

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

**RELAZIONE SULLE ATTIVITA' SVOLTE  
NELL'ANNO 2010**

## 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 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 (AIOP-ARIS).

Nel mese di dicembre 2010 si è svolta la votazione per il rinnovo delle cariche del Presidente e del Vicepresidente: è diventata Presidente del CCRQ Giuseppina Poletti ed è stato eletto Vice Presidente Remo Martelli.

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         |                 |
| Gelmini   | Adriana      | CCM | AOSP di Parma         |                 |
| Fontanesi | Enzo         | CCM | AUSL di Reggio Emilia |                 |
| Lunardini | Leila        | CCM | AOSP di Reggio Emilia |                 |
| Corradini | Damiano      | CCM | AUSL di Modena        |                 |
|           |              | CCM | AOSP di Modena        |                 |
| Pietri    | Franca       | CCM | AUSL di Bologna       |                 |
| Casetti   | Rosalba      | CCM | AOSP di Bologna       | Vice Presidente |
| Martelli  | Remo         | CCM | AUSL di Imola         | Presidente      |
| Vecchi    | Luana        | CCM | AUSL di Ferrara       |                 |
| Camattari | Maurizio     | CCM | AOSP di Ferrara       |                 |
| Rossini   | Giovanni     | CCM | AUSL di Ravenna       |                 |
| Folpini   | Giorgio      | CCM | AUSL di Ravenna       |                 |
| Cantelmi  | Vittoriano   | CCM | AUSL di Forlì         |                 |
| Marongiu  | Pier Antonio | CCM | AUSL di Cesena        |                 |
| Farina    | Manuela      | CCM | AUSL di Rimini        |                 |
| Lamandini | Luciano      | CCM | IOR di Bologna        |                 |

### Rappresentanti del Servizio Sanitario Regionale

|             |               |   |
|-------------|---------------|---|
| Nicoli      | Maria Augusta | ASSR  |
| Salsi       | Mario         | Referente Area Vasta Emilia Nord                      |
| Aristei     | Stefania      | Referente Area Vasta Emilia Centro                    |
| Baldassarri | Bruna         | Referente Area Vasta Romagna                          |
| Vanti       | Anna-Maria    | Referente Numero Verde                                |
| Cremonini   | Silvia        | Referente regionale per la Carta dei Servizi Sanitari |

### Rappresentante delle Strutture Sanitarie Private Accreditate

Lesignoli Paola      ARIS-AIOP Ospedalità Privata

### Rappresentante dell'Assessorato Politiche Sociali Regionali

Mengoli Franca

### **Sostituzioni**

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

|                    |  |
|--------------------|--|
| Tirotta Luigi      | CCM AUSL di Piacenza ha sostituito Sassi Mario     |
| Pietri Franca      | CCM AUSL di Bologna ha sostituito Hanau Carlo      |
| Camattari Maurizio | CCM AOSP di Ferrara ha sostituito Ghedini Giuseppe |
| Folpini Giorgio    | CCM AUSL di Ravenna ha sostituito Rossini Giovanni |

Lesignoli Paola ha sostituito De Biasio Suor Rita quale rappresentante ARIS-AIOP Ospedalità Privata

L'Azienda Ospedaliera di Modena non è rappresentata in quanto la componente designata, non si è mai presentata agli incontri e nonostante le varie sollecitazioni all'Azienda Ospedaliera non è ancora stato comunicato un nuovo rappresentante.

### *Incontri mensili*

Nell'anno 2010 sono stati realizzati 11 incontri, il conteggio seguente considera 24 componenti complessivi, in considerazione della non partecipazione per l'intero periodo del componente dell'AOSP di Modena.

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

|                         |    |      |                 |       |
|-------------------------|----|------|-----------------|-------|
| componenti presenti     | N° | 14,5 | pari a circa il | 61 %  |
| componenti assenti      | N° | 4,5  | pari a circa il | 19 %  |
| componenti giustificati | N° | 4,9  | pari a circa il | 20 %. |

### *Gruppi di lavoro*

Durante l'anno 2010 all'interno del Comitato è stato costituito un gruppo di lavoro che si occuperà della tematica:

**I percorsi del lutto nelle strutture di cura dell'Emilia-Romagna, anche in funzione delle religioni.**

A conclusione del lavoro svolto nel 2009, l'Assessorato ha accolto la nostra proposta e ha emanato la **Circolare n.10 del 16 luglio 2010**, risultato dell'attività del gruppo di lavoro, costituitosi nel CCRQ con il compito di modificare la Circolare n. 18 del 30 ottobre 2004, che contiene le nuove indicazioni per la formulazione dei Regolamenti nei CCM.

## ATTIVITA' DI INFORMAZIONE/FORMAZIONE

### LA SOCIALIZZAZIONE E IL CONFRONTO ALL'INTERNO DEL CCRQ I PROGETTI AZIENDALI DEI CCM

Nel 2010 l'attività di socializzazione delle attività e dei progetti sui quali i vari CCM, rappresentati all'interno del CCRQ è proseguita non con incontri specifici dedicati, ma con una continua e costante condivisione.

Di seguito si sintetizzano gli esiti delle attività di condivisione tra i componenti del CCRQ riguardanti il proprio CCM od altri CCM presenti nello stesso territorio aziendale.

I componenti del CCRQ si sono confrontati su chi debba fare la valutazione per l'ammissione di una **nuova associazione di volontariato** nel CCM.

Nel rispetto della Legge Regionale n.19/94, è l'Azienda Sanitaria, che in funzione del mandato di costituzione del Comitato, deve valutare l'idoneità e la conformità a potervi partecipare.

È tuttavia necessario rispettare il regolamento che è stato adottato dal Comitato e deliberato dall'Azienda Sanitaria, è evidente che se il regolamento non fosse adeguato si dovrà proporre successivamente la modifica nel rispetto delle modalità previste.

Viene condiviso da tutti l'importanza della **formazione** dei componenti dei CCM e viene ricordata la circolare regionale tuttora valida n.3 dell'11 febbraio 2005.

Nell'incontro di ottobre Il Presidente ha illustrato la procedura prevista dal **regolamento**, per il rinnovo delle cariche del **CCRQ** ed inoltre sono state ampiamente discusse le problematiche presenti all'interno dei CCM di appartenenza

Durante l'incontro di dicembre è stata ribadita l'importanza dell'invio da parte dei CCM delle **relazioni annuali** al CCRQ, così come avviene viceversa.

Viene inoltre ricordata l'importanza dei CCM nel raccogliere anche le segnalazioni verbali e tutto quello che non esce come reclamo e l'esigenza come CCM di avere un interlocutore dell'azienda in generale non per trattare le singole problematiche dei CCM dei distretti, ma temi più generali.

Il CCRQ ha comunicato al competente Servizio Salute Mentale che ritiene opportuno che la Regione dia indicazioni per il **Regolamento dei CUF Salute Mentale** così come è stato fatto per i CCM.

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

### **Incontro di gennaio**

Ha partecipato all'incontro di gennaio il Dott. **Eugenio Di Ruscio**, Responsabile del Servizio Presidi Ospedalieri, che ha illustrato la Delibera di Giunta Regionale 1035/2009 che contiene le indicazioni alle Aziende sanitarie per il governo dei tempi di attesa, l'accesso appropriato e nei tempi stabiliti dalla normativa alla specialistica ambulatoriale su tutto il territorio regionale, l'ampliamento a donne in fascia di età 45-49 e 70-74 dello screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella, le priorità per l'accesso alla mammografia fuori screening, le regole per l'accesso alla densitometria ossea, le regole per l'accesso al pronto soccorso e la relativa eventuale compartecipazione alla spesa.

Con tale Delibera la Giunta nel dare indicazioni alle Aziende sanitarie ha anche messo in campo 10 milioni di euro per sostenere il processo. Le Aziende sanitarie devono presentare i Piani attuativi, preventivamente concordati con le Conferenze territoriali sociali e sanitarie, le quali, a loro volta, li avranno condivisi con le parti sociali e le rappresentanze dei cittadini.

Le Aziende riceveranno, alla presentazione dei Programmi attuativi, il 50% delle risorse loro assegnate dalla Regione; il restante 50% sarà erogato alla verifica del raggiungimento degli obiettivi fissati.

La delibera fa distinzione tra le tipologie di visite: prime visite e controlli che hanno durata minore, con l'obiettivo di far sì che quando un paziente ha bisogno di un controllo lo faccia direttamente dalla prima visita, questo comporta però anche un'informatizzazione molto diffusa.

Tutte le visite e gli esami specialistici devono essere garantiti, entro i tempi previsti dalla normativa regionale a partire dal momento della prenotazione: 30 giorni per le prime visite programmabili, 60 giorni per le prime indagini diagnostiche programmabili, 7 giorni per visite ed esami urgenti differibili, 24 ore per visite ed esami urgenti. La garanzia del rispetto di questi tempi viene data per la maggior parte delle prestazioni, in ambito distrettuale, solo per alcune prestazioni più complesse, la garanzia riguarderà l'ambito aziendale.

Le Aziende Usl sono tenute al rispetto dei tempi prescritti, sia erogando le prestazioni direttamente, sia attraverso accordi con altre Aziende sanitarie, che con erogatori privati accreditati.

Dovranno essere previsti percorsi per le visite urgenti e per le visite urgenti differibili (anche con un'organizzazione dedicata), mentre spetta agli specialisti definire i percorsi per visite ed esami di controllo.

La nostra regione è la regione che garantisce il più alto numero delle prestazioni ambulatoriali per assistito.

La densitometria ossea è erogabile a carico del Servizio sanitario regionale solo se prescritta da un medico del Servizio sanitario con la indicazione della presenza di precise condizioni

La Dott.ssa **Piera Sanna** del Servizio Assistenza Distrettuale ha presentato il sistema informativo portale dei tempi di attesa TDA ER.

Sono presenti all'incontro di gennaio anche la Dott.ssa **Renata Cinotti** che ha effettuato un breve resoconto sui programmi regionali correlati alla Gestione del rischio ed il Dott **Ottavio Nicastro** che ha presentato un breve video (videopillola), disponibile sul sito dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale.

La videopillola ha le seguenti caratteristiche:correttezza e chiarezza del messaggio, lavoro di sintesi; ha come target operatori sanitari e cittadini interessati; e rappresenta uno strumento per il miglioramento di qualità e sicurezza nelle organizzazioni sanitarie attraverso il pieno coinvolgimento dei cittadini.

I temi richiamati nella videopillola sono quelli in cui si evidenziava, come valore aggiunto, il contatto tra operatori e pazienti e dove entrambi i soggetti possono impegnarsi in maniera sinergica (il rispetto delle regole nell'uso dei Dispositivi di protezione individuale, l'igiene delle mani, l'armonizzazione farmacologica, l'identificazione del paziente, la relazione di fiducia tra medico e paziente, l'importanza della segnalazione (Incident reporting e segnalazioni degli utenti) e la vigilanza attiva).

La video pillola avrebbe lo scopo di stimolare la discussione e l'approfondimento ed è stata pensata come uno strumento da utilizzare in vari contesti (oltre al web, ad esempio anche sale di attesa, momenti di incontro con i cittadini, ecc.), tenendo conto delle moderne tecnologie di comunicazione.

I componenti del CCRQ hanno rilevato come le informazioni siano a volte sfalsate tra video e parlato, e forse vengono dati tanti concetti in modo po' troppo veloce, ma si pronunciano comunque sulla positività dell'iniziativa e mostrano interesse per lo strumento presentato.

I componenti del CCRQ fanno infatti la proposta di predisporre una lettera invitando i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie a presentare la videopillola ai CCM, di fare formazione sui suoi contenuti e di realizzare iniziative locali sui temi del contributo dei cittadini al miglioramento della sicurezza nelle organizzazioni sanitarie.

### **Incontro di febbraio**

Hanno partecipato all'incontro di febbraio la Dott.ssa **Maria Vizioli** del Servizio Presidi Ospedalieri e il Dott. **Alberto Morselli** di CUP2000 che hanno relazionato sullo stato di avanzamento del progetto regionale SIGLA (Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa per i ricoveri programmati in ambito regionale).per il monitoraggio delle liste d'attesa dei ricoveri programmati, che era stato presentato al CCRQ nell'incontro del 17 febbraio 2008.

Tale progetto riesce a rendere disponibile il dato su quante persone sono attualmente in lista, quante sono state ricoverate, fino ad ora in Regione dalle SDO riuscivamo a sapere quanti erano stati operati.

I risultati attesi del progetto sono una gestione informatizzata e trasparente, monitoraggio prospettico non solo delle persone che sono già arrivate all'intervento, ma anche di quelle che sono in attesa, altro obiettivo omogeneità tra i singoli reparti.

Le prestazioni sono riferite alle seguenti specialità chirurgiche : Ortopedia, Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Chirurgia Toracica, Chirurgia Generale, Neurochirurgia, Urologia, Cardiologia/Cardiochirurgia, Chirurgia Maxillofacciale, che coprono l'86% delle attività di ricovero programmato.

In regione i ricoveri chirurgici programmati ammontano a 250.000.

Sono stati definiti 4 criteri di priorità, in questi anni, partendo dalla patologia che dà l'indicazione all'intervento, e condividendo le modalità con cui aggregare e condividere le prestazioni, si è arrivati ad avere dei nomenclatori condivisi.

Attualmente lo strumento è pronto, la Regione è in attesa che le Aziende sanitarie inseriscano i dati, per il momento l'archivio non consente la messa a disposizione dei dati.

Come progetto a più lungo termine si pensa di inserire anche le prestazioni eseguibili in regime ambulatoriale protetto.

Nell'ambito degli interventi chirurgici programmati c'è un aspetto soggettivo molto importante, la capacità attrattiva del chirurgo.

dovrebbe essere garantito di sapere mediamente che un paziente in quelle condizioni cliniche, che deve fare quell'intervento, mediamente ha quel tempo di attesa.

Ci sono aziende sanitarie che sono molto avanti, altre faticano un po' di più, comunque fornire una trasparenza a livello regionale è molto utile, in quanto le aziende si possono confrontare.

Alberto Morselli ha comunicato che sul portale TdAER verrà messa a disposizione per il cittadino la reportistica per i tempi di attesa sui ricoveri, composta di una parte iniziale con informazioni generali, con diritti del cittadino e classi di priorità; poi sono stati definiti report, il più possibile simili a quelli dell'ambulatoriale.

Questo sistema potrà essere utilizzato da cittadini che hanno già fatto un parte del percorso, il Medico di Medicina Generale potrebbe intervenire anche a monte, per esempio orientando il cittadino basandosi sui tempi di attesa della struttura in cui fare l'intervento.

A livello regionale è stato scelto di fare le liste d'attesa a livello provinciale.

La Dr.ssa **Alessia Orsi** e la Dr.ssa **Enrica Garuti** del Servizio Assistenza Distrettuale hanno presentato CupWEB: il portale già contiene i dati di tutte le Aziende sui tempi di attesa per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali.

Le modalità di accesso per il cittadino sono state create tenendo presente i suggerimenti dati dal CCRQ.

La Dr.ssa Orsi parla anche del progetto Cup on line previsto dal Piano e-gov 2012 che dovrà essere concluso a giugno 2010, con tale progetto si potrà andare a prenotare la prestazione CUP anche in altre Regioni che si mettono in rete.



E' stata costruita un'infrastruttura con cui i nostri operatori CUP possono prenotare anche sulle altre Aziende, questo servirà anche per avere un governo più strutturato e puntuale dei contratti di fornitura con il privato accreditato.

Nell'incontro di febbraio la Dr.ssa **Francesca Ragazzini** ha presentato il volume "Il Programma Attuativo Annuale 2010" che è stato presentato a Comuni, AUSL a dicembre.

Il nuovo quadro di riferimento regionale, attualmente programmazione integrata e riunificato le sedi della programmazione locale.

Conferenze territoriali sociali e sanitarie, prima ruolo alle province non così forte come adesso.

Analisi dello stato della comunità attraverso un profilo di comunità, con linee di indirizzo per la programmazione locale.

Come regione abbiamo elaborato un indice del profilo di comunità, siamo magari un po' carenti sui bisogni non espressi.

Abbiamo fatto un tentativo a partire dai profili di comunità di tutti i territori, di fare un profilo di comunità regionale individuando le macrotendenze, questo però è stato fatto prima della crisi. Tessuto sociale e di servizi ampio a livello regionale, però si fa fatica a mantenere.

La stesura di questo volume aveva l'intento di coinvolgere tante persone diverse e di attivare sul territorio un processo di lettura dei dati.

Il Profilo di comunità ha cadenza triennale, adesso si è aperto un filone di lavoro sugli indicatori, come leggere i dati e come averli aggiornati, tema delle disuguaglianze.

### **Incontro di marzo**

Nell'incontro di marzo sono intervenute la Dr.ssa **Anna Darchini**, Responsabile CED Ausl di Imola, che ha presentato lo stato di avanzamento del Progetto SOLE.

Il Progetto SOLE è la rete per il percorso clinico individuale informatizzato di 4,3 milioni di cittadini e collega i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) con tutte le strutture sanitarie della Regione Emilia-Romagna e realizza il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) del cittadino.

La Regione Emilia-Romagna (ente promotore e finanziatore) definisce le linee strategiche del Progetto e si occupa del monitoraggio e della verifica dei risultati, le Aziende Sanitarie favoriscono l'integrazione e la comunicazione tra le strutture di cura e i MMG/PLS per interfacciare e omogeneizzare le procedure dei servizi legati a SOLE, i MMG/PLS e specialisti: colloquiano tra loro e condividono i dati relativi a prescrizioni, referti, ricoveri, ecc., CUP 2000 (general contractor) eroga i servizi professionali necessari alla realizzazione del progetto e all'assistenza agli utenti.

Il cittadino potrà accedere tramite internet ai servizi sanitari in modo più agevole e diretto; avrà accesso alle proprie informazioni sanitarie; potrà seguire lo stato di avanzamento del proprio percorso di cura (FSE).

I servizi attivi del Progetto SOLE che riguardano i cittadini sono: ricezione degli aggiornamenti anagrafici degli assistiti, notifiche di revoca/scelta, invio delle prescrizioni elettroniche da parte dei MMG/PLS, previo consenso del cittadino e ricezione del referto elettronico; acquisizione automatica di tutti i dati dell'impegnativa tramite il recupero delle prescrizioni elettroniche dal CUP e dalle accettazioni, con riduzione dei tempi di prenotazione e di possibilità di errore; invio ai MMG/PLS degli eventi di ricovero e dimissione e successiva lettera di dimissione dei propri assistiti, ricezione del referto di Pronto Soccorso, assistenza integrata creando il fascicolo diabetologico del paziente, gestione informatizzata del modulo per la richiesta di esami con contrasto, gestione del processo amministrativo ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) grazie alla condivisione del piano di avvio della presa in carico; gestione del processo amministrativo PPIP (Prestazioni di Particolare Impegno Professionale) ; realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico del cittadino che consente di visualizzare on line la sua storia clinica.

Per quanto riguarda i Nuclei delle Cure Primarie (NCP) ci può essere collegamento virtuale di tutte le sedi ambulatoriali dei MMG/PLS, dello stesso NCP, con piena visibilità delle rispettive cartelle cliniche ambulatoriali laddove consentito dagli assistiti.

Ulteriori obiettivi del Progetto, oltre alla continuità assistenziale, sono la realizzazione del Patient Summary e l'attivazione di postazioni SOLE h12 presso le sedi di Nucleo.

Il Patient Summary è un documento informatico sanitario che riassume la storia clinica del paziente e la situazione corrente, è creato ed aggiornato dal MMG ogni qualvolta interviene un cambiamento ritenuto rilevante ai fini della storia del paziente. Contiene anche un set predefinito di dati clinici significativi per l'emergenza (emergency data set).

Lo scopo del documento è quello di favorire la continuità di cura, permettendo un rapido inquadramento del paziente al momento di un contatto non predeterminato, per esempio, in situazioni di emergenza e di pronto soccorso.

La componente del CCRQ, Dr.ssa **Anna-Maria Vanti** ha illustrato alcune nuove funzionalità del Numero verde unico del Servizio sanitario regionale 800 033 033, un servizio di informazione telefonica per favorire l'accesso dei cittadini al SSR. aperto 50 ore la settimana. Il Numero verde: nel 2009 ha risposto a oltre 136.000 chiamate, con una media di 451 al giorno.

La banca dati del numero verde per le parti più significative per il cittadino è stata pubblicata anche nella home page del portale regionale [www.saluter.it](http://www.saluter.it) e nei siti web di tutte le aziende sanitarie, con il nome di "Guida ai servizi-informazioni on line".

In questa Guida ai servizi si possono consultare direttamente informazioni utili sulle principali prestazioni offerte dal Servizio sanitario regionale, nei settori dei Distretti, Ospedali, Salute mentale, Sanità pubblica, URP, tutti i punti CUP presenti in ciascuna provincia.

Dal 23 dicembre 2009 sono state rese pubbliche anche tutte le 2107 visite ed esami di specialistica ambulatoriale presenti nel catalogo regionale. Per ciascuna di queste è presente la denominazione della prestazione per esteso.

L'aspetto più interessante per il cittadino è la possibilità scegliendo la provincia che interessa, di visualizzare per ogni prestazione tutte le sedi in cui viene erogata, con i dati utili per potervi accedere: indirizzo, telefoni, orari, come raggiungere la sede, modalità di accesso alla prestazione, modalità di prenotazione e di pagamento del ticket.

Per le prestazioni con accesso su percorso interno sono indicate le prestazioni o i luoghi che sono necessari per avviare questo percorso diagnostico.

Sono in corso a livello regionale i lavori per una complessiva riorganizzazione del portale regionale Saluter, che in futuro avrà una sezione esclusivamente dedicata ai cittadini.

### **Incontro di aprile**

Nell'incontro di aprile ha partecipato la dr.ssa **Vittoria Sturlese**, dell' Area Accreditamento (ASSR), che ha presentato i dati preliminari relativi all'anno 2009 desunti dalla banca dati delle segnalazioni presentate dai cittadini agli Uffici Relazioni con il Pubblico.

Nel 2009 si è verificato un nuovo aumento delle segnalazioni rispetto al biennio precedente che aveva registrato una diminuzione.

La Dott.ssa Sturlese ha presentato un documento "Come condividere i risultati", elaborato da un gruppo di lavoro (Responsabili URP, coordinato da ASSR, DG Sanità) per ottemperare a una specifica richiesta proveniente da questo Comitato regionale. Sono stati individuati e proposti tre diversi modelli di report, indirizzati a tre diversi interlocutori.

Il 1° Report annuale è organizzato per singola Azienda, sarà consultabile da tutti i cittadini nelle pagine web dedicate ai CCM nei siti aziendali; il 2° modello sarà destinato al solo uso interno, il 3° modello - report per i CCM aziendali avrà cadenza annuale e sarà destinato al solo uso interno. Questo modello è stato elaborato a partire da una proposta formulata già nel 2002 da un gruppo ristretto, composto da membri dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale e del CCRQ.

I report destinati ai CCM dovrebbero essere strumento per i Comitati Consultivi Misti per analizzare le segnalazioni, valutare se e dove siano presenti le maggiori criticità e quindi confrontarsi con l'Azienda sanitaria.

### **Incontro di maggio**

Nell'incontro di maggio la Dr.ssa **Elena Marri**, Responsabile regionale della Rete Hospice di cure palliative e del progetto ospedale senza dolore, ha fatto il punto della situazione nel campo della lotta al dolore.

Il 20 maggio si è tenuto il convegno "La rete regionale per la lotta al dolore". Quest'anno in occasione della Giornata nazionale del sollievo è stato elaborato, con la partecipazione dei responsabili dei Comitati ospedale senza dolore delle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna, un depliant dal titolo "Valutiamo insieme il dolore", contenente un righello di cartone plastificato che riporta da un lato la scala numerica per misurare il dolore agli adulti e dall'altro la scala pediatrica. Questo strumento è messo a disposizione dei professionisti medici e infermieri e dei medici e pediatri di famiglia impegnati nei luoghi di cura. Il risultato della misurazione del dolore deve essere registrato nella cartella clinica dell'ammalato, come ogni altro dato clinico d'interesse.

L'iniziativa sostiene l'applicazione della legge 38/2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" che rende obbligatoria la misurazione del dolore e la sua registrazione nella cartella clinica del paziente.

Nel 2010 il Comitato regionale per la lotta al dolore, che svolge funzioni di indirizzo e coordinamento dei diversi programmi attivati in Emilia-Romagna ha posto attenzione al dolore in ambito internistico e ha elaborato un documento di "Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica".

La Giunta regionale nel 2009 con deliberazione n. 947, ha approvato i requisiti specifici per le strutture di terapia del dolore per garantire la qualità e la sicurezza delle prestazioni erogate.

Nello stesso incontro è intervenuta la Dr.ssa **Clara Tommasini**, Responsabile dello sviluppo di interventi in materia di contrasto all'esclusione sociale ed alla povertà, che ha illustrato il tema della povertà materiale in senso di deprivazione che può avere cause dirette o indirette, poi c'è anche la povertà immateriale con esclusione sociale.

Nell'ambito del sociale, ed anche della sanità ci basiamo soprattutto sul reddito, sull'ISEE.

I dati ufficiali della povertà sono i dati ISTAT che sono però sono spesso antecedenti di 2 anni

In Italia esiste un profondo divario territoriale, la metà delle famiglie vive con meno di 1872 euro al mese.

Nella nostra Regione c'è il 6% delle famiglie che ha pagato in ritardo le bollette, ecc.

Accanto alla povertà tradizionale, come ad es i barboni, sono molto più problematiche le nuove forme di povertà legate alla crisi economica che vanno dalla difficoltà di sviluppo lavorativo per i giovani, alla disoccupazione nelle classi più adulte, che possono sfociare nell'indebitamento ed usura.

L'Istat ha definito come soglia di povertà relativa per una famiglia di due persone una spesa media mensile per il 2008 pari a 999,67 euro.

In Italia il numero di famiglie che si trovano in condizioni di povertà relativa è di 2.737.000 (11.3%)

Per quanto riguarda la povertà assoluta, la stima dell'incidenza della povertà assoluta viene calcolata sulla base di una soglia di povertà che corrisponde alla

spesa mensile minima necessaria per acquisire un determinato paniere di beni e servizi. Il paniere è stato rivisto l'anno scorso, poi è stata rivista una soglia che è combinata con la tipologia familiare, la ripartizione geografica e la dimensione del comune.

Lo stato dovrebbe definire i livelli essenziali di assistenza del sociale (Liveas), ma ad oggi non è stato fatto, le regioni hanno potere di legiferare, ma in assenza di un quadro nazionale diventa difficile.

Dal punto di vista nazionale è stata istituita la Social card , che però non ha tenuto conto delle realtà regionali.

Crisi economica programma straordinario di contrasto DGR 1223/09 in cui è previsto sostegno al reddito, sostegno alla genitorialità, tutela minori a rischio.

## **Incontro di giugno**

La Dr. sa **Rossella Bignami**, del Servizio Salute Mentale ha parlato dei Comitati di Utenti e Familiari ( CUF).

L'ambito della Salute mentale ha una conflittualità altissima, l'intento degli organismi costituiti in questi ultimi anni: Consulta Regionale sulla Salute Mentale e Comitati di Utenti e Familiari Salute Mentale previsti dalla Deliberazione di Giunta Regionale n.313/2009 "Piano attuativo salute mentale 2009-2011" è quello della ricostruzione di un rapporto.

La politica di salute mentale in Emilia-Romagna promuove una corresponsabilizzazione di tutti i soggetti inclusi nella rete, compresi i destinatari degli interventi, utenti e familiari, anche riuniti in associazioni.

Ciò richiede meccanismi di partecipazione democratica degli utenti, dei familiari e delle associazioni che li rappresentano e delle associazioni di volontariato che li sostengono.

Il Comitato Utenti e Familiari - Salute Mentale è organismo istituito presso il Dipartimento di Salute Mentale Dipendenze Patologiche delle Aziende USL del territorio regionale.

Il rapporto con il Comitato Consultivo Misto Aziendale deve essere favorito e promosso, ed i componenti del Comitato Utenti e Familiari - Salute Mentale possono essere componenti del CCM.

Nel 2004 è stata costituita, in via sperimentale, la Consulta Regionale della Salute Mentale, con delibera di Giunta Regionale n. 1588/2004, alla quale sono stati affidati compiti di rappresentanza, consultivi, propositivi e di valutazione e verifica.

La DGR 313/2009 ridefinisce la missione, l'organizzazione e la composizione della Consulta Regionale ed i suoi compiti che sono:

a) esprimere valutazioni e proposte alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali in ordine a: attuazione di provvedimenti regionali e nazionali aventi ad oggetto la tematica specifica; organizzazione delle strutture afferenti ai

Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche; miglioramento della qualità dei servizi erogati dai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche;

b) svolgere funzioni di raccordo tra livello regionale e organismi partecipativi istituiti a livelli aziendali nell'area della Salute Mentale finalizzate, in particolare, a raccogliere e fornire informazioni sulle specifiche aree di attività;

c) predisporre un rapporto annuale sulle attività e le iniziative realizzate;

d) monitorare la realizzazione del presente piano attuativo.

La composizione della Consulta Regionale per la Salute mentale è la seguente:

- 15 componenti, rappresentanti le Associazioni di Utenti e Familiari;

- 9 componenti, scelti dalla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna;

- 9 componenti, rappresentanti gli enti istituzionali, le parti sociali ed il privato sociale ed imprenditoriale.

UVM unità di valutazione multidisciplinare, continuità assistenziale tra bambini che quando compiono 18 anni si trovano da soli nel passaggio, e emergenza urgenza sono i 3 temi che verranno affrontati e su cui si faranno i gruppi di lavoro all'interno della Consulta.

La Dr.ssa Bignami riferirà di questo incontro alla Consulta e chiede di poter avere copia del verbale del CCRQ

## **Incontro di luglio**

Ha partecipato all'incontro di luglio Il Dr. **Antonio Brambilla**, Responsabile del Servizio Assistenza Distrettuale, che ha illustrato lo sviluppo dei nuclei di cure primarie.

In tutti i paesi occidentali da parecchi anni ci si è posti il problema delle patologie croniche da gestire, in Inghilterra, ma anche in Spagna, Germania, si è pensato che i professionisti del territorio: Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera scelta (PDL), infermieri domiciliari, fisioterapisti, assistenti sociali potessero essere le persone indicate per poter seguire al meglio le cronicità.

In Emilia-Romagna il sistema è organizzato in Nuclei di Cure Primarie per gestire la cronicità, l'unica altra regione che ha agito in questo senso è la Toscana, la Lombardia ad esempio ha un altro modello e non c'è integrazione socio-sanitaria, quindi i gruppi di cure primarie lombardi, sono in realtà medicine di gruppo che fanno da filtro per governare la spesa.

Il Dipartimento delle cure primarie assicura: l'assistenza dei medici di famiglia e dei pediatri di libera scelta, l'assistenza specialistica ambulatoriale (visite ed esami), l'assistenza domiciliare, l'assistenza consultoriale, l'assistenza agli stranieri presenti nel territorio regionale, l'assistenza all'estero, l'assistenza agli ammalati di AIDS, l'assistenza socio-sanitaria in strutture residenziali e a domicilio, l'assistenza farmaceutica.

L'obiettivo è di integrare questi professionisti convenzionati nell'organizzazione aziendale per le scelte di politica sanitaria che influiscono sulla collettività degli assistiti, per garantire percorsi diagnostico terapeutici concordati e continuità delle cure, per il potenziamento dell'accesso con orari di ambulatorio più ampi, per il miglioramento dell'assistenza domiciliare dedicata ad ammalati non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza curabili a domicilio.

Il coordinatore del Nucleo di Cure Primarie (NCP) è un medico di MMG.

In Emilia-Romagna sono presenti 3215 MMG con adesione del 98% e 215 NCP, ci sono delle realtà in cui il NCP è solo funzionale (riunione e formazione), altri in cui si fa educazione terapeutica, c'è la prenotazione CUP, ambulatori per patologie (es per diabetici, bronchite cronica BPCO, scompenso cardiaco) che potrebbero essere gestiti anche da infermieri.

Le verifiche sul funzionamento dei NCP e sui percorsi definiti per le patologie croniche per i quali i MMG ricevono degli incentivi dovrebbero essere fatte dall'Azienda.

Obiettivo di questa legislatura: rendere omogeneo il modello, portare tutti i territori allo stesso livello e realizzare le Case della salute (struttura di riferimento che sia visibile così come lo è l'ospedale per l'acuto).

Le Case della salute sono in fase di progressiva attuazione, consentiranno di migliorare la continuità assistenziale e di facilitare l'accesso ai servizi da parte dei cittadini che potranno trovare in un'unica sede una pluralità di servizi: vi avranno sede i Nuclei di cure primarie, vi lavoreranno medici di medicina generale, infermieri dell'Azienda Usl, operatori sociali dei Comuni, vi sarà un punto di prenotazione CUP, Consultorio, e sarà svolta anche attività specialistica ambulatoriale di base come cardiologia e diabetologia, salute mentale e sanità pubblica.

La casa della salute può essere piccola, media o grande, deve essere aperta 12 ore al giorno, è stato deliberato anche il logo.

## **Incontro di settembre**

E' intervenuta nell'incontro di settembre la Dr.ssa **Ester Sapigni** del Servizio Politica del farmaco parla dei farmaci distribuiti dalle farmacie ospedaliere (Prontuario terapeutico),

Il Prontuario terapeutico regionale è uno strumento di governo clinico (il primo prontuario è stato fatto nell'82) adottato dalla Regione Emilia-Romagna ed è elaborato dalla Commissione regionale del farmaco e si articola in Prontuari terapeutici provinciali. Le indicazioni dei Prontuari regionale e provinciali sono vincolanti per tutti i dipendenti del Servizio sanitario regionale; sono fortemente raccomandate per i medici e pediatri di famiglia.

La Commissione regionale del farmaco è formata da 15 persone, poi ci sono gruppi composti da clinici che leggono i documenti scientifici pubblicati e poi giudicano cosa è bene utilizzare e come.

I criteri che guidano la Commissione regionale del farmaco nella selezione dei medicinali da inserire nel Prontuario terapeutico regionale si basano su criteri di efficacia e sicurezza valutati rispetto ai risultati e ai dati desunti di studi clinici di buona qualità e alle raccomandazioni contenute nelle principali linee-guida nazionali ed internazionali.

Attualmente l'adesione al prontuario è del 99%

Prima il Prontuario era una semplice lista, ora dice anche quando è necessario utilizzare i farmaci mirati o al sesso o alle caratteristiche del paziente, la lista è affiancata da una serie di documenti che servono come guida ai farmaci.

Il Prontuario è aggiornato ogni mese, ed è disponibile in internet, su Saluter con anche tutti i documenti allegati, elaborati dalla Commissione regionale del farmaco.

I membri della Commissione del farmaco hanno un mandato di 2 anni, devono dichiarare di non avere conflitto di interesse se il medico ha borsisti, se è finanziato da una ditta, se partecipa a sperimentazioni scientifiche di ditte farmaceutiche. Tutti gli specialisti devono essere super partes, non coinvolti, quella che è nel prontuario è la vera informazione indipendente, il nostro principale interesse è la tutela della salute del cittadino.

Farmaci oncologici e reumatologici assorbono la maggior parte delle risorse.

La nostra Regione ha dei buoni dati sull'utilizzo dei farmaci, negli obiettivi che diamo alle Aziende c'è solo l'appropriatezza e un utilizzo buono, sicuro e mirato del farmaco

I medici ospedalieri non possono dare in dimissione i campioni gratuiti di farmaci

La regione sta formando i farmacisti con fondi anche AIFA per avere dei farmacisti facilitatori, che portino anche al MMG l'informazione indipendente.

Le commissioni provinciali del farmaco hanno la possibilità di valutare i singoli casi, stesso discorso dei farmaci utilizzati off-label.

E' intervenuto nell'incontro di settembre anche il Dott. **Andrea Marchi** del Servizio Politica del farmaco che ha parlato dei farmaci equivalenti o generici:

Sono quei farmaci il cui brevetto è scaduto e possono dunque essere commercializzati a minor costo (una diminuzione di almeno il 30% del prezzo del farmaco con brevetto ancora valido), ma che contengono lo stesso principio attivo e dunque hanno la stessa efficacia del farmaco di marca.

L'utilizzo dei farmaci equivalenti permette un risparmio per la collettività liberando risorse economiche che possono essere destinate all'utilizzo di farmaci innovativi e a servizi sanitari qualificati.

I cittadini possono contribuire alla diffusione dell'utilizzo dei farmaci con brevetto scaduto chiedendo al loro medico di prescrivere un farmaco a brevetto scaduto in alternativa ad un farmaco di marca, se disponibile.



La Regione ha la competenza di fissare il prezzo massimo di rimborso al farmacista per un determinato farmaco. Con periodicità mensile viene controllata la disponibilità dei farmaci generici dai grossisti, poi viene redatta la lista, se vogliamo il farmaco di marca che ci ha prescritto il nostro medico, dobbiamo pagare la differenza tra il prezzo di questo farmaco di marca e il prezzo del farmaco generico.

I farmaci sono definiti dalla norma perché sono equivalenti la molecola è la stessa, la composizione è la stessa, l'unica cosa che può essere differente sono gli eccipienti. Ci sono studi di bioequivalenza che garantiscono che la quantità assorbita di principio attivo sia la stessa con la tolleranza del + o - 20%, dosaggi ematici assorbiti dal sangue livelli del principio attivo + o - 20%, se si vanno a vedere i test molte volte i generici hanno maggiore efficacia.

Come regione invitiamo i medici a prescrivere i principi attivi con brevetto scaduto e cerchiamo di essere il più trasparenti e precisi possibile.

Per alcune patologie croniche (ipertensione, aritmie cardiache, epilessia, malattie mentali, diabete, ecc.) è necessario che il paziente esegua la terapia con il farmaco della stessa azienda (griffata o farmaco equivalente) perché indipendentemente dal nome commerciale del principio attivo la stessa definizione di farmaco equivalente non garantisce la terapia della stessa quantità del farmaco specifico.

Su Saluter sono presenti le ultime determinazioni regionali riguardanti i prezzi massimi di rimborso per i medicinali non coperti da brevetto

Il prezzo dei medicinali negli ospedali è dato da gare pubbliche e viene scelta l'offerta economicamente più vantaggiosa, che non è detto che sia la più bassa.

## **Incontro di novembre**

Nell'incontro di novembre è presente la Dr.ssa **Mila Ferri**, Responsabile del Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Salute delle carceri parla delle dipendenze patologiche

Per quanto riguarda le dipendenze patologiche la Regione non deve solo coordinare le Aziende sanitarie, ma anche il volontariato ed il privato accreditato, in quanto la dipendenza da sostanze è un iceberg, il sommerso dell'iceberg va affrontato con la promozione di stili di vita sani non solo da parte delle aziende sanitarie, ma anche dei Comuni. Occorre fornire indirizzi e sensibilizzare la comunità su un fenomeno che riguarda un ampio numero di persone.

Direttiva 1533 del 2006 è arrivata nello stesso momento del piano.

Non differenzio tra sostanze legali o non legali oggi consumo di vino ai pasti azzerato, ma molto presente effetto psicoattivo, psicotropo degli alcolici.

La Dott.ssa Ferri ha presentato una serie di slide con dati regionali.

Le sostanze costano sempre meno e sono molto diffuse: la cocaina adesso costa poco, ed è diffusissima, l'eroina è ancora una sostanza di nicchia. Non si tratta di

dipendenza per tutti gli utilizzatori, per esempio chi consuma alcool solo il fine settimana non è dipendente.

Il Binge drinking è una pratica sempre più diffusa tra i giovani e consiste nel bere drink a contenuto alcolico, solitamente il sabato sera con l'unico obiettivo di ubriacarsi bevendo più di 5 unità alcoliche (bicchieri di vino o boccale). Bisogna tenere presente che 2° 3 unità alcoliche fanno già ritirare la patente.

In Italia è vietato vendere alcolici sotto i 16 anni, ma è disatteso

Il consumo di alcol è la causa di 1/4 degli incidenti stradali, inoltre comporta il rischio di coma etilico, di vita e di trapianto di fegato

E' importante ricordare che prima della guida o in gravidanza non si deve bere

Eroina si è intorno all'1% adesso viene tirata non più iniettata in vena.

Rischio di rottura di aneurismi cerebrali successivi all'uso di cocaina

E' importante intervenire nelle scuole con programmi di prevenzione, il semplice messaggio informativo ha effetto solo su alcuni ragazzi, i programmi devono insegnare a resistere alla pressione dei pari, però questo non può essere fatto solo dallo psicologo del consultorio che va due volte a scuola.

Noi come Assessorato vogliamo arrivare a definire quelli che devono essere i livelli essenziali di educazione e prevenzione, la cosa migliore sarebbe la formazione degli insegnanti

Il progetto riduzione dei rischi prevede funzioni di prossimità con operatori che vanno nei luoghi, unità di strada, equipe dedicate che vanno presso discoteche, discopub, posti che vanno di moda in questo momento.

Progetti tra Comune e AUSL che fanno attività di strada e vanno nei luoghi di divertimento, finanziamento dedicato che va speso con il Comune

Adesso va di moda anche la chetamina anestetico veterinario consumo di nicchia

Viene molto utilizzato l'etilometro 10 volte i controlli che fa la polizia stradale, a volte fatti anche insieme alla polizia. Circa il 50% delle persone fermate e a cui viene fatto fare il test con l'etilometro superano i livelli consentiti.

Il sistema di servizi integrato tra le discipline di psichiatria adulti, neuropsichiatria infantile e dipendenze patologiche è in capo ai Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche presenti in ogni Azienda Usl. L'approccio è globale e riguarda aspetti di prevenzione, promozione cura, riabilitazione nel campo delle dipendenze patologiche da sostanze psicoattive

Sul versante sociale e socio-sanitario il Dipartimento persegue l'integrazione con i servizi dei Comuni, con il volontariato e con il privato accreditato. i SerT (Servizi per le dipendenze patologiche) son presenti in ogni Distretto dell'Azienda Usl.

Gli interventi per le dipendenze patologiche, prevenzione, trattamento, riabilitazione sono erogati dai SerT e si avvalgono della collaborazione degli Enti che gestiscono strutture residenziali e semiresidenziali, anche di tipo specialistico. Con il Coordinamento regionale degli Enti ausiliari la Regione ha stipulato un accordo contenente previsioni di ordine economico e normativo. Attualmente è in vigore l'accordo 2010-2012 (delibera di Giunta 246/2010).

I servizi offerti riguardano: osservazione e diagnosi, prevenzione (nella scuola, nei quartieri, nei gruppi); trattamento della dipendenza anche attraverso l'inserimento in strutture residenziali riabilitative; interventi di riduzione del danno; interventi in carcere (dove sono presenti molti tossicodipendenti); inserimento scolastico e lavorativo; assistenza sociale e tutela giuridica; sussidi economici; assistenza domiciliare.

In particolare, i Sert assicurano visite mediche, trattamenti di disintossicazione, supporto psicologico, sostegno sociale ed educativo. Garantiscono l'accesso in strutture residenziali o semiresidenziali che offrono percorsi riabilitativi e servizi per persone con problemi di dipendenza, anche attraverso trattamenti specifici per la dipendenza patologica associata a problemi psichiatrici, strutture residenziali per genitori tossicodipendenti con figli minori, centri di osservazione e diagnosi.

I SerT partecipano, quando necessario, ai servizi di assistenza domiciliare. Particolare attenzione è rivolta alla prevenzione e alla cura delle malattie infettive e alle patologie croniche correlate all'abuso di sostanze.

In tutte le Aziende USL sono previsti percorsi assistenziali specifici per alcolisti, tabagisti, giovani consumatori di sostanze psicoattive; diffusi anche percorsi di accesso per la presa in carico e la cura dei soggetti dipendenti da cocaina, psicostimolanti.

Il trattamento della persona con dipendenza dura in media 7 anni, l'importante è lavorare per percorsi di cura, dare una risposta al bisogno delle persone

Tossicodipendenti giovani 15-19 anni il numero è cresciuto tantissimo il numero.

Una volta 95% era eroina, adesso spessissimo l'eroina si associa alla cocaina, quelli che consumano cannabis sono inviati dalla prefettura perché è previsto per legge.

Programma regionale dipendenze patologiche 2008-2010 e poi obiettivi prioritari alle aziende per es il monitoraggio dell'accordo della 1533

Punti che necessitano attenzione non esiste più il servizio monade o il rapporto tra amici, bisogna definire come deve avvenire il rapporto tra i diversi servizi, bisogna lavorare con la psichiatria adulti, i servizi di Emergenza-Urgenza

Progetto regionale con emergenza urgenza per formazione degli operatori.

Test per HIV, HBV, HCV, oggi se non usano sostanze in vena non si ritiene di fare i test, ma è soprattutto per i comportamenti a rischio e quindi andrebbe fatto a tutti. Per fare il test ci vuole l'assenso di chi lo fa.

## **Incontro di dicembre**

Nell'incontro si sono svolte le Elezioni del Presidente e del Vicepresidente:

Le votazioni vengono chiuse alle ore 11.00.

Il Presidente di seggio Mario Salsi insieme al Segretario di seggio Luigi Tirota procedono allo spoglio dei voti.

Il Presidente di seggio Mario Salsi comunica il risultato delle votazioni:

Hanno votato 19 membri del CCRQ su 22 aventi diritto, non ci sono state schede bianche o nulle.

Per la Presidenza : Giuseppina Poletti 19 voti

Per la Vicepresidenza: Remo Martelli 19 voti

Viene eletta **Presidente Giuseppina Poletti** e viene eletto **Vice Presidente** del CCRQ **Remo Martelli**.

### ***Documentazione distribuita***

1. Deliberazione di Giunta Regionale 1035/2009
2. Il Programma Attuativo Annuale 2010"
3. Slide Dott.ssa Darchini su Progetto Sole
4. Slide Dott.ssa Ferri su Dipendenze
5. Slide Dott.ssa Tommasini su povertà
6. Deliberazione di Giunta Regionale n.313/2009 "Piano attuativo salute mentale 2009-2011"

Bologna 16 Marzo 2011

Il vice Presidente

il Presidente

Remo Martelli

Giuseppina Poletti