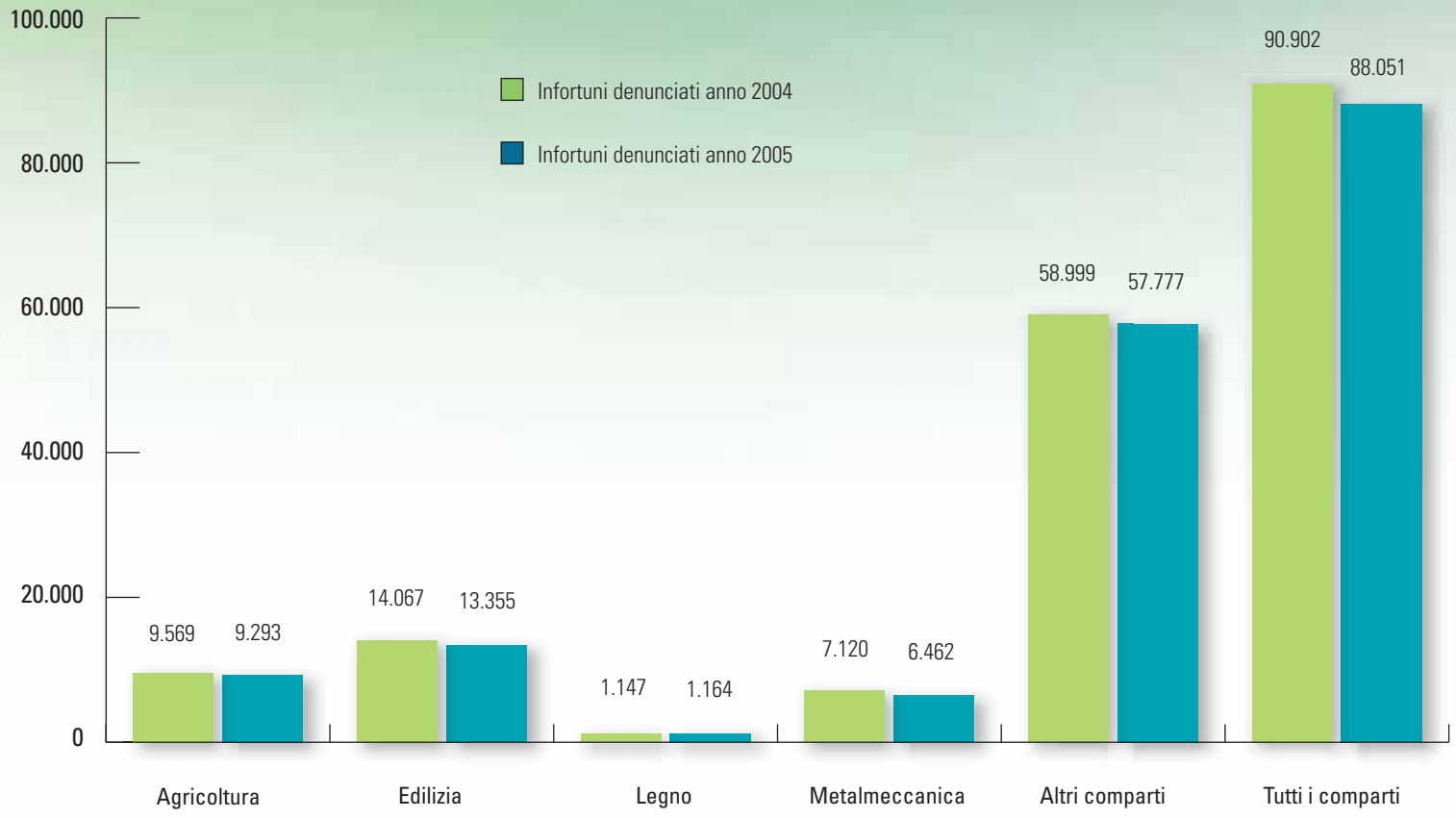
Sicurezza nei luoghi di lavoro

L'attività di vigilanza nei luoghi di lavoro svolta dai Servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro delle Aziende Usl è concentrata in particolare nei comparti considerati a maggior rischio infortunistico: edilizia, legno, metalmeccanica, agricoltura.
Negli ultimi anni il rapporto tra infortuni denunciati e lavoratori occupati è tendenzialmente in diminuzione: nel 1995 quasi 10 lavoratori su 100 (9,7%) hanno denunciato un infortunio sul lavoro, nel 2005 tale rapporto è sceso per la prima volta sotto l'8%.
Nel 2005 è diminuito anche il numero assoluto degli infortuni denunciati. Il decremento si registra nei comparti lavorativi considerati più a rischio, in particolare per quanto riguarda metalmeccanica (- 9,2%) ed edilizia (- 5,1%), ma ad esclusione del legno, dove il numero degli infortuni è cresciuto, seppure di poco.
Nel 2005, per prevenire gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, sono stati effettuati sopralluoghi in 13.131 imprese (quasi mille in più dell'anno precedente).
Violazioni alle norme sono state riscontrate nel 38,7% delle imprese del comparto edile (31,4% nel 2004), nel 22,8% della metalmeccanica (21,1%), nel 19% del legno (19,4%), nel 12,3% dell'agricoltura (13,4 %).

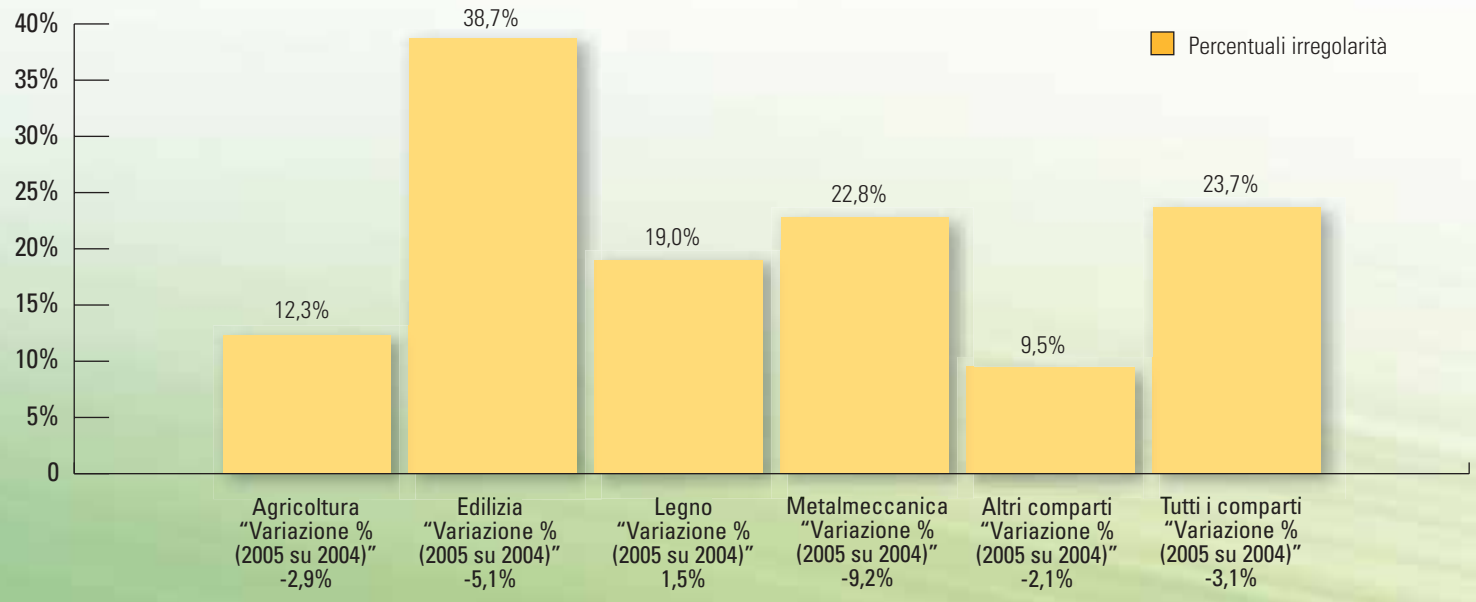
Rapporto tra infortuni denunciati e lavoratori occupati (Anni 1996-2005)

Anno	Infortuni denunciati	Addetti	Indice di infortunii
1996	126.162	1.337.663	9,43%
1997	117.917	1.301.221	9,06%
1998	121.449	1.343.715	9,04%
1999	123.259	1.347.979	9,14%
2000	128.350	1.382.092	9,29%
2001	128.157	1.558.384	8,22%
2002	128.672	1.520.439	8,46%
2003	127.630	1.578.752	8,08%
2004	127.191	1.590.000	8,00%
2005	123.834	1.570.000	7,89%

Andamento degli infortuni denunciati (Anni 2004 e 2005)



Percentuale di imprese con irregolarità sulle 13.131 imprese controllate (Anno 2005)



Sicurezza nei luoghi di lavoro

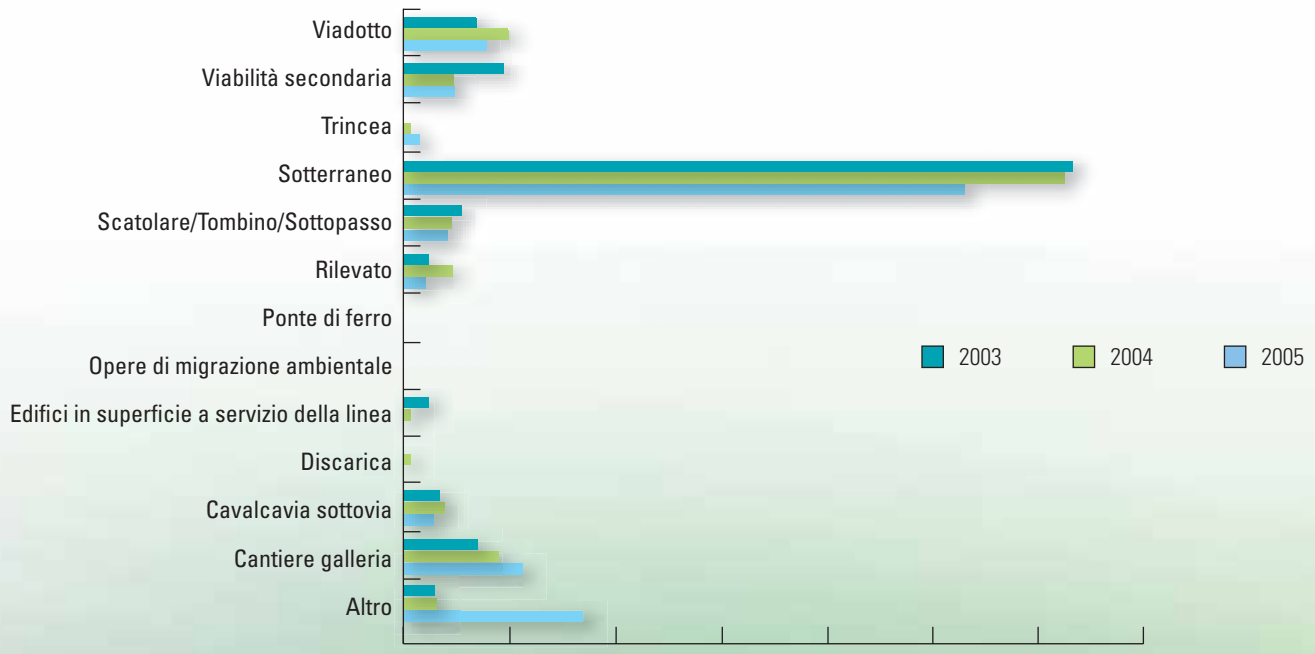
Grandi opere, la variante autostradale di valico Bologna-Firenze

Particolare attenzione è dedicata in Emilia-Romagna alla sicurezza nei cantieri delle grandi infrastrutture per il trasporto. Nel territorio regionale, infatti, si stanno costruendo la linea ferroviaria Alta capacità che collega Milano, Bologna e Firenze e il potenziamento dell'autostrada A1 fra Bologna e Firenze. Data la complessità dei lavori e le caratteristiche dei territori interessati, queste opere mettono in evidenza la particolare necessità di interventi. La Regione Emilia-Romagna con la Regione Toscana ha istituito "Monitor-Osservatorio sicurezza grandi opere", per monitorare lo stato di salute delle persone impegnate nei cantieri. Monitor pubblica periodicamente un report con i dati aggiornati dell'indagine sul sito *www.infomonitor.it*

Il grafico seguente riporta la distribuzione percentuale dei sopralluoghi effettuati nei cantieri emiliani di una di queste opere, la variante autostradale di valico fra Bologna e Firenze. Le tipologie costruttive su cui si è concentrata l'attenzione sono rappresentate dai lavori in sotterraneo e dai cantieri delle gallerie, nelle quali sono concentrate le attività maggiormente a rischio.

La tabella mostra invece l'andamento degli infortuni delle principali imprese impegnate nei cantieri della variante autostradale di valico in Emilia-Romagna ed evidenzia che le lavorazioni stanno rapidamente crescendo (ore lavorate), mentre si stanno riducendo frequenza e gravità degli infortuni.

Sopralluoghi per area di intervento (Anni 2003-2005)



Indice di frequenza e gravità degli infortuni (Anni 2003-2005)

	2003	2004	2005
N° infortuni	27	73	98
N° giorni di inabilità temporanea	1.450	2.750	2.890
N° ore lavorate	171.020	387.968	973.323
Indice di frequenza (infortuni x milioni di ore)	158	188	101
Indice di gravità (giorni x migliaia di ore)	8,5	7,1	3,0

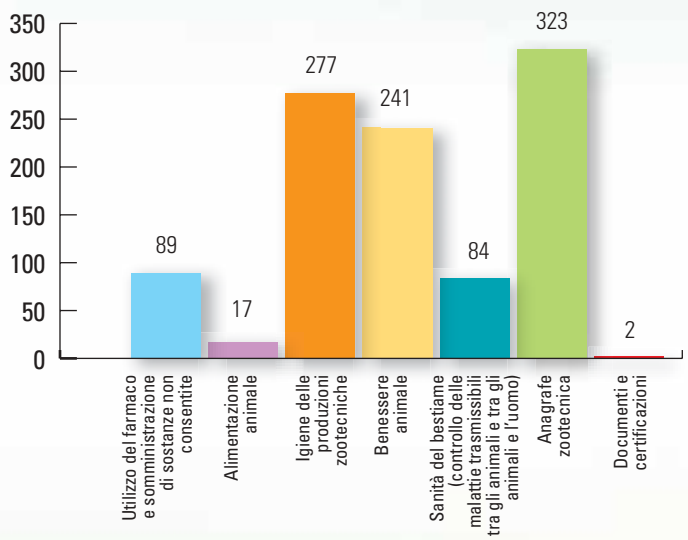
Sicurezza alimentare

L'attività preventiva di controllo degli alimenti è assicurata dal Servizio veterinario e dal Servizio igiene degli alimenti e nutrizione delle Aziende Usl. Nei due Servizi lavorano 636 medici e veterinari e 314 tecnici.
Nel 2005 la filiera alimentare in Emilia-Romagna è risultata composta da:

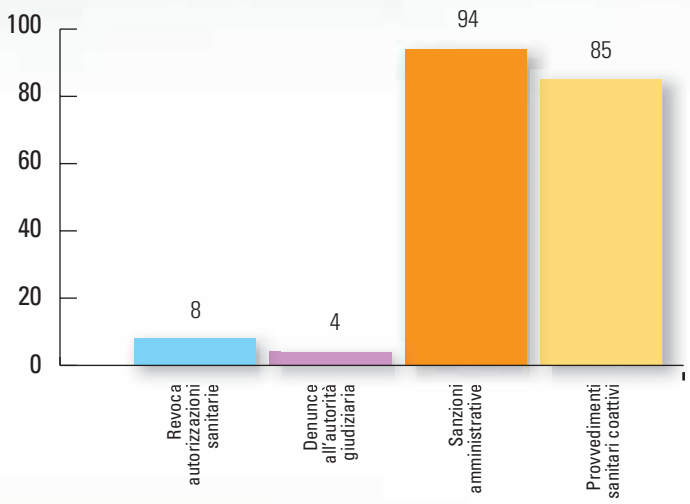
- allevamenti: bovini (10.375 strutture), suini (3.508), ovi-caprini (2.791), equini (5.117), conigli (198), pollame (1.158), altre specie avicole (823);
- produzione di alimenti di origine animale: impianti di macellazione (186), di lavorazione trasformazione e deposito carni (1.279), di lavorazione dei prodotti della pesca (180), di lavorazione del latte e dei prodotti lattiero-caseari (923), di imballaggio uova e lavorazione ovoprodotti (47);
- impianti di produzione alimenti di origine vegetale e ristorazione: impianti di lavorazione, produzione e confezionamento (10.229), ristorazione (36.619), commercio (14.450).

Controlli negli allevamenti (Anno 2005)

Irregolarità riscontrate sulle verifiche effettuate



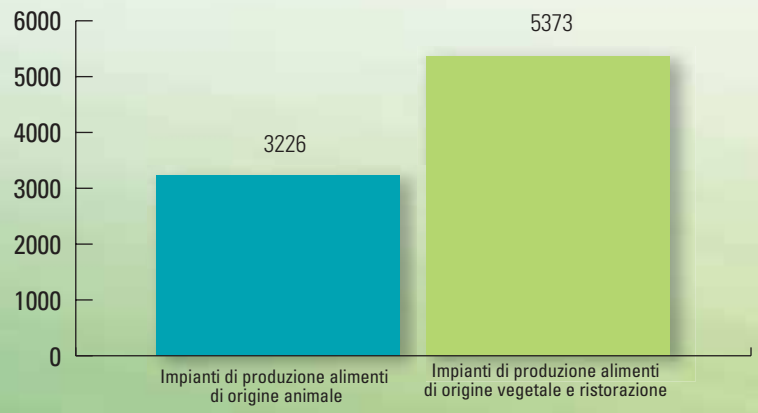
Provvedimenti adottati



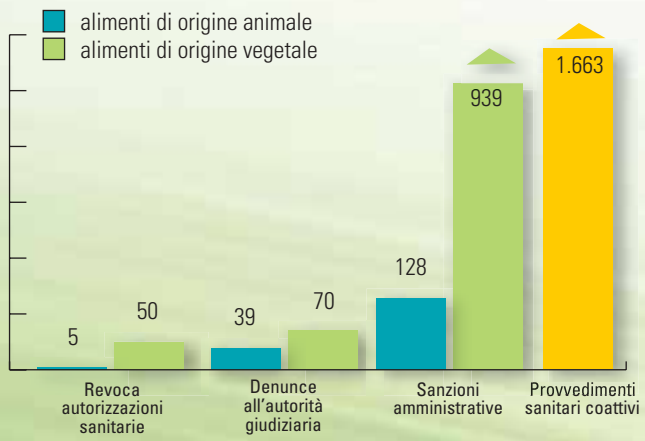
Nel 2005 le ispezioni del personale del Servizio veterinario negli allevamenti zootecnici sono state 119.694.

Controlli negli impianti di produzione degli alimenti (Anno 2005)

Irregolarità riscontrate



Provvedimenti adottati (Anno 2005)

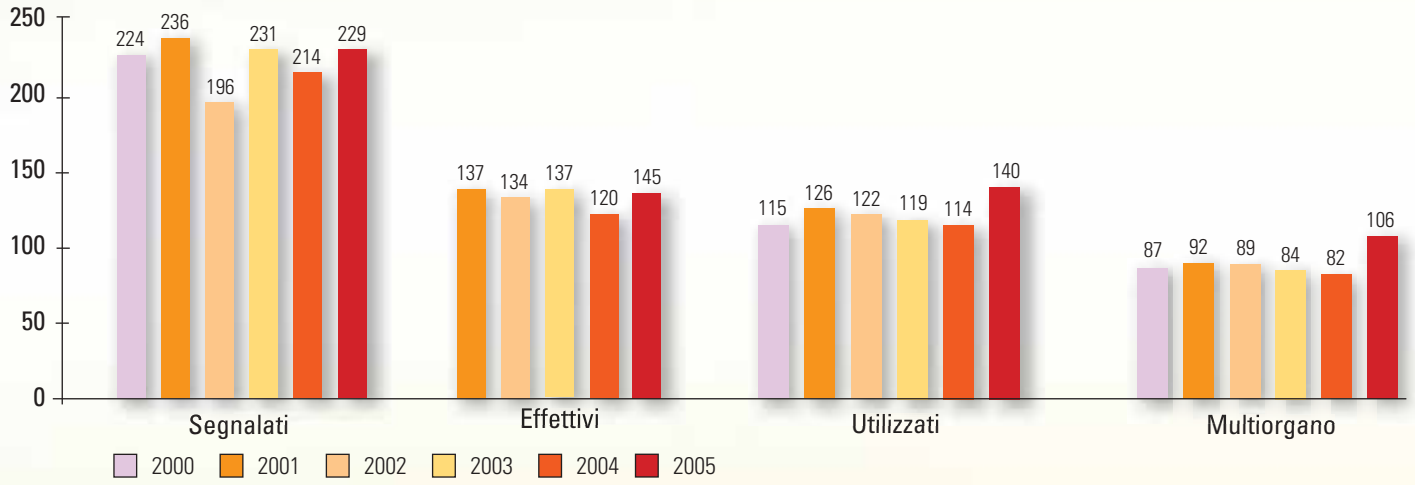


Il controllo veterinario negli impianti di produzione alimenti di origine animale viene svolto con frequenza variabile in relazione al rischio igienico-sanitario delle lavorazioni svolte e ai sistemi di autocontrollo presenti. Complessivamente le ispezioni sono state 156.933.
Negli impianti di produzione degli alimenti di origine vegetale e nelle strutture della ristorazione le ispezioni sono state 31.401

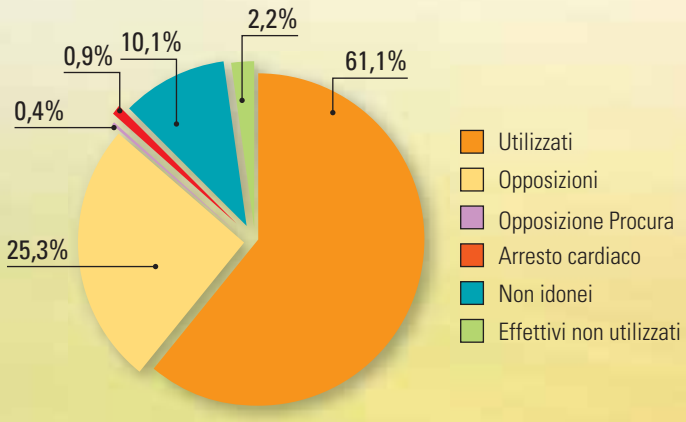
Donazioni di organi

Nel 2005 sono stati 36,4 i donatori effettivi per milione di abitanti (+ 20,8% rispetto al 2004), un dato che si mantiene superiore al livello nazionale (21 donatori per milione di abitanti) e pone l'Emilia-Romagna al secondo posto nel confronto con le altre Regioni (dopo la Liguria).
In Emilia-Romagna la percentuale delle opposizioni al prelievo è stata del 25,3%, inferiore alla media nazionale (28,7%): la classe di età tra 30 ed i 44 anni è quella con il valore più elevato rispetto all'anno precedente, mentre nella fascia di età tra 15 e 29 anni le opposizioni si sono dimezzate.
L'incremento dei prelievi di organi e tessuti registrato in tutto il territorio nazionale anche nel 2005 e la sempre migliore distribuzione dei trapianti in base alle necessità è dovuto anche ai risultati raggiunti a livello organizzativo e di collaborazione tra le Regioni. Nel territorio dell'Associazione interregionale trapianti (AIRT), di cui fa parte l'Emilia-Romagna assieme a Piemonte, Toscana, Valle d'Aosta, Puglia e la Provincia Autonoma di Bolzano, sono stati 27,5 i donatori effettivi per milione di abitanti (valore mai raggiunto prima).
Il sistema regionale donazioni e trapianti di organi e tessuti ha un proprio sito internet: www.saluter.it/trapianti//

Numero di donatori in Emilia-Romagna (Anni 2000-2005)



Potenziali donatori segnalati in Emilia-Romagna nel 2005

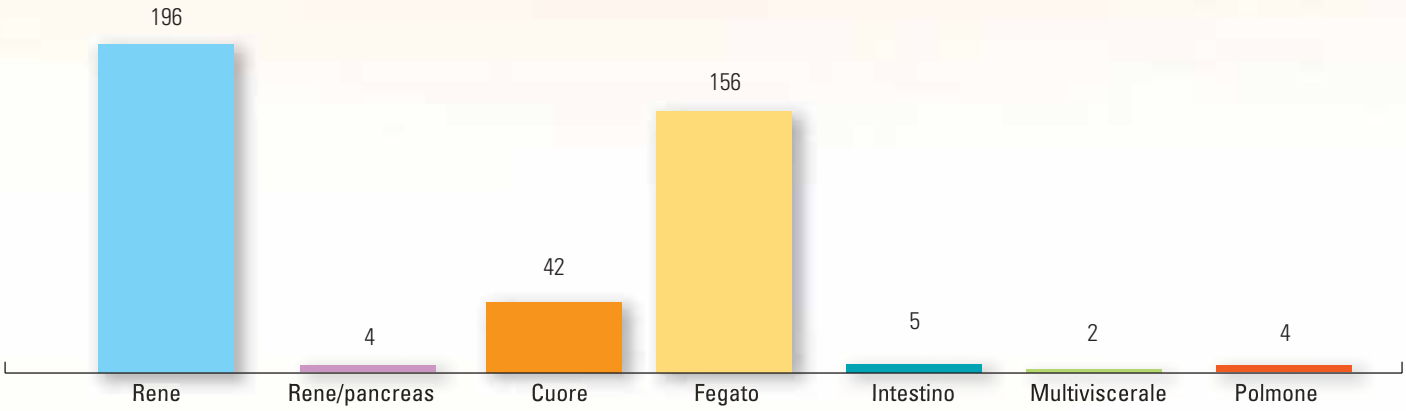


Trapianti

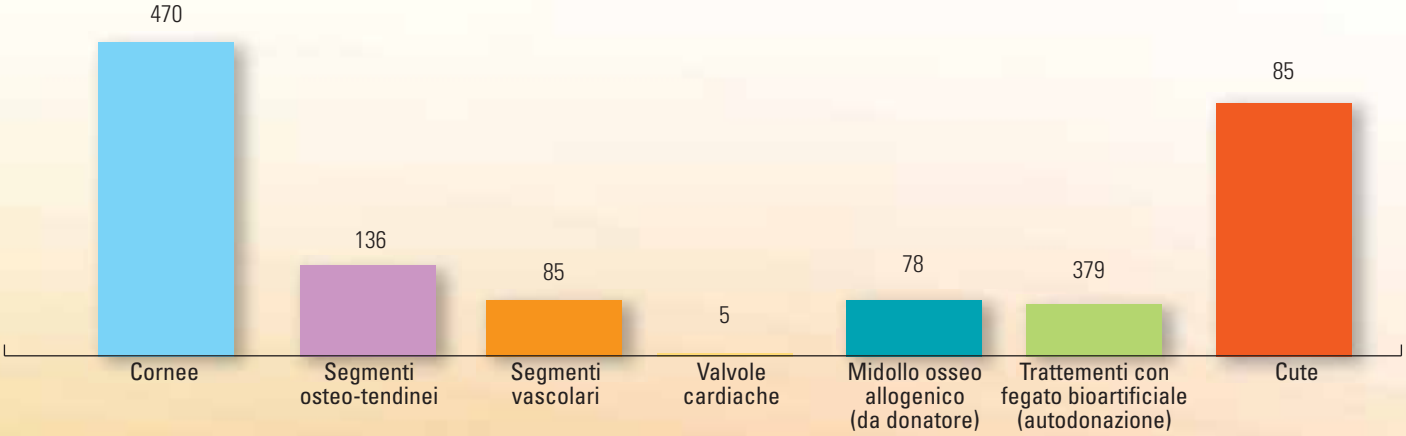
Nel 2005 il numero di trapianti effettuati in Emilia-Romagna è stato di 409, con dati di attività (numero di trapianti per milione di abitanti e percentuale di trapianti rispetto agli organi prelevati) ampiamente sopra la media italiana e, in particolare per rene, cuore e fegato, all'altezza dei migliori sistemi trapianto internazionali.
Il follow up dei pazienti trapiantati a breve, medio e lungo termine è sovrapponibile ai migliori risultati ottenuti a livello internazionale.

Tra i punti di eccellenza raggiunti nel 2005 il numero dei trapianti di rene, con un indice di 47,9 per milione di abitanti (38,9 nel 2004), valore mai raggiunto in regione e superiore al fabbisogno teorico stimato di 40 trapianti all'anno per milione di abitanti. Nel 2005 è stato eseguito un trapianto combinato di cuore e fegato. I 6 interventi di trapianto combinato cuore-fegato eseguiti negli ultimi anni rappresentano la casistica più consistente a livello europeo. A Bologna inoltre è stato eseguito il primo trapianto in Europa di parete addominale, associato a un trapianto di intestino isolato.
In Emilia-Romagna sono attive le lista di attesa uniche per il trapianto di rene e per il trapianto di fegato. La lista unica per il trapianto di rene ha permesso di rendere il processo donazione-trapianto equo e trasparente e di assicurare ogni trapianto al ricevente più compatibile con il donatore; la lista unica per il trapianto di fegato permette di assegnare la priorità di trapianto all'ammalato in condizioni più gravi.

Trapianti di organi in Emilia-Romagna (Anno 2005)



Trapianti di tessuti e cellule in Emilia-Romagna (Anno 2005)



Pazienti iscritti in lista d'attesa al 31.12.2005

I pazienti iscritti in lista di attesa al 31 dicembre 2005 erano 1623 per il trapianto di rene (di cui 12 per il trapianto combinato con pancreas), 45 per il trapianto di cuore, 438 per il trapianto di fegato, 15 per il trapianto di fegato/multiviscerale, 2 per il trapianto di polmone.
I tempi medi di attesa per un trapianto sono stati: 2,5 anni per il rene, 10 mesi per il cuore, 1,6 anni per il fegato (da notare che in Emilia-Romagna è iscritto il 25% di tutte le persone che in Italia stanno aspettando un trapianto di fegato).

Raccolta e consumo di sangue

Nel 2005, la raccolta di sangue ha fatto registrare una crescita delle donazioni rispetto all'anno precedente superiore all'aumento dei consumi. Questo ha permesso di mantenere l'autosufficienza regionale e di contribuire in modo significativo all'autosufficienza nazionale: nel 2005 sono state 11.175 le unità di sangue collocate fuori regione.
L'ottimo risultato della raccolta di sangue è ottenuto anche grazie al costante impegno profuso dalle Associazioni Avis e Fidas/Advs.

Il Piano sangue 2005-2007 approvato lo scorso anno sviluppa ulteriormente l'assetto organizzativo del sistema trasfusionale regionale, un modello integrato e condiviso avviato negli ultimi anni con l'obiettivo di: rafforzare l'integrazione e il coordinamento di tutti i soggetti coinvolti; omogeneizzare linee guida e procedure su tutto il territorio; valorizzare il ruolo delle associazioni di volontariato; mantenere un alto livello di qualificazione del personale; controllare l'appropriatezza dei consumi e potenziare le tecniche alternative all'uso del sangue omologo. Nel 2005 il Centro regionale di coordinamento e compensazione per i servizi trasfusionali (CRCC), che coordina e gestisce le attività di raccolta e distribuzione di sangue in Emilia-Romagna e verso le altre regioni, ha ottenuto la certificazione di qualità secondo le norme di riferimento dell'Unione europea. Il Sistema sangue dll'Emilia-Romagna ha un suo sito internet: *http//www.donaresangue.it*

Attività di raccolta sangue (confronto 2005-2004)

	raccolta 2005	raccolta 2004	differ. % 05-04	obiettivi di programma	differ. % dal programma
Programmi:					
Piacenza	14.974	14.792	1,2	14.800	1,2
Parma	27.902	27.320	2,1	27.511	1,4
Reggio Emilia	23.169	22.656	2,3	22.500	3,0
Modena	38.222	38.661	-1,1	38.200	0,1
Bologna	61.329	60.088	2,1	60.000	2,2
Ferrara	20.931	19.789	5,8	20.000	4,7
Ravenna	29.488	29.363	0,4	29.762	-0,9
DITI*	31.427	30.596	2,7	30.000	4,8
TOTALE	**247.442**	**243.265**	**1,7**	**242.773**	**1,9**

* Dipartimento interaziendale di Forlì, Cesena, Rimini

Consumi unità "rosse" (confronto 2005-2004)

	raccolta 2005	raccolta 2004	differ. % 05-04	obiettivi di programma	differ. % dal programma
Programmi:					
Piacenza	14.611	15.582	-6,2	15.100	-3,2
Parma	22.408	22.313	0,4	21.556	4,0
Reggio Emilia	17.908	17.938	-0,2	18.000	-0,5
Modena	29.918	29.062	2,9	29.000	3,2
Bologna	73.004	71.608	1,9	72.350	0,9
Ferrara	21.944	22.404	-2,1	21.400	2,5
Ravenna	23.733	21.924	8,3	22.303	6,4
DITI*	28.461	28.713	-0,9	29.000	-1,9
TOTALE	**231.987**	**229.544**	**1,1**	**228.709**	**1,4**

* Dipartimento interaziendale di Forlì, Cesena, Rimini

Il Programma regionale di ricerca ed innovazione (PRI-ER)

Il PRI-ER è un'iniziativa istituzionale nata nel 2004 per sostenere la ricerca e l'innovazione come attività ordinarie, sistematiche e continuative delle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. La principale finalità del programma è la promozione della ricerca e il tempestivo trasferimento dell'innovazione clinico-organizzativa nelle strutture del Servizio sanitario regionale.
Il PRI-ER non è, dunque, un tradizionale programma di ricerca destinato a ricercatori; è, invece, un intervento teso a favorire la trasformazione organizzativa del Servizio sanitario regionale e la qualificazione delle diverse professioni che in esso operano affinchè da partecipanti diventino protagonisti del processo che deve rendere ricerca e innovazione parte integrante dell'operatività del sistema.
In questo contesto, particolare attenzione è riservata dal PRI-ER alle tecnologie sanitarie innovative e alle modalità organizzative, attraverso un processo di approfondimento e valutazione dell'efficacia degli interventi, dei risultati raggiunti, del loro potenziale impatto organizzativo e dei relativi costi, per poterne poi programmare l'adozione tempestiva e la diffusione nell'ambito del Servizio sanitario regionale.

Il PRI-ER articola la propria attività in gruppi di lavoro multidisciplinari specifici per tema, e comprende una infrastruttura di supporto coordinata dall'Agenzia sanitaria regionale in collaborazione con altri organismi di ricerca della Regione e con le Aziende sanitarie.
In questo ambito sono state intraprese azioni che riguardano:

- i Comitati etici locali, per confrontare e discutere le loro modalità operative e identificare le criticità nella salvaguardia degli aspetti etici e di rilevanza della ricerca
- le Direzioni sanitarie, già impegnate per documentare le attività di ricerca svolte al loro interno, per programmare azioni finalizzate allo sviluppo delle capacità e delle funzioni di governo della ricerca.

Il PRI-ER è finanziato dal "Fondo per l'innovazione" costituito con risorse regionali e con il contributo di soggetti diversi, pubblici e privati, che condividono gli obiettivi generali del programma. Nei primi 18 mesi di attività, i progetti avviati con il programma PRI-ER (con un finanziamento di oltre 10 milioni di euro) hanno riguardato diverse aree:

Oncologia
- Innovazione in radioterapia oncologica
- Uso appropriato dei farmaci oncologici (progetto AFO)
- Follow-up del paziente oncologico

Cardiologia
- Stent medicati o bypass nei pazienti con patologia coronaria multivasale

Cerebrovascolari
- Assistenza integrata ai pazienti con ictus

Diagnostica ad alto costo
- Uso della PET in oncologia
- Uso della TAC multistrato nella malattia coronarica

Rischio infettivo
- Riduzione della mortalità per sepsi gravi

Sono inoltre state poste le basi per l'avvio di progetti di ricerca - intervento nel campo della continuità assistenziale e della integrazione sociosanitaria.

Il Fondo regionale per la non autosufficienza

La Regione Emilia-Romagna ha costituito un Fondo per la non autosufficienza (art.50 della l.r. 2/2003, modificato dall'art. 51 della l.r. 27/2004).
Il Fondo regionale finanzia le prestazioni ed i servizi sociosanitari rivolti alle persone in condizione di non autosufficienza.
Per il 2006 sono stati destinati 211 milioni di euro da risorse del Fondo sanitario regionale.
In accordo con gli Enti locali, la Regione, pur perdurando il blocco all'autonomia impositiva, e pur in attesa della istituzione del Fondo nazionale, ha deciso di proseguire nel percorso di costruzione delle condizioni organizzative e gestionali necessarie ad un ottimale utilizzo delle ulteriori risorse che saranno dedicate.

Nel corso del 2006 la Regione e gli Enti locali si sono impegnati a:

- sostenere lo sviluppo di un qualificato sistema locale di governo condiviso tra i Comuni e le Aziende Usl per la rete dei servizi a livello distrettuale,

- destinare - con assegnazione vincolata - le risorse, per assicurare, in fase di prima applicazione, i seguenti interventi:
  - garantire gli oneri a rilievo sanitario delle rette in strutture (Residenze sanitarie assistenziali (Rsa), case protette, centri diurni) e i servizi ad anziani non autosufficienti: assistenza domiciliare, piani di sostegno personalizzato;
  - garantire le risorse per l'assegno di cura erogato alle famiglie che assistono a casa persone anziane;
  - garantire le risorse per l'assegno di cura a persone con gravissima disabilità acquisita.

La gestione di queste risorse avviene su base distrettuale attraverso una corresponsabilizzazione dei Comuni e della direzione del Distretto della Azienda Usl.

Nell'arco di un triennio si prevede di giungere ad una ripartizione delle risorse equa in tutto il territorio regionale per garantire uguali opportunità di accesso e di qualità dei servizi alle persone in tutte le realtà della regione.

Il Piano triennale della prevenzione 2006 - 2008

Il Piano triennale della prevenzione dell'Emilia-Romagna 2006 - 2008 trova le sue origini da una intesa tra Stato, Regioni e Province autonome siglata nel marzo 2005.
Questa intesa ha stabilito che ciascuna Regione e Provincia autonoma debba adottare un piano, di durata triennale, per definire interventi organici su quattro ambiti di azione:

- prevenzione della patologia cardiovascolare (inclusa la prevenzione delle complicanze del diabete e dell'obesità),
- screening oncologici,
- vaccinazioni,
- prevenzione degli incidenti in ambito di vita e di lavoro.

Secondo quanto previsto dall'accordo, i Piani elaborati dalle singole Regioni sono stati discussi in sede nazionale fra le Regioni e il Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm), organismo del Ministero della salute e delle Regioni, a cui sono state affidate funzioni di coordinamento e verifica.

Il Piano dell'Emilia-Romagna è stato approvato dalla Giunta regionale, nel rispetto dei tempi indicati dalla Conferenza Stato-Regioni, con due delibere la n.1012/2005 e la 426/2006 e contiene interventi relativi a:

- screening oncologici,
- vaccinazioni,
- prevenzione delle complicanze del diabete,
- diffusione di strumenti per la valutazione del rischio cardiovascolare,
- obesità,
- incidenti stradali e domestici,
- infortuni nei luoghi di lavoro,
- prevenzione delle recidive nelle persone che hanno già avuto problemi cardiovascolari.

Il complesso percorso istituzionale di stesura, adozione e valutazione del Piano regionale della prevenzione testimonia la rilevanza del progetto e l'impegno del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna su questo fronte. Il Piano, in altre parole, rappresenta anche un punto di arrivo di una strategia messa in atto da diversi anni che, accanto alla garanzia di servizi di controllo e di prevenzione delle malattie, ha messo in campo politiche di promozione della salute basate su alcune considerazioni di fondo: sulla salute incidono diversi fattori (da quelli genetici e biologici, a quelli ambientali, sociali, economici, a quelli relativi alla presenza o meno di servizi, agli stili di vita individuali, a loro volta fortemente influenzati dalle condizioni economico-sociali); per tutelare la salute e superare le disuguaglianze occorre intervenire con l'apporto di più soggetti anche esterni al Servizio sanitario.

Nella attuazione dei progetti previsti dal Piano di prevenzione, e secondo il modello già sperimentato dei Piani per la salute, è previsto dunque lo sviluppo dei processi di collaborazione e integrazione già avviati, sia all'interno del Servizio sanitario, tra l'ambito clinico e quello di sanità pubblica, sia all'esterno, con il coinvolgimento delle Istituzioni, delle Comunità locali, della scuola, delle imprese, delle associazioni, dei sindacati, dei cittadini, dei media.

Le politiche di prevenzione e di contrasto del consumo e abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope

Il profilo della tipologia di sostanze utilizzate e delle modalità di consumo delle persone che si rivolgono ai SerT è radicalmente mutato nel tempo. Alle droghe "tradizionali" se ne sono aggiunte altre, nuove più per le modalità di consumo che per il principio attivo in esse contenute. L'eroina resta la sostanza d'abuso elettiva tra le persone che accedono ai SerT; è però in aumento la percentuale di persone che accede per problemi legati a sostanze diverse dall'eroina, in primo luogo cocaina (dallo 0.9% nel 1991 al 15% del 2005).
Ricerche di tipo qualitativo, inoltre, dimostrano che la variabile più significativa è rappresentata da "policonsumatori" per i quali il consumo di sostanze non è più necessariamente correlato a forme di disagio sociale ma può essere correlato al divertimento e alla voglia di aumentare le prestazioni nel lavoro, nello studio, nelle relazioni sociali e sessuali.
Tutto questo si accompagna a scarsa conoscenza e consapevolezza sui rischi correlati al consumo e diminuisce anche la percezione del rischio per la salute legato all'uso di alcolici. Le persone che accedono ai Sert, tuttavia, sono solo una parte della popolazione che fa uso di sostanze. Tenendo conto di questo e tenendo conto delle stime dell'Osservatorio europeo droga e tossicodipendenze, secondo le quali l'Italia si colloca al terzo posto in Europa per i consumi di cocaina, sono state ripensate le politiche dedicate al problema delle dipendenze.

Per affrontare in maniera organica questo fenomeno, che richiede la progettazione di interventi di natura sociosanitaria, sono state messe a punto una serie di indicazioni alle Aziende sanitarie e alle Zone sociali (ambiti territoriali degli Enti locali di programmazione territoriale sociale e sociosanitaria, la cui dimensione coincide con il Distretto).

Queste le linee prioritarie.

- **Informazione e prevenzione**
  La scarsa percezione della pericolosità e dei rischi connessi all'uso continuativo o abuso delle sostanze da parte dei consumatori, in particolare dei più giovani, rende necessario impegnarsi in campagne preventive capillari, con messaggi differenziati a seconda dei destinatari. Gli obiettivi sono di informare in modo scientificamente corretto sugli effetti delle sostanze, di favorire la percezione del rischio connesso al consumo, di informare sulla rete dei servizi di ascolto e cura del Servizio sanitario regionale.

- **Il consolidamento della rete dei servizi**
  Il primo obiettivo è quello di consolidare un sistema di Servizi in rete per migliorare la relazione con i vari soggetti (scuola, gestori di luoghi del divertimento, Prefettura, Amministrazione penitenziaria) che vengono in contatto, a vario titolo, con il problema del consumo di sostanze.
  La programmazione di questo sistema rientra tra le priorità dei Piani sociali di zona (strumenti della programmazione territoriale sociale e sociosanitaria degli Enti locali in collaborazione con le Aziende Usl e le organizzazioni del privato sociale).

- **La facilitazione dell'accesso**
  I Servizi deputati alla prevenzione, riduzione del danno e trattamento (SerT e strutture del privato sociale) hanno pratiche consolidate e di dimostrata efficacia nei settori tradizionali della dipendenza patologica mentre hanno la necessità di attrezzarsi per affrontare i nuovi stili di consumo e per intercettare tutte le persone con problemi di dipendenza. Ad esempio, oggi le patologie correlate all'uso di cocaina vengono affrontate più frequentemente nei momenti di crisi: in pronto soccorso, nei reparti medici, nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura. Si rende necessario quindi un collegamento più stretto tra questi servizi e i SerT in modo da garantire un percorso assistenziale più appropriato e una presa in carico senza soluzione di continuità. Dovranno essere individuati punti di accesso specificamente dedicati all'ascolto (ad esempio, Centri ascolto negli Spazi giovani dei Consultori, Sportelli dedicati in organizzazioni del privato sociale) che sappiano poi collegarsi ai Servizi di cura.

- **Il consolidamento dei servizi di prossimità: le Unità di strada**
  Le Unità di strada sono costituite da operatori delle Aziende Usl, degli Enti locali e del privato sociale che opera in convenzione con gli Enti locali (educatori, psicologi, medici, assistenti sociali, infermieri) che intervengono direttamente nei luoghi di possibile consumo di sostanze (i luoghi del divertimento, i centri di aggregazione giovanile, i centri sociali) offrendo informazioni e facilitazione all'accesso ai servizi. L'obiettivo è di consolidare e potenziare questa esperienza in modo da renderla parte integrante, e omogenea in tutto il territorio regionale, del sistema di ascolto e cura delle dipendenze.

Il programma di assistenza odontoiatrica a persone con "vulnerabilità" sanitaria e sociale

Il programma triennale di assistenza odontoiatrica è stato avviato nel 2005, in attuazione di quanto stabilito in modo generale a livello nazionale con il decreto legislativo che definisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).
Il programma prevede l'erogazione di cure odontoiatriche e protesiche gratuite a persone con patologie che generano problemi di natura odontoiatrica ("vulnerabilità sanitaria") o che si trovano in condizioni economiche svantaggiate ("vulnerabilità" sociale).
Il programma ha una specifica parte dedicata ai bambini (0-14 anni). Prevede, in particolare, attività per la prevenzione della carie e la cura delle malocclusioni. La prevenzione riguarda principalmente l'assunzione del fluoro, l'educazione alimentare e di igiene orale e la valutazione delle malocclusioni. Le cure sono odontoiatriche, protesiche e ortodontiche.
Le Aziende Usl dell'Emilia-Romagna hanno iniziato l'attuazione del programma, in particolare per le cure nei casi di "vulnerabilità" sanitaria e sociale, nel giugno 2005.
È prevista la realizzazione a regime entro il 2006.
I pazienti potenziali sono 350.000.
Gli investimenti per l'ammodernamento degli studi odontoiatrici pubblici sono stati fino ad ora di 4.500.000 euro.

Le cure odontoiatriche alle persone con "vulnerabilità" sanitaria e sociale

Le prestazioni odontoiatriche, finalizzate al trattamento di ogni specifica patologia, sono garantite gratuitamente alle persone che hanno le seguenti patologie: displasia ectodermica, cardiopatie congenite cianogene, pazienti in attesa e post trapianto, anoressia e bulimia, iposomia, gravi patologie congenite, epilessia con neuroencefalopatia, pazienti sindromici, sindrome di down, diabete giovanile, emofilici, bambini con patologia oncoematologica, portatori di handicap psicofisico, tossicodipendenti, pazienti HIV positivi, pazienti in trattamento radioterapico a livello cefalico, psicotici con gravi disturbi del comportamento.
Le cure comprendono anche i trattamenti preparatori necessari per l'applicazione di protesi fisse o mobili.
Sono gratuite inoltre per le persone che hanno un reddito ISEE fino a 7.500 euro.
Per le persone che hanno un reddito ISEE fra 7.500 e 12.500 euro è richiesto il pagamento di un ticket fino ad un massimo di € 40 a prestazione; coloro che hanno un reddito ISEE fra i 12.501 e i 15.000 euro dovranno invece concorrere alla spesa per un massimo di 80 euro a prestazione.
I redditi superiori a 15.000 euro non sono compresi nel programma.

Le protesi fisse e mobili alle persone con "vulnerabilità" sociale

Alle persone con reddito ISEE inferiore a 7.500 euro all'anno le protesi, fisse o mobili, sono garantite gratuitamente come pure la loro applicazione.
Per i redditi ISEE da 7.500 a 12.500 euro e da 12.501 a 15.000 euro le protesi fisse e mobili, gli apparecchi ortodontici sono forniti dalle Aziende sanitarie con un contributo alla spesa da parte degli interessati.

Le cure odontoiatriche urgenti

Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna garantisce comunque, al di là del programma, il trattamento delle urgenze odontoiatriche a tutte le persone.

Il modello Hub & Spoke per l'assistenza ospedaliera

I centri di alta specialità

Le funzioni di alta specialità, per la bassa frequenza o per la complessità dell'assistenza, sono erogate presso poche strutture ospedaliere altamente specializzate, a cui gli ospedali del territorio possono inviare gli ammalati quando le condizioni cliniche lo richiedono.
Si tratta di Centri di alta specialità, dove sono concentrate le professionalità e le tecnologie adeguate per assicurare qualità dell'assistenza e riduzione dei costi.

Il modello organizzativo Hub & Spoke

La programmazione dei Centri di alta specialità è fatta a scala regionale secondo un modello denominato Hub & Spoke (letteralmente "mozzo e raggio" della ruota). Gli Hub sono i Centri di alta specialità; gli Spoke sono gli ospedali del territorio.
L'accesso a questi Centri è richiesto, sulla base di precise esigenze cliniche, dagli specialisti degli ospedali del territorio.

Obiettivi della programmazione sono:

- garantire dimensioni ottimali delle unità operative,
- garantire gestione integrata dei servizi evitando inutili duplicazioni,
- garantire la sussidiarietà tra i livelli di intervento.

Le caratteristiche del modello organizzativo

Le caratteristiche di questo modello organizzativo permettono:

- forte specializzazione,
- massima efficienza tecnica,
- concentrazione della casistica,
- tempestività di invio delle persone ammalate dagli ospedali periferici.

Affinchè le potenzialità del modello si realizzino pienamente è necessario che per ogni funzione sia definita:

- la distribuzione territoriale,
- la gerarchia tra i Centri secondo un modello a rete,
- il sistema delle relazioni funzionali.

Le discipline individuate

Nell'ambito della rete Hub & Spoke, già prevista dal Piano sanitario regionale 1999-2001, sono state individuate le seguenti discipline:

- cardiochirurgia e cardiologia,
- neuroscienze,
- trapianti,
- grandi ustioni,
- terapie intensive perinatali e pediatriche,
- alte specialità riabilitative,
- sistema emergenza-urgenza,
- sistema trasfusionale e piano sangue,
- procreazione medicalmente assistita,
- terapia del dolore cronico,
- centro antiveleni,
- oncologia,
- malattie rare, genetica,
- diagnostica di laboratorio di elevata complessità.

Rete Hub & Spoke per la genetica medica

La rete dei servizi di genetica medica è organizzata, come tutte le alte specialità del Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna, secondo il modello Hub & Spoke (concentrazione della casistica più complessa in Centri di riferimento di alta specializzazione - Hub - collegati con le unità operative degli ospedali del territorio - Spoke -).
La rete è stata realizzata per dare una risposta adeguata al bisogno assistenziale delle persone con malattie genetiche, o a rischio di svilupparle, e delle loro famiglie. Attraverso il collegamento in rete dei servizi, ha l'obiettivo di garantire tempestività nella presa in carico, appropriatezza e qualità, equità nelle condizioni di accesso e di fruizione, rigorosa salvaguardia degli aspetti etici e sociali.
La funzione di supporto tecnico al governo clinico e alle attività di programmazione, indirizzo e controllo è stata affidata ad un nucleo di coordinamento guidato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, di cui fanno parte anche esperti dell'Assessorato regionale politiche per la salute e operatori delle diverse Aziende Usl e Aziende Ospedaliere della regione.
La rete prevede una gerarchia funzionale tra i Servizi con concentrazione delle prestazioni complesse in Centri Hub a cui i pazienti o i campioni biologici da analizzare sono trasferiti quando è superata la soglia di complessità prevista nei Centri Spoke. I Centri Spoke svolgono una funzione di riferimento per le problematiche genetiche sia assistenziali che formative nel proprio ambito territoriale. La rete dei servizi di genetica medica ha un proprio sito internet consultabile dalla home page del sito dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara *www.ospfe.it*

Servizi clinici di genetica medica
H = Hub: A.O. Ferrara;
S = Spoke: A.O. Modena, Bologna e Parma, AUSL Imola, AUSL Rimini.

Laboratori di citogenetica
H = Hub: A.O. Reggio Emilia, AUSL Imola
S = Spoke: A.O. Modena, Ferrara e Bologna, Area Piacenza-Parma, Area Cesena-Forlì-Rimini

Laboratori di genetica molecolare
H = Hub: A.O. Ferrara, Modena, Bologna e Parma

Servizi clinici di genetica oncologica
H = Hub: A.O. Modena
S = Spoke: A.O. Parma, Bologna, Ferrara e AUSL Forlì

Rete Hub & Spoke per i trapianti

Donazione, prelievo e trapianto di organi e tessuti in Emilia-Romagna fanno capo al Centro regionale di riferimento per i trapianti (CRT-ER), con sede presso l'Ospedale Sant'Orsola di Bologna.
Nel luglio 2006 la Regione Emilia-Romagna ha assunto fino al 2009 la guida dell'Associazione interregionale trapianti (AIRT), di cui fanno parte anche Piemonte, Toscana, Valle d'Aosta, Puglia e la Provincia autonoma di Bolzano. L'Emilia-Romagna, in quanto sede di AIRT, assicurerà su tutto il territorio nazionale il coordinamento delle donazioni e dei trapianti di organi in collaborazione con le altre due associazioni inter-regionali. Garantirà, inoltre, il coordinamento dei programmi nazionali, i trapianti urgenti di cuore e fegato e quelli in età pediatrica, secondo le linee guida del Centro nazionale trapianti.

I Centri trapianto di organi e tessuti dell'Emilia-Romagna sono:
rene e rene/pancreas (Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna; Policlinico di Modena, Ospedale Maggiore di Parma); fegato (Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna; Policlinico e Ospedale Sant'Agostino di Modena); cuore (Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna); intestino/multiviscerale (Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna); polmone (Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna); segmenti ossei e cartilaginei (Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna); segmenti vascolari (Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna; Ospedale Maggiore di Parma; Ospedale Sant'Agostino di Modena), valvole cardiache (Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna).

Le banche dei tessuti e delle cellule: bio-banca del donatore di organi e tessuti (Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna); segmenti-osteotendinei (Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna); cornee (Ospedale Maggiore di Bologna; Ospedale Nuovo di Imola); cute (Ospedale Bufalini di Cesena); epatociti umani (Arcispedale Sant'Anna di Ferrara); segmenti vascolari (Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna); valvole cardiache (Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna); sangue cordonale (Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna); registro donatori di midollo osseo (Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna).
La rete trapianti ha un sito internet: *http://www.saluter.it/trapianti//*

Centri Trapianto:

F	Fegato	SO	Segmenti Ossei
F/V	Fegato da vivente	SV	Segmenti Vascolari
C	Cuore	MO	Midollo Osseo
R	Rene	IM	Intestino-Multiviscerale
R/P	Rene / Pancreas	P	Polmone
C	Cute	R/V	Rene da vivente

Banche:

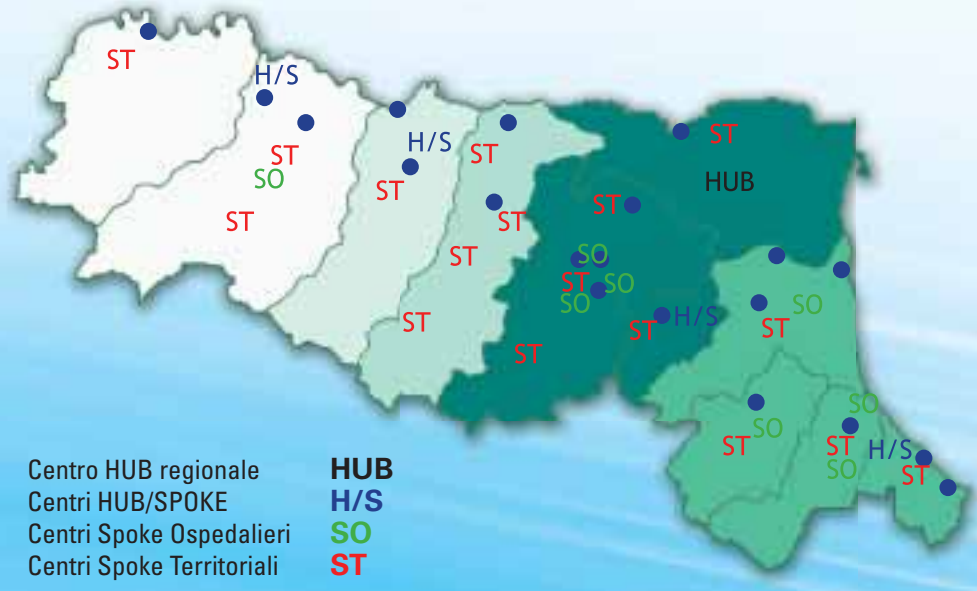
V	Banca Valvole	SV	Banca Vasi
CO	Banca Cornee	SO	Banca Osso
RM	Registro Don. Midollo Osseo	C	Banca Cute
SC	Banca Sangue Cordonale	EP	Banca Epatociti
D	Banca Donatori di organi		

Rete Hub & Spoke per grandi traumi

Si stima che in Emilia-Romagna ogni anno si verifichino 2000-2500 traumi gravi: il traumatismo cranico presenta incidenza più elevata (interessando più del 50% dei traumi gravi) seguito dalle lesioni addominali maggiori, dal trauma toracico e dalle lesioni mieliche del rachide.
Per rispondere alle esigenze di assistenza alle persone con trauma grave, è stata realizzata la rete dei servizi per la terapia dei grandi traumi. Essa individua 3 Sistemi Integrati di Assistenza ai pazienti Traumatizzati (SIAT) per tutta la regione, uno per l'area della Romagna, uno per l'Emilia orientale e uno per l'Emilia occidentale. Per ciascun SIAT è stato individuato un centro guida (Trauma Center, HUB) in rete con i Dipartimenti di emergenza-accettazione dei Presidi ospedalieri collegati funzionalmente e integrati nel sistema stesso (SPOKE).

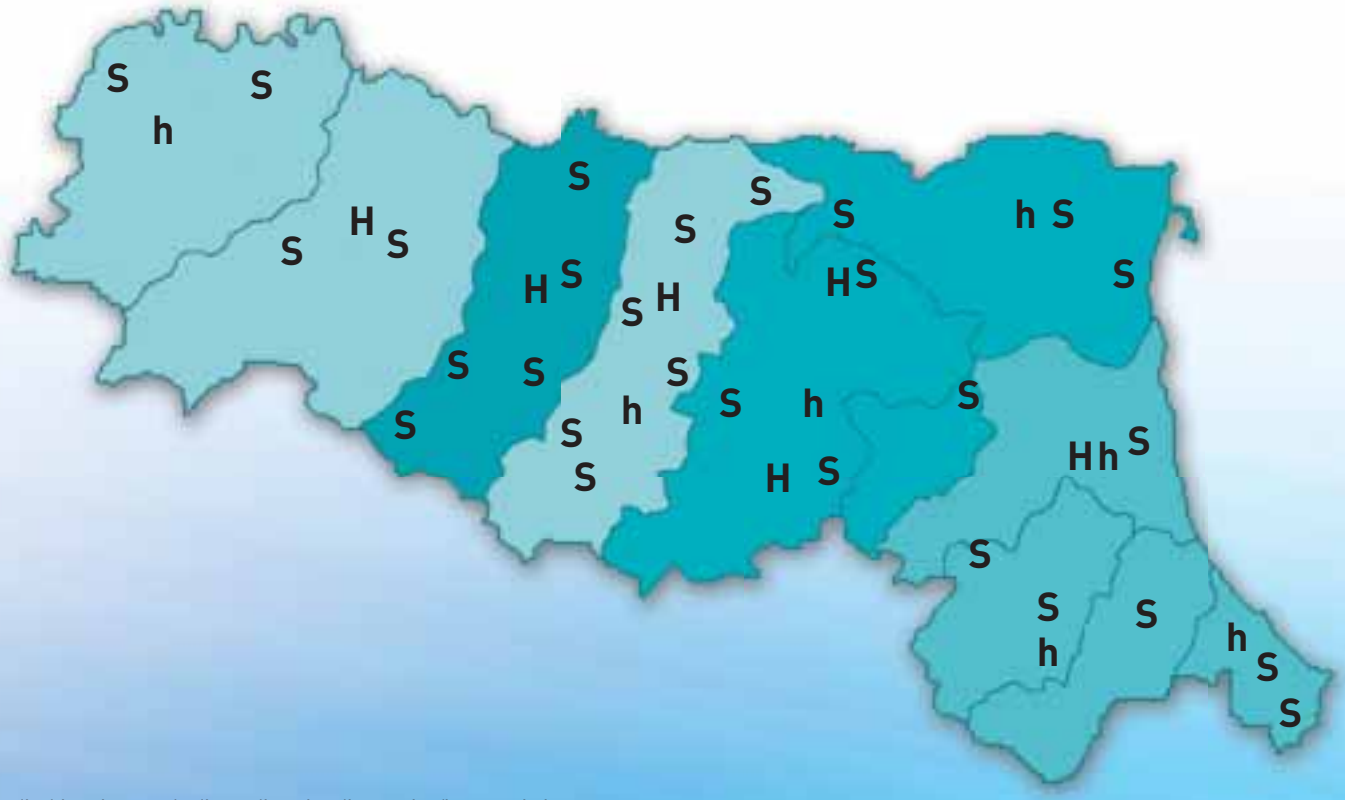
Rete Hub & Spoke per gravi cerebrolesioni acquisite

Per grave cerebrolesione acquisita si intende un danno cerebrale (di orgine traumatica o di altra natura) tale da determinare una condizione di coma, più o meno protratto, e menomazioni sensomotorie, cognitive o comportamentali, che comportano disabilità.
Le gravi cerebrolesioni acquisite rappresentano un problema sanitario e sociale rilevante per la elevata incidenza e prevalenza (circa 1.300 persone/anno in Emilia-Romagna, spesso giovani e adulti in piena età scolastica o lavorativa); per la numerosità e la complessità delle sue sequele disabilitanti (circa 300 persone/anno in Emilia-Romagna necessitano di ulteriori ricoveri per la riabilitazione dopo la fase acuta); per l'impatto emotivo e materiale sul sistema famigliare della persona colpita; per le conseguenze sociali in termini di difficoltà di reinserimento scolastico o lavorativo e per la necessità di elevato impiego di risorse, sia in ambito sanitario che sociale.
Per rispondere alle esigenze di assistenza alle persone con grave cerebrolesione acquisita è stata realizzata la rete dei servizi riabiliativi, costituita da: l'Unità operativa complessa gravi cerebrolesioni (HUB) con sede presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara); 4 Servizi di medicina riabilitativa (H/S) per i ricoveri post fase acuta che coadiuvano l'attività del centro HUB; 8 Servizi di medicina riabilitativa (Spoke O) che accolgono i pazienti in regime di ricovero dopo la fase acuta e prendono in carico pazienti in attesa di trasferimento presso i Centri HUB/SPOKE o HUB; 20 Servizi di medicina riabilitativa per acuti che accolgono pazienti in fase acuta (Spoke A); 17 Servizi di medicina riabilitativa che svolgono funzioni di de-ospedalizzazione e reinserimento (Spoke T).



Rete Hub & Spoke per la cardiologia e la cardiochirurgia

In Emilia-Romagna l'assistenza cardiologica e cardiochirurgica è garantita da una rete, costituita da Centri cardiologici, di cardiologia interventiva e di cardiochirurgia, che comprende 13 sedi di emodinamica diagnostica ed interventistica e 6 Centri, di cui 4 privati accreditati, di cardiochirurgia.
Fulcro dell'azione regionale è la realizzazione di percorsi appropriati ben definiti per l'utilizzo razionale delle strutture Hub di primo e secondo livello e delle strutture Spoke, che costituiscono la rete, e per il tempestivo invio del paziente nel luogo di cura più idoneo per la patologia rilevata.
La qualità dell'assistenza – tra i punti qualificanti del Servizio sanitario regionale – nasce dalla collaborazione tra le competenze cliniche e l'azione di governo regionale: le prestazioni erogate sono costantemente monitorate e gli esiti clinici sono oggetto di valutazione critica attraverso un sistema che misura l'appropriatezza degli interventi. Dal 2001 è attivo un sistema di monitoraggio dei tempi di attesa e per la priorità degli interventi.
Gli interventi cardiochirurgici effettuati nel 2005 presso i 6 Centri sono stati 4029, di cui 848 (21%) a carico di pazienti residenti in altre regioni.
La mortalità osservata durante il ricovero, nel 2005, è del 3,72%, inferiore a quella attesa (considerati gli elementi che definiscono la severità del caso) che è del 3,79%. Anche la mortalità osservata a 30 giorni dall'intervento è inferiore a quella attesa (3,77%) ed è pari al 3,49%.
Confrontando i dati 2005 con i dati 2004 si rileva una riduzione della mortalità sia durante il ricovero (da 3,99 a 3,72%), sia a 30 giorni dall'intervento (da 3,77 a 3,49%), a testimonianza dell'impegno verso il miglioramento continuo.
Sempre mettendo a confronto il 2005 con il 2004 si rileva una riduzione del numero totale di interventi di cardiochirurgia del 4%, dovuta al decremento degli interventi di bypass (isolato o associato ad interventi sulle valvole), corrispondente all'espansione degli interventi di angioplastica.
Per quanto riguarda i tempi di attesa, il 72% dei pazienti viene sottoposto all'intervento entro 30 giorni dalla indicazione ed il 77% entro 60 giorni.



H=Hub=cardiochirurgico e sede di emodinamica diagnostica/interventistica
h=sede di emodinamica diagnostica ed interventistica
s=Spoke=Unità Terapia Intensiva Cardiologica

Criteri=Bacini definiti sulla base di fabbisogni stimati e livelli minimi di attività per garantire "clinical competence" come da accreditamento.

Distretti e Nuclei di cure primarie

Il Distretto dell'Azienda Usl è la sede della individuazione delle necessità assistenziali e dei relativi programmi sociali e sanitari di intervento per la popolazione di riferimento. È il luogo della integrazione tra i professionisti e gli operatori, con particolare attenzione alla integrazione tra i servizi sociali e servizi sanitari.
È in tale ambito che i Comitati di Distretto, cioè i sindaci di quel territorio, esercitano le funzioni di programmazione d'intesa con il direttore di Distretto.
I nuclei delle cure primarie sono le forme organizzative attraverso cui vengono erogate l'assistenza medica, infermieristica, ostetrica, pediatrica, domiciliare e farmaceutica.
I Distretti sono 39. I nuclei delle cure primarie sono 204.

Anno 2005

Azienda Usl Piacenza
abitanti: 275.947
Distretti: 4
Nuclei cure primarie: 7

Azienda Usl Parma
abitanti: 416.832
Distretti: 4
Nuclei cure primarie: 20

Azienda Usl Modena
abitanti: 665.272
Distretti: 7
Nuclei cure primarie: 40

Azienda Usl Ferrara
abitanti: 351.463
Distretti: 3
Nuclei cure primarie: 20

Azienda Usl Ravenna
abitanti: 369.425
Distretti: 3
Nuclei cure primarie: 19

Azienda Usl Reggio Emilia
abitanti: 494.310
Distretti: 6
Nuclei cure primarie: 22

Azienda Usl Bologna
abitanti: 824.502
Distretti: 6
Nuclei cure primarie: 46

Azienda Usl Imola
abitanti: 125.094
Distretti: 1
Nuclei cure primarie: 8

Azienda Usl Forlì
abitanti: 178.977
Distretti: 1
Nuclei cure primarie: 11

Azienda Usl Cesena
abitanti: 195.693
Distretti: 2
Nuclei cure primarie: 8

Azienda Usl Rimini
abitanti: 290.029
Distretti: 2
Nuclei cure primarie: 3

La popolazione è al 31.12.2005

Day service ambulatoriale

Il Day service ambulatoriale è un modello organizzativo ed operativo, attuato sia in ambito ospedaliero sia all'interno delle strutture ambulatoriali e territoriali. Il Day service ambulatoriale è la sede in cui vengono trattati problemi clinici di tipo diagnostico e terapeutico che necessitano di prestazioni multiple integrate e complesse, che non richiedono sorveglianza od osservazione medica e/o infermieristica per tutta la durata dei singoli accessi.

Gli obiettivi

- La formulazione tempestiva di una diagnosi con un numero limitato di accessi.

Cosa determina

- Modifica l'approccio sanitario ai problemi di salute proponendo un nuovo modello assistenziale alternativo, in termini di costo e efficacia, al ricovero ospedaliero.
- Cambia la modalità di erogazione delle prestazioni, concentrandole il più possibile e riducendo il numero di accessi. Si avvia così la presa in carico ambulatoriale del paziente, migliorando i tempi di risposta ai problemi clinici complessi.
  Tale cambiamento è reso possibile dall'innovazione tecnologica che permette l'effettuazione a livello ambulatoriale di procedure complesse, di tipo diagnostico e terapeutico, di pari efficacia rispetto alle analoghe procedure eseguite in regime di ricovero.

A cosa serve

- La presenza contemporanea nella struttura di più specialisti assicura una risposta multidisciplinare al problema clinico del paziente.

- Gli interventi medici, le indagini diagnostiche e gli interventi terapeutici complessi (di tipo invasivo o con utilizzo di farmaci specifici) si svolgono coinvolgendo nello stesso luogo varie discipline specialistiche.

Organizzazione, gestione e monitoraggio dei programmi di screening oncologici

I programmi di screening propongono controlli mirati a uomini e donne in specifiche fasce di età o esposti a particolari rischi per prevenire o diagnosticare precocemente malattie e, quando insorgono, intervenire tempestivamente con le cure necessarie.
In Emilia-Romagna sono attivi fin dal 1996 i programmi di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero e dei tumori della mammella, rivolti rispettivamente alle donne dai 25 ai 64 anni (che sono oltre 1.100.000) e alle donne dai 50 ai 69 anni (530.000).
Nel marzo 2005 è partito il terzo programma regionale di screening, che è rivolto a uomini e donne dai 50 ai 69 anni (oltre un milione) ed è finalizzato alla prevenzione e alla diagnosi precoce dei tumori del colon-retto.

Il modello organizzativo

Il modello che il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna ha adottato per i propri programmi di screening è il modello "partecipato" basato sul confronto fra pari dei professionisti attivamente coinvolti a vari livelli di responsabilità sia professionale che organizzativa.
I tre programmi in corso sono coordinati a livello regionale dal Centro di riferimento e coordinamento regionale che fa parte del Servizio sanità pubblica dell'Assessorato politiche per la salute.
Il Centro ha funzioni di indirizzo, verifica e monitoraggio dei singoli programmi su scala regionale.
Ad esso confluiscono i dati da tutte le Aziende Usl coinvolte (11) con flussi informativi periodici attivati sia per la verifica dell'avanzamento dei programmi, sia per la valutazione di qualità e di esito in base agli indicatori ed agli standard di riferimento.

Il Centro di riferimento regionale, per gli aspetti di valutazione epidemiologico-scientifica, si avvale della struttura epidemiologica dell'Istituto Oncologico Romagnolo di Forlì, mediante apposita convenzione.
I progetti di controllo di qualità, a cui partecipano tutte le realtà, fanno capo a centri particolarmente qualificati delle Aziende sanitarie, su scala regionale.

La gestione

La gestione operativa dei programmi a livello locale fa capo direttamente all'Azienda Usl, in stretta integrazione con l'Azienda Ospedaliera o Ospedaliero-Universitaria, dove presente (Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Ferrara).
Ogni programma locale ha un responsabile organizzativo o di programma (eventualmente affiancato da un responsabile professionale del percorso diagnostico-terapeutico e sempre da un referente epidemiologico) nominati dalle direzioni generali delle singole Aziende Usl, in stretto accordo con le Aziende Ospedaliere.

Il monitoraggio

A livello di ogni Azienda sanitaria i responsabili coordinano un Gruppo di lavoro multidisciplinare per ogni programma, con la partecipazione delle figure professionali coinvolte attivamente nel percorso diagnostico-terapeutico, compresi i medici di medicina generale.
A livello regionale si riunisce periodicamente il Gruppo regionale screening, composto dai responsabili regionali e locali, dai referenti epidemiologi, unitamente ai responsabili dei Registri tumori di popolazione, nonchè dai responsabili dei gruppi di lavoro per il controllo di qualità, per la formazione e per la comunicazione.
Sono inoltre attivi gruppi di lavoro per il controllo e la promozione della qualità dei percorsi diagnostico-terapeutici, per la formazione permanente del personale e sugli aspetti comunicativi, coordinati da uno o più professionisti esperti e particolarmente qualificati.
Il metodo di lavoro utilizzato nei diversi ambiti è quello dell'audit professionale e del confronto fra pari.

Accordi di fornitura fra Aziende Usl e Aziende Ospedaliere

I rapporti fra le 11 Aziende Usl e le 5 Aziende Ospedaliere (4 Aziende Ospedaliero-Universitarie) e l'IRCCS (Rizzoli di Bologna) sono regolati da accordi di fornitura.
Tali accordi rispondono ai criteri previsti dal decreto legislativo 229/99 (art.8-quinquies), ripresi e maggiormente specificati dalla delibera della Giunta regionale 426/2000.
La finalità principale è quella di rendere sinergiche e integrare le strutture sanitarie presenti sul territorio, definendo obiettivi comuni e concordati fra le Aziende Ospedaliere (produttrici) e le Aziende Usl di riferimento (committenti).
I contenuti specifici degli accordi sono legati ai bisogni locali e allo stato di integrazione fra le Aziende Usl e le Aziende Ospedaliere.
Gli accordi quindi sono uno strumento di programmazione e negoziazione per il completamento e l'orientamento della struttura dell'offerta, di definizione di volumi e tipologia di prestazioni in un'ottica di qualità e appropriatezza condivise.

Accordo tra Regione e ospedalità privata

L'accordo fra la Regione Emilia-Romagna e le Associazioni della ospedalità privata AIOP-ARIS regola i rapporti fra le strutture private di ricovero e il Servizio sanitario regionale sia sul piano economico (individuando budget massimi di riferimento per ambiti provinciali e per tipologie di attività specifiche) che sul piano qualitativo (fissando obiettivi individuati per garantire la piena integrazione delle strutture interessate nella rete assistenziale complessiva).

L'accordo, oltre a regolamentare i rapporti per quanto riguarda l'accesso alle prestazioni, i controlli dei pagamenti ed altri aspetti di carattere generale, tratta in maniera separata le attività di alta specialità, cardiochirurgia e neurochirurgia, l'attività psichiatrica e le restanti attività di ricovero. Per le prime due tipologie definisce budget di riferimento massimi regionali; per le altre attività (cosiddette di non alta specialità) definisce budget provinciali e un budget complessivo regionale per le prestazioni erogate a cittadini residenti in ambiti provinciali diversi rispetto a quello su cui insiste la struttura.

Per garantire il rientro di eventuali produzioni eccedenti il limite prefissato dai budget, l'accordo individua meccanismi di penalità attraverso abbattimenti tariffari a scalare.

L'accordo definisce poi obiettivi strategici per il Servizio sanitario regionale - incremento dei livelli di appropriatezza, riduzione delle liste d'attesa, riduzione del tasso di ospedalizzazione, continuità assistenziale - il pieno rispetto dei quali da parte delle strutture private può portare ad una riduzione delle penalità sugli eccessi di produzione fino ad un massimo definito sulla base di un apposito Fondo regionale dedicato.

L'accordo regionale ha il carattere di accordo quadro, rispetto al quale i contratti locali fra Aziende Usl e strutture private possono definire in modo più specifico volumi e tipologie di servizio.

Per il trienno 2004-2006 il nuovo accordo tra Regione Emilia-Romagna e Aiop-Aris ribadisce la presenza del fondo per il rientro dalle penalità rafforzando l'indicazione mirata alla riduzione delle liste di attesa anche in ambito ambulatoriale.
Per il 2005 e 2006, l'accordo prevede che la definizione degli obiettivi per la distribuzione dei fondi per il rientro dalle penalità siano concordati a livello locale al fine di una più stretta correlazione con i bisogni territoriali.
Anche con questo accordo triennale la possibilità di accedere ad un'ulteriore riduzione delle penalità è limitata alle strutture che si dotano di strumenti per la valutazione del "risk-management", che adottano comportamenti tesi al miglioramento della continuità assistenziale con particolare riferimento alle dimissioni protette e alla valutazione degli esiti assistenziali in ambito riabilitativo.

Accordo con i medici di medicina generale

Il 10 maggio 2006 è stato firmato il nuovo accordo tra la Regione Emilia-Romagna e i sindacati regionali dei medici di medicina generale, in attuazione delle convenzioni e degli accordi collettivi stipulati a livello nazionale. Gli accordi attuativi regionali definiscono il ruolo dei medici di medicina generale e gli obiettivi specifici dell'assistenza sanitaria con particolare riferimento a:

- funzione dei medici convenzionati nell'ambito delle cure primarie;
- definitivo consolidamento delle forme associative quale condizione utile a facilitare l'accesso dei cittadini all'assistenza medica;
- assistenza medica degli ammalati ospiti nelle strutture residenziali territoriali e potenziamento delle forme alternative al ricovero ospedaliero (assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale, sviluppo delle cure palliative e dell'assistenza in hospice);
- perseguimento dell'appropriatezza e maggiore razionalizzazione nell'impiego delle risorse per rispettare i livelli di spesa programmati.

In particolare, l'accordo ha l'obiettivo di rendere maggiormente accessibili per i cittadini le cure e i servizi offerti dal Servizio sanitario regionale; a realizzare una forte integrazione tra i medici di famiglia, il sistema di assistenza territoriale e l'ospedale; a migliorare l'assistenza in modo omogeneo in tutto il territorio regionale.
A tal fine, nel corso del 2006 tutti i medici di famiglia aderiranno ai Nuclei delle cure primarie, le strutture dei Distretti preposte ad assicurare assistenza medica, infermieristica, ostetrica e pediatrica, nonché l'assistenza domiciliare e farmaceutica. Con l'adesione ai Nuclei delle cure primarie, i medici garantiranno in modo coordinato orari di apertura più ampi degli ambulatori: da 7 a 12 ore al giorno una volta a regime, entro il 2008. Gli studi medici associati diventeranno così punto di riferimento certo per i cittadini durante tutto l'arco della giornata, anche per chi necessita di prestazioni urgenti, salvaguardando il ruolo fiduciario del medico di famiglia con il proprio assistito, che rimane fondamentale e privilegiato.

Il modello organizzativo delle cure primarie sarà completato dagli accordi con la pediatria di libera scelta e con i nuovi assetti per la continuità assistenziale (la guardia medica).
Dopo anni di importanti sperimentazioni giunge così a compimento un modello organizzativo innovativo che permetterà ai medici di famiglia e ai pediatri di libera scelta di potenziare l'attività assistenziale a vantaggio dei loro pazienti e di essere pienamente inseriti nella vita del Distretto, e dunque della Azienda Usl di appartenenza.

Il collegamento tra medici di famiglia, pediatri di libera scelta, servizi territoriali e servizi ospedalieri sarà assicurato dalla progressiva estensione del progetto SOLE (Sanità On LinE), che prevede lo sviluppo di una rete telematica per migliorare la comunicazione tra gli operatori del Servizio sanitario regionale e per agevolare, di conseguenza, l'erogazione dei servizi con la riduzione dei tempi e dei percorsi burocratici per i cittadini. Il progetto SOLE prevede, tra l'altro, lo scambio on line di informazioni sugli assistiti (anagrafe, esenzioni, prescrizioni farmaci, cartella clinica, piani di assistenza domiciliare, referti di esami), naturalmente nel rispetto della privacy. L'obiettivo è che a muoversi siano sempre più le informazioni e meno gli assistiti. Con la rete SOLE, ad esempio, diventa possibile la comunicazione tempestiva tra il medico di famiglia e i professionisti ospedalieri in caso di ricovero del paziente, e l'assistito potrà ritirare direttamente dal proprio medico di famiglia i referti degli esami di laboratorio. A regime, tutti i medici di famiglia saranno collegati in rete.

L'investimento della Regione per realizzare la rete informatica di collegamento tra medici di medicina generale e servizi sanitari, e per favorire l'installazione dei personal computer in ogni studio medico, ammonta a 12 milioni 480 mila euro.

Il funzionamento a regime è previsto, per tutto il modello organizzativo, entro il 2007.

I medici di famiglia convenzionati sono 3.302. I pediatri di libera scelta convenzionati sono invece 555.

Autorizzazione e accreditamento

La Regione Emilia-Romagna, con delibera n° 327/2004, ha definito le norme in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti, alla luce dell'evoluzione del quadro normativo nazionale.
Il criterio di fondo è quello di dare puntuale applicazione al d.lgs. 229/99, che prevede procedure collegate e temporalmente sequenziali per l'autorizzazione e l'accreditamento.
L'istituto dell'autorizzazione è finalizzato a garantire il rispetto dei requisiti strutturali e di sicurezza per i pazienti e gli operatori in qualsiasi struttura sanitaria, pubblica o privata, operante in Emilia-Romagna.
L'accreditamento assicura il rispetto dei requisiti di qualità dell'assistenza nelle strutture sanitarie e dei professionisti che intendono operare per conto del Servizio sanitario regionale.
In particolare, la delibera:

- definisce i requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie e dei professionisti, elaborati a seguito di un lungo percorso di confronto e condivisione tra i professionisti e gli esperti di organizzazioni operanti nelle strutture pubbliche e private;
- definisce le procedure per l'autorizzazione e l'accreditamento, individuando modalità e tempi;
- prevede la necessità di autorizzazione anche per gli studi professionali degli odontoiatri o di altri studi professionali utilizzati per procedure diagnostiche e/o terapeutiche di particolare complessità o che comportino rischi per la sicurezza del paziente;
- consente l'avvio concreto dell'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna nelle strutture di degenza e permette di superare l'attuale fase transitoria, ad iniziare dalle strutture ospedaliere pubbliche e private.

Dal 1° settembre 2004 il processo di verifica è attivo e già sono state visitate numerose strutture sanitarie.
Con le delibere n° 293 e 294 del 2005, il processo di accreditamento è stato esteso anche alle strutture ambulatoriali e odontoiatriche. Sono già stati redatti dalle Aziende sanitarie i piani della specialistica ambulatoriale alla base dell'accreditamento delle strutture specialistiche che sarà prossimamente avviato.

Osservatorio tecnologie sanitarie

L'Osservatorio tecnologie sanitarie ha lo scopo di rappresentare la situazione delle tecnologie biomediche installate ed in uso presso le Aziende Sanitarie pubbliche della regione. Il processo relativo al periodico rilevamento, consolidamento e presentazione dei dati è curato dal "gruppo regionale tecnologie sanitarie" operante presso il Servizio programmazione economico finanziaria della Direzione generale sanità e politiche sociali della Regione.
La rete di referenti tecnici individuati da ciascuna Azienda sanitaria che collaborano all'alimentazione dell'Osservatorio è oggi costituita da 33 professionisti. La frequenza di aggiornamento della banca dati è semestrale e le modalità di rilevazione sono tali che il dato viene preventivamente controllato e validato alla fonte tramite un apposito strumento software messo a disposizione dei referenti aziendali e periodicamente aggiornato; successivamente i dati vengono nuovamente controllati e consolidati e sono disponibili per analisi di dettaglio con l'utilizzo di indicatori che permettono la comparazione delle diverse realtà regionali.
La banca dati è oggi costituita da 780 classi di apparecchiature biomediche (dal defibrillatore al tomografo assiale computerizzato) corrispondenti a circa 118.000 beni di cui 100.000 circa di proprietà delle Aziende, per un valore di sostituzione stimato in 850.000.000 di euro.
Oltre al flusso dati relativo alle tecnologie biomediche, l'attività dell'Osservatorio è stata ampliata con un rilievo relativo ai dispositivi medici e realizzato per adempiere alla prescrizione dell'art.57, comma 5, legge 289/2002 (legge finanziaria 2003) e successive modifiche/integrazioni.
I dati relativi a tutti i dispositivi medici acquistati dalle Aziende sanitarie sono aggiornati con cadenza semestrale, condizionati e consolidati dal Gruppo regionale tecnologie sanitarie e resi disponibili in consultazione su un portale Internet appositamente progettato dallo stesso Gruppo regionale, con la collaborazione di tutte le Aziende sanitarie, consultabile all'indirizzo *https://worksanita.regione.emilia-romagna.it/sites/grts*).
Il portale consente lo scambio dei dati e delle informazioni relative alle principali tematiche inerenti alle tecnologie e ai dispositivi medici. In particolare il portale è suddiviso in aree ad accesso pubblico ed aree ad accesso controllato. Nelle prime sono collocate ad esempio informazioni relative agli alerts sui dispositivi medici e annunci di interesse di carattere generale nonché la segnalazione di eventi di rilievo; tali informazioni sono aggiornate settimanalmente. Nelle parti ad accesso controllato sono disponibili informazioni strutturate quali ad esempio i manuali di utilizzo delle apparecchiature biomediche, i report di assessment sulle tecnologie, la banca dati sui dispositivi medici acquistati con indicazione del prezzo unitario.

Educazione continua in medicina

Dal 2002 è stato avviato il sistema italiano di Educazione Continua in Medicina (ECM), come previsto dal d.lgs. 229/1999. In Emilia-Romagna sono oltre 61.000 gli operatori sanitari interessati (oltre 46.000 i dipendenti delle Aziende sanitarie e degli Istituti Ortopedici Rizzoli, circa 3.300 i medici di medicina generale e circa 550 i pediatri di libera scelta, e poi gli specialisti, i dipendenti delle strutture private convenzionate e altri).
La Giunta regionale dell'Emilia-Romagna ha adottato nel giugno 2002 una prima delibera (n. 1072) con la quale ha dato l'avvio alle procedure previste a livello regionale. Nel 2004 è stata adottata una seconda delibera (n. 1217) che ne ha perfezionato il funzionamento. Sono state costituite una Commissione regionale di esperti e una Consulta regionale per l'ECM per dar voce agli operatori sanitari, composta da rappresentanti degli Ordini, dei Collegi e delle Associazioni professionali.
In attesa che siano definiti requisiti a livello nazionale, vengono considerati provvisoriamente accreditati come "organizzatori di attività formative di interesse per l'ECM" le Università, le Aziende sanitarie della regione, l'Arpa (Agenzia regionale prevenzione e ambiente) e gli Istituti scientifici del Servizio sanitario nazionale.
Possono essere accreditati eventi formativi "residenziali" (corsi, seminari, conferenze) e anche attività di "formazione sul campo" (attività di addestramento, partecipazione a commissioni o comitati, ad audit clinici, a progetti di miglioramento, a ricerche) e in e-learning sulla base di progetti sperimentali.
In Emilia-Romagna non possono essere accreditati eventi formativi per i quali siano utilizzate fonti di finanziamento che creino conflitti di interesse. In altre parole non è accreditabile un evento formativo finanziato direttamente (anche parzialmente) da un'organizzazione che abbia interessi commerciali, lucrativi o non lucrativi, nel campo sanitario. La sponsorizzazione delle attività formative, ad esempio di un'Azienda sanitaria, è possibile solo se ha carattere generale e non è legata a specifici eventi.
Complessivamente nel 2005 sono stati accreditati dalla Regione Emilia-Romagna per l'ECM oltre 10.000 progetti, tra i quali circa 1.500 di formazione sul campo.
I crediti acquisiti a livello regionale hanno lo stesso valore sul territorio nazionale di quelli acquisiti attraverso corsi accreditati dalla Commissione nazionale.
L'Emilia-Romagna è la Regione capofila di un progetto pilota finalizzato alla costruzione di un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'ECM. Al progetto, che è finanziato dal Ministero della Salute, partecipano anche altre 9 Regioni.
Maggiori informazioni si possono trovare sul sito web *http://ecm.regione.emilia-romagna.it*

Numero verde del Servizio sanitario regionale

Garantire a tutti i cittadini informazioni chiare e omogenee sui servizi sanitari e socio-sanitari, sulle modalità di accesso e sui luoghi di erogazione in tutto il territorio, da Piacenza a Rimini. Con questo obiettivo la Regione Emilia-Romagna ha attivato nel giugno 2002 il numero verde unico del Servizio sanitario regionale 800 033 033.
Il numero verde è attivo dalle 8.30 alle 17.30 nei giorni feriali e dalle 8.30 alle 13.30 il sabato. La chiamata è gratuita e può essere effettuata da tutta Italia, sia da telefono fisso che da cellulare.
Il servizio di informazioni del numero verde può contare su una banca dati unica, costruita e aggiornata da Regione e Aziende sanitarie. Il call center, con operatori appositamente formati, è collegato in rete telematica e telefonica con gli Uffici relazioni con il pubblico delle Aziende sanitarie e degli Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna. Nei suoi primi quattro anni di vita questo servizio ha risposto a oltre 350.000 telefonate.
Il numero verde del Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna è in continuo sviluppo. Si sta lavorando perché le informazioni di cui dispone siano consultabili direttamente, tramite il portale del Servizio sanitario regionale Saluter (*www.saluter.it*) e siti delle Aziende sanitarie. La pubblicazione è prevista entro il 2006.

Progetto SOLE - Rete integrata ospedale-territorio: i medici di famiglia e gli specialisti on-line

Il Progetto SOLE (Sanità On LinE) è finalizzato a realizzare un'ampia gamma di servizi telematici fruibili dalla maggior parte delle strutture socio-sanitarie del territorio: studi medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, assistenza domiciliare infermieristica, punti di guardia medica (continuità assistenziale), poliambulatori distrettuali e ospedalieri, hospice, centri di salute mentale, consultori familiari e servizi sociali dei Comuni.
La finalità del progetto è realizzare una rete integrata a livello distrettuale, aziendale e interaziendale, fra medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS) e i presidi territoriali ed ospedalieri, in grado di semplificare, velocizzare e valorizzare l'interfaccia tra il cittadino e i servizi sanitari, ponendo il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta come punti di riferimento clinico, enfatizzandone il ruolo di referenti per i problemi di salute del singolo e di "attivatori" dei diversi percorsi assistenziali.

Gli obiettivi

Tra gli obiettivi figurano:

- la riduzione degli oneri burocratici richiesti attualmente ai MMG/PLS nell'esercizio della loro professione;
- la completa conoscenza, da parte di MMG/PLS, delle condizioni cliniche e delle prestazioni erogate ai propri assistiti dagli altri servizi sanitari (al fine della continuità assistenziale);
- la facilitazione degli adempimenti amministrativi e di comunicazione con i Dipartimenti cure primarie dei Distretti dei MMG/PLS, adempimenti previsti dagli accordi collettivi nazionali e dagli accordi attuativi regionali;
- il potenziamento delle possibilità di accesso alle biblioteche virtuali per rendere effettivo e qualificato l'aggiornamento professionale e la formazione permanente.

Le azioni

Le principali azioni sulle quali si incentra il progetto consistono in:

- creazione dell'infrastruttura di "cooperazione" tra i patrimoni applicativi a livello aziendale e interaziendale;
- creazione delle interfacce con applicativi di studi dei MMG/PLS, infermieri domiciliari, ambulatori distrettuali e ospedalieri, ...;
- estensione della rete ai MMG/PLS tramite il collegamento telematico dei singoli studi;
- sviluppo e sperimentazione di protocolli standard di comunicazione per condividere le informazioni cliniche rilevanti ai fini dell'attività di cura e di continuità assistenziale.

La sperimentazione

La sperimentazione è stata effettuata in tutte le Aziende sanitarie. A regime tutti i medici di famiglia saranno collegati in rete.
Nelle Aziende sanitarie già sperimentatrici sono stati individuati i medici sperimentatori, circa 200, che sono collegati in rete (mediante linea ADSL) al server SOLE della rispettiva Azienda sanitaria e mediante questa connessione possono:

- inviare in formato digitale le prescrizioni di specialistica ambulatoriale all'Azienda Usl, velocizzando la fase di prenotazione e consentendo la prenotazione telefonica di qualunque tipologia di esame;
- ricevere - per ciascuna prescrizione trasmessa elettronicamente - notifica elettronica del referto (si è iniziato con i referti di laboratorio) e relativa acquisizione nella cartella clinica dell'assistito;
- ricevere notifica di ricovero e di dimissione in tempo reale per tutti gli assistiti;
- ricevere notifica delle scelte/revoche di assistiti oltre all'aggiornamento dei dati anagrafici e di indirizzo degli assistiti;
- condividere con specialisti ospedalieri, di guardia medica, del centro di diabetologia, una scheda sintetica dell'assistito diabetico;
- condividere con specialisti ospedalieri, di guardia medica, personale infermieristico, una scheda sintetica dell'assistito in assistenza domiciliare.

Per ciascuna informazione trasmessa e condivisa è stato previsto, in forme differenziate, l'acquisizione del consenso al trattamento dei dati da parte dell'assistito secondo quanto previsto dalla legge 196/2003.
Tutte le informazioni cliniche raccolte nel "repository" (base dati storica) SOLE concorreranno a costituire l'Indice Regionale degli Eventi Clinici (IREC) che potrà essere consultato on line da qualunque professionista medico che abbia in cura l'assistito e che quindi sia autorizzato a conoscerne i precedenti clinici.
Il progetto SOLE ha un suo sito internet: http//www.progetto-sole.it/

Coordinamento editoriale e di redazione: Marta Fin, Claudio Visani

Redazione: Marta Fin, Nicola Quadrelli, Nicola Santolini, Claudio Visani
(hanno collaborato tutti i Servizi della Direzione generale sanità e politiche sociali)

Progetto grafico:
Tracce - Modena

Stampa:
Cantelli Rotoweb - Castel Maggiore
Settembre 2006

Regione Emilia-Romagna
Assessorato politiche per la salute
Viale Aldo Moro, 21
40127 Bologna

www.saluter.it
infosaluter@saluter.it

Numero verde del Servizio sanitario regionale 800 033 033

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Regione Emilia-Romagna