

Comitato Consultivo Regionale per la Qualità  
dei servizi sanitari dal lato dei cittadini  
C.C.R.Q.

RELAZIONE SULLE ATTIVITA' SVOLTE  
NELL'ANNO 2013

*(giugno 2014)*

## Composizione del CCRQ

Il Comitato è formato in misura maggioritaria da appartenenti all'associazionismo che rappresentano tutti i Comitati Consultivi Misti del territorio dell'Emilia Romagna.

Dei 25 componenti 17 sono infatti presidenti vicepresidenti o coordinatori dei Comitati Consultivi Misti (CCM) aziendali , 6 sono rappresentanti del Servizio Sanitario Regionale, un componente quale rappresentante dell'Assessorato Politiche Sociali e un componente in rappresentanza dei servizi sanitari privati accreditati (AI OP-ARI S).

Di seguito si rappresenta la composizione del CCRQ e le variazioni avvenute nel corso dell'anno.

### Rappresentanti dei CCM aziendali

Tirotta	Luigi	CCM	AUSL di Piacenza	
Poletti	Giuseppina	CCM	AUSL di Parma	Presidente
Pedrozzi	Mariangela	CCM	AOSP di Parma	
Fontanesi	Enzo	CCM	AUSL di Reggio Emilia	
Ruiu	Agostino	CCM	AOSP di Reggio Emilia	
Corradini	Damiano	CCM	AUSL di Modena	
Giulio	Vaccari	CCM	AOSP di Modena	
Tebaldi	Nino	CCM	AUSL di Bologna	
Zampa	Roberta	CCM	AOSP di Bologna	
Martelli	Remo	CCM	AUSL di Imola	Vice Presidente
Guzzon	Cesare	CCM	AUSL di Ferrara	
Camattari	Maurizio	CCM	AOSP di Ferrara	
Ottavi	Doriana	CCM	AUSL di Ravenna	
Cupertino	Giuseppe	CCM	AUSL di Forlì	
Marongiu	Pier Antonio	CCM	AUSL di Cesena	
Parma	Roberto	CCM	AUSL di Rimini	
Lamandini	Luciano	CCM	I OR di Bologna	

### Rappresentanti del Servizio Sanitario Regionale

Nicoli Maria Augusta / Vittoria Sturlese	ASSR
Salsi Mario	Referente Area Vasta Emilia Nord
Di Ruscio Eugenio / Baldassarri Bruna	Referente Area Presidi Ospedalieri
Imma Cacciapuoti / Silvana Borsari	Referente Area Distrettuale
Vanti Anna-Maria	Referente Servizio Comunicazione

## Rappresentante delle Strutture Sanitarie Private Accreditate

Pasquini Alessia    ARI S-AI OP    Ospedalità Privata

## Rappresentante dell'Assessorato Politiche Sociali Regionali

Mengoli Franca

### **Sostituzioni**

Nel corso dell'anno sono state registrate le seguenti variazioni:

Pedrozzi Mariangela	CCM	AOSP di Parma	ha sostituito Adriana Gelmini
Tebaldi Nino	CCM	AUSL di Bologna	ha sostituito Franca Pietri
Ottavi Doriana	CCM	AUSL di Ravenna	ha sostituito Giorgio Folpini
Ruiu Agostino	CCM	AOSP di Reggio Emilia	ha ricoperto il ruolo che era vacante
Scortichini Luigi	CCM	I OR di Bologna	ha sostituito Luciano Lamandini

### **Incontri mensili**

Nell'anno 2013 sono stati realizzati 11 incontri

Il monitoraggio delle presenze medie per incontro ha fornito il seguente risultato:

componenti presenti	N°	pari al 60,7 %;
componenti assenti	N°	pari al 9,5 %
componenti giustificati	N°	pari al 29,8 %.

Inoltre il CCRQ ha ritenuto utile promuovere un incontro con i Presidenti e i Vicepresidenti dei CCM di tutta la regione il 21 giugno 2013.

## Gruppi di lavoro

Durante l'anno 2013 all'interno del Comitato è proseguito il lavoro, già iniziato nel 2012, dei seguenti gruppi di lavoro::

### 1) Censimento delle Associazioni che operano all'interno delle Aziende

Il gruppo di lavoro costituito aveva stabilito di dividere l'indagine in più fasi

FASE 1: COSTITUZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO E DEFINIZIONE DELLA METODOLOGIA

FASE 2: ANALISI ESPLORATIVA (analisi normativa , letteratura, siti internet, banche dati)

FASE 3: MONITORAGGIO DELLE ASSOCIAZIONI NEL SSR

FASE 4: STUDI SUL CAMPO

FASE 5: INDICAZIONI OPERATIVE A SUPPORTO DELLE PRASSI (Rapporto)

La fase 3 di monitoraggio delle associazioni nel SSR è stata molto più impegnativa del previsto e si è conclusa nei primi mesi del 2014

### 2) Proposta per una responsabile applicazione del "Consenso informato" e modalità per la consegna della "Cartella Clinica"

Non è stato possibile di lavoro iniziare l'attività di tale gruppo nel 2013.

## ATTIVITA' DI INFORMAZIONE/FORMAZIONE

### LA SOCIALIZZAZIONE E IL CONFRONTO IN SENO AL CCRO DEI PROGETTI AZIENDALI DEI CCM

Nel 2013 l'attività di socializzazione delle attività e dei progetti sui quali i vari CCM, rappresentati all'interno del CCRO è proseguita non con incontri specifici dedicati, ma con una continua e costante condivisione.

Più volte nel corso dell'anno i componenti del CCRO si sono confrontati ed è emerso come i CCM stiano vivendo una fase non facile, spesso non vengono coinvolti nelle decisioni dell'Azienda sanitaria anche quando riguardano i cittadini, invece il CCM dovrebbe essere considerato.

Il sistema attuale prevede che l'incarico dei Direttori Generali abbia una cadenza triennale, questo fa sì che spesso non abbiano il tempo di conoscere bene l'azienda e di creare un rapporto di fiducia con i CCM come si può creare nel corso degli anni. Bisognerebbe far capire che i CCM sono in un'ottica di collaborazione, dovrebbe esserci una dialettica.

Anche dal questionario di domande preliminari sul ruolo dei CCM, somministrato nel 2012, di cui gli ultimi risultati si sono avuti nel 2013, emerge una difficoltà generale: in tutti i casi i volontari lamentano una scarsa presenza della componente aziendale, in pochi casi un rappresentante del CCM partecipa al Collegio di Direzione

Forse sarebbe il caso di riprendere la LR 19 del 94 infatti la sanità è cambiata talmente tanto in questi anni che forse sarebbe il caso di rivedere il ruolo dei CCM.

Non basta più avere la buona volontà e il tempo libero, occorre anche la preparazione, i componenti dei CCM dovrebbero essere formati.

Nel questionario alla domanda in cui si chiedeva quale tipo di rapporto ha il CCM con i cittadini molti componenti hanno risposto che non effettuano assemblee con la cittadinanza. Problema di rapporto con i cittadini che stanno fuori, realtà delle case della salute cercare di capire quale può essere il ruolo dei CCM all'interno di queste nuove realtà, ruolo di educazione attiva alla salute e non programmatico.

Anche l'Azienda deve recepire di incontrare la cittadinanza, fare conferenze stampa, partecipazione non solo verso l'interno, ma anche verso tutti i cittadini

Il CCM dovrebbe servire per mettere in contatto il cittadino, fare da tramite tra l'utenza e la direzione aziendale, il rapporto ospedaliero deve essere confacente e se non lo è segnalarlo, però deve cercare anche di essere propositivo oltre che consultivo, il CCM deve tenere conto non solo di chi si manifesta con un reclamo, ma di tutti gli aspetti specialmente nel territorio che riguardano il cittadino, deve fare delle verifiche, valutare il grado di coinvolgimento dei cittadini, distribuire questionari sulla qualità percepita, affiancare l'azienda nel definire alcuni percorsi.

E' importante chiarire che cosa pensa la Regione a livello politico dei CCM, la sanità va tutta ripensata per via della decrescita, cosa riesce a fare l'associazionismo , cosa dobbiamo fare nei prossimi anni

## Attività di informazione - formazione svolta dai Referenti /Responsabili dei Servizi regionali

### Incontro di gennaio

Ha partecipato all'incontro di gennaio la Dott.ssa Silvana D'Alonzo (Posizione organizzativa affari giuridici e legali, politiche assicurative e contenzioso nelle aziende sanitarie) che ha illustrato la L.R. 13 del 07 novembre 2012 "Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli Enti del Servizio sanitario regionale". Con questa legge si fa un ulteriore passo in avanti nella assunzione diretta di responsabilità verso i cittadini e verso gli operatori del Servizio sanitario regionale anche quando si verificano eventi avversi.

Le Aziende sanitarie e la Regione si assumono in prima persona la gestione dei contenziosi e il risarcimento in tempi rapidi degli eventuali danni accertati.

Con l'approvazione della legge, inizia il percorso per avviare la sperimentazione della nuova modalità di gestione dei contenziosi (fino a 100mila euro la gestione sarà direttamente in capo alle singole Aziende sanitarie, tra i 100mila e 1 milione e 500 mila euro i risarcimenti saranno cogestiti da Regione (Nucleo regionale) e Aziende sanitarie, per i sinistri più gravi, per i quali il risarcimento è superiore a 1 milione e 500mila euro è previsto il mantenimento di una unica polizza assicurativa regionale.

L'obiettivo che la Regione si pone assumendosi la responsabilità di tutto il percorso di cura è di rafforzare il clima di fiducia nel Servizio sanitario sia da parte dei cittadini che da parte degli operatori,

L'unica Regione che è andata in gestione diretta su tutto è la Toscana.

Le Aziende sanitarie partite dal primo gennaio con la sperimentazione sono la Aziende appartenenti all'Area Vasta Romagna e l'Azienda Osp - Univ di Bologna e dal 1 luglio AOSP di Reggio Emilia.

Il Nucleo regionale è un supporto, è una cogestione che si conclude con un parere obbligatorio se positivo si procede al risarcimento del danno

La sperimentazione durerà 2-3 anni, tra un anno o 2 si potrà ragionare sui dati.

Uno degli obiettivi della normativa appena uscita è quello di uniformare le procedure soprattutto nelle aziende sperimentatrici,

La regione caldeggia il fatto che i professionisti continuino ad avere le proprie assicurazioni personali, perché la colpa lieve è coperta dall'azienda, ma la colpa grave è a carico del singolo.

## 1) Incontro di febbraio

Ha partecipato all'incontro di febbraio la Dott.ssa **Anna Cilento** che ha parlato dell'assistenza sanitaria nelle carceri.

Il trasferimento delle competenze sull'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta dal Ministero della Giustizia al Servizio sanitario nazionale e ai Servizi sanitari regionali è stato definito con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'1 aprile 2008. Con esso, assieme alle funzioni, sono state trasferite al Fondo sanitario nazionale e ai Fondi sanitari regionali le risorse, le attrezzature, il personale, gli arredi e i beni strumentali afferenti alle attività sanitarie nelle carceri.

E' stata trasferita anche la competenza per l'assistenza sanitaria alle persone internate all'Ospedale psichiatrico giudiziario (OPG) di Reggio Emilia (unico OPG in Emilia-Romagna, dei sei attivi a livello nazionale).

Le Aziende sanitarie sono diventate titolari delle funzioni di gestione di tutte le attività sanitarie rivolte alla popolazione detenuta. ed, è stato istituito l'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria, che opera a supporto della Regione con indagini epidemiologiche, analisi sulle risposte assistenziali, valorizzazione di percorsi di integrazione istituzionale, pratiche di miglioramento organizzativo.

A livello regionale esiste il garante dei detenuti (Desi Bruno) dura in carica per il periodo della legislatura, manca il garante nazionale, ci possono essere anche a livello comunale, sono figure che dovrebbero lavorare per la tutela dei diritti più ampia dei detenuti.

La Circolare 15/2012 definisce il percorso assistenziale dei 10 istituti penitenziari della Regione.

Con Augusta Nicoli dell'ASSR e Laura Biagetti dell'AUSL di Bologna si è iniziato a pensare ad una Carta dei Servizi per l'assistenza sanitaria in carcere, il problema è coinvolgere il target di popolazione che ha delle sue specificità (detenuti).

Come il SSR può diventare un momento costituente dei diritti di un carcerato che passa attraverso la Carta dei Servizi, come poter condividere questo strumento con le persone per cui la carta è stata pensata

E' in progetto il fascicolo sanitario del carcerato nell'ambito del sistema Sole, che lo dovrà seguire. In regione stiamo lavorando per costruire un'assistenza delle carceri che sia assimilabile all'assistenza territoriale.

Il fascicolo sanitario esisteva già cartaceo ed accompagnava il fascicolo del detenuto. C'era già in questa regione una cartella sanitaria informatizzata.

La DGR314/09 non ha dato in capo ad un singolo dipartimento i detenuti, ma ha dato un modello organizzativo in cui ogni azienda USL ha un responsabile di programma, la Circolare 15/2012 ha dato l'indicazione che il percorso clinico del detenuto abbia come cardine l'assistenza sanitaria.

Per definire le Linee Guida per la Carta dei Servizi a livello regionale è necessario coinvolgere l'utenza, in questo caso i detenuti nelle carceri della regione. Per questo si stabilisce di svolgere incontri con una rappresentanza di detenuti in 4 IIPP, Bologna,



Ferrara, Ravenna e Piacenza, stante anche la disponibilità dei CCM di quelle Aziende USL.

Ferrara ( per il CCRO si rendono disponibili Camattari e Guzzon), Bologna (per il CCRO Pietri), Piacenza (per il CCRO Tirota) , Ravenna (per il CCRO Folpini). Questi avranno un incontro con i responsabili di programma salute/carcere, gli uffici qualità e l'URP delle aziende sanitarie di riferimento e la Amministrazione penitenziaria di quelle realtà, per organizzare i momenti di verifica e partecipazione dei detenuti nei 4 rispettivi IPP.

## Incontro di marzo

Nell'incontro di marzo sono presenti la Dott.ssa **Barbara Schiavon** (Posizione Organizzativa Servizio integrazione socio-sanitaria e politiche per la non autosufficienza) e la Dott.ssa **Simona Genovese** che hanno illustrato il sistema di accreditamento per i servizi sociosanitari in Emilia-Romagna

Prima DGR 514 del 2009 accreditamento socio sanitario, tutto il sistema

Primo accenno all'accREDITamento fu fatto nella Legge Regionale 2 del 2003, che viene poi modificata, attualmente è il risultato di un percorso condiviso e partecipato attraverso un ampio confronto con tutti i soggetti e gli attori sociali

L'accREDITamento va inserito nel nuovo sistema dei servizi sociali e sociosanitari come disegnato dal Piano regionale sociale e sanitario 2008-2010, si inserisce in un contesto di maggiore responsabilità dei Comuni, e nel fondo regionale per la non autosufficienza (avviato con DGR 509/07) le cui risorse dovranno essere utilizzate in maniera ancora più efficiente ed equa.

L'accREDITamento assume valore perché permette di raggiungere degli obiettivi molto importanti: valorizzazione di tutti i soggetti sociali (pubblici e privati); equità (accesso, qualità, contribuzione); qualificazione (qualità condivisa e possibile); valorizzazione del lavoro sociale di cura

Nel sociosanitario abbiamo un'ampia presenza del privato, ci sono anche delle gestioni miste, questo sistema dovrebbe dare anche più continuità nei soggetti gestori.

Si accREDITano i servizi e le strutture e non i soggetti.

All'accREDITamento provvedono i Comuni referenti per l'ambito distrettuale. La coerenza dell'accREDITamento con la programmazione del fabbisogno dei servizi è condizione essenziale. I Comuni possono delegare un Comune capofila o una comunità montana.

Per quanto riguarda i servizi misti a fine anno ci dovrà essere un gestore ben identificato.

Non sono stati immessi nuovi soggetti privati, si sono solo identificati i soggetti responsabili.

C'erano alcuni dipendenti pubblici a volte distribuiti in diverse strutture

Dovrà essere definito un programma di adeguamento entro il 31.12.2013

Come previsto dalla delibera 772/2007, l'accreditamento (transitorio, provvisorio, definitivo) si applica inizialmente per i servizi sociosanitari garantiti con il FRNA: assistenza domiciliare , casa-residenza per anziani non autosufficienti, centro diurno assistenziale per anziani, centro socio-riabilitativo residenziale per disabili, centro socio-riabilitativo semiresidenziale per disabili, in prospettiva ai servizi sociali e socioassistenziali che verranno individuati, come ad es: residenze per pazienti psichiatrici ,strutture abitative per minori; ecc

L'autorizzazione al funzionamento si basa sulla DGR 564/00, dal 1/1/2011 devono essere posseduti i requisiti di accreditamento transitorio previsti dalla DGR 514/09, dal 1/1/2015 (il termine è stato spostato di un 1 anno con DGR 1899/2012) dovranno essere posseduti i requisiti di accreditamento definitivo declinati nell'Allegato D della DGR 514/09.

La, proroga al 2014 con DGR 1899/2012 riguarda i requisiti, organizzativi e funzionali, non si è derogato sul personale.

Criteri chiari, elementi definiti del costo basati su dati oggettivi, flessibilità del sistema di remunerazione, in futuro sarà fatta una tariffa.

OTAP sono le equipe che si occuperanno di valutare e verificare, sono nominati dalla Provincia e dai CTSS ci saranno amministrativi, infermieri , assistenti sociali 2109/09

Per il momento l'OTAP va nei nuovi che avranno accreditamento provvisorio, attualmente ci sono 21 accreditamenti provvisori.

Un Comune ha un contratto di servizio e deve garantire i suoi cittadini attiva l'OTAP per attivare per l'accreditamento, se ci sono dei problemi di autorizzazione si attiva la commissione dell'AUSL, si può inoltre intervenire se non sono ottemperati elementi del contratto

E' insito nel percorso dell'accreditamento il rischio di adempimento formale e non sostanziale, bisogna ricordarsi di mettere sempre al centro l'utente.

La DGR 514/09 prevede l'attività di monitoraggio, vigilanza e controllo svolta con un approccio di promozione e collaborazione per migliorare la qualità del servizio, uno degli strumenti è la relazione annuale di ogni servizio che evidenzia gli obiettivi raggiunti e il posizionamento rispetto ad alcuni indicatori di risultato

La relazione annuale rischiava di rimanere un adempimento formale, perché questo non avvenga è stato fatto uno schema di relazione a livello regionale.

Nell'accreditamento sanitario il committente è il Direttore di Distretto, nell'accreditamento sociale il committente è Il Comitato di distretto (Unione dei Comuni e Direttore di Distretto)

Esiste una notevole difficoltà nel trasferire modelli dal sanitario al sociale-sanitario ed al sociale perché le 2 realtà sono molto diverse.

## Incontro di aprile

Nell'incontro di aprile il Dott. Eugenio Di Ruscio ha fatto un quadro sintetico della situazione attuale della sanità e dei fronti su cui si sta muovendo la Regione.

Il Direttore di Distretto è il responsabile dell'integrazione tra sociale e sanitario.

Il Piano Sociale e Sanitario è già scaduto, ma nel frattempo è cambiato completamente lo scenario sociale e politico, quando c'è crisi le persone si curano meno, infatti nell'ultimo anno c'è stata una diminuzione dei ricoveri del 4%, e di conseguenza anche delle liste di attesa.

Nel 2008 la Regione ha fatto una Delibera sulle liste d'attesa ambulatoriali, tenendo conto che la nostra regione è quella che eroga più prestazioni ambulatoriali, attualmente in regione si sta lavorando sul miglioramento delle prestazioni di TAC e Risonanza Magnetica (è giustificata solo se uno ha già fatto una radiografia).

Attualmente c'è un grosso problema: ticket con prezzo equivalente alla prestazione, questo vuol dire che i cittadini escono dal SSN, problema della modalità di garanzia dei servizi ambulatoriali tenendo conto della diminuzione del finanziamento nazionale ed indicazione di mettere il ticket,.

Non è stato fatto un rinnovo del Piano Sociale e Sanitario, perché per fare dei piani di sviluppo bisognerebbe avere una prospettiva, è stata però fatta una delibera di programmazione regionale che prevede 3 officine trasfusionali 1 per ogni area vasta, indica di concentrare i laboratori almeno su base provinciale e chiede di chiudere tutti i Posti Letto di DH medico tranne i DH oncologici.

Attualmente si sta facendo Piano di riordino ospedaliero, considerando che bisogna diminuire 2500 posti letto per rientrare in media nazionale, si partirà con i 1000 Posti Letto di DH, bisognerà fare un piano per ridurre gli altri 1500, bisognerà concentrare l'attività, però cercare di fare le cose nel modo migliore. Se si farà l'azienda sanitaria unica della Romagna riduzione di costi di 250 milioni.

## Incontro di maggio

Nell'incontro di maggio la Dott.ssa **Luisa Martelli**, Responsabile del Servizio regionale politica del farmaco ha esaminato numerosi aspetti dell'assistenza farmaceutica

Nella nostra Regione l'aumento della spesa farmaceutica è tra i migliori del paese, nel 2012 c'è stata la diminuzione del 10% di spesa, (circa 80 milioni di risparmio), questo è dovuto in gran parte ai Medici di Medicina Generale che hanno seguito le indicazioni del Ministero della Salute che prevedono la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto, che per il SSN hanno un costo ridotto (una diminuzione di almeno il 30% del prezzo del farmaco con brevetto ancora valido).

Il Servizio sanitario regionale è impegnato nella diffusione dell'uso dei farmaci con brevetto scaduto (conosciuti come equivalenti o generici). In Emilia -Romagna la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto è di circa del 60%

Anche nell'area ospedaliera abbiamo un buon livello di governo clinico per l'appropriatezza della prescrizione dei farmaci: aumento del 2.83% a fronte di una media nazionale maggiore, in questa regione non vi è alcun ritardo dell'inserimento nel prontuario dei farmaci

Nella Regione Emilia-Romagna da 35 anni esiste la Commissione regionale del farmaco che si occupa di trovare la giusta collocazione dei nuovi farmaci, analisi di tutti gli studi che hanno trovato la registrazione sui nuovi farmaci, raccomandazioni e linee guida di corretto utilizzo, il Prontuario farmaceutico, le Raccomandazioni, vengono pubblicati su Saluter molto spesso anche altre Regioni prendono spunto da quello che viene fatto dalla nostra Commissione regionale.

Sono presenti gruppi di lavoro strutturati che coprono le diverse aree cliniche (es pneumologia, dermatologia, ecc) che lavorano permanentemente per garantire l'adeguamento del prontuario farmaceutico.

La farmaceutica convenzionata (territoriale) nel 2012 ha comportato una spesa di circa 600 milioni, l'ambito ospedaliero 265 milioni, 379 milioni sono stati spesi per erogazione diretta in parte dalla farmacia ospedaliera in parte per conto.

Per quanto riguarda gli acquisti dei farmaci in convenzione sono acquistati dalle farmacie convenzionate che hanno uno sconto inferiore alle pubbliche amministrazioni, in parte vengono fatti dalle farmacie ospedaliere

Nelle farmacie ospedaliere gli acquisti vengono fatti tramite 3 tipologie di gara: la singola azienda acquista per sé, il secondo livello è per area vasta, il terzo livello è quello regionale, che è l'obiettivo verso cui tendere.

Obiettivo dato a livello nazionale del 70% di acquisti a livello regionale, noi attualmente siamo al 50% (incluso anche quando Intercenter fa da piattaforma per le aree vaste)

Le gare per azienda sono le meno utili ed economiche, però a volte nell'area sanitaria ci sono delle necessità impellenti, ed è necessario fare una privata (rivolgersi direttamente ad un produttore, senza metterlo a confronto con altri), alcune aziende sono ancora al 30% di acquisto per azienda, soprattutto le aziende ospedaliere

Le 2 aree della farmaceutica sono l'area dei farmaci, soluzioni infusionali, galenici, vaccini, e l'area delle protesi, dispositivi medici.

A fronte di un incremento nazionale del 5-6%, in regione incremento della spesa farmaceutica è di circa il 3%, questo è dovuto all'incremento del costo dei nuovi farmaci, al costo dei farmaci oncologici, biologici, antiretrovirali.

Se il cittadino vuole il farmaco griffato dovrà pagare la differenza tra il prezzo del farmaco di marca e il prezzo del farmaco generico. Nella nostra Regione i cittadini pagano per questo motivo 55 milioni su 600, in Toscana 45 su 170, in Lombardia 108 su 1495

La regione ha fatto un Prontuario dei farmaci generici ed a brevetto scaduto che viene dato a tutti i medici e i farmacisti convenzionati, ed è organizzato per categoria terapeutica, per principio attivo

La regione prossimamente farà una campagna informativa per l'uso dei farmaci generici, operazione economica, ma anche culturale, a produrre i farmaci generici ci sono ditte

che devono essere controllate, ma una volta che è stato messo in commercio un farmaco ha già subito tutti i controlli sulla sua efficacia

La Dott.ssa **Anna-Maria Vanti** si è assunta l'impegno di fare una sintesi di quanto emerso dalla seduta del CCRQ sul tema dei farmaci generici, che porterà al gruppo di lavoro che si sta occupando della campagna informativa sull'incentivo all'uso dei farmaci generici. Dalle problematiche emerse e dai suggerimenti proposti dal CCRQ si dovrebbe riuscire a fare una campagna più mirata ed efficace.

Nel 2013 e 2014 si affacciano dei farmaci nuovi che costano tantissimo e porteranno alla diminuzione della spesa del territorio (30%) ed all'aumento della spesa ospedaliera. E' previsto un Incremento incredibile della spesa farmaceutica, che si potrà in parte fronteggiare con un incremento dei farmaci a brevetto scaduto.

La preoccupazione che i cittadini, vista la crisi economica, assumano meno farmaci non sembra fondata.

La distribuzione diretta dei farmaci è iniziata in seguito alla L 405/2001, già nel 2002 la nostra regione indicava di attivare la distribuzione diretta di farmaci tramite le farmacie ospedaliere dopo una dimissione per i cittadini che sono stati ricoverati in ospedale o i cittadini cronici o dopo una visita specialistica. I farmaci costano all'incirca il 50% del costo alle Aziende sanitarie.

Però considerato il disagio logistico, in maniera complementare è presente anche la distribuzione per conto da parte delle farmacie convenzionate, però ci sono dei farmaci che non possono essere distribuiti dalle farmacie ma solo in ospedale (farmaci H).

Nelle nostre aziende c'è un atteggiamento molto difforme sulla distribuzione diretta. Il sistema farmacia non è solo un privato, perché fornisce anche un servizio pubblico

## **Incontro di giugno**

Nell'incontro di giugno la Dott.ssa Vittoria Sturlese ha consegnato a tutti un biglietto in cui ha invitato a scrivere le eventuali criticità che possono fermare le attività a livello locale delle Aziende Sanitarie.

Dal sistema informativo delle segnalazioni emerge che vengono analizzate le segnalazioni dei cittadini e vengono promosse azioni di miglioramento.

Verso la fine del 2012 e tra 2012- 2013 è stato licenziato il Programma aziendale di azione del cittadino (sono delle Linee Guida, per il CCRQ era presente Martelli), adesso bisogna stabilire come valorizzare questo documento adottandolo formalmente a livello di Regione come allegato ad una Delibera di Giunta Regionale, come integrazione della DGR 320/2000.

Per quanto riguarda gli Indicatori di performance dal punto di vista del cittadino c'era un gruppo di lavoro all'interno del CCRQ, c'erano gli indicatori proposti da Agenas, ed era presente un progetto dell'Agenas, si è sentito un bisogno di sintesi di tutte queste cose, il gruppo ha appena terminato il suo lavoro ed ha selezionato circa 50 indicatori (sui 140 proposti da Agenas) che fanno parte degli indicatori di accreditamento,

piuttosto che rilevarli un'altra volta vedere come si può accedere agli atti dell'accreditamento.

Vista l'assenza di molti componenti la prosecuzione dell'intervento di Vittoria Sturlese è stata rimandata all'incontro di settembre.

## **Incontro di luglio**

Il Dott. **Tiziano Carradori**, Direttore Generale sanità e politiche sociali è presente all'incontro di luglio.

Il nostro sistema sanitario si caratterizza per la qualità dei servizi, anche nei confronti di altri sistemi, ma a causa della diminuzione della disponibilità economico-finanziaria, ci troviamo ora in una fase di razionamento del sistema e non siamo più purtroppo nella fase di messa in efficienza, in cui tutti gli sforzi erano concentrati nel miglioramento dei servizi.

Il nostro Servizio sanitario regionale si caratterizza per la qualità dei suoi servizi, ma il compito di chi si occupa di sanità non è quello di adagiarsi sui risultati raggiunti. Dobbiamo concentrarci sulle cose che ancora non vanno, sulla parte ancora mezza vuota del bicchiere.

Nel nostro contesto, dominato dalle fragilità dei nostri utenti, abbiamo ambiti di miglioramento significativi: basti pensare che il 70% delle giornate di degenza riguarda le persone di oltre 65 anni. Dobbiamo migliorare la presa in carico di queste persone, e non solo in ospedale.

Necessità di poter avere altri pareri che guidino la persona, ci si scontra con l'inerzia del sistema, passano dei lustri, anche i sistemi migliori hanno difficoltà ad adeguarsi, attitudine degli operatori sanitari a continuare a comportarsi come si sono comportati nel tempo, quante volte alle sollecitazioni dei CCM o del CCRO non diamo debito e tempestivo riscontro.

La consapevolezza della colpa è l'inizio della salvezza dice una cultura diversa.

Franchezza di riconoscere la nostra difficoltà di cambiare, in Italia c'è un'idiosincrasia verso la tassazione, dovere etico di usare bene le tasse, bisogna mettere mano all'integrazione tra i servizi, questo non è un problema di risorse, ma di attitudini.

Noi in Regione facciamo le reti, le integrazioni, ma quante volte abbiamo chiesto ai servizi che vengono coinvolti?

La Patient experience sta diventando sempre più importante.

Io cercherò di essere presente e sono disponibile ad ascoltare i vostri problemi anche nelle aziende, per esempio in un regolamento non posso scrivere che l'azienda deve rispondere, ma posso scrivere io in quanto Direttore Generale ai Direttori Generali e vi do la mia disponibilità.

Nel mese scorso sono state approvate dall'Assemblea legislativa regionale le indicazioni attuative per il biennio 2013-2014 del 1° Piano sociale e sanitario dell'Emilia-Romagna (delibera di Giunta regionale n. 284/2013).

Processi di consolidamento con l'inserimento anche di nuove strutture, anche la rete ospedaliera cambierà nell'ambito dell'organizzazione interna.

Per quanto riguarda l' Area Vasta Romagna il tema del CUP unico non va visto da solo, il paziente vede i tempi di attesa anche di altre aziende, dà una visione sulle opportunità che ci sono, il problema è che il percorso di garanzia pubblico privato non funziona per alcune prestazioni, integrare fuori dei contratti di fornitura, non dovrebbe tradursi in tempi di attesa più lunghi.

L'erogazione diretta dei farmaci inizialmente rispondeva in un modo sacrosanto all'esigenza delle persone che venivano dimesse ci sono dei problemi che vanno allineati al monitoraggio, al controllo della persona, è diventato un modo per risparmiare, le farmacie sono ovunque, i nostri punti di distribuzione per le aziende sono pochi in confronto, le cose si modificano, effetti che si provocano anche sulla persona, presa in carico di problemi che dovrebbe essere a livello territoriale.

I volontari dovrebbero mettere in evidenza i limiti e aiutare a superare le inerzie o le resistenze, alcune comunicazioni alle persone che hanno problemi particolari sono più efficaci se sono date da persone che hanno esperienza di quella cosa , informatori competenti per il proprio vissuto, questo può avere un riconoscimento di rimborso, non c'è solo il trasporto infermi, ci sono anche altre tematiche

La Dott.ssa **Anna Maria Vanti** insieme alla Dott.ssa **Liliana Tomarchio** spiegano come parlare di regolamenti significa parlare di come vogliamo i Comitati, cosa vogliamo per il nostro futuro.

Il CCRQ ha proposto alla Regione la terza revisione degli indirizzi regionali per l'elaborazione dei regolamenti CCM, • ha analizzato uno per uno i regolamenti aziendali, stilando osservazioni dettagliate, ha rilevate diverse criticità, disomogeneità, carenze. A livello regionale si sono esaminato le proposte CCRQ di revisione, anche sul piano giuridico, condiviso che la circolare regionale di indirizzi sia disorganica e richieda una revisione, ma non riproponiamo un ennesimo atto di indirizzo generico alle Aziende (finora rispettato solo in parte ...), ma proponiamo invece un nuovo regolamento -tipo regionale più organico, logico e approfondito sul piano giuridico.

Vengono presentati e consegnati 3 documenti il primo è una copia con tutti gli spostamenti, il 2° è il testo pulito, il 3° è l'elenco di tutti gli spunti dati dall'esame puntuale dei singoli regolamenti aziendali

Le osservazioni a questo lavoro saranno da portare nell'incontro di ottobre.

## **Incontro di settembre**

Nell'incontro di settembre la Dott.ssa Vittoria Sturlese prosegue nell'esposizione iniziata nell'incontro di giugno 2013 (restituzione sulle attività sviluppate dal laboratorio per l'ascolto/coinvolgimento dei cittadini, delle comunità e dei professionisti):

- Presentazione Piano di lavoro 2013 del "Laboratorio per ascolto/coinvolgimento dei cittadini, dei professionisti e delle comunità" -

- Programma per l'ascolto del cittadino – fra 2012 e 2013 è stato presentato a referenti aziendali qualità e Urp, oltre che al vice-presidente del CCRQ; il programma è stato licenziato e l'Assr sta intraprendendo il percorso per trasformarlo in una Determina del Direttore generale Sanità e Politiche Sociali.
- Indagine di qualità percepita nei servizi di Degenza – vi è stata una buona adesione da parte delle Aziende (13 su 17: l'AOSP di Bologna, AUSL di Reggio, AUSL di Bologna hanno utilizzato un questionario compatibile, quella che ha il questionario non compatibile è l'AOSP di Ferrara).
- Indagine di qualità percepita nei servizi di Terapia Intensiva - c'è una scheda paziente con caratteristiche cliniche compilata dagli operatori; il questionario viene somministrato ai pazienti (in seguito al loro trasferimento nelle UU.OO. di Degenza) che abbiano delle caratteristiche psichiche adeguate ; è prevista anche la somministrazione di un questionario simile ai parenti dei pazienti.
- Nell'ambito delle attività del Laboratorio sono stati attivati 3 gruppi di lavoro coordinati da Assr e composti da referenti aziendali qualità e urp, con il mandato di costruire strumenti di ascolto/coinvoklgimento specifici: - 1. qualità percepita dei PDTA (percorsi diagnostico terapeutici assistenziali); 2. utenza minorenni; 3. Case della salute. I primi due gruppi stanno ultimando il lavoro di analisi e di costruzione degli strumenti, il terzo gruppo verrà attivato a partire dal 2014. Indicatori di performance dal punto di vista del cittadino proposti da Agenas (progetto Ricerca Corrente 2012) - sarà fatta una ulteriore indagine con tutti i CCM della regione con incontri mirati.
- Report regionale qualità percepita e segnalazioni dei cittadini – l'Assr sta elaborando un unico report regionale che sarà pubblicato in formato Dossier entro dicembre 2013.

-

Sono presenti all'incontro di settembre anche la Dott.ssa **Anna Darchini**, Responsabile del Servizio innovazione e sviluppo ict e tecnologie sanitarie, **Mara Zavalloni** ed **Anna Maria Solimine** dello stesso servizio e l'ing **Stefano Micocci** di CUP 2000.

La Dott.ssa Darchini ha fatto un aggiornamento sullo stato di realizzazione del Fascicolo sanitario elettronico (FSE), la novità è che si ha intenzione di aprire l'accesso al fascicolo ai professionisti, mentre ad oggi l'avevano solo i cittadini.

Il fascicolo sanitario elettronico è stato istituito per norma di legge nel 2012

Per quanto riguarda la consegna dei referti ai cittadini, quest'anno la regione ha emesso la Circolare 5/2013 perché la pubblicazione del referto sul fascicolo equivalga al ritiro dello stesso presso la struttura erogante, con il consenso del cittadino. .

Per i referti di laboratorio questo è fattibile, per altri referti è più difficile es referto di istologica deve essere mediato da un professionista anche se il cittadino ha chiesto di poterlo avere sul fascicolo.

Se il cittadino non ha attivato il FSE i suoi dati sono dormienti.

Dalla verifica dei documenti che transitano sul fascicolo si rilevano alte percentuali in merito a laboratorio, radiologia e specialistica, mentre alcune disomogeneità tra le aziende per quanto riguarda le lettere di dimissione.



Sul fascicolo sono pubblicati i referti per esterni perché per i ricoveri il referto è parte integrante della Cartella clinica.

Il Patient Summary è la scheda sintetica compilata dal MMG e che indica lo stato generale di salute del paziente.

Il cittadino può decidere di rendere visibile ai professionisti o meno ogni documento.

Per quanto riguarda l'accesso al fascicolo dei professionisti il professionista quando apre la sua interfaccia deve confermare che ha in cura quel paziente. Viene sempre notificato al cittadino chi ha avuto accesso ai suoi dati.

Fino ad oggi non abbiamo stimolato molto l'attivazione del FSE soprattutto per il problema di obbligo di ritiro del cartaceo del referto, quindi per timore di rimbalzo negativo.

Ad oggi sono circa 30.000 i fascicoli attivi, è prevista una campagna informativa per i cittadini, un'attività di informazione nelle scuole, di sensibilizzazione verso la popolazione che lavora e presso le associazioni di volontariato.

Per la registrazione, il cittadino può andare allo sportello della propria azienda, oppure effettuare la preregistrazione via internet e poi fare l'identificazione de visu in azienda. Nel caso in cui disponga della tessera sanitaria con chip a bordo attiva, può registrarsi semplicemente on line.

È possibile attivare il fascicolo anche per i minorenni da parte del genitore o tutore

## **Incontro di ottobre**

Nell'incontro di ottobre la Dott.ssa **Anna-Maria Vanti** ha illustrato la proposta di nuovo regolamento -tipo regionale, che era stato consegnato nell'incontro di luglio.

Vengono esaminati passo passo gli articoli e si arriva fino all'art.5.

I componenti del CCRO condividono che in ogni distretto deve essere costituito un CCM distrettuale che abbia come riferimento il Direttore di Distretto ed un CCM aziendale con un Presidente ed un Vicepresidente che affronti in modo complessivo le scelte aziendali

Un CCM interaziendale nei territori in cui ci sono anche le aziende ospedaliere sarebbe opportuno

Per quanto riguarda il rapporto con le strutture sanitarie o socio sanitarie private dovrebbe essere concordato con l'AIOP, però siccome l'azienda deve controllare le strutture private i CCM possono chiedere di vedere i controlli che l'azienda fa.

Altro problema è l'individuazione dei componenti

Nelle funzioni pensare a forme di invito a fasce di utenti, gruppi di auto mutuo aiuto che non riescono a far sentire la loro voce, prevedere degli incontri con la cittadinanza, non gli iscritti alle associazioni, incontri nei centri anziani, ecc

## **Incontro di novembre**

Nell'incontro di novembre la Dott.ssa **Anna-Maria Vanti** ha proseguito nell'illustrare la proposta di nuovo regolamento -tipo regionale.

Viste le sostanziali modifiche e novità introdotte in questo regolamento, sarebbe opportuno che il regolamento tipo diventasse una Delibera della Regione e non più solo una circolare.

Va previsto anche un percorso di consultazione, che preveda un invio della bozza di regolamento tipo a tutte le aziende che dovranno mandare i loro rilievi/suggerimenti. Ogni componente del CCRQ ha comunque il compito di portare al Comitato le esperienze sviluppate nelle singole Aziende, per arricchire l'analisi e la valutazione in seno al Comitato.

Vengono esaminati gli Artt 6, 7 e 8 del nuovo regolamento -tipo regionale.

## **Incontro di dicembre**

Nell'incontro di dicembre la Dott.ssa **Anna-Maria Vanti** e la Dott.ssa **Liliana Tomarchio** hanno consegnato a tutti il nuovo regolamento -tipo regionale modificato secondo quanto definito nei precedenti incontri con il CCRQ,.

Viene stabilito l'iter di questo documento:

Approvazione del CCRQ

La Regione lo invia alle aziende per raccogliere i pareri a gennaio, lasciando 15- 20 giorni di tempo per rispondere

Sintesi dei pareri delle aziende, che andranno esaminati nella discussione nella seduta di febbraio e poi andrà presentato durante il seminario.

## ***Documentazione distribuita***

Bologna Aprile 2013

il Presidente

Giuseppina Poletti