



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

Bilancio di Missione 2011



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

Bilancio di Missione 2011

Azienda USL
via Amendola, 2
42122 Reggio Emilia
tel. 0522 335211
fax 0522 335205
www.ausl.re.it

Questo documento è il frutto dei contributi forniti da oltre cento professionisti afferenti alle diverse articolazioni organizzative aziendali. A ognuno di loro va il ringraziamento della Direzione Generale per la preziosa e fattiva collaborazione.

Aurelio Aldrovandi, Erika Baccarani, Flavia Baldacchini, Paola Ballotari, Giuliana Barchi, Sandra Bedeschi, Emanuela Bedeschi, Mauro Bedogni, Raffaele Bertolini, Roberto Bonacini, Francesca Bonvicini, Laura Bonvicini, Nazzarena Borciani, Roberto Bosi, Dina Braglia, Corrado Busani, Amelia Ceci, Ivana Ceci, Valeria Cenacchi, Morena Cerlini, Antonio Chiarenza, Sandra Coriani, Dorella Costi, Antonio Cuccurese, Ilaria Dall'Asta, Stefania D'Angelo, Carla Dieci, Enza Di Felice, Antonio Di Mare, Angiolina Dodi, Luisa Emiliani, Mila Fanti, Sara Fantuzzi, Alessandra Ferretti, Franca Fiorini, Teresa Fontanesi, Annarita Fornaciari, Lorena Franchini, Margherita Galeotti, Barbara Galletti, Lia Gallinari, Maria Linda Gallo, Maurizia Gambarelli, Paolo Gambarelli, Lorenzo Gazzini, Stefania Gherri, Pierluigi Giacobazzi, Gabriela Gildoni, Paolo Giorgi Rossi, Claudio Giovanardi, Rossana Gombia, Giuseppe Grandi, Gaddomaria Grassi, Ferdinando Luberto, Laura Magnani, Rossana Marmonti, Morena Martinelli, Maurizia Massari, Ivano Massirio, Stefano Mastrangelo, Giovanna Mattei, Attilio Mattioli, Antonella Messori, Francesco Micella, Francesco Mineo, Giampiero Montanari, Luisa Montanari, Barbara Monte, Giovanni Morini, Oriella Motta, Serena Nannini, Matteo Nassisi, Elisabetta Negri, Antonio Nicolaci, Antonia Nini, Alessandro Nora, Giovanni Pagliarini, Maria Teresa Pantani, Luisa Paterlini, Fiorenza Pattacini, Ketty Pavanello, Lucio Pederzoli, Cristina Pedroni, Monica Perazzi, Cinzia Perilli, Annamaria Pezzarossi, Luca Pingarani, Alessandro Pinotti, Mirco Pinotti, Manuela Predieri, Delia Rabitti, Pietro Ragni, Benedetta Riboldi, Alessandra Amabile Righi, Rossella Rodolfi, Maurizio Rosi, Rosaria Ruta, Laura Sardonini, Mario Scaletti, Enrico Semrov, Adriana Stefania, Guido Tirelli, Simone Tirelli, Cristina Vacondio, Carlo Veronesi, Massimo Vicentini.

Coordinamento editoriale:

Sara Baruzzo e Federica Gazzotti

Progetto Grafico:

Emmestudio

Indice

Bilancio di Missione 2011

Premessa	7
Sezione 1 Contesto di riferimento	9
1.1 Territorio	10
1.1.1 Distribuzione territoriale della popolazione residente	10
1.1.2 Caratteristiche e collocazione geografica del territorio	11
1.2 Ambiente	12
1.2.1 Qualità dell'aria	12
1.2.2 Stime locali dell'impatto sanitario dell'inquinamento atmosferico nel 2010	16
1.3 Popolazione	19
1.3.1 Popolazione residente	19
1.3.2 Bilancio demografico	21
1.3.3 Natalità e mortalità	22
1.3.4 Popolazione immigrata	25
1.3.5 Anziani	30
1.3.6 Speranza di vita	33
1.3.7 Famiglie	34
1.3.8 Soggetti in condizioni di marginalità potenzialmente portatori di bisogni	35
1.4 Condizioni socioeconomiche	36
1.4.1 Caratteristiche del tessuto produttivo e del mercato del lavoro	36
1.4.2 Lavoratori stranieri	39
1.4.3 Tenore di vita	39
1.5 Osservazioni epidemiologiche	41
1.5.1 Mortalità	41
1.5.2 Mortalità infantile	47
1.5.3 Incidenza e sopravvivenza dei tumori maligni	49
1.5.4 Prevalenza dei tumori maligni al 01/01/2009	50
1.5.5 Diabete	51
1.5.6 AIDS	52
1.5.7 Tubercolosi	57
1.5.8 La salute della popolazione immigrata	60
1.5.8.1 Il ricovero ospedaliero	60
1.5.8.2 Accessi al Pronto Soccorso	62
1.6 Stili di vita	64
1.6.1 Eccesso ponderale	64
1.6.2 Attività fisica	66
1.6.3 Alcool	66
1.6.4 Fumo	68
1.7 Sicurezza	70
1.7.1 Incidenti stradali	70
1.7.2 Infortuni sul lavoro	72

Sezione 2 Profilo aziendale	77
Premessa	78
2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale	78
2.1.1 Sostenibilità economica	80
2.1.2 Sostenibilità finanziaria	89
2.1.3 Sostenibilità patrimoniale	91
2.2 Impatto sul contesto territoriale	101
2.2.1 Impatto economico	101
2.2.2 Impatto sociale	111
2.2.3 Impatto culturale	113
2.2.4 Impatto ambientale	114
2.3 Livelli Essenziali di Assistenza	124
2.3.1 Finanziamenti e costi	124
2.3.2 Assistenza collettiva in ambiente di vita e lavoro	132
2.3.3 Assistenza distrettuale	146
2.3.4 Assistenza farmaceutica	148
2.3.5 Assistenza specialistica ambulatoriale	157
2.3.6 Assistenza ospedaliera	167
2.3.7 Qualità dell'assistenza	178
2.4 Ricerca	186
2.5 Assetto organizzativo	187
Sezione 3 Obiettivi istituzionali e strategie aziendali	195
Premessa	196
3.1 Partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria	196
3.2 Universalità ed equità di accesso	197
3.2.1 Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	197
3.2.2 La mediazione linguistico culturale	198
3.2.3 Area materno-infantile	201
3.3 Centralità del cittadino	204
3.3.1 La partecipazione dei cittadini nella valutazione dei servizi sanitari	204
3.3.2 Le relazioni con le associazioni di volontariato	210
3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale	214
3.4.1 Continuità assistenziale e dimissioni protette	214
3.4.2 Ospedale-Territorio senza Dolore	214
3.4.3 La rete ospedaliera	216
3.4.4 Interventi strutturali	231
3.5 Promozione del cambiamento tecnologico, clinico e organizzativo	234
Sezione 4 Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione	243
Premessa	244
4.1 La "Carta d'identità del personale"	244

4.2	Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa	250
4.3	Gestione del rischio e sicurezza	251
4.4	Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali	255
4.5	Sistema di valutazione delle competenze e sviluppo professionale	257
4.6	Formazione	259
4.6.1	Formazione interna	259
4.6.2	Aree tematiche prioritarie del PAF 2011	261
4.6.3	L'E-Learning e lo sviluppo delle reti	266
4.6.4	Formazione esterna	268
4.6.5	Convenzioni e tirocini	268
4.6.6	Scuole	269
4.7	Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze	269
Sezione 5	Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione	275
	Premessa	276
5.1	La comunicazione per l'accesso ai servizi	276
5.2	La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità	278
5.3	La comunicazione interna aziendale	282
5.4	Attività convegnistica aziendale	283
Sezione 6	Governo della ricerca e innovazione	285
	Premessa	286
6.1	Attività dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione	286
6.1.1	Attività svolte nel 2011	288
6.2	Sviluppo di un ambiente culturale favorevole	288
6.2.1	Attività rivolte al personale sanitario	288
6.2.2	Accessibilità all'informazione e documentazione scientifica	289
6.3	Documentazione delle attività di ricerca aziendali	291
6.4	Garanzie di trasparenza	300
6.4.1	L'anagrafe delle attività di ricerca	300
6.4.2	Il ruolo del Comitato Etico	301
Sezione 7	L'integrazione socio-sanitaria	305
7.1	La costruzione del sistema integrato di servizi sociali e sanitari	306
7.1.1	Il processo di accreditamento delle strutture socio-sanitarie	306
7.1.2	Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA)	308
7.1.3	Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza	312
7.2	I servizi per gli anziani	312
7.2.1	Domiciliarità e residenzialità	313
7.2.2	Il programma aziendale demenze	320

7.2.3	Il ricorso al ricovero ospedaliero	326
7.3	Area della disabilità	328
7.3.1	Disabilità e Piani distrettuali per la Salute e il Benessere Sociale	328
7.3.2	FRNA e disabilità	330
7.3.3	Il consolidamento e lo sviluppo della rete dei servizi territoriali	330
7.3.4	FRNA e disabilità nella minore età	332
7.3.5	L'inserimento nel mondo del lavoro	332
7.3.6	Accertamento della disabilità	333
7.3.7	I percorsi della gravissima disabilità acquisita	334
Sezione 8	I Servizi per la Salute Mentale e per le Dipendenze Patologiche	339
	Premessa	340
8.1	I Servizi per la Salute Mentale adulti	340
8.2	I Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	346
8.3	I Servizi per le Dipendenze Patologiche (Ser.T.)	351
8.4	L'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) e la Sanità Penitenziaria	353
Sezione 9	Le cure primarie	357
9.1	L'organizzazione delle Cure Primarie	358
9.2	Nuclei di Cure Primarie, Case della Salute e associazionismo medico	358
9.3	La rete delle cure domiciliari	361
9.4	I percorsi di cura	363
9.5	I progetti e gli studi	365
Sezione 10	Area Vasta Emilia Nord	369
	Premessa	370
10.1	Acquisti centralizzati	370
10.2	Progetto di logistica integrata – magazzino centralizzato	372
10.3	Adozione e implementazione di nuovi schemi organizzativi	372
10.4	Integrazione in ambito amministrativo-gestionale e clinico-assistenziale	373
Sezione 11	Il patrimonio culturale del San Lazzaro: storia e prospettive	375
11.1	Cenni storici sull'area ex San Lazzaro	376
11.2	La biblioteca scientifica Carlo Livi	376
11.3	L'archivio dell'ex Ospedale Psichiatrico	378
11.4	Il futuro museo al Padiglione Lombroso	378
11.5	L'archivio fotografico	379
11.6	Opere d'arte dei ricoverati	379
11.7	La Rivista Sperimentale di Freniatria	380
11.8	Il Centro di documentazione di storia della psichiatria	380
11.9	L'area San Lazzaro	381
	Conclusioni	383
	Componenti della Direzione Generale, Direzione Strategica, Collegio di Direzione, Collegio Sindacale, Nucleo di Valutazione	384

Premessa

Questa edizione del bilancio di missione è l'ottava per l'Azienda USL di Reggio Emilia.

In questi anni, attraverso la collaborazione con l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale che ha curato le linee guida per la redazione del documento e il confronto con diversi interlocutori interni ed esterni, abbiamo via via apportato modifiche ed integrazioni al fine di arricchire e al tempo stesso rendere maggiormente fruibile questo strumento di rendicontazione.

L'articolazione del documento si declina in questa edizione in 11 sezioni, di cui le prime sei seguono l'impostazione regionale, mentre le seguenti sono l'esito della scelta aziendale di offrire approfondimenti su temi specifici. Si tratta in particolare dell'integrazione socio-sanitaria, dei servizi per la salute mentale e dipendenze patologiche, dello sviluppo delle cure primarie, dell'Area Vasta Emilia Nord e, novità di quest'anno, del patrimonio culturale del San Lazzaro, per molti anni sede del manicomio di questa provincia.

Per facilitare la navigazione del bilancio di missione, le sezioni si aprono con una premessa che declina il contenuto delle pagine che seguono e i commenti ai grafici e alle tabelle sono presentati graficamente in modo da essere immediatamente riconoscibili.

Per favorire la leggibilità del documento, in particolare per le prime due sezioni che sono dense di informazioni, l'andamento degli indicatori viene evidenziato da una "faccina" che può essere sorridente, triste o neutra a seconda del trend.

Breve descrizione dell'assetto aziendale

L'Azienda USL di Reggio Emilia è articolata in 6 distretti ed organizzata in dipartimenti ospedalieri e territoriali.

In ogni distretto è presente un ospedale che fa parte del presidio ospedaliero aziendale, con l'eccezione del Distretto di Reggio Emilia dove è presente l'Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova, IRCCS in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia.

Gli ospedali del presidio ospedaliero aziendale sono: Ospedale San Sebastiano di Correggio, Ospedale C. Magati di Scandiano, Ospedale E. Franchini di Montecchio, Ospedale Sant'Anna di Castelnovo Monti, Ospedale Civile di Guastalla.

Il presidio è organizzato in dipartimenti che perseguono l'integrazione con tutte le strutture ed i servizi sanitari del territorio della provincia, interni ed esterni all'azienda, per assicurare la continuità assistenziale nei confronti del cittadino.

Nel corso di questi anni, l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia hanno consolidato forme di integrazione in rete, mediante percorsi clinico-assistenziali condivisi, a garanzia di elevati livelli di qualità delle prestazioni, di continuità della cura, di semplificazione dei percorsi di accesso e sviluppo di forme alternative al ricovero. In quest'ottica le due aziende sanitarie pubbliche della provincia hanno attivato due dipartimenti interaziendali: Il Dipartimento di Emergenza-Urgenza ed il Dipartimento di Diagnostica per Immagini.

Analogamente ai dipartimenti ospedalieri sono stati costituiti dipartimenti territoriali che aggregano servizi omogenei per tipologia di utenza o per affinità di metodologie operative, che assicurano livelli qualitativi uniformi delle prestazioni sull'intera area provinciale. Essi sono: il Dipartimento di Sanità Pubblica, il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, il Dipartimento Farmaceutico e i Dipartimenti di Cure Primarie (uno in ogni distretto).

Strumento fondamentale del governo clinico sono i programmi che hanno la funzione di programmazione a valenza aziendale o provinciale negli ambiti di specifica competenza, integrando tra loro più strutture complesse (ospedaliere o territoriali) e/o funzioni ad elevata complessità e/o ad assorbimento rilevante di risorse.

I programmi rappresentano uno strumento a supporto dell'integrazione, laddove scelte organizzative determinate dalla complessità dei problemi di salute e della molteplicità di risorse da attivare, richiedono garanzie di omogeneità dei percorsi.

Sezione 1

Contesto di riferimento

- 1.1 Territorio
 - 1.1.1 Distribuzione territoriale della popolazione residente
 - 1.1.2 Caratteristiche e collocazione geografica del territorio
- 1.2 Ambiente
 - 1.2.1 Qualità dell'aria
 - 1.2.2 Stime locali dell'impatto sanitario dell'inquinamento atmosferico nel 2010
- 1.3 Popolazione
 - 1.3.1 Popolazione residente
 - 1.3.2 Bilancio demografico
 - 1.3.3 Natalità e mortalità
 - 1.3.4 Popolazione immigrata
 - 1.3.5 Anziani
 - 1.3.6 Speranza di vita
 - 1.3.7 Famiglie
 - 1.3.8 Soggetti in condizioni di marginalità potenzialmente portatori di bisogni
- 1.4 Condizioni socioeconomiche
 - 1.4.1 Caratteristiche del tessuto produttivo e del mercato del lavoro
 - 1.4.2 Lavoratori stranieri
 - 1.4.3 Tenore di vita
- 1.5 Osservazioni epidemiologiche
 - 1.5.1 Mortalità
 - 1.5.2 Mortalità infantile
 - 1.5.3 Incidenza e sopravvivenza dei tumori maligni
 - 1.5.4 Prevalenza dei tumori maligni al 01/01/2009
 - 1.5.5 Diabete
 - 1.5.6 AIDS
 - 1.5.7 Tubercolosi
 - 1.5.8 La salute della popolazione immigrata
 - 1.5.8.1 Il ricovero ospedaliero
 - 1.5.8.2 Accessi al Pronto Soccorso
- 1.6 Stili di vita
 - 1.6.1 Eccesso ponderale
 - 1.6.2 Attività fisica
 - 1.6.3 Alcool
 - 1.6.4 Fumo
- 1.7 Sicurezza
 - 1.7.1 Incidenti stradali
 - 1.7.2 Infortuni sul lavoro

1.1. Territorio

1.1.1. Distribuzione territoriale della popolazione residente

La Provincia di Reggio Emilia comprende 45 comuni con una popolazione, al 01.01.2011, di 530.388 residenti. La densità abitativa è da molti anni in aumento in tutti i distretti, con l'unica eccezione del distretto di montagna (Castelnuovo Monti) dove appare stabile nei periodi considerati.

Negli ultimi anni tuttavia, probabilmente a causa della crisi economica, si registra una ridotta crescita della densità abitativa legata alla riduzione del saldo migratorio, rispetto agli anni precedenti.

La densità è massima nel Distretto di Reggio Emilia e minima in quello di Castelnuovo Monti. Il Comune di Reggio Emilia registra la densità più elevata, 734, ma anche i Comuni di Casalgrande, Cavriago, Rubiera, Sant'Ilario d'Enza e Scandiano superano i 500 abitanti/kmq.

Tabella n. 1. **Densità abitativa (residenti/kmq) in Provincia di Reggio Emilia per distretto**

Distretto	Popolazione residente al 01/01/2011	Estensione in Kmq.	Densità abitativa	Differenza* 01/01/2011 01/01/2010	Differenza* 01/01/2011 01/01/2007
Montecchio	62.031	240,41	258,02	2,53	15,08
Reggio Emilia	225.012	464,89	484,01	5,88	27,75
Guastalla	72.500	316,41	229,13	1,58	10,18
Correggio	55.888	184,78	302,46	3,53	23,30
Scandiano	80.420	290,85	276,50	1,95	15,70
Castelnuovo Monti	34.537	795,55	43,41	0,04	0,30
Provincia	530.388	2.292,89	231,32	2,22	12,59

*differenza nel numero abitanti/kmq nel periodo considerato

Fonte: Ufficio Statistica Regione Emilia-Romagna

Resta sostanzialmente invariata la distribuzione provinciale della popolazione tra pianura, collina e montagna.

Tabella n. 2. **Distribuzione percentuale dei residenti in Provincia di Reggio Emilia per distretto e zona altimetrica al 01/01/2011**

Distretto	Montagna	Collina	Pianura
Montecchio	-	15,64	84,36
Reggio Emilia	-	11,63	88,37
Guastalla	-	-	100,0
Correggio	-	-	100,0
Scandiano	-	81,90	18,10
Castelnuovo Monti	86,86	13,14	-
Totale	5,66	20,04	74,30

Fonte: Ufficio Statistica Regione Emilia-Romagna

1.1.2. Caratteristiche e collocazione geografica del territorio

La Provincia di Reggio Emilia confina a est e ovest, rispettivamente, con le Province di Modena e Parma, a nord con Mantova e a sud con Lucca e Massa Carrara.

Si colloca al centro della regione, in una posizione geografica favorevole dal punto di vista dell'accessibilità.

La provincia è attraversata dalla linea ferroviaria Milano-Bologna-Napoli e dalla nuova linea per l'alta velocità. È in fase di costruzione, a 4 km a nord della città, la fermata mediopadana.

A questi collegamenti si aggiungono quelli delle FER, Ferrovie Emilia-Romagna, che gestiscono le linee da Reggio Emilia a Guastalla, Sassuolo e Ciano d'Enza.

Il territorio provinciale è attraversato dall'autostrada A1 Milano-Napoli, su cui è stato aperto un ulteriore casello per il collegamento della Val d'Enza e delle "Terre Matildiche". Al tradizionale accesso all'autostrada del Brennero di Reggio-lio, a breve si aggiungerà un nuovo collegamento nell'area delle ceramiche a Sassuolo, sul confine tra la Provincia di Reggio Emilia e quella di Modena.

La figura rappresenta i 3 assi strategici nord-sud, rispettivamente 113, 103 e 88 km, e est-ovest (42, 35 e 34 km) in parte completati e in parte in fase di esecuzione o progettazione.

Figura n. 1. Assi strategici viari nord-sud e est-ovest



Fonte: Provincia di Reggio Emilia, Settore Infrastrutture, mobilità e trasporti

La rete viaria della provincia è caratterizzata da consistenti volumi di traffico veicolare con congestionamenti nelle ore di punta in entrata nel capoluogo, sulle tangenziali, sulla Via Emilia e nel distretto delle ceramiche (Scandiano).

Nell'ultimo decennio si è consistentemente arricchita la dotazione di piste ciclabili del comune capoluogo e della provincia. A regime lo sviluppo della rete provinciale dovrebbe superare i 170 km.

Tali infrastrutture, unitamente ai potenziamenti previsti per le linee ferroviarie locali e per il trasporto pubblico, potranno offrire importanti opportunità per ridurre il traffico nei centri e promuovere modalità di spostamento più sane e sostenibili.

1.2. Ambiente ¹

1.2.1. Qualità dell'aria

La rete fissa di monitoraggio della qualità dell'aria in provincia è composta da 7 centraline di rilevamento. A Reggio Emilia erano presenti una stazione urbana da traffico (Viale Timavo) e due di fondo urbano (Via Amendola e Viale Risorgimento). In provincia sono attive una centralina suburbana da traffico (Casalgrande), una suburbana di fondo (Castellarano), una di fondo rurale (San Rocco di Guastalla) e una di fondo remoto (Febbio di Villa Minozzo).

La stazione di Viale Risorgimento è stata disattivata il 31/12/2011 come previsto dal programma di adeguamento della Regione Emilia-Romagna secondo il D.Lgs. 155/2010.

Sono inoltre disponibili laboratori mobili utilizzati per monitorare zone circoscritte, ad esempio arterie stradali e aree industriali, o in risposta a richieste di cittadini o comitati.

In tutte le centraline fisse sono monitorati gli ossidi di azoto (NOx) e il particolato (PM₁₀). Il monossido di carbonio (CO) è misurato a Casalgrande e Viale Timavo, l'ozono (O₃) in Via Amendola, Castellarano, San Rocco e Febbio, il benzene in Viale Timavo e Casalgrande, mentre le PM_{2,5}, la cui misurazione è iniziata nel 2008, vengono rilevate a Castellarano, Guastalla e in Via Amendola.

Nel corso del 2011 sono stati raccolti circa 400.000 dati e l'efficienza complessiva della rete di monitoraggio è stata del 96,9%.

Complessivamente l'analisi dei dati di qualità dell'aria relativi all'anno 2011 descrive un quadro di lieve peggioramento rispetto al 2010, imputabile quasi esclusivamente ai mesi di novembre e dicembre.

Il benzene, come pure gli altri idrocarburi aromatici monitorati, non rappresenta da anni un inquinante che desti preoccupazione e le sue concentrazioni medie annuali risultano ben al di sotto della metà del limite normativo.

Anche il monossido di carbonio non rappresenta un problema e le concentrazioni attuali, maggiori nei mesi invernali, risultano ai limiti della quantificazione strumentale.

Permangono quindi tre grosse criticità: particolato e gli ossidi di azoto nei mesi

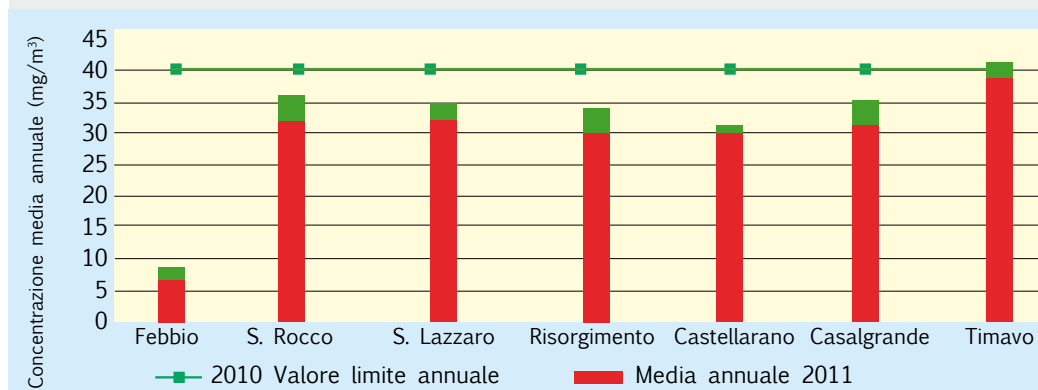
¹ Fonte dei dati: Rapporto annuale sulla qualità dell'aria 2011. ARPA Emilia-Romagna, Sezione Provinciale di Reggio Emilia, aprile 2012. Si ringrazia il Dr. Luca Torreggiani, ARPA Emilia-Romagna - Responsabile provinciale rete di monitoraggio della qualità dell'aria.

invernali e l'ozono nel periodo estivo.

L'ozono, che raggiunge le massime concentrazioni tra maggio e agosto, ha superato 89 volte, rispetto alle 50 volte degli anni passati, il limite del valore bersaglio per la salute umana di $120 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (25 superamenti consentiti).

Il biossido d'azoto ha superato i valori massimi orari giornalieri di $200 \mu\text{g}/\text{m}^3$ per un totale di 10 ore, sulle 18 consentite, solo nella stazione di Viale Timavo. Il trend delle concentrazioni medie annuali mostra una costante lieve diminuzione nelle stazioni di fondo e, in controtendenza, un peggioramento nella stazione di Viale Timavo nella quale dal 2005 viene superato il valore limite annuale.

Grafico n. 1. Medie annuali 2010 e 2011 di PM_{10} e valore limite per la protezione della salute ($40 \mu\text{g}/\text{m}^3$) in Provincia di Reggio Emilia

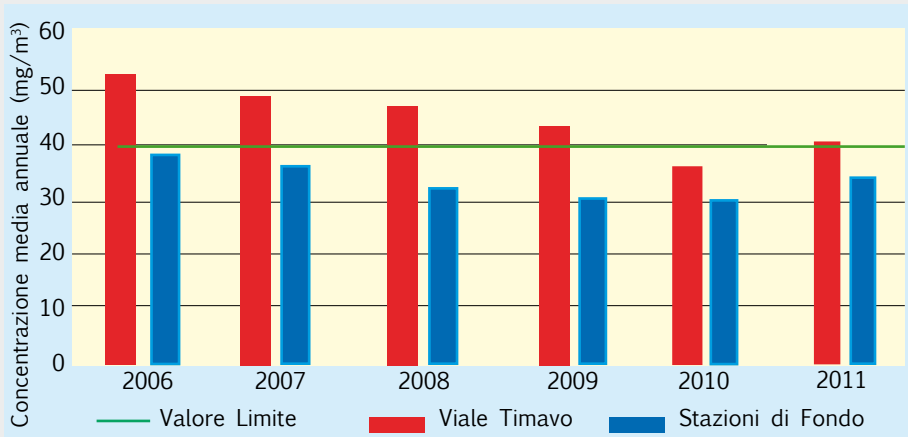


Fonte: ARPA Emilia-Romagna - Sezione provinciale di Reggio Emilia

Il grafico mostra i valori medi di particolato rilevati nelle centraline provinciali. La media annuale risulta inferiore al limite annuale di $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ nelle stazioni di fondo urbano e suburbane, mentre in Viale Timavo, contrariamente al 2010, il limite risulta superato.

Il trend costante di miglioramento degli anni precedenti sembra dunque essersi arrestato nel 2011.

Grafico n. 2. **Andamento nel tempo delle medie annuali di PM₁₀ e valore limite per la protezione della salute nella centralina di Viale Timavo e in quelle di fondo**

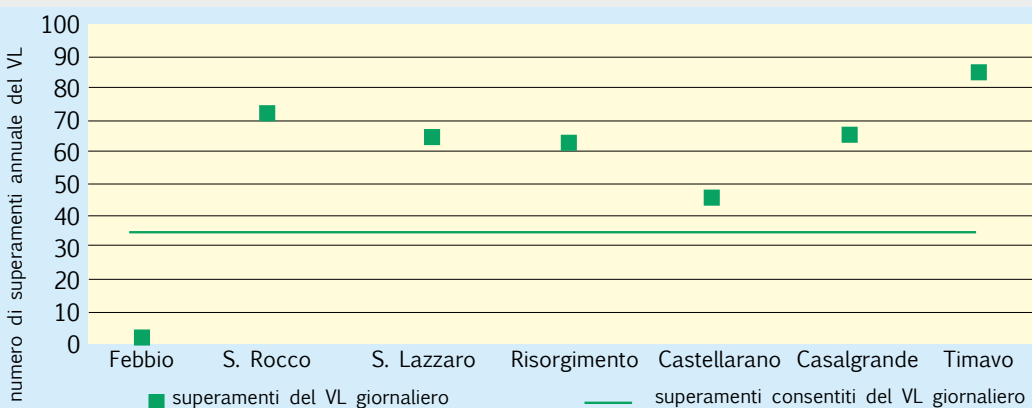


Fonte: ARPA Emilia-Romagna - Sezione provinciale di Reggio Emilia

Il grafico mostra la netta riduzione, circa 4 µg/anno, dei valori medi annuali di PM₁₀ nella centralina di Viale Timavo, fino al 2010, con risalita nell'anno successivo.

14

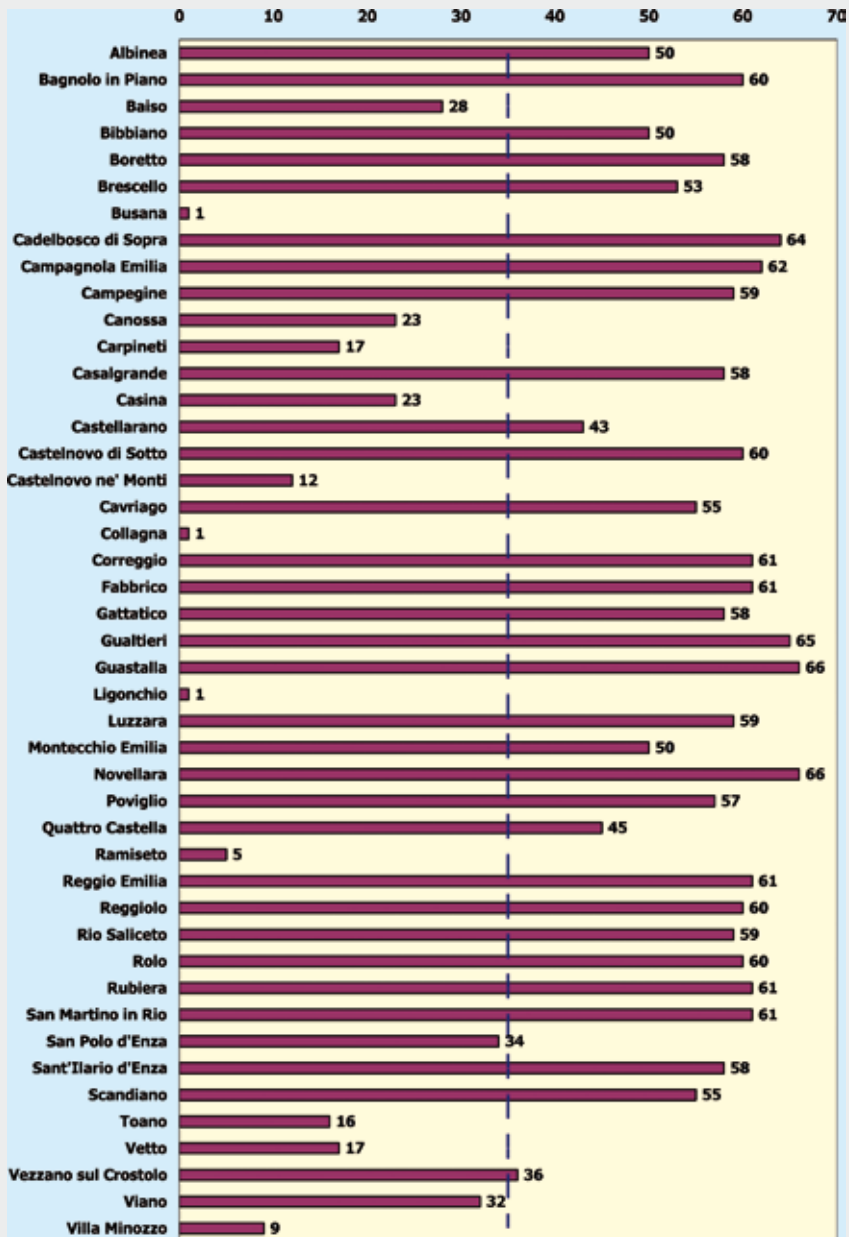
Grafico n. 3. **Numero di giorni di superamento del valore limite (VL) nelle 24 ore di 50 µg/m³ di PM₁₀ e numero massimo consentito (35) in Provincia di Reggio Emilia nel 2011**



Fonte: ARPA Emilia-Romagna - Sezione provinciale di Reggio Emilia

Molto più problematico appare il rispetto del numero massimo annuale di superamenti del valore limite di 24 ore per la protezione umana, attualmente fissato a 50 µg/m³, da non superare più di 35 volte in un anno. In tutte le centraline di pianura il limite di 35 giorni è ampiamente superato, fino al massimo di Viale Timavo (86), che da sempre registra i valori più elevati della provincia.

Grafico n. 4. Numero di giorni di superamento annuali di PM_{10} nel 2011 stimato per ogni comune della Provincia di Reggio Emilia tramite elaborazione modellistica



Fonte: ARPA Emilia-Romagna - SIMC

Ovviamente il problema riguarda tutti i comuni dell'area di pianura della provincia, come si evince dal grafico che riporta la stima tramite modelli matematici del numero di superamenti annuali del valore limite di PM_{10} nei comuni reggiani. Solo nei comuni montani e dell'alta collina viene rispettato il limite di 35 giorni di superamento.

Tabella n. 3. **PM₁₀: Medie annuali e numero di superamenti del valore limite nelle città capoluogo della Regione Emilia-Romagna**

Province	Giorni di misura validi 2011	media 2011 (µg/m ³)	media 2010 (µg/m ³)	media 2009 (µg/m ³)	n. superamenti 2011	n. superamenti 2010	n. superamenti 2009
Piacenza	365	40	34	40	93	77	85
Parma	365	42	33	36	96	67	67
Reggio Emilia	365	41	38	42	94	85	83
Modena	365	41	38	39	104	88	89
Bologna	365	37	34	34	76	64	51
Ferrara	365	37	34	36	76	60	66
Ravenna	365	36	31	30	79	56	44
Forlì-Cesena	365	32	30	34	48	51	44
Rimini	365	37	31	31	83	64	47

Fonte: ARPA Emilia-Romagna - Liberiamo l'aria

La tabella riporta i valori medi annuali e il numero di superamenti del limite giornaliero. Dal 2005 viene utilizzato il valore massimo registrato come indicatore per tutto l'agglomerato del capoluogo di provincia.

La media annuale tra le più elevate della regione, insieme al numero di superamenti, fa sì che Reggio Emilia sia insieme con gli altri capoluoghi dell'Area Vasta Emilia Nord, una delle province con i risultati peggiori.

1.2.2. Stime locali dell'impatto sanitario dell'inquinamento atmosferico nel 2010²

Gli effetti a breve termine della qualità dell'aria, sui quali è disponibile una enorme bibliografia, mostrano una associazione tra alcuni indicatori di inquinamento atmosferico, in particolare i livelli giornalieri di PM₁₀ e PM_{2,5}, e aumento della mortalità, dei ricoveri ospedalieri, di altri eventi sanitari acuti e cronici, di giornate di lavoro perse, ecc. Gli studi si basano in genere sulle "serie temporali" di statistiche correnti: viene studiato il rapporto tra le concentrazioni degli inquinanti e i dati meteorologici giornalieri da una parte, e dall'altra gli eventi sanitari che si verificano nella stessa giornata e nei giorni immediatamente successivi. Risultano maggiormente interessati i bambini e la popolazione anziana.

Gli effetti cronici, derivanti dalle esposizioni di lunga durata all'inquinamento atmosferico, sono probabilmente ancora più rilevanti e si basano su ampi studi di coorte condotti dal 1990 che hanno coerentemente dimostrato un aumentato rischio di morte per tutte le cause non traumatiche, per cause cardiovascolari e

² Fonte dei dati:

- popolazioni: banca dati Regione Emilia-Romagna su dati ISTAT;
- mortalità: registro provinciale di mortalità.

respiratorie e per tumore polmonare in relazione all'esposizione nel corso della vita alla componente particolata dell'inquinamento atmosferico.

Le evidenze sugli effetti acuti e cronici dell'inquinamento atmosferico sulla salute della popolazione sono ormai definite, incontrovertibili, coerenti e rilevanti e attualmente la ricerca si sta concentrando sull'individuazione delle popolazioni maggiormente suscettibili e sullo studio della diversa patogenicità legata alle dimensioni e alla composizione delle particelle.

Numerose stime di impatto hanno infine analizzato il "risparmio" in eventi sanitari legato a una riduzione dell'inquinamento atmosferico.

Per fornire una indicazione anche quantitativa degli effetti sanitari dell'inquinamento atmosferico, sono state riprodotte a livello locale alcune delle stime di impatto sulla salute legate agli effetti a lungo e breve termine dell'inquinamento atmosferico. In particolare, a titolo esemplificativo, si riportano le stime dei decessi attribuibili al particolato, ma sono possibili stime anche in relazione agli altri inquinanti, quali ad esempio l'ozono.

La metodologia utilizzata per la produzione delle stime è quella descritta nella recente pubblicazione dell'Ufficio Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità³, dalla quale sono stati tratti gli eventi da studiare, le stime del rischio relativo e la metodologia statistica.

L'algoritmo di calcolo delle stime è stato applicato alla popolazione residente nei comuni della cosiddetta Zona A, che secondo la definizione della Regione Emilia-Romagna è "il territorio dove c'è il rischio di superamento del valore limite e/o delle soglie di allarme. In queste zone occorre predisporre piani e programmi a lungo termine". L'area include 33 comuni di pianura⁴. L'analisi è stata ripetuta anche per il Comune di Reggio Emilia.

I dati utilizzati per l'applicazione dell'algoritmo di calcolo delle stime sono i seguenti:

- mortalità: numero assoluto di decessi per tutte le cause non traumatiche e per alcune cause specifiche nel 2010 nei residenti nelle aree di interesse e in quelli di età ≥ 30 anni;
- popolazione: residenti, rispettivamente di età ≥ 30 anni e totale, nelle aree di interesse al 01.01.2010;
- esposizione: per la Zona A è stata utilizzata la media annuale 2010 di PM_{10} delle 5 centraline di pianura ($32,2 \mu\text{g}/\text{m}^3$), mentre per il Comune di Reggio Emilia è stata utilizzata la media delle 3 centraline urbane ($33,3 \mu\text{g}/\text{m}^3$). Le concentrazioni rilevate sono rappresentative delle aree considerate in quanto il comportamento degli inquinanti come il PM_{10} , studiato a livello di bacino padano, è tale da rendere simili i valori registrati dalle centraline di buona parte della provincia, con la sola eccezione del territorio collinare e montano.

³ Martuzzi M, Mitis F, Iavarone I, Serinelli M. Health impact of PM_{10} and ozone in 13 Italian cities. Copenhagen, World Health Organisation, Regional Office for Europe, 2006.

⁴ Albinea, Bagnolo in Piano, Bibbiano, Boretto, Brescello, Cadelbosco di Sopra, Campagnola Emilia, Campegine, Casalgrande, Castellarano, Castelnovo di Sotto, Cavriago, Correggio, Fabbrico, Gattatico, Gualtieri, Guastalla, Luzzara, Montecchio, Novellara, Poviglio, Quattro Castella, Reggiolo, Reggio Emilia, Rio Saliceto, Rolo, Rubiera, San Martino in Rio, San Polo d'Enza, Sant'Ilario d'Enza, Scandiano, Vezzano sul Crostolo.

Tabella n. 4. Numero assoluto di residenti e decessi nella popolazione generale e adulta (≥ 30 anni); numero di decessi evitabili a livelli di inquinamento atmosferico da PM_{10} inferiori a quelli rilevati

			Zona A (33 comuni)			Comune di Reggio Emilia		
	Codice ICD 10	Stima Rischio Relativo	N. residenti e decessi	N. casi evitabili 30 μg	N. casi evitabili 20 μg	N. residenti e decessi	N. casi evitabili 30 μg	N. casi evitabili 20 μg
Effetti cronici								
Popolazione residente ≥ 30 anni			339.413			118.935		
Cause non traumatiche	A00-R99	1,06	4.307	52,9	277,1	1.538	28,4	107,5
Tumore del polmone	C34	1,08	227	3,6	16,7	77	1,9	6,9
Patologie ischemiche cardiache	I20-I25	1,18	602	19,4	91,9	238	11,4	39,0
Malattie cerebrovascolari	I60-I69	1,02	445	1,9	10,4	16	1,0	3,7
Effetti acuti								
Popolazione residente			495.906			170.086		
Cause non traumatiche	A00-R99	1,006	4.332	5,7	31,3	1.542	3,1	12,2
Malattie cardiocircolatorie	I00-I99	1,009	1.734	3,4	18,7	628	1,9	7,4
Malattie respiratorie	J00-J99	1,013	397	1,1	6,1	144	0,6	2,4

Fonte: Registro provinciale di Mortalità

La tabella riporta le patologie indagate, le stime di rischio utilizzate, i residenti e i decessi nelle due aree in studio e la stima dei casi evitabili. Pur in un ambito limitato, come quello di una provincia, si evidenzia un chiaro effetto sulla mortalità, che rappresenta l'apice della piramide degli effetti dell'inquinamento.

Il significato delle stime non va ricercato nell'attenzione al numero puntuale, pur importante, ma nella sollecitazione all'adozione di provvedimenti capaci di cambiare profondamente l'ambiente. I dati illustrati evidenziano come anche modeste riduzioni possono comportare effetti sanitari non trascurabili. Si ricorda, infatti, che le stime espone non comprendono gli effetti acuti attribuibili in particolare ai valori di picco degli inquinanti (ad esempio: i sintomi respiratori, gli attacchi d'asma, gli accessi al pronto soccorso nei bambini e nella popolazione generale, ecc.) o altri indicatori di effetti cronici. Gli effetti sono dunque noti e attualmente la ricerca si sta concentrando sull'individuazione delle popolazioni maggiormente suscettibili e sullo studio della diversa patogenicità legata alle dimensioni e alla composizione delle particelle.

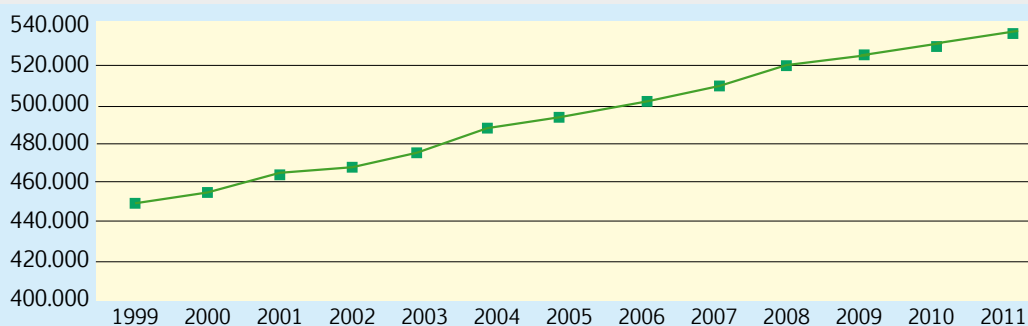


- Inquinamento da benzene e ossido di carbonio sotto controllo
- Media annuale del PM_{10} in calo costante in Viale Timavo



- Media annuale del PM_{10} in aumento rispetto al 2010
- Media annuale del PM_{10} tra le più elevate di tutte le province
- Numero di superamenti del limite giornaliero delle PM_{10} tra i più elevati in Emilia-Romagna
- Mancato rispetto del numero di superamenti in tutte le centraline

1.3. Popolazione

1.3.1. Popolazione residente ⁵Grafico n. 5. **Andamento del numero di residenti in Provincia di Reggio Emilia dal 01.01.1999 al 01.01.2011**

Fonte: Ufficio Statistica Regione Emilia-Romagna

Continua, anche se in misura inferiore rispetto agli anni precedenti, la crescita della popolazione, che era estremamente elevata. I residenti al 01.01.2011 erano 530.388, con un incremento di 5.091 persone rispetto all'anno precedente (+ 1%).

Tabella n. 5. **Distribuzione per età e genere dei residenti in Provincia di Reggio Emilia al 01.01.2011**

Classi di età (anni)	Maschi		Femmine		Totale	
< 1	2.966	1,1	2.792	1,0	5.758	1,1
1-14	38.687	14,8	36.044	13,4	74.731	14,1
15 - 44	106.368	40,8	101.276	37,6	207.644	39,1
45 - 64	68.581	26,3	69.973	26,0	138.554	26,1
65 - 74	23.364	9,0	26.004	9,6	49.368	9,3
> 74	20.915	8,0	33.418	12,4	54.333	10,2
Totale	260.881	100,0	269.507	100,0	530.388	100,0

Fonte: Ufficio Statistica Regione Emilia-Romagna

I maschi sono più numerosi nelle classi giovanili-adulte, mentre le donne lo sono tra gli anziani. Reggio Emilia è la provincia più "giovane" dell'Emilia-Romagna e gli ultrasessantacinquenni rappresentano il 19,5% della popolazione, mentre gli ultraottantacinquenni sono poco più del 3%.

⁵ I dati riportati nelle tabelle e nei grafici sono riferite al 1 gennaio dell'anno successivo eccetto quando specificamente citato.

Tabella n. 6. **Popolazione residente per genere e distretto al 01.01.2011**

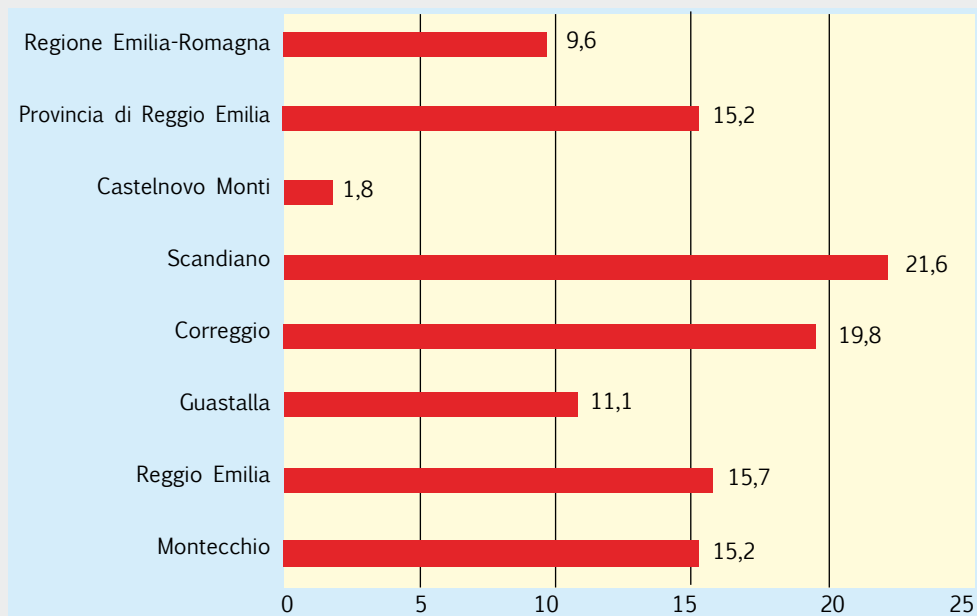
Distretto	Maschi	Femmine	Totale
Montecchio	30.403	31.628	62.031
Reggio Emilia	109.810	115.202	225.012
Guastalla	35.896	36.604	72.500
Correggio	27.749	28.139	55.888
Scandiano	39.894	40.526	80.420
Castelnovo Monti	17.129	17.408	34.537
Totale	260.881	269.507	530.388

Fonte: Ufficio Statistica Regione Emilia-Romagna

In provincia la popolazione supera i 50.000 abitanti in tutti i distretti, ad eccezione di Castelnovo Monti.

La crescita media rispetto all'anno precedente è stata 1,3%, con minimo nel Distretto di Castelnovo Monti (0,5%) e massimo in quello di Correggio (1,9%). L'incremento tra il 2000 e il 2010 è il più alto registrato in regione e riguarda tutti i distretti, in modo particolarmente rilevante quelli di Scandiano e Correggio. Solo a Castelnovo Monti la crescita è lievemente inferiore al 2%.

Grafico n. 6. **Variazione % 2000-2010 della popolazione in Emilia-Romagna e in Provincia di Reggio Emilia, per distretto**



Fonte: nostra elaborazione su dati Ufficio Statistica Regione Emilia-Romagna

Tuttavia rispetto agli anni precedenti, che si riferivano a periodi di forte crescita della popolazione, la variazione percentuale risulta inferiore.

1.3.2. Bilancio demografico

Tabella n. 7. Bilanci demografici 2007-2011 in Emilia-Romagna e in alcune regioni italiane (per 1.000 residenti)

Area territoriale	Crescita Naturale					Saldo Migratorio Totale					Crescita Totale				
	2007	2008	2009	2010	2011*	2007	2008	2009	2010	2011*	2007	2008	2009	2010	2011*
Piacenza	-3,8	-3,7	-3,2	-3,7	-3,2	15,9	18,8	10,5	10,2	7,6	12,1	15,2	7,3	6,5	4,4
Parma	-2,0	-2,3	-2,0	-1,8	-1,8	15,3	19,6	11,6	12,6	10,0	13,3	17,4	9,6	10,8	8,2
Reggio Emil.	1,0	1,3	1,1	1,4	1,4	16,3	16,8	10,1	8,3	6,3	17,3	18,1	11,2	9,7	7,7
Modena	0,2	0,6	0,6	0,4	0,4	11,0	14,9	8,5	8,7	6,0	11,2	15,5	9,1	9,1	6,4
Bologna	-2,2	-2,4	-2,2	-2,4	-2,3	12,0	14,9	10,5	10,0	9,2	9,8	12,5	8,3	7,6	6,9
Ferrara	-5,2	-5,0	-5,2	-5,2	-5,1	12,3	11,1	8,0	8,1	5,9	7,1	6,1	2,8	2,9	0,8
Ravenna	-1,9	-1,7	-1,9	-1,5	-1,9	17,9	18,0	11,6	9,1	8,0	16,0	16,4	9,8	7,6	6,1
Forlì-Cesena	-0,8	-1,0	-0,9	-0,7	-0,9	14,0	13,9	12,0	8,7	7,0	13,2	12,9	11,0	8,0	6,1
Rimini	0,8	1,0	0,7	0,9	0,3	13,5	15,5	11,8	11,6	8,9	14,3	16,5	12,5	12,5	9,2
Emilia-Rom.	-1,4	-1,3	-1,3	-1,3	-1,3	13,8	15,8	10,4	9,6	7,7	12,4	14,4	9,1	8,4	6,4
Piemonte	-2,0	-2,2	-2,4	-2,3	-2,4	13,1	9,3	5,5	4,8	6,2	11,1	7,1	3,1	2,4	3,7
Lombardia	1,1	0,9	0,9	0,8	0,7	9,0	9,4	7,6	8,5	6,6	10,1	10,3	8,5	9,3	7,3
Veneto	0,8	0,8	0,6	0,4	0,2	11,4	10,2	4,9	4,8	5,2	12,2	11,0	5,5	5,2	5,4
Toscana	-2,4	-2,3	-2,6	-2,4	-2,5	12,9	10,7	8,6	7,6	6,8	10,5	8,3	6,0	5,2	4,3
Marche	-1,3	-1,2	-1,1	-1,4	-1,5	12,2	11,7	6,3	5,1	5,2	10,9	10,6	5,2	3,7	3,6
Lazio	0,5	0,9	0,3	0,1	-0,1	11,8	10,8	9,5	8,1	7,9	12,3	11,7	9,8	8,2	7,9

Fonte: Istat (* i dati 2011 sono stimati)

L'incremento di popolazione provinciale è stato per molti anni il più elevato di tutte le province italiane. Negli ultimi tre anni, invece, la crescita totale⁶ risulta in calo. A fronte di un lieve aumento della crescita naturale⁷, si evidenzia una riduzione del saldo migratorio totale⁸, più elevato della maggior parte delle aree territoriali considerate. Ciò appare correlato alla riduzione della capacità di assorbire, in anni di crisi economica, forza lavoro da fuori provincia, accompagnata a un aumento dell'emigrazione per riduzione dei posti di lavoro.

Tabella n. 8. Bilancio demografico della provincia per distretto nel 2010

Distretti	Pop. al 1 gen.	Nati	Morti	Saldo naturale	Iscritti	Cancel- lati	Saldo migratorio	Pop. al 31 dic.	Famiglie	Convi- venze	Componen- ti famiglia
Montecchio	61.418	688	619	69	2.583	2.039	544	62.031	25.208	25	2,46
Reggio Emilia	222.278	2.471	2.117	354	8.851	6.471	2.380	225.012	99.257	87	2,51
Guastalla	71.999	795	758	37	2.699	2.235	464	72.500	28.575	32	2,54
Correggio	55.229	686	492	194	2.164	1.700	464	55.887	22.279	22	2,51
Scandiano	79.835	903	662	241	2.904	2.604	300	80.376	32.561	27	2,47
Castelnovo M.	34.508	299	480	-181	1.019	809	210	34.537	15.838	27	2,18
Provincia	525.267	5.842	5.128	714	20.220	15.858	4.362	530.343	223.718	220	2,36

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat⁹

⁶ Crescita totale (tasso di): somma del tasso di crescita naturale e del tasso migratorio totale.

⁷ Crescita naturale (tasso di): differenza tra il tasso di natalità e il tasso di mortalità.

⁸ Saldo migratorio totale (tasso di): rapporto tra il saldo migratorio totale e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000.

⁹ Il numero dei residenti fornito dall'Istat differisce sempre, lievemente, da quello delle anagrafi comunali e utilizzato dalla Regione Emilia-Romagna.

L'incremento demografico, seppur con differente intensità, interessa tutto il territorio provinciale. Nel 2010 il saldo migratorio è nettamente positivo in tutti i distretti, mentre per quanto riguarda il saldo naturale è negativo solo a Castelnovo Monti.

Tabella n. 9. **Bilancio demografico della Provincia di Reggio Emilia nel 2010 e dal 1 gennaio al 30 novembre 2011**

Distretti	Pop. al 1 gen.	Nati	Morti	Saldo naturale	Iscritti	Cancel- lati	Saldo mi- gratorio	Pop. a fine periodo	Famiglie	Convi- venze	Compon- ti famiglia
2010	525.267	5.842	5.128	714	20.220	15.858	4.362	530.343	223.718	220	2,36
2011	530.343	5.079	4.487	592	17.544	14.865	2.679	533.614	-	-	-

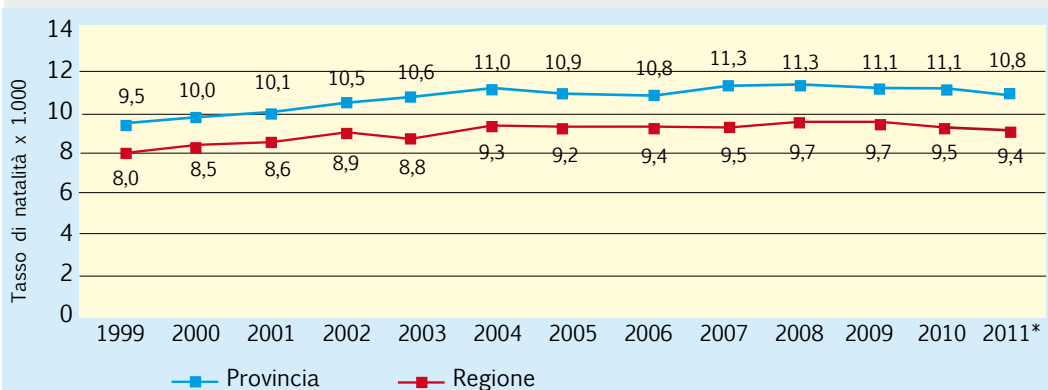
Fonte: Istat

Le principali caratteristiche demografiche della provincia restano l'elevata natalità e la presenza rilevante di popolazione immigrata. I due fattori sono tra loro correlati, essendo l'incremento della natalità prevalentemente a carico di questa popolazione.

I dati provvisori del 2011 suggeriscono una ulteriore riduzione sia del saldo naturale che, soprattutto, migratorio.

1.3.3. Natalità¹⁰ e mortalità¹¹

Grafico n. 7. **Natalità in Provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna**



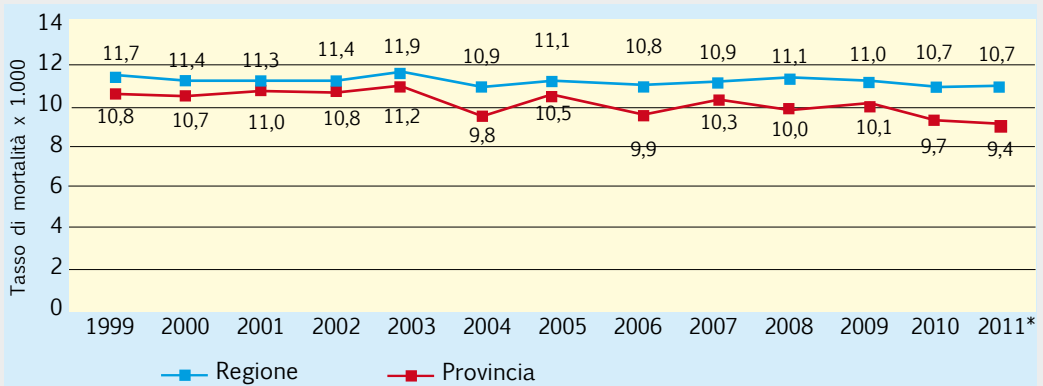
Fonte: Istat (* i dati 2011 sono stimati da Istat)

Reggio Emilia ha costantemente il più alto tasso di natalità della regione, che ormai dal 2004 oscilla intorno all'11%. Le stime Istat prevedono un lieve calo nel 2011.

¹⁰ La natalità è calcolata come il numero di nati sulla popolazione totale x 1.000, per ogni anno considerato.

¹¹ La mortalità è calcolata come il numero di deceduti sulla popolazione totale x 1.000, per ogni anno considerato.

Grafico n. 8. Mortalità in Provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna

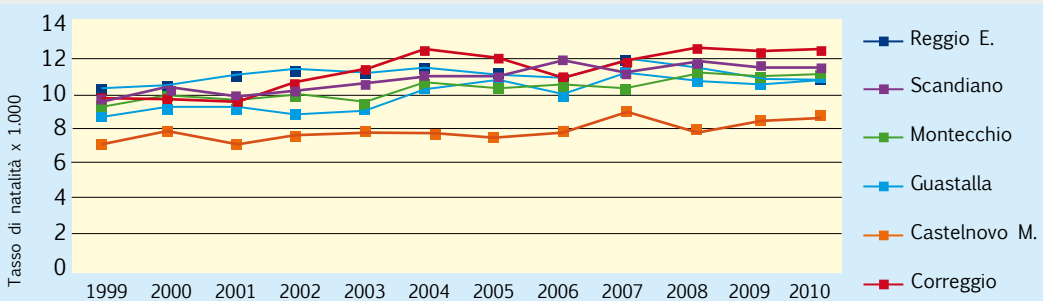


Fonte: Istat (* i dati 2011 sono stimati da Istat)

La mortalità è costantemente inferiore a quella regionale.

L'associazione di questi due andamenti (natalità e mortalità) rende conto dei motivi per cui il saldo naturale è da sempre il più elevato rispetto alle altre province.

Grafico n. 9. Natalità in Provincia di Reggio Emilia per distretto



Fonte: Ufficio Statistica Regione Emilia-Romagna su dati Istat

Nell'ultimo anno considerato la natalità risulta sostanzialmente omogenea in gran parte della provincia, superiore all'11‰, con l'eccezione del distretto montano, dove tuttavia negli ultimi anni supera l'8‰. Da 3 anni il tasso più elevato (12,4‰ nel 2010) è stato registrato a Correggio.

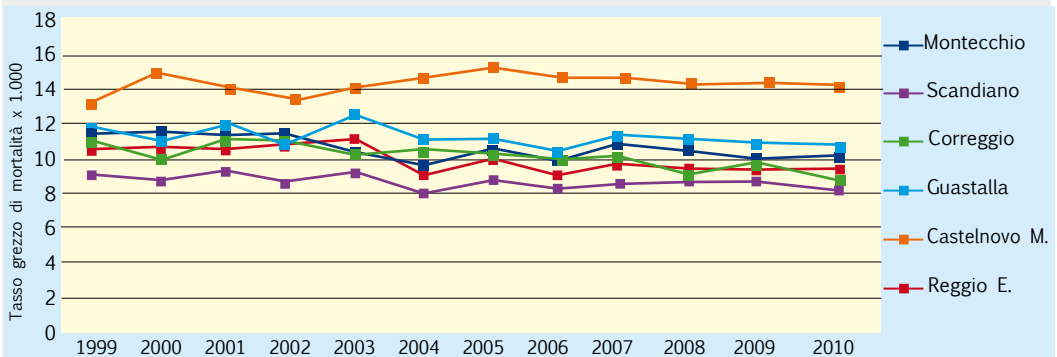
Un notevole contributo alla natalità viene fornito dalla popolazione immigrata. Dal 2002 al 2010 l'incremento risulta costante e nell'ultimo anno la percentuale di bambini stranieri iscritti alle anagrafi è del 26%. A ciò corrisponde, nell'intero periodo considerato, un tasso di natalità della popolazione italiana stabilmente compreso tra l'8 e il 9‰, mentre negli immigrati esso supera costantemente il 20‰.

Tabella n. 10. **Residenti iscritti¹² alle anagrafi della Provincia di Reggio Emilia al 31.12 di ciascun anno per cittadinanza**

Iscritti	2002		2003		2004		2005		2006	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Italiani	4.125	86,1	4.202	84,9	4.377	82,8	4.390	81,9	4.308	79,8
Stranieri	667	13,9	748	15,1	912	17,2	968	18,1	1.088	20,2
Totale	4.792	100,0	4.950	100,0	5.289	100,0	5.358	100,0	5.396	100,0

Iscritti	2007		2008		2009		2010	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Italiani	4.448	77,7	4.483	76,8	4.325	74,6	4.331	74,1
Stranieri	1.280	22,3	1.351	23,2	1.476	25,4	1.511	25,9
Totale	5.728	100,0	5.834	100,0	5.801	100,0	5.842	100,0

Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

Grafico n. 10. **Mortalità in Provincia di Reggio Emilia per distretto**

Fonte: Ufficio Statistica Regione Emilia-Romagna su dati Istat

La mortalità riflette invece la diversa struttura della popolazione in provincia, risultando più elevata nel distretto montano e più bassa nei distretti a più forte pressione migratoria e, conseguente minor numero di anziani, in particolare Scandiano e Correggio, dove il saldo naturale è molto elevato.

¹² Iscrizioni per nascita: la nascita fa riferimento alla data di registrazione dell'atto in anagrafe e non alla data effettiva dell'evento. Stranieri: nati da genitori entrambi stranieri, almeno uno dei quali residente in anagrafe.

1.3.4. Popolazione immigrata¹³

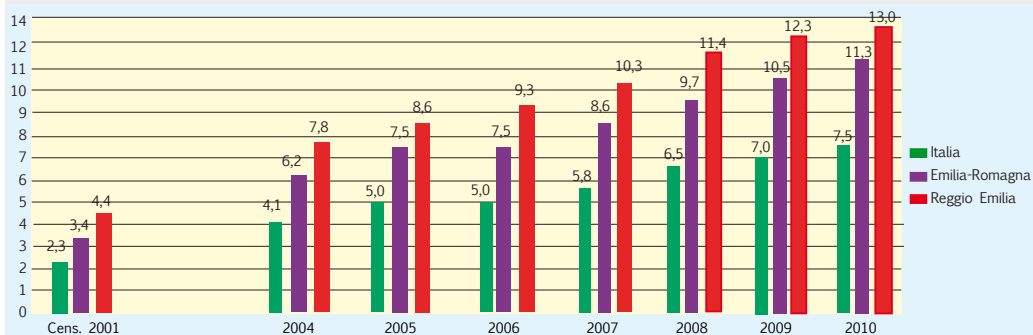
Tabella n. 11. Numero assoluto di stranieri residenti in Provincia di Reggio Emilia, Emilia-Romagna e Italia al 31.12 di ciascun anno

Stranieri	2001	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Reggio Emilia	20.062	30.324	38.046	42.725	46.722	52.420	59.432	64.512	69.060
Emilia-Romagna	135.453	210.397	257.161	288.844	317.888	365.687	421.482	462.784	500.597
Italia	1.334.889	1.990.159	2.402.157	2.670.514	2.938.922	3.432.651	3.891.295	4.235.059	4.570.317

Fonte: Istat

La tabella riporta il numero assoluto di residenti con cittadinanza non italiana, inclusi i comunitari¹⁴, al censimento del 21 ottobre 2001 e al 1 gennaio degli anni considerati. Dal censimento 2001 al 2010 si osserva un incremento degli stranieri del 244% in Provincia di Reggio Emilia, simile all'incremento medio nazionale (242%), e superiore al 270% in Emilia-Romagna.

Grafico n. 11. Proporzioni di stranieri residenti in Provincia di Reggio Emilia, Emilia-Romagna e Italia



Fonte: Istat

Negli anni considerati la proporzione di stranieri residenti rispetto al totale della popolazione è sempre nettamente più elevata a Reggio Emilia rispetto a Italia e Emilia-Romagna. Nel 2010 tale proporzione ha raggiunto il 13%, ma in alcuni comuni supera anche il 20%.

¹³ In questo paragrafo il termine "immigrati" designa i cittadini di Paesi a forte pressione migratoria, secondo la definizione Istat, mentre il termine "stranieri" indica tutti i cittadini non italiani.

¹⁴ I cittadini stranieri comunitari sono in totale 2.588 al 01.01.2011, al netto di Romania (4.747) e Bulgaria (268), entrate nell'UE nel 2007.

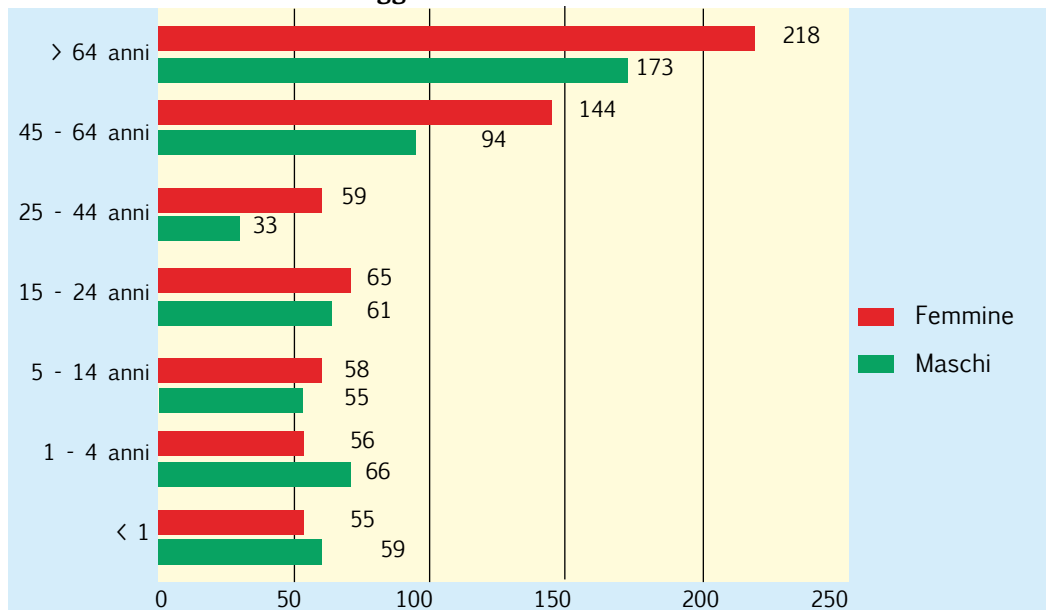
Tabella n. 12. **Distribuzione per classe di età e genere della popolazione straniera a Reggio Emilia**

Classi di Età	2009			2010		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
< 1	785	706	1.491	799	720	1.519
1 - 4 anni	2.649	2.408	5.057	2.828	2.603	5.431
5 - 14 anni	4.265	3.868	8.133	4.431	3.995	8.426
15 - 24 anni	4.353	4.060	8.413	4.545	4.171	8.716
25 - 44 anni	15.234	14.207	29.441	16.018	15.290	31.308
45 - 64 anni	4.647	5.899	10.546	5.119	6.874	11.993
≥ 65 anni	535	896	1.431	615	1.052	1.667
Totale	32.468	32.044	64.512	34.355	34.705	69.060

Fonte: Istat

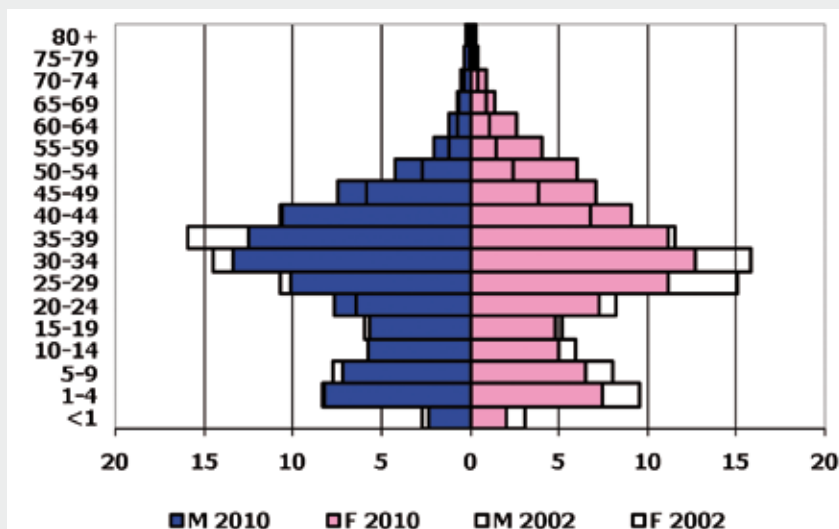
La classe di età più numerosa continua a essere in entrambi i generi quella dei giovani adulti (25-44 anni), ma i bambini e i giovani (< 1-24 anni) sono presenti in numero rilevante e la classe di età successiva (45-64) supera in numerosità quella dei giovani (15-24). L'incremento della popolazione è presente, in entrambi i generi, in tutte le classi di età. Permane, negli ultimi anni considerati, un notevole incremento dei bambini e crescono cospicuamente anche le fasce di età 45-64 e ≥ 65 anni, soprattutto nelle donne. Se questo aumento rilevante è dovuto in gran parte all'arrivo delle badanti dall'est europeo, l'incremento maschile e quello in entrambi i generi nella classe anziana è attribuibile sia all'invecchiamento della popolazione che a ricongiungimenti familiari.

Grafico n. 12. **Variazione % per classe di età e genere della popolazione straniera a Reggio Emilia 2002-2010**



Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

Grafico n. 13. Piramide dell'età degli stranieri per genere al 01.01.2003 e 01.01.2011



Dalla piramide dell'età dei residenti stranieri, si osserva che le classi giovanili-adulte erano molto più rappresentate nel 2002 rispetto al 2010.

Tabella n. 13. Distribuzione degli stranieri residenti in Provincia di Reggio Emilia al 01.01.2011 per genere e area geografica di provenienza, * incluse Bulgaria e Romania

Zona di cittadinanza	Maschi		Femmine		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%
UE dei 25	761	2,2	1.827	5,3	2.588	3,7
Europa dell'est *	9.536	27,8	13.016	37,5	22.552	32,7
Altri paesi europei	23	0,1	21	0,1	44	0,1
Africa settentrionale	8.814	25,7	6.564	18,9	15.378	22,3
Africa occidentale	3.730	10,9	2.800	8,1	6.530	9,5
Africa orientale	156	0,5	148	0,4	304	0,4
Africa centro-meridionale	104	0,3	101	0,3	205	0,3
America settentrionale	32	0,1	38	0,1	70	0,1
America centro-meridionale	649	1,9	1.288	3,7	1.937	2,8
Asia occidentale	172	0,5	637	1,8	809	1,2
Asia orientale	2.956	8,6	2.980	8,6	5.936	8,6
Asia centro-meridionale	7.412	21,6	5.274	15,2	12.686	18,4
Oceania	6	0,0	3	0,0	9	0,0
Apolide	4	0,0	8	0,0	12	0,0
Totale	34.355	100,0	34.705	100,0	69.060	100,0

Fonte: Istat

Le nazionalità presenti a Reggio Emilia sono 141, inclusi i paesi UE, ma i 15 più rappresentati rendono conto di più dei 4/5 degli immigrati.

Tabella n. 14. **Distribuzione degli stranieri residenti in Provincia di Reggio Emilia per nazione di provenienza (prime 15)**

Nazionalità	2009			2010			Variazione % 2010-2009
	N.	%	% cumul.	N.	%	% cumul.	
Marocco	9.899	15,3		10.143	14,7		2,5
Albania	7.205	11,2	26,5	7.389	10,7	25,4	2,6
India	6.016	9,3	35,8	6.484	9,4	34,8	7,8
Cina	4.774	7,4	43,2	5.274	7,6	42,4	10,5
Pakistan	4.415	6,8	50,0	4.832	7,0	49,4	9,4
Romania	4.424	6,9	56,9	4.747	6,9	56,3	7,3
Ucraina	3.561	5,5	62,4	3.945	5,7	62,0	10,8
Ghana	2.736	4,3	66,7	2.967	4,3	66,3	8,4
Tunisia	2.992	4,6	71,3	2.955	4,3	70,6	-1,2
Moldova	2.276	3,5	74,8	2.883	4,2	74,7	26,7
Egitto	1.542	2,4	77,2	1.797	2,6	77,3	16,5
Nigeria	1.215	1,9	79,1	1.373	2,0	79,3	13,0
Polonia	1.234	1,9	81,0	1.251	1,8	81,1	1,4
Sri Lanka	1.134	1,8	82,8	1.148	1,7	82,8	1,2
Senegal	845	1,3	84,1	952	1,4	84,2	12,7
Totale primi 15	54.268	84,1		58.140	84,2		7,0
Altri paesi	10.244	15,9	100,0	10.920	15,8	100,0	7,1
Totale	64.512	100,0	100,0	69.060	100,0	100,0	7,0

Fonte: Istat

Tra i paesi comunitari quello ampiamente più rappresentato è la Polonia (1.251) seguito a distanza dalla Francia (179).

Tra i paesi europei la quota maggiore è quella degli albanesi (7.389) seguiti da rumeni (4.747), in forte incremento dopo l'ingresso nell'UE dei 27, ucraini (3.945) e moldavi (2.883).

I non europei rappresentano il 63,5% degli stranieri e l'8,4% della popolazione. I 5 paesi maggiormente rappresentati sono Marocco (10.143), India (6.484), Cina (5.274), Pakistan (4.832) e Ghana (2.967).

Anche nel 2010, come del resto l'anno precedente, l'incremento percentuale maggiore, nel passato quasi sempre a carico della Romania, è stato per la Moldova (+ 27%), paese da cui provengono molte badanti, seguita da Egitto e Senegal.

Tabella n. 15. **Residenti stranieri al 01.01.2011 per area di provenienza e distretto**

Zona di cittadinanza	Montecchio		Reggio Emilia		Guastalla		Correggio		Scandiano		Castelnovo M.		Provincia	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
UE dei 25	234	3,8	1.260	3,7	185	1,7	222	2,8	510	7,2	147	4,9	2.558	3,7
Altri paesi europei	2.341	38,4	11.922	35,1	2.626	23,7	1.671	21,2	2.538	35,7	1.509	50,4	22.607	32,7
Africa settentrionale	1.818	29,8	7.795	23,0	1.458	13,2	799	10,2	2.546	35,8	989	33,0	15.405	22,3
Africa occidentale	409	6,7	4.504	13,3	637	5,8	179	2,3	769	10,8	35	1,2	6.533	9,5
Africa orientale	34	0,6	220	0,6	21	0,2	17	0,2	11	0,2	2	0,1	305	0,4
Africa centro-meridionale	11	0,2	124	0,4	11	0,1	6	0,1	51	0,7	3	0,1	206	0,3
America settentrionale	7	0,1	41	0,1	6	0,1	8	0,1	5	0,1	3	0,1	70	0,1
America centrale	76	1,2	435	1,3	86	0,8	60	0,8	67	0,9	10	0,3	734	1,1
America meridionale	142	2,3	668	2,0	109	1,0	96	1,2	119	1,7	72	2,4	1.206	1,7
Asia occidentale	42	0,7	646	1,9	18	0,2	36	0,5	43	0,6	25	0,8	810	1,2
Asia orientale	221	3,6	3.675	10,8	1.020	9,2	755	9,6	227	3,2	38	1,3	5.936	8,6
Asia centro-meridionale	766	12,6	2.617	7,7	4.885	44,1	4.016	51,1	225	3,2	164	5,5	12.673	18,3
Oceania	0	0,0	4	0,0	2	0,0	1	0,0	2	0,0	0	0,0	9	0,0
Apolide	0	0,0	10	0,0	2	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	0,0
Totale	6.101	100,0	33.921	100,0	11.066	100,0	7.866	100,0	7.113	100,0	2.997	100,0	69.064	100,0

Fonte: Ufficio statistica Regione Emilia-Romagna

La tabella mostra che in tutti i distretti gli stranieri maggiormente rappresentati sono gli europei e i nordafricani, con una quota notevole di cinesi nel Distretto di Reggio Emilia. Al contrario, nei Distretti di Correggio e Guastalla la proporzione di queste nazionalità è molto inferiore, mentre si concentra in questo territorio più del 70% di residenti provenienti dall'Asia Centro-Meridionale e la quasi totalità di indiani e pakistani.

Tabella n. 16. Numero di immigrati da paesi a forte pressione migratoria per distretto (escluso UE dei 25 e incluse Bulgaria e Romania) e percentuale sul totale dei residenti dal 01.01.2006 al 01.01.2011

Distretti	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Montecchio	3.657	6,3	3.924	6,7	4.370	7,4	5.063	8,2	5.510	9,0	5.867	9,5
Reggio Emilia	19.821	9,5	21.970	10,4	24.511	11,4	27.806	12,5	30.156	13,6	32.661	14,5
Guastalla	6.993	10,1	7.323	10,6	8.143	11,6	9.325	13,0	10.119	14,1	10.881	15,0
Correggio	4.499	8,9	5.043	9,8	5.721	10,8	6.458	11,7	7.178	13,0	7.644	13,7
Scandiano	4.050	5,5	4.395	5,8	5.071	6,5	5.856	7,3	6.319	7,9	6.603	8,2
Castelnovo M.	1.975	5,7	2.052	6,0	2.273	6,6	2.407	7,0	2.657	7,7	2.850	8,3
Provincia	40.995	8,3	44.707	8,9	50.089	9,8	56.915	10,8	61.939	11,8	66.506	12,5

Fonte: Osservatorio popolazione straniera - Provincia di Reggio Emilia

La tabella mostra la distribuzione nel tempo della popolazione immigrata da paesi a forte pressione migratoria nei distretti della provincia, dal 2005 al 2010. La quota maggiore è sempre localizzata nei Distretti di Reggio Emilia, Correggio e Guastalla, dove ha raggiunto la proporzione del 15%.

1.3.5. Anziani

Il numero degli anziani con età ≥ 65 anni è in costante aumento e aumenterà in modo più deciso nei prossimi anni quando si affacceranno all'età anziana le coorti dei baby boomers dell'immediato dopo-guerra.

Tabella n. 17. Popolazione di età ≥ 65 anni in Provincia di Reggio Emilia, per distretto, e in Emilia-Romagna

Distretti	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Montecchio	11.162	11.246	11.314	11.563	11.745	11.828	11.901	12.007	12.118	12.183
Reggio Emilia	39.052	39.427	39.910	40.561	41.106	41.743	42.071	42.467	42.767	42.897
Guastalla	13.795	13.949	14.091	14.287	14.448	14.521	14.554	14.625	14.643	14.630
Correggio	9.633	9.679	9.831	9.953	10.103	10.138	10.275	10.401	10.526	10.547
Scandiano	11.918	12.208	12.504	12.821	13.074	13.410	13.597	13.822	14.011	14.109
Castelnovo M.	9.269	9.295	9.393	9.442	9.443	9.443	9.398	9.413	9.399	9.335
Provincia	94.829	95.822	97.043	98.627	99.919	101.074	101.796	102.735	103.464	103.701
Regione	897.465	908.616	921.812	937.390	951.403	961.323	968.208	975.208	985.692	986.845

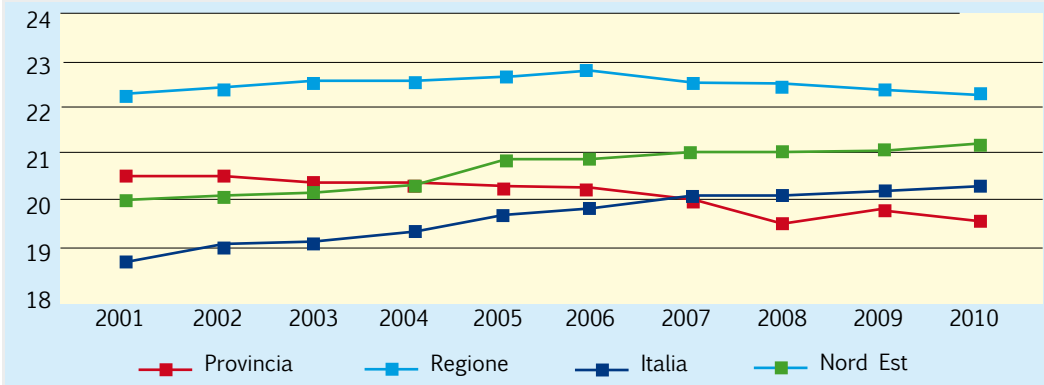
Fonte: Ufficio statistica Regione Emilia-Romagna

Al primo gennaio 2011 gli anziani in provincia erano 103.701, con un incremento rispetto all'anno precedente del 2,3%, superiore all'incremento

registrato in regione (1,2‰). Nei distretti l'aumento è maggiore a Scandiano (9‰) e minore a Correggio (2‰), mentre a Guastalla e Castelnovo Monti si osserva una riduzione degli anziani, rispettivamente -0,9‰ e -6,8‰.

Rispetto al 2001 la crescita percentuale degli anziani è stata del 9,4%, lievemente inferiore rispetto alla regione (10%), con minimo a Castelnovo Monti (0,7%) e massimo a Scandiano (18,4%).

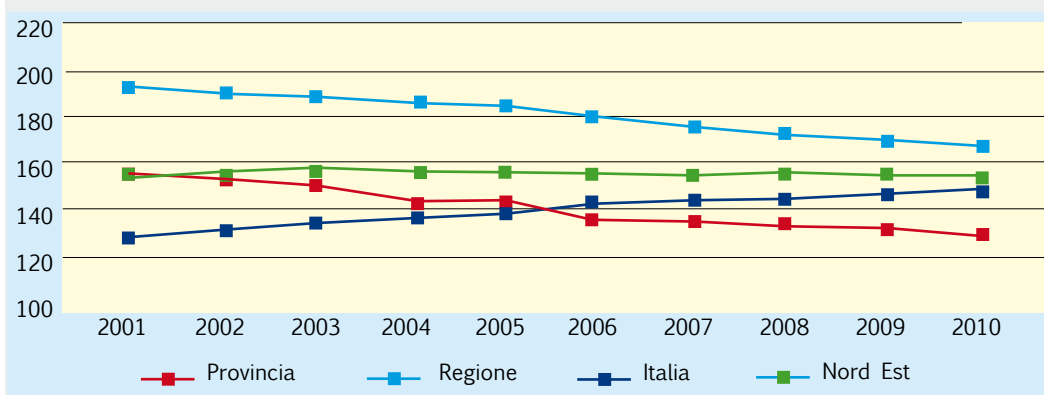
Grafico n. 14. Percentuale di popolazione di età ≥ 65 anni in Provincia di Reggio Emilia, Emilia-Romagna, Nord Est e Italia



Fonte: Istat

A Reggio la natalità sostenuta e il vivace saldo migratorio positivo fanno sì che la proporzione di anziani sul totale della popolazione negli ultimi anni sia in riduzione. Questi fenomeni sono presenti, anche se in modo meno evidente, in Emilia-Romagna, dove dal 2007 si registra una riduzione dell'indicatore. Al contrario, in Italia e nel Nord-Est gli ultrasessantacinquenni sono in aumento.

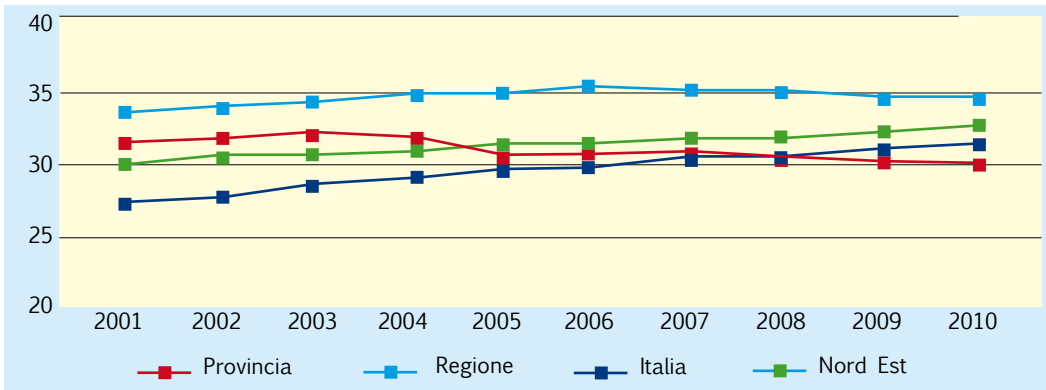
Grafico n. 15. Indice di vecchiaia in Provincia di Reggio Emilia, Emilia-Romagna, Nord Est e Italia



Fonte: Istat

Sono in riduzione in provincia sia l'indice di vecchiaia¹⁵, espressione del ricambio generazionale, e l'indice di dipendenza¹⁶, che fornisce informazioni sul carico sociale che gli anziani rappresentano nello specifico contesto. Entrambi gli indici sono costantemente inferiori a quelli regionali e attualmente risultano più bassi sia di quelli italiani che del nord est.

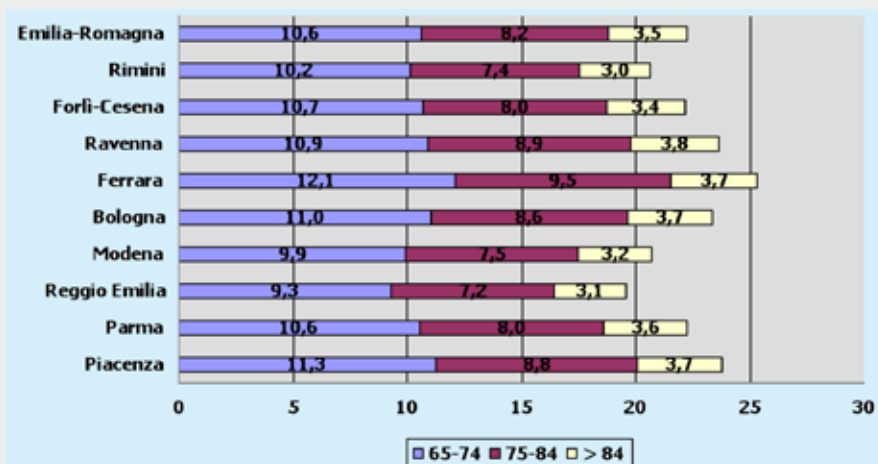
Grafico n. 16. **Indice di dipendenza anziani in Provincia di Reggio Emilia, Emilia-Romagna, Nord Est e Italia**



Fonte: Istat

In sostanza nel 2010 ogni 100 bambini vi erano in provincia 130 anziani, contro i 167 della regione e i 145 dell'Italia; ogni 100 persone in età lavorativa vi erano 30 anziani, dato simile all'Italia e sensibilmente inferiore ai 35 della regione.

Grafico n. 17. **Proporzione di anziani per classi di età nelle province dell'Emilia-Romagna nel 2010**



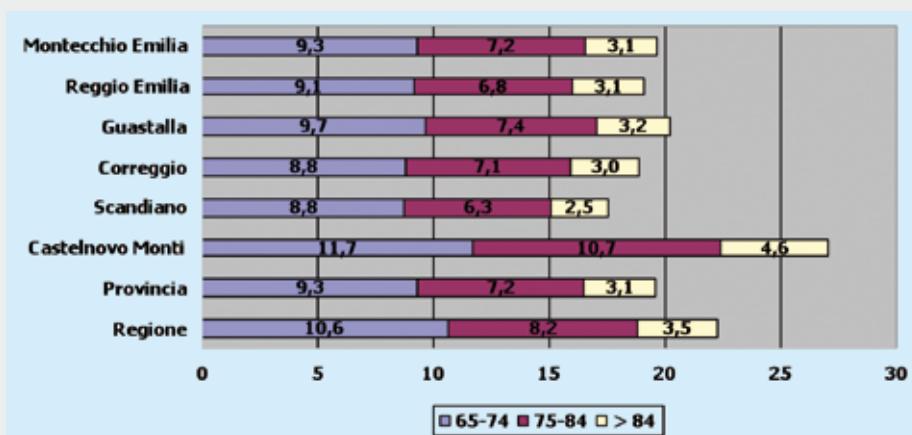
Fonte: Ufficio Statistica Regione Emilia-Romagna

¹⁵ Rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100.

¹⁶ Dipendenza anziani (indice di): rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

In relazione alle fasce di età, il grafico illustra la proporzione nelle diverse province della regione di anziani in età 65-74, 75-84, 85+ sul totale della popolazione. Reggio Emilia, come già evidenziato, è la provincia più giovane, con la minore proporzione complessiva di anziani e nelle fasce di età 65-74 (n. 49.369) e 75-84 (n. 37.958), mentre tra i grandi anziani (n. 16.375) è preceduta da Rimini.

Grafico n. 18. **Proporzione di anziani per classi di età nei distretti della Provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna nel 2010**



Fonte: Ufficio Statistica Regione Emilia-Romagna

Tutti i distretti, ad eccezione di quello montano, hanno una proporzione di anziani inferiore a quella regionale. Scandiano continua a essere il più giovane e Castelnovo il più anziano, benché, come descritto in apertura di paragrafo, l'incremento percentuale di anziani abbia un andamento inverso nei due territori.

1.3.6. Speranza di vita

Istat ha recentemente pubblicato il report "Indicatori demografici. Stime per l'anno 2011". La speranza di vita alla nascita cresce ulteriormente. Gli uomini raggiungono il livello di 79,4 anni (+ 0,3 rispetto al 2010), le donne quello di 84,5 anni (+ 0,2).

La differenza di genere scende a 5,1 anni. In Emilia-Romagna è leggermente superiore e risulta 80,0 nei maschi e 84,7 nelle femmine. Anche la differenza di genere risulta inferiore.

Tabella n. 18. **Speranza di vita alla nascita e a 65 anni per Provincia 2008-2010**

	Alla nascita		A 65 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piacenza	78,89	83,86	17,79	21,32
Parma	79,39	83,94	18,06	21,39
Reggio Emilia	79,48	84,45	18,28	21,63
Modena	80,05	84,81	18,62	21,94
Bologna	80,04	84,48	18,66	21,84
Ferrara	78,78	83,74	17,78	21,14
Ravenna	80,39	84,73	18,95	22,20
Forlì-Cesena	80,20	84,83	18,71	22,04
Rimini	80,44	84,94	18,96	22,04
Emilia-Romagna	79,79	84,44	18,45	21,74

In Emilia-Romagna la speranza di vita, sia alla nascita che a 65 anni, è nettamente superiore in entrambi i generi nel periodo 2008-2010 nelle province della Romagna.

Reggio Emilia registra valori sovrapponibili a quelli regionali.

Fonte: Regione Emilia-Romagna - Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche sociali - Rilevazione mortalità

1.3.7. Famiglie

34

Tabella n. 19. **Famiglie e numero medio di componenti per famiglia, per provincia - Anno 2010**

Province	Numero di famiglie	Numero medio di componenti per famiglia
Piacenza	129.319	2,23
Parma	201.571	2,18
Reggio Emilia	223.588	2,36
Modena	297.258	2,35
Bologna	473.800	2,08
Ferrara	163.070	2,19
Ravenna	175.831	2,22
Forlì-Cesena	166.982	2,35
Rimini	139.394	2,35
Emilia-Romagna	1.970.813	2,24

Fonte: Regione Emilia-Romagna su dati Istat

Il numero medio di componenti per famiglia in Provincia di Reggio Emilia è tra i più alti in regione, verosimilmente a causa della presenza di molte famiglie immigrate, più numerose di quelle italiane.

Tabella n. 20. **Percentuale di famiglie unifamiliari per distretto - Anno 2010**

Distretti	Famiglie con 1 componente
Montecchio	29,23
Reggio Emilia	38,14
Guastalla	28,10
Correggio	28,38
Scandiano	28,43
Castelnovo Monti	39,59
Provincia	33,57

Fonte: Regione Emilia-Romagna su dati Istat

Le condizioni di unifamiliarietà sono il 33,6%, con massimo a Castelnovo Monti e Reggio Emilia.

1.3.8. Soggetti in condizioni di marginalità potenzialmente portatori di bisogni

La situazione carceraria in Emilia-Romagna permane molto critica, con situazioni di sovraffollamento in tutte le diverse tipologie carcerarie. Anche a Reggio Emilia, sebbene in lieve miglioramento nei tre anni considerati, permane un elevato numero di soggetti ristretti rispetto alla capienza regolamentare, sia presso la Casa circondariale, che però ha un sovraffollamento simile a quello degli altri istituti analoghi, che all'Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

35

Tabella n. 21. **Popolazione carceraria per periodo, tipologia di istituto e genere a Reggio Emilia**

	Casa circondariale				Ospedale Psichiatrico Giudiziario			
	Maschi	Femmine	Totale	Indice di sovraffollamento	Maschi	Femmine	Totale	Indice di sovraffollamento
31.12.2009	338	0	338	209,9	304	0	304	230,3
31.12.2010	313	8	321	192,2	286	0	286	216,7
31.12.2011	274	12	286	171,3	228	0	228	172,7

Fonte: Regione Emilia-Romagna su dati Dipartimento Amministrazione Penitenziaria Ministero della giustizia

La popolazione carceraria è portatrice di notevoli problemi di tipo socio-sanitario (tossicodipendenti, clandestini, marginali) e in entrambi gli istituti le condizioni di sovraffollamento influenzano le condizioni di salute di una popolazione di per sé con caratteristiche di elevato rischio sanitario.



- Popolazione in costante crescita anche se inferiore al passato
- Natalità più elevata di tutta la regione, sostenuta soprattutto dalla popolazione straniera
- Saldo migratorio e naturale positivo
- Stabilizzazione dell'immigrazione (invecchiamento, 2° generazione)



- Invecchiamento della popolazione senza il contributo degli immigrati
- Concentrazione di stranieri molto elevata in alcune aree
- Riduzione del saldo migratorio per la riduzione dei posti di lavoro
- Saldo naturale negativo nel Distretto di Castelnovo Monti

1.4. Condizioni socioeconomiche

1.4.1. Caratteristiche del tessuto produttivo e del mercato del lavoro

La Provincia di Reggio Emilia è stata caratterizzata per molti anni da elevati tassi di occupazione, superiori a quelli regionali, e da una disoccupazione sostanzialmente fisiologica. Una rilevante occupazione nell'industria, una buona tenuta dell'agricoltura e una crescita del terziario hanno caratterizzato nel passato questa provincia rispetto al panorama regionale. L'occupazione industriale è prevalentemente a carico dell'industria di trasformazione, cioè manifatturiera, nella quale trovava impiego nel 2010 il 39,5% degli uomini e il 24% delle donne occupate. Le imprese sono in gran parte di tipo artigianale e di piccole dimensioni, con mano d'opera spesso poco qualificata, in maggior parte straniera, legata strettamente alla congiuntura economica.

La situazione di piena occupazione si è protratta fino al 2008, benché negli ultimi mesi di quell'anno già si avvertissero i primi segni della crisi, che è poi esplosa nel 2009 e 2010 modificando parzialmente il florido quadro economico reggiano. Si è quindi entrati in un lungo periodo di crisi economica che ha condizionato l'andamento della produzione, dell'occupazione e dei consumi.

Tabella n. 22. **Tasso di occupazione e di disoccupazione in Provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna (valori percentuali). Anni 2004-2011**

Popolazione 15-64 anni	Anno	Maschi				Femmine			
		Tasso di occupazione		Tasso di disoccupazione		Tasso di occupazione		Tasso di disoccupazione	
	Provincia	Regione	Provincia	Regione	Provincia	Regione	Provincia	Regione	
2004	80,5	76,2	1,0	2,7	61,0	60,2	5,0	5,0	
2005	81,7	76,6	1,7	2,7	59,5	60,0	5,4	5,3	
2006	80,0	77,1	2,1	2,6	60,8	61,5	3,2	4,3	
2007	80,1	78,4	1,8	2,1	60,7	62,0	1,9	3,9	
2008	82,8	78,2	1,5	2,4	60,4	62,1	2,4	4,3	
2009	77,7	75,5	4,6	4,2	61,7	61,5	5,6	5,5	
2010	76,7	74,9	4,9	4,6	57,3	59,9	6,2	7,0	
2011	76,6	75,0	4,3	4,5	57,8	60,9	5,8	6,2	

Fonte: Servizio Lavoro Regione Emilia-Romagna su dati Istat

Il tasso di occupazione a Reggio Emilia, è sceso al di sotto dell'80% nei maschi e del 60% nelle femmine, mentre la disoccupazione supera il 4% nei maschi e il 5% nelle femmine. Sul dato della disoccupazione pesa il numero di soggetti che si trasferiscono per la perdita del lavoro o che non lo cercano più.

Ben peggiore è ovviamente la situazione per i più giovani. Nel 2010 tra le persone che cercavano lavoro nella classe di età 15-24 anni, il 22% in Emilia-Romagna e il 18% a Reggio Emilia risultava disoccupata.

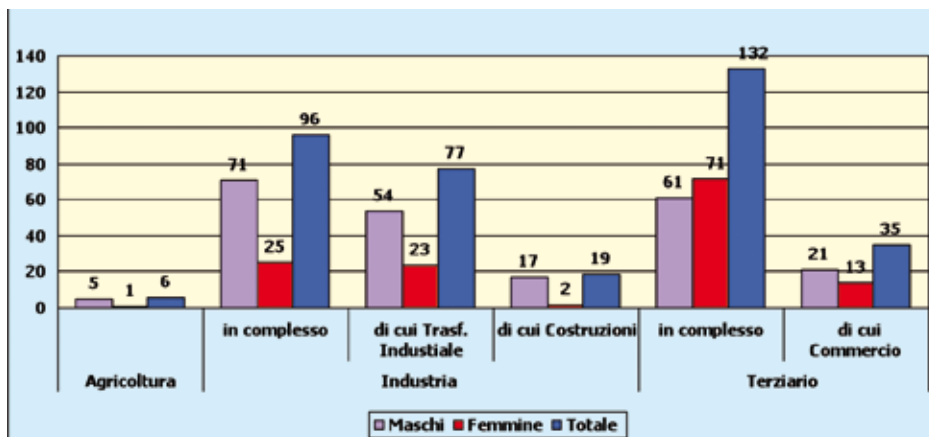
Tabella n. 23. **Indicatori occupazionali per provincia nella classe di età 15-24 anni (maschi + femmine) nel 2010**

Province	Tasso di disoccupazione	Tasso di occupazione	Tasso di attività	Tasso di inattività
Piacenza	13,6	25,6	29,6	70,4
Parma	17,4	25,6	31,0	69,0
Reggio Emilia	17,7	29,7	36,1	63,9
Modena	27,1	22,9	31,4	63,6
Bologna	29,2	21,4	30,2	69,8
Ferrara	21,1	33,3	42,3	57,7
Ravenna	19,6	29,4	36,6	63,4
Forlì-Cesena	22,0	28,6	36,7	63,3
Rimini	22,8	27,1	35,1	64,9
Emilia-Romagna	22,4	26,1	33,6	66,4

Fonte: Istat

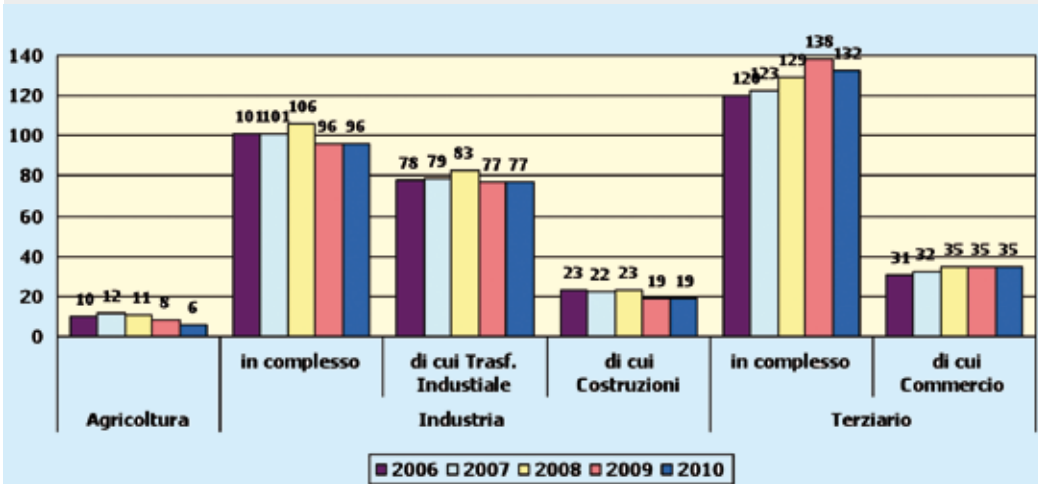
Gli occupati nel 2010 erano 234.110, di cui 132.483 nel terziario, che ha una maggiore proporzione di donne, e 101.627 in industria e agricoltura.

Grafico n. 19. **Occupati in Provincia di Reggio Emilia per settore di attività economica e genere nel 2010 (numeri assoluti x 1.000)**



Fonte: Regione Emilia-Romagna su dati Istat

Grafico n. 20. **Occupati in Provincia di Reggio Emilia per settore di attività economica e anno (numeri assoluti x 1.000)**



Fonte: Regione Emilia-Romagna su dati Istat

L'andamento nel tempo mostra una ulteriore riduzione degli occupati in agricoltura mentre l'industria, dopo il netto calo del 2009, è riuscita a mantenere i livelli dell'anno precedente. Anche i lavoratori del terziario calano rispetto all'anno precedente, mentre il commercio risulta stabile.

38

Tabella n. 24. **Ore di cassa integrazione ordinaria, straordinaria, totale e variazione percentuale rispetto all'anno precedente in Emilia-Romagna e in Provincia di Reggio Emilia**

	Cassa Integrazione Ordinaria				CI straordinaria		CI in deroga	
	Reggio		Regione		Reggio	Regione	Reggio	Regione
	Ore	Var. %	Ore	Var. %	Ore	Ore	Ore	Ore
2008	319.504		4.680.905		168.083	2.969.775	72.413	987.390
2009	6.675.483	1.989,3	43.159.869	822,0	1.616.221	12.453.532	1.619.298	9.306.330
2010	4.738.154	- 29,0	26.375.579	-38,9	3.650.723	38.114.338	8.196.272	54.590.976
2011	1.236.807	-73,9	11.065.414	-58,0	2.737.823	29.886.705	4.941.733	38.167.919

Fonte: Servizio Lavoro Regione Emilia-Romagna

Appare in ogni caso positiva la riduzione rispetto agli ultimi due anni del numero di ore di cassa integrazione guadagni, altro importante indicatore di crisi economica che risente maggiormente delle situazioni di mercato.

1.4.2. Lavoratori stranieri

Tabella n. 25. **Lavoratori non comunitari per genere in Provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna - Anni 2006-2010**

	Maschi		Femmine		Totale	
	Provincia	Regione	Provincia	Regione	Provincia	Regione
2006	15.570	88.041	5.813	50.450	21.383	138.491
2007	24.216	96.927	5.664	44.243	29.880	141.170
2008	26.924	101.500	7.243	51.920	34.167	153.420
2009	16.144	98.618	7.019	61.766	23.163	160.384
2010	16.821	108.946	7.983	63.910	24.804	172.856

Fonte: Regione Emilia-Romagna su dati Istat

Dopo la rilevante contrazione degli occupati non comunitari in provincia verificatasi nel 2009, al contrario di quanto registrato in regione, l'andamento fa registrare un lieve incremento a Reggio Emilia e un incremento molto più netto in regione.

La riduzione ha riguardato in particolare i lavoratori non UE e tra le possibili motivazioni di questo andamento, che risulta in controtendenza rispetto al dato regionale, si possono citare le caratteristiche produttive reggiane, precedentemente descritte, e la tipologia dei settori maggiormente colpiti, industria manifatturiera e edilizia, che sono quelli con maggior utilizzo di mano d'opera straniera.

1.4.3. Tenore di vita

Tabella n. 26. **Reddito medio pro-capite e consumo familiare in Emilia-Romagna nel 2011**

Province	POPCR	REDD	VCF	REDD/POPCR	VCF/POPCR
Piacenza	291,4	5.984,1	5.169,5	20,5	17,7
Parma	445,3	9.497,1	8.641,1	21,3	19,4
Reggio Emilia	533,9	10.635,8	7.985,4	19,9	15,0
Modena	705,4	15.324,7	12.019,4	21,7	17,0
Bologna	1.000,3	24.392,0	20.305,5	24,4	20,3
Ferrara	361,2	6.382,8	6.736,1	17,7	18,7
Ravenna	395,1	7.758,3	7.903,9	19,6	20,0
Forlì-Cesena	397,9	8.699,4	8.882,0	21,9	22,3
Rimini	313,5	6.280,9	6.451,6	20,0	20,6

Fonte: Regione Emilia-Romagna su stime Prometeia - Scenari per le economie locali. POPCR: popolazione residente a metà anno. Migliaia di persone. Fonte: Istat. REDD: reddito disponibile delle famiglie e istituzioni sociali e private (ISP). Valori a prezzi correnti, milioni di euro. VCF: spesa per consumi finali delle famiglie. Valori a prezzi correnti, milioni di euro

Nel 2011 a Reggio Emilia il reddito medio pro-capite è stato tra i più bassi a livello regionale, superiore solo a Ferrara e Ravenna, mentre la spesa per consumi delle famiglie è la più bassa in relazione alla popolazione.

Tabella n. 27. **Reddito medio pro-capite in Emilia-Romagna. Anni 2008-2011**

Province	Anno 2008		Anno 2009		Anno 2010		Anno 2011	
	Reddito	REDD/ POPCR	Reddito	REDD/ POPCR	Reddito	REDD/ POPCR	Reddito	REDD/ POPCR
Piacenza	5.950,1	21,0	5.783,5	20,1	5.846,7	20,2	5.984,1	20,5
Parma	9.296,1	21,6	9.162,4	21,0	9.272,6	21,0	9.497,1	21,3
Reggio Emilia	10.927,5	21,2	10.434,9	20,0	10.452,8	19,7	10.635,8	19,9
Modena	15.375,6	22,5	14.565,5	21,0	14.875,5	21,2	15.324,7	21,7
Bologna	24.001,3	24,7	23.497,9	23,9	23.801,9	24,0	24.392,0	24,4
Ferrara	6.740,6	18,9	6.282,7	17,5	6.281,0	17,4	6.382,8	17,7
Ravenna	7.781,3	20,4	7.565,3	19,5	7.606,6	19,4	7.758,3	19,6
Forlì-Cesena	8.817,3	22,9	8.480,8	21,7	8.528,5	21,6	8.699,4	21,9
Rimini	6.434,8	21,4	6.081,0	19,9	6.140,9	19,8	6.280,9	20,0

Fonte: Regione Emilia-Romagna su dati Prometeia - Scenari per le economie locali

REDD: reddito disponibile delle famiglie e istituzioni sociali e private (ISP). Valori a prezzi correnti, milioni di euro.

POPCR: popolazione residente a metà anno. Migliaia di persone. Fonte: Istat.

Il reddito medio pro-capite a Reggio Emilia appare sostanzialmente stabile negli ultimi 3 anni, ma continua a essere costantemente inferiore a quello medio dell'Emilia-Romagna.

Questo aspetto rappresenta una costante nella situazione economica di Reggio Emilia, poiché le caratteristiche produttive favoriscono un mercato del lavoro prevalentemente poco qualificato (giovani con basso titolo di studio e lavoratori stranieri), quindi a basso salario, e contribuiscono in modo significativo a determinare redditi inferiori alla media regionale. Inoltre una struttura produttiva con un'importante componente ad alta intensità di lavoro non qualificato favorisce il lavoro precario e il lavoro nero, caratterizzato da "invisibilità" alle rilevazioni ufficiali. Nella situazione di crisi economica attuale si pone il problema della tenuta del sistema produttivo e, quindi, in qualche modo, del "modello reggiano", fondato sulla piena occupazione, oltreché sulla buona qualità dei servizi, dalla scuola alla sanità.



- Ulteriore riduzione delle ore di cassa integrazione nel 2011
- Occupazione stabile nell'industria di trasformazione e nel terziario
- Buona tenuta occupazionale del terziario



- Dati dell'occupazione nel 2009 e 2010 negativi
- Riduzione dell'occupazione a carico prevalentemente degli stranieri
- Elevata diffusione di occupazione poco qualificata
- Reddito pro-capite e consumi familiari più bassi rispetto alle altre province della regione

1.5. Osservazioni epidemiologiche

1.5.1. Mortalità

La mortalità, generale e per causa specifica, è un indicatore robusto, benché incompleto, dello stato di salute di una popolazione.

Tabella n. 28. **Numero di decessi e tassi specifici di mortalità (x 100.000) per genere nei residenti in Provincia di Reggio Emilia nel 2010**

Classi di età (anni)	Maschi		Femmine	
	N.	Tasso	N.	Tasso
0 - 4	11	74,4	5	36,3
5 - 9	0	0,0	3	23,5
10 - 14	5	40,8	1	8,6
15 - 19	3	24,8	2	17,9
20 - 24	8	64,6	0	0,0
25 - 29	9	60,2	3	20,1
30 - 34	8	39,2	6	30,3
35 - 39	18	74,5	16	71,7
40 - 44	42	180,6	16	73,8
45 - 49	34	167,7	29	147,5
50 - 54	58	341,4	24	142,0
55 - 59	75	514,3	40	257,8
60 - 64	124	850,5	58	376,6
65 - 69	186	1.512,1	81	612,7
70 - 74	290	2.501,7	138	1.049,5
75 - 79	379	4.102,2	253	2.178,4
80 - 84	487	7.668,1	450	4.332,3
85 +	791	16.901,7	1.458	13.339,4
Totale	2.528	977,0	2.583	969,1

Fonte: Registro provinciale di mortalità

Nel 2010 sono stati registrati nei residenti in provincia 5.111 decessi, 90 in meno rispetto al 2009, 2.583 nelle donne e 2.528 negli uomini.

In tutte le classi di età, ad eccezione di quella 5-9 anni, i tassi specifici sono molto più elevati nei maschi.

Tabella n. 29. **Mortalità proporzionale per i principali gruppi di cause di morte nel 2010 per genere**

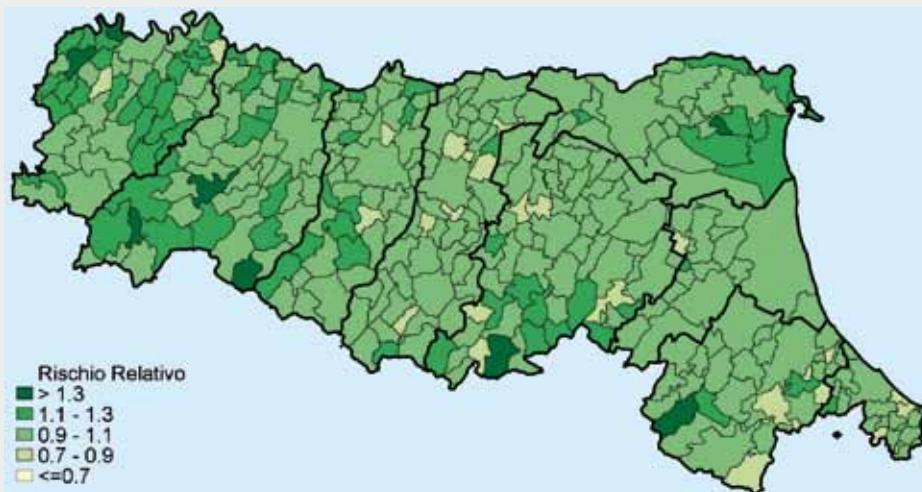
Cause di morte	ICD 10	Maschi		Femmine	
		N.	%	N.	%
Malattie del sistema circolatorio	I00-I99	832	32,91	1.132	43,83
Tumori	C00-D48	870	34,41	615	23,81
<i>di cui tumori maligni</i>	C00-C97	783	30,97	556	21,53
Malattie del sistema respiratorio	J00-J99	229	9,06	210	8,13
Malattie del sistema digerente	K00-K93	93	3,68	81	3,14
Cause esterne di mortalità	V00-Y98	112	4,43	76	2,94
Altre cause		392	15,51	469	18,16
Totale	A00-U89	2.528	100,00	2.583	100,00

Fonte: Registro provinciale di mortalità

Contrariamente agli anni precedenti, la prima causa di morte nei maschi è rappresentata dai tumori che, per la prima volta, superano in termini assoluti le malattie del sistema circolatorio. Terza causa di morte in entrambi i sessi, a grande distanza, sono le malattie dell'apparato respiratorio.

I decessi per cause esterne, prevalentemente incidenti stradali nei giovani, suicidio e cadute accidentali negli anziani, sono maggiori nei maschi.

Figura n. 2. **Stime dei rischi di mortalità generale tramite BMR (Bayesian Mortality Ratios) per comune di residenza nel periodo 2003-2007 (maschi+femmine)**



Fonti: Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 2003-2007. ASSR Emilia-Romagna, Dossier 213, 2011

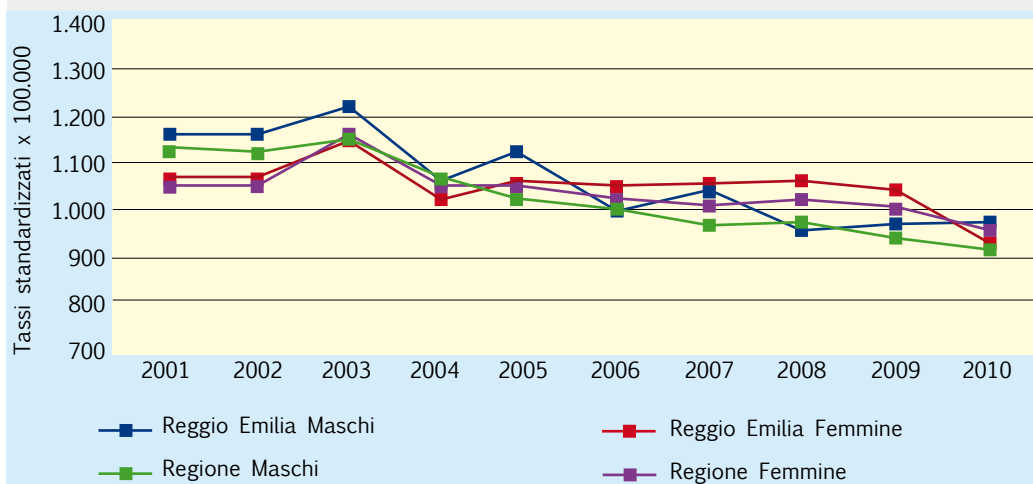
La mortalità in Provincia di Reggio Emilia non differisce sostanzialmente da quella regionale, come è visibile nella figura che riporta la mortalità generale. Anche la distribuzione per comune appare abbastanza omogenea.

Il confronto provinciale con il periodo precedente, 1998-2002, mostra in generale una riduzione della mortalità e in qualche caso una stabilità.

Anche i dati successivi, 2008-2009¹⁷, sono simili.

I grafici successivi riportano l'andamento nel tempo in confronto con la regione dei tassi standardizzati per genere per i principali gruppi di cause di morte. Come standard di riferimento è stata utilizzata la struttura per età della popolazione dell'Emilia-Romagna nel 1998.

Grafico n. 21. **Mortalità per tutte le cause in Provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna, per genere e anno (Tassi standardizzati)**



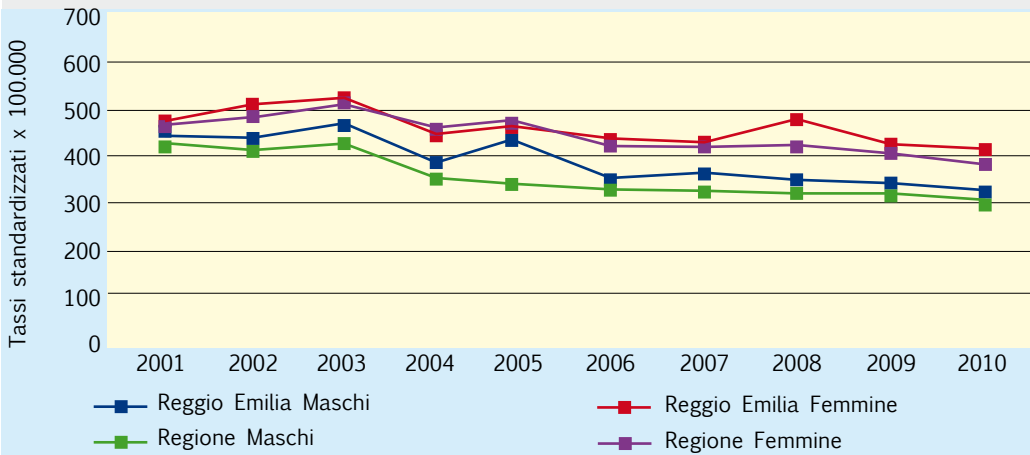
Fonte: Regione Emilia-Romagna - Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali - Rilevazione mortalità

La mortalità generale è dunque in costante e progressiva riduzione nell'ultimo decennio in relazione al miglioramento delle condizioni di vita e delle prestazioni di prevenzione, diagnosi e terapia offerte dalle strutture sanitarie. La riduzione è simile nelle due aree, con una maggiore variabilità annuale legata alla numerosità meno elevata a Reggio Emilia. Nel 2010 si osserva una netta riduzione nel sesso femminile. In entrambi i sessi e nelle due popolazioni si osserva un picco della mortalità nel 2003, più spiccato a Reggio Emilia nel sesso maschile, anno caratterizzato da un netto eccesso della mortalità estiva, dovuta principalmente a cause cardiocircolatorie e respiratorie.

Di seguito si presenta il trend dei tassi standardizzati di mortalità provinciale totale e causa-specifica (tumori, malattie dell'apparato cardiocircolatorio, dell'apparato respiratorio e cause violente) nell'ultimo decennio.

¹⁷ Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 2008-2009. ASSR Emilia-Romagna, Dossier 214, 2011.

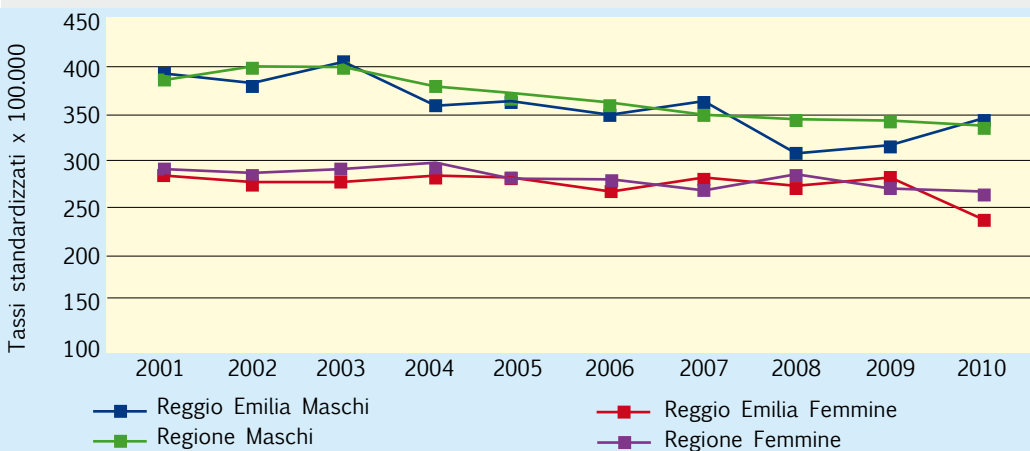
Grafico n. 22. **Mortalità per malattie del sistema circolatorio in Provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna per genere e anno (Tassi standardizzati)**



Fonte: Regione Emilia-Romagna - Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali - Rilevazione mortalità

Il migliore andamento della mortalità per tutte le cause nei maschi rispetto alle femmine trova ovvia rispondenza nella mortalità per le cause principali: i maschi presentano la maggior riduzione nella mortalità per le malattie dell'apparato cardiocircolatorio, dove la riduzione è sensibilmente maggiore di quella delle femmine, tanto che la forbice tra i due sessi tende lievemente a divaricarsi. La mortalità cardiocircolatoria è l'unica, tra le cause più frequenti, a mostrare un eccesso tra le donne: ciò è essenzialmente dovuto alla maggiore età alla morte nelle donne e alla più elevata mortalità degli uomini per altre cause.

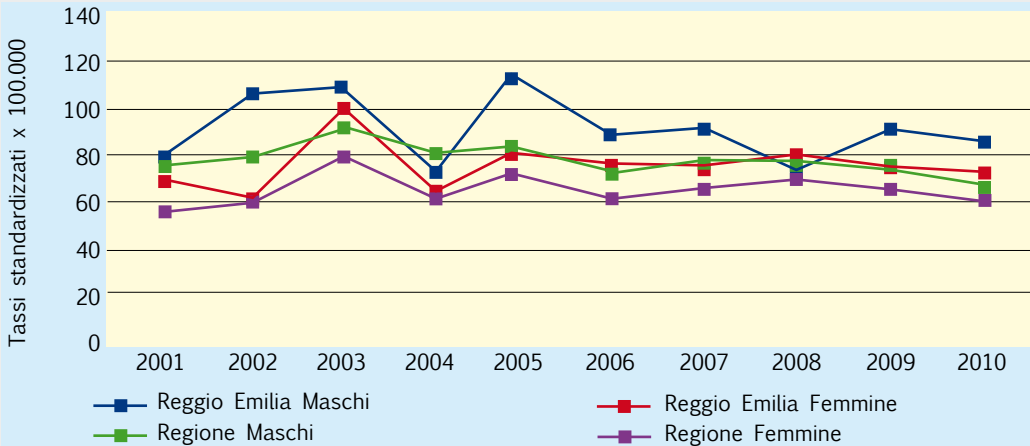
Grafico n. 23. **Mortalità per tumore in Provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna per genere e anno (Tassi standardizzati)**



Fonte: Regione Emilia-Romagna - Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali - Rilevazione mortalità

Anche per i tumori la mortalità negli uomini, pur sempre più elevata, è tuttavia in calo. Nel 2008 e 2009 il tasso era il più basso della regione, con lieve risalita nel 2010. Nelle donne la mortalità appare costante sia in provincia che in regione. Il dato è verosimilmente sostenuto dall'andamento differente nei due generi dell'incidenza del tumore del polmone, in diminuzione nei maschi e in aumento tra le femmine. La sede polmonare è infatti notoriamente a cattiva prognosi e il suo aumento tra le donne riduce il gap di mortalità di cui esse hanno fino ad ora goduto e contrasta anche il miglioramento in sopravvivenza, che pure in questi anni si è registrato, del tumore della mammella, tipico e maggiormente frequente tumore femminile.

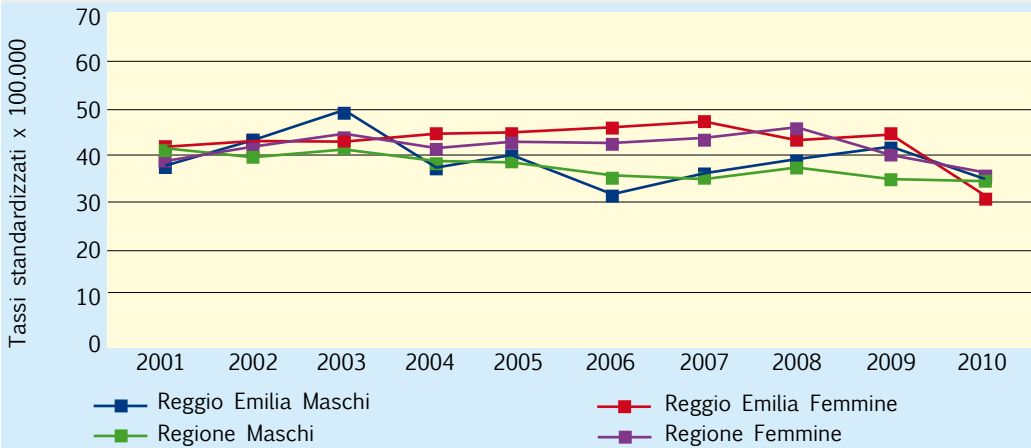
Grafico n. 24. **Mortalità per malattie dell'apparato respiratorio in Provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna per genere e anno (Tassi standardizzati)**



Fonte: Regione Emilia-Romagna - Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali - Rilevazione mortalità

La mortalità per malattie dell'apparato respiratorio risulta superiore a quella regionale e mostra, a livello provinciale, un andamento oscillante nel tempo a causa della relativa ridotta numerosità dei casi. È costantemente superiore nei maschi, verosimilmente per l'abitudine al fumo e fattori di rischio occupazionali.

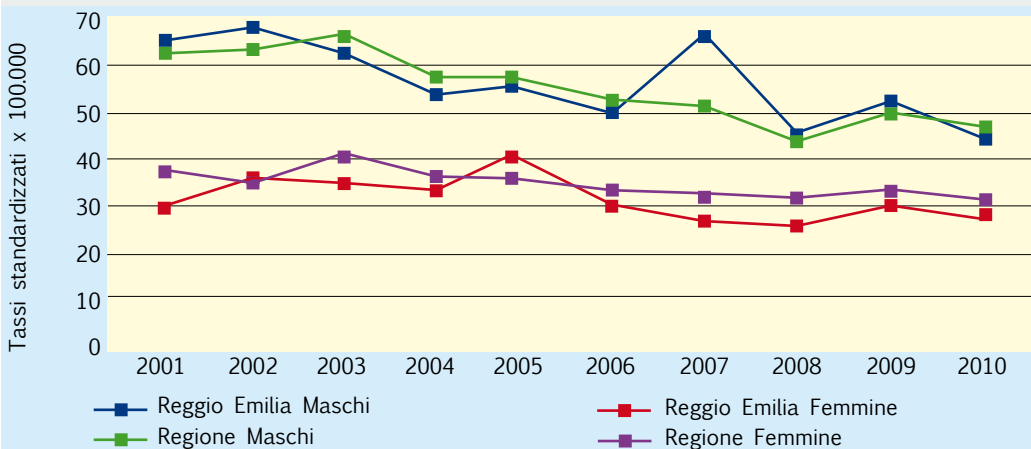
Grafico n. 25. **Mortalità per malattie dell'apparato digerente in Provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna per genere e anno (Tassi standardizzati)**



Fonte: Regione Emilia-Romagna - Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali - Rilevazione mortalità

Ad eccezione degli ultimi due anni, la mortalità per malattie dell'apparato digerente è più elevata nelle femmine e risulta in genere lievemente superiore a Reggio Emilia.

Grafico n. 26. **Mortalità per traumatismi e avvelenamenti in Provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna per genere e anno (Tassi standardizzati)**



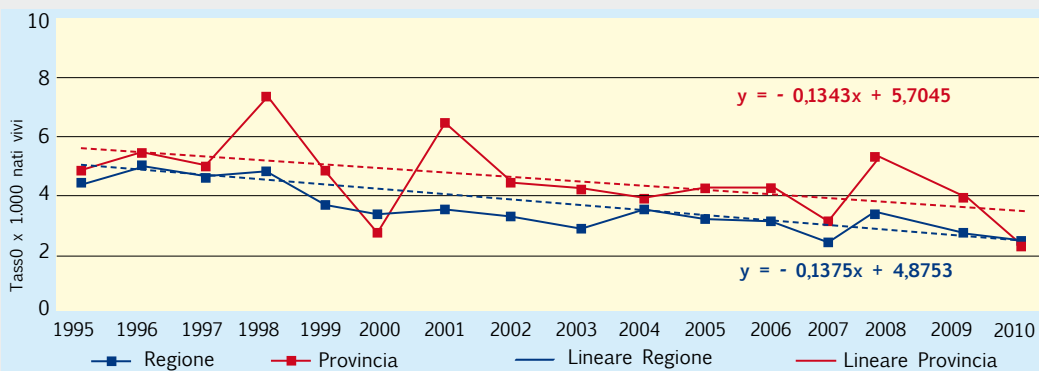
Fonte: Regione Emilia-Romagna - Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali - Rilevazione mortalità

La mortalità per cause esterne, che include, oltre agli omicidi, incidenti stradali e infortuni sul lavoro, più frequenti nei giovani, suicidi e traumi accidentali, più frequenti negli anziani, è costantemente e nettamente più elevata tra i maschi. Tuttavia, mentre nei maschi si osserva una netta riduzione, nelle donne la

mortalità rimane sostanzialmente stabile. Permane in ogni caso lo svantaggio maschile.

1.5.2. Mortalità infantile

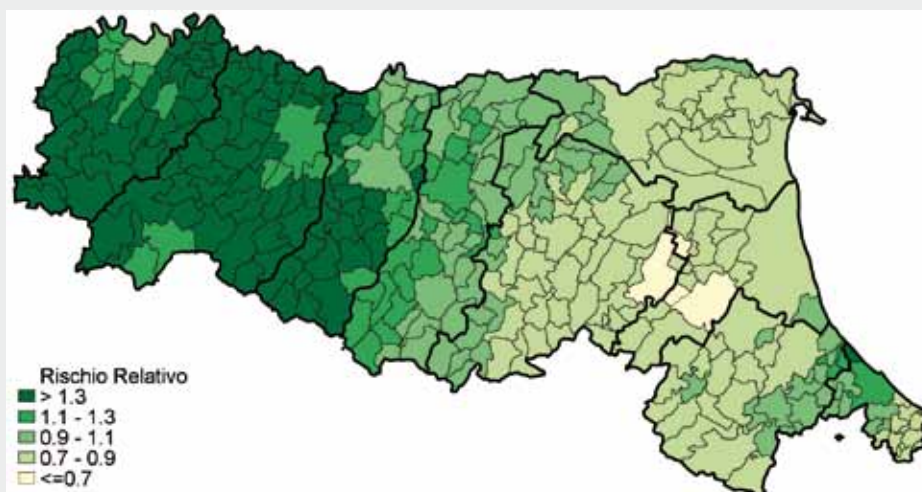
Grafico n. 27. **Mortalità infantile in Provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna (Tassi x 1.000)**



Fonte: Registro regionale e provinciale di mortalità

La mortalità infantile¹⁸ appare in riduzione, ma Reggio Emilia storicamente registra tassi più elevati rispetto all'Emilia-Romagna.

Figura n. 3. **Stime dei rischi di mortalità infantile tramite BMR (Bayesian Mortality Ratios) per comune di residenza nel periodo 2003-2007 (maschi+femmine)**



Fonti: Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 2003-2007. ASSR Emilia-Romagna, Dossier 213, 2011

In realtà risulta evidente un gradiente est-ovest con eccessi di rischio nell'Area Vasta Emilia Nord, che risultano stabili rispetto al periodo precedente.

¹⁸ Mortalità nel primo anno di vita.

Tabella n. 30. **Numero di decessi, tasso di mortalità infantile (x 1.000), Rischio Relativo (RR) e intervalli di confidenza al 95% (IC 95%) per periodo**

	Provincia		Italiani		Immigrati		Confronto	
	N.	Tasso	N.	Tasso	N.	Tasso	RR	IC 95%
1993-1996	75	5,38	71	5,49	4	5,24	0,96	0,36 - 2,61
1997-2000	83	5,00	69	4,67	14	8,81	1,88	1,06 - 3,34
2001-2004	93	4,74	69	4,21	24	8,33	1,98	1,25 - 3,14
2005-2008	93	4,17	66	3,79	27	5,84	1,54	0,99 - 2,41
2009-2010	38	3,31	26	3,03	12	4,13	1,37	0,69 - 2,70
1993-2010	382	4,62	301	4,29	81	6,42	1,50	1,17 - 1,91

Fonte: Registro provinciale di mortalità

Nella nostra provincia la mortalità infantile è significativamente più elevata nella popolazione proveniente dai paesi a forte pressione migratoria.

Particolarmente critica appaiono i dati delle comunità indiana, pakistana e ghanese, che mostrano un rischio da 2 a 5 volte superiore rispetto agli italiani.

48



- Mortalità generale in ulteriore calo
- Netta riduzione della mortalità femminile nell'ultimo anno
- Dati in genere sovrapponibili a quelli regionali
- Mortalità infantile in calo nel 2009 e 2010



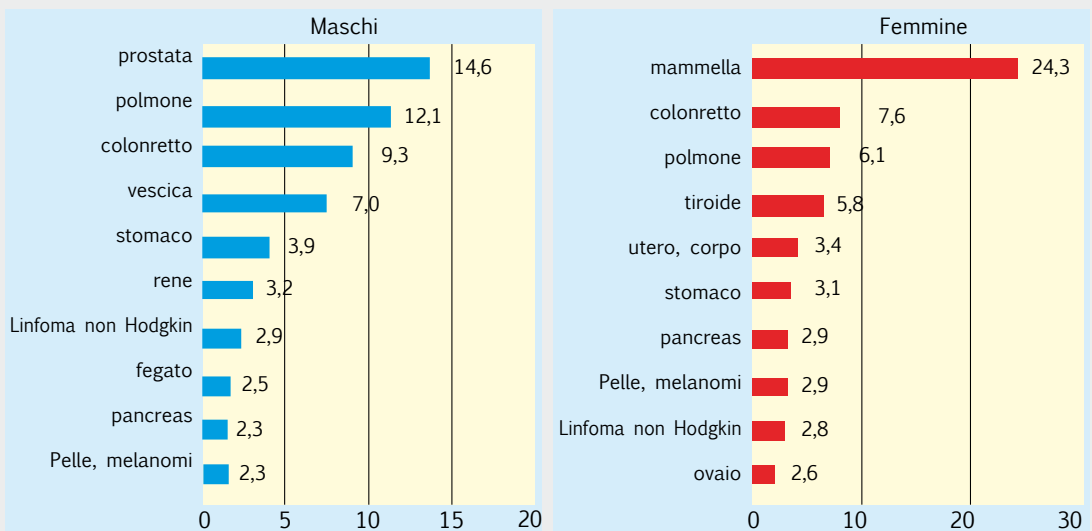
- Tassi di mortalità infantile più elevati rispetto alla media regionale
- Mortalità infantile nei bambini immigrati significativamente più elevata
- Particolare criticità per i nati da genitori ghanesi e indiani

1.5.3. Incidenza e sopravvivenza dei tumori maligni

L'incidenza dei tumori maligni registrati a Reggio Emilia è generalmente in linea con quelle registrate nel resto del centro-nord Italia e pubblicate a cura dell'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTum).

Nel 2009 sono stati registrati in provincia 2.051 tumori maligni nei maschi (1.512 se si escludono i tumori della pelle non melanomi) e 1.729 nelle femmine (1.359 se si escludono i tumori della pelle non melanomi).

Grafico n. 28. **Distribuzione % delle dieci neoplasie più frequenti nella Provincia di Reggio Emilia per genere - Anno 2009. Esclusi carcinomi cutanei, malattie mieloproliferative e sindromi mielodisplastiche**



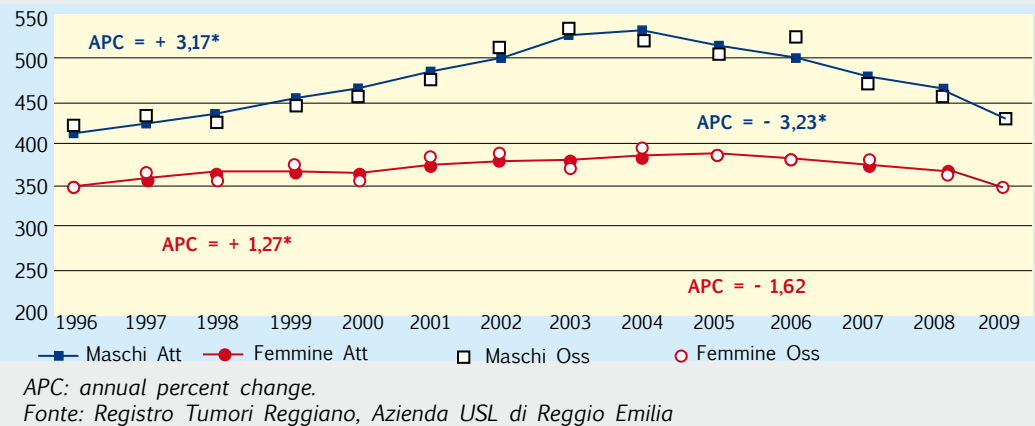
Fonte: Registro Tumori Reggiano, Azienda USL di Reggio Emilia

Nei maschi, la prostata è da alcuni anni la sede più frequente, seguita dal polmone. Nelle femmine, la mammella si conferma al primo posto. In entrambi i sessi appare in crescita significativa l'incidenza del tumore della tiroide, che nelle femmine è la quarta neoplasia. Rispetto agli anni più recenti si osserva una riduzione dei tumori del colon-retto, probabilmente a causa dell'anticipazione diagnostica legata allo screening.

Il trend temporale per l'incidenza è stato analizzato con il metodo join point¹⁹, confrontando i tassi annuali standardizzati utilizzando come riferimento la popolazione europea.

¹⁹ Metodo statistico che sintetizza i dati in una serie di rette con pendenze diverse e collegate tra loro da una serie di punti detti nodi (join point). Il modello usato è una regressione lineare in cui la variabile dipendente è rappresentata dal logaritmo naturale del tasso standardizzato e la variabile indipendente è l'anno di calendario. Sono stati considerati statisticamente significativi (e indicati con *) i valori della variazione annua percentuale (APC) con p-value < 0,05.

Grafico n. 29. **Incidenza dei tumori maligni in Provincia di Reggio Emilia per genere e anno (Tassi standardizzati su popolazione europea). Esclusi carcinomi cutanei, malattie mieloproliferative e sindromi mielodisplastiche**



Il trend, costantemente in aumento in passato, mostra un'inversione di tendenza diminuendo dal 2004 per i maschi e dal 2005 per le femmine e prosegue anche nel 2009. La riduzione è più accentuata nei maschi.

Reggio Emilia fa registrare valori di sopravvivenza superiori alla media nazionale per la maggior parte delle sedi tumorali, spesso tra i più alti d'Italia, come per il colon-retto e la mammella.

La sopravvivenza a cinque anni dei tumori nel loro complesso sfiora il 60% nei maschi ed è superiore al 67% nelle femmine.

Come atteso dopo l'avvio del programma di screening, avvenuto nella nostra provincia nel 2005, l'incidenza dei tumori del colon-retto ha registrato un picco di incidenza nel 2006, più evidente nei maschi, per poi scendere ritornando a valori stabili.

1.5.4. Prevalenza dei tumori maligni al 01/01/2009

La prevalenza a durata limitata consiste nell'insieme di soggetti con diagnosi di tumore avvenuta entro un determinato periodo di osservazione, nel nostro dal 01/01/1999, ancora in vita alla data di riferimento. La prevalenza è funzione sia dell'incidenza sia della sopravvivenza ed è una misura utile a fini di programmazione sanitaria. Conoscendo la quota di popolazione vivente che ha sperimentato, in un passato recente o meno recente, la malattia tumorale, è possibile quantificare la domanda complessiva di assistenza sanitaria e sociale associata all'oncologia.

È utile distinguere tra coloro che alla data di riferimento hanno ricevuto una diagnosi di tumore da meno di due anni oppure da meno di cinque o dieci anni (lungo-sopravvissuti).

Di seguito si presenta la prevalenza a durata limitata per tutte le sedi tumorali e per le sedi più frequenti nei due generi.

Tabella n. 31. **Prevalenza corretta per durata limitata dell'osservazione dei tumori maligni e delle 4 sedi più frequenti per genere al 01.01.2009 (esclusi tumori della cute non melanomi)**

Anni dalla diagnosi	Maschi					Femmine				
	Prostata	Polmone	Colon Retto	Vescica	Tumori maligni	Mammella	Colon Retto	Polmone	Tiroide	Tumori maligni
≤ 2	593	209	350	313	2.213	817	259	104	172	2.081
≤ 5	1.469	339	789	640	4.796	1.934	634	145	367	4.661
≤ 10	2.219	436	1.224	1.021	7.450	3.398	985	194	615	7.815

Fonte: Registro Tumori Reggiano, Azienda USL di Reggio Emilia

Complessivamente risultavano 15.265 casi prevalenti di tumore maligno, di cui 9.457 diagnosticati da meno di 5 anni e 4.294 da meno di due anni.



- Incidenza in calo negli ultimi anni in entrambi i sessi per tutti i tumori
- Sopravvivenza superiore alla media nazionale per tutti i tumori e per mammella, prostata e colon-retto



- Incremento dell'incidenza del tumore della tiroide in entrambi i sessi

1.5.5. Diabete

Secondo i dati riportati nell'annuario statistico Istat 2010, è diabetico il 4,9% degli italiani (5,2% delle donne e 4,5% degli uomini), pari a circa 2.960.000 persone.

Da quest'anno è attivo il registro provinciale diabetici, coordinato dal Servizio di Epidemiologia, con l'obiettivo di stimare la prevalenza della patologia, monitorare l'applicazione delle linee guida regionali e fornire una base di dati per studi specifici. È un registro di popolazione che utilizza dati sanitari, amministrativi e gestionali correnti. Si forniscono pertanto i primi dati, ancora preliminari e in corso di validazione.

51

Tabella n. 32. **Numero assoluto e tasso di prevalenza x 100.000 di diabete mellito di tipo 2 per genere e distretto**

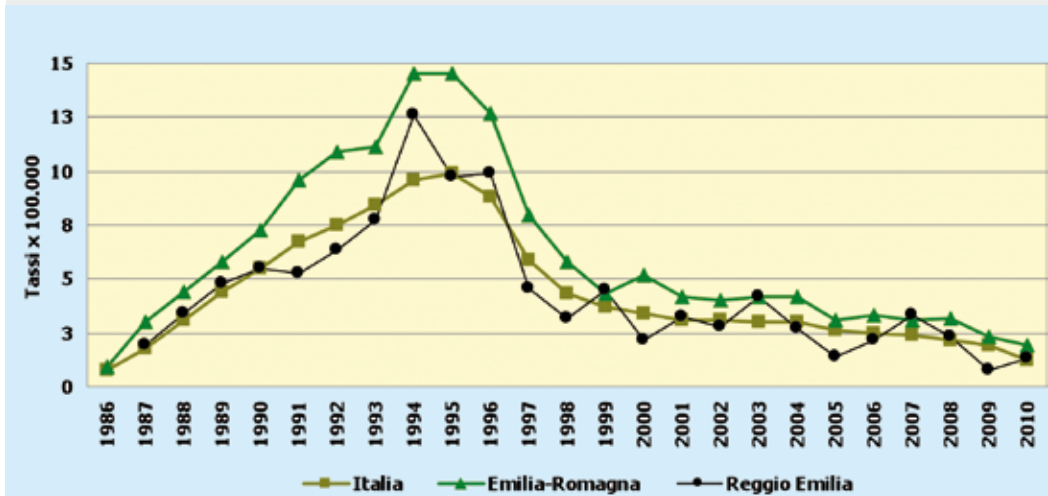
Distretti	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	Tasso	N.	%	N.	%
Montecchio	1.637	5,43	1.427	4,57	3.064	4,99
Reggio Emilia	5.283	4,87	4.464	3,93	9.747	4,39
Guastalla	2.057	5,76	1.723	4,75	3.780	5,25
Correggio	1.398	5,09	1.234	4,45	2.632	4,45
Scandiano	1.900	4,78	1.607	4,01	3.507	4,39
Castelnuovo M.	996	5,82	944	5,43	1.940	5,62
Provincia	13.271	5,13	11.399	4,28	24.670	4,70

Fonte: Registro provinciale diabetici - Azienda USL di Reggio Emilia

La prevalenza appare lievemente inferiore a quella nazionale e, contrariamente ai dati Istat, la patologia è più frequente nei maschi. Castelnuovo Monti è il distretto con la prevalenza più elevata. Si ricorda tuttavia che si tratta di dati in corso di verifica.

1.5.6. AIDS

Grafico n. 30. Tassi di incidenza di AIDS in Italia, Emilia-Romagna e Provincia di Reggio Emilia

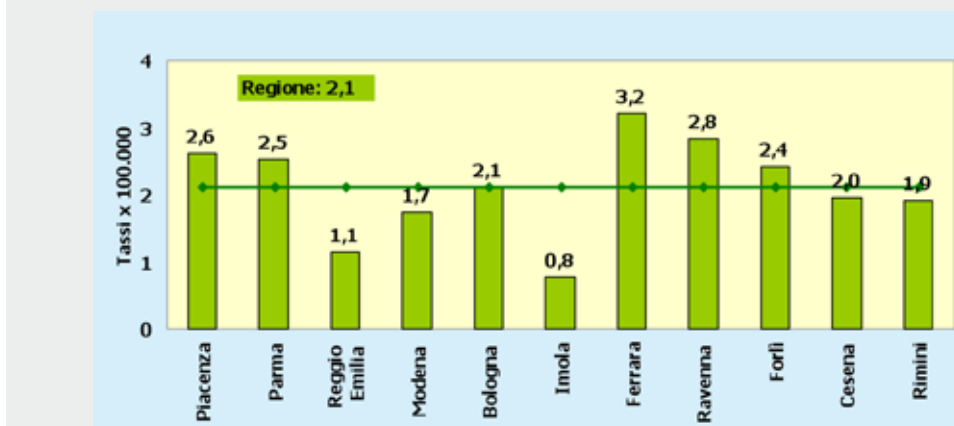


Fonte: Regione Emilia-Romagna, Assessorato Politiche per la Salute, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Servizio Sanità Pubblica

L'incidenza dell'AIDS²⁰ in Emilia-Romagna, nettamente superiore a quella italiana negli anni'90, si è progressivamente ridotta e negli ultimi anni è solo di poco superiore ai tassi nazionali, ai quali quelli della Provincia di Reggio Emilia sono molto simili.

52

Grafico n. 31. Tassi di incidenza di AIDS per Azienda USL nel biennio 2009-2010

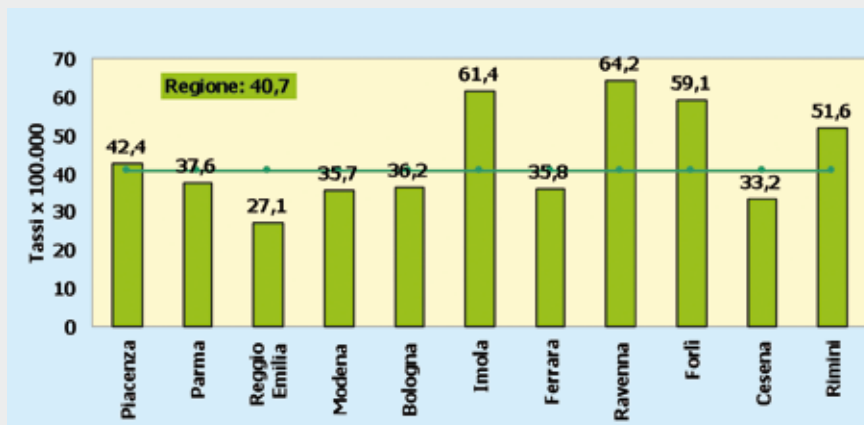


Fonte: Regione Emilia-Romagna, Assessorato Politiche per la Salute, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Servizio Sanità Pubblica

²⁰ Fonte della maggior parte dei dati di questo paragrafo è: Massimiliani E, Mattivi A, Droghini L, Finarelli AC. Lo stato dell'infezione da HIV/AIDS in Emilia-Romagna. Aggiornamento sull'epidemia al 31/12/2010. Regione Emilia-Romagna, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Servizio Sanità Pubblica, novembre 2011.

Reggio Emilia presenta l'incidenza provinciale più bassa nell'ultimo biennio disponibile, con un tasso di 0,8 nel 2009 e 1,3 nel 2010.

Grafico n. 32. Tasso di prevalenza di AIDS per Azienda USL al 31.12.2010



Fonte: Regione Emilia-Romagna, Assessorato Politiche per la Salute, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Servizio Sanità Pubblica

In accordo con i bassi tassi di incidenza, la prevalenza, numero di soggetti viventi affetti dalla malattia, a Reggio Emilia è la più bassa di tutta la regione dal 2001. La prevalenza più elevata si registra nelle province romagnole.

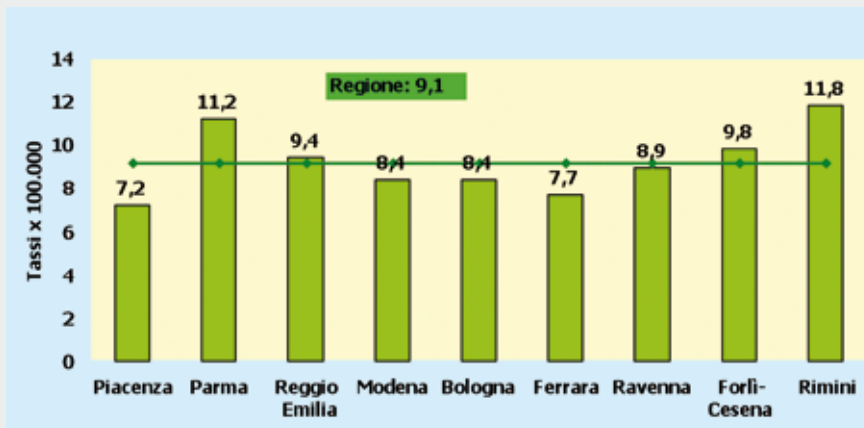
In relazione alla riduzione dei tassi di incidenza e della bassa letalità successiva all'introduzione degli antiretrovirali, la prevalenza è stabile o in aumento.

Contrariamente ai primi anni dell'epidemia, attualmente la quota maggiore di casi è a carico di soggetti eterosessuali, seguiti a distanza dai tossicodipendenti e da soggetti con rapporti omosessuali.

La percentuale di casi di AIDS negli immigrati in Provincia di Reggio Emilia oscilla negli anni più recenti tra il 15 e il 20% dei casi, con netta prevalenza dei paesi provenienti dall'Africa.

Nel periodo 2006-2010 sono stati notificati in Provincia di Reggio Emilia 234 nuove diagnosi di infezione da HIV, di cui 16 in soggetti non residenti. In 22 casi la notifica è stata effettuata in altre province, per cui i sieropositivi residenti sono stati 240. Come nel resto della regione, l'incidenza è molto più elevata nei maschi (13,1) che nelle femmine (5,8) e le classi di età maggiormente colpite in entrambi i sessi sono quelle adulte, 30-39 e 40-49 anni.

Grafico n. 33. Tassi di incidenza di nuove diagnosi di infezione da HIV nei residenti in Emilia-Romagna (maschi + femmine) per provincia nel periodo 2006-2010

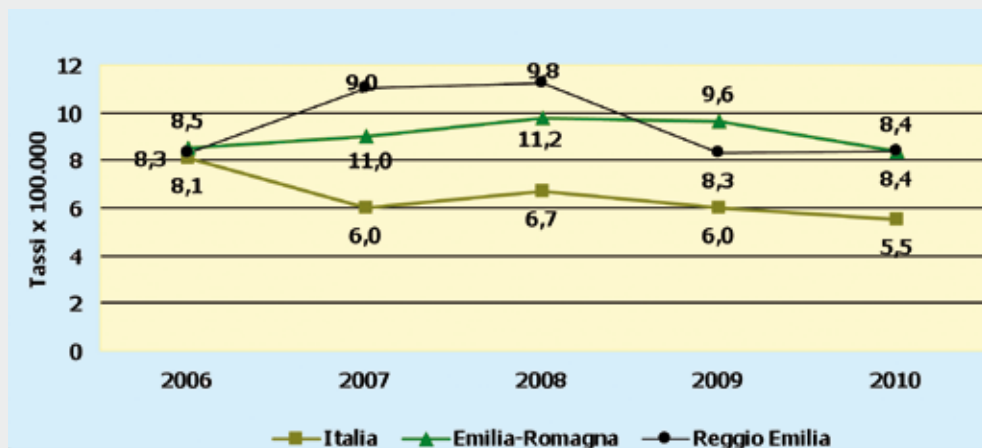


Fonte: Regione Emilia-Romagna, Assessorato Politiche per la Salute, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Servizio Sanità Pubblica

L'incidenza media nel periodo 2006-2010 a Reggio Emilia è simile a quella regionale e i tassi più elevati si registrano a Rimini e Parma.

54

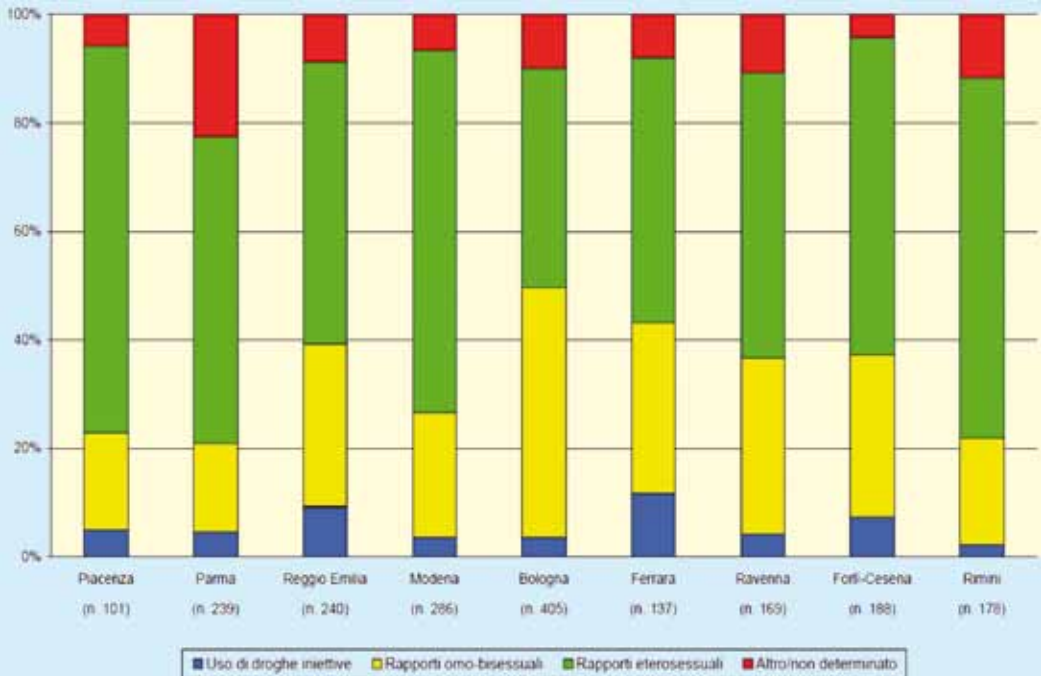
Grafico n. 34. Incidenza di nuove diagnosi di infezione da HIV in Italia, Emilia-Romagna e Provincia di Reggio Emilia (maschi + femmine) per anno



Fonti: Regione Emilia-Romagna, Assessorato Politiche per la Salute, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Servizio Sanità Pubblica. Istituto Superiore di Sanità - Centro Operativo AIDS (COA), Notiziari annuali.

L'andamento nel tempo dell'incidenza, con le oscillazioni provinciali legate ai piccoli numeri, è sostanzialmente simile a quello regionale. Entrambi sono superiori a quella delle regioni che forniscono i dati al COA nazionale.

Grafico n. 35. **Nuove diagnosi di infezione da HIV (maschi + femmine) per modalità di contagio e provincia di residenza nel periodo 2006-2010**



Fonte: Regione Emilia-Romagna, Assessorato Politiche per la Salute, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Servizio Sanità Pubblica

In ambito regionale il 55,1% dei contagi avvengono tramite rapporti eterosessuali, seguiti da quelli omosessuali (29,4%). Il 5,3% derivano dall'utilizzo di droghe iniettive. Fa eccezione la Provincia di Bologna dove il 46% dei contagi deriva da rapporti omo-bisessuali.

Gli immigrati rappresentano una popolazione più vulnerabile all'infezione da HIV, in quanto esposti ad una serie di fattori di rischio:

- provenienza frequente da paesi ad alta endemia;
- mancanza di informazione mirata;
- predominanza di soggetti giovani, sessualmente attivi;
- diffusione della prostituzione.

Tabella n. 33. **Nuove diagnosi di infezione da HIV (maschi + femmine) per paese di nascita e provincia di residenza nel periodo 2006-2010**

	Italiani		Immigrati		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
Piacenza	53	52,5	48	47,5	101	100,0
Parma	119	49,8	120	50,2	239	100,0
Reggio Emilia	145	60,4	95	39,6	240	100,0
Modena	177	61,9	109	38,1	286	100,0
Bologna	324	80,0	81	20,0	405	100,0
Ferrara	118	86,1	19	13,9	137	100,0
Ravenna	140	82,8	29	17,2	169	100,0
Forlì-Cesena	143	76,1	45	23,9	188	100,0
Rimini	13	86,0	25	14,0	178	100,0
Emilia-Romagna	1.372	70,6	571	29,4	1.943	100,0

Fonte: Regione Emilia-Romagna, Assessorato Politiche per la Salute, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Servizio Sanità Pubblica

La distribuzione riflette la diversa distribuzione degli stranieri sul territorio e la quota più elevata si registra nelle province dell'Area Vasta Emilia Nord.

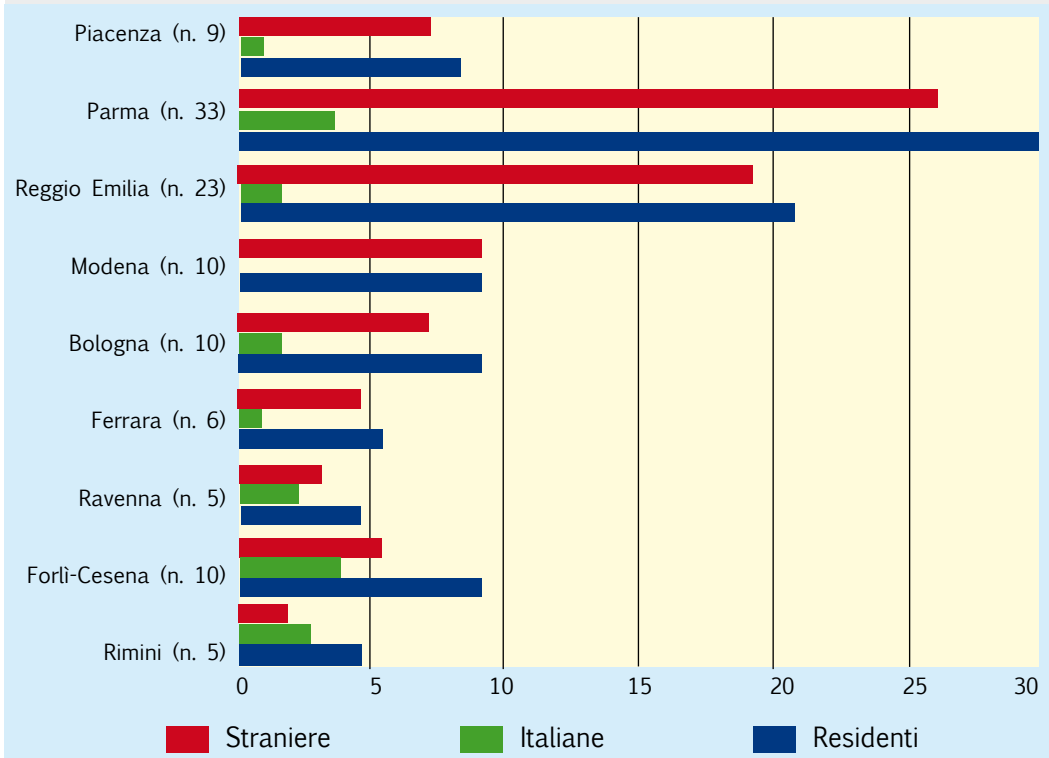
In ambito regionale, l'Africa Sub-Sahariana registra il 55% dei nuovi casi, 65% nelle donne, seguita dall'Europa centrale (10,2%) e dall'America del Sud (9,8%, 17,6% nei maschi). La distribuzione percentuale provinciale è molto simile a quella regionale.

Questo si riflette in una diversa modalità di trasmissione. Negli stranieri i 3/4 dei casi sono legati a rapporti eterosessuali a fronte del 47% degli italiani, mentre la proporzione di tossicodipendenti o legata a rapporti omo-bisessuali è nettamente inferiore.

Un aspetto importante riguarda il rilievo dell'infezione da HIV in gravidanza, in quanto le terapie antiretrovirali, il parto cesareo e l'allattamento artificiale sono efficaci per prevenire la trasmissione verticale dell'infezione.

Nel periodo 2006-2010 sono stati segnalati 125 casi, 88,8% femmine e 11,2% maschi, in quanto il test viene proposto ad entrambi i genitori.

Grafico n. 36. **Percentuale sul totale regionale di nuove diagnosi di infezione da HIV in gravidanza per paese di nascita e provincia di residenza nel periodo 2006-2010**



Fonte: Regione Emilia-Romagna, Assessorato Politiche per la Salute, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Servizio Sanità Pubblica

La distribuzione territoriale è molto eterogenea, ma le province di Parma e Reggio Emilia registrano più del 50% dei casi regionali. Il fenomeno è molto più frequente tra le immigrate, 92 casi su 111 donne positive, che scoprono la sieropositività in occasione della gravidanza. L'area geografica di provenienza predominante è l'Africa Sub-Sahariana (72,8%).

1.5.7. Tubercolosi

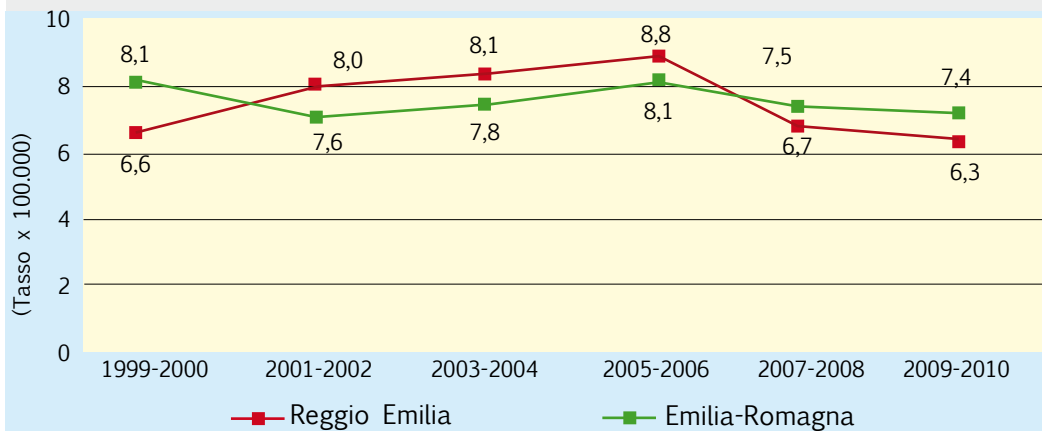
Il tasso di incidenza della tubercolosi (tutte le localizzazioni) in Italia tra il 2000 e il 2008 è costante e di poco inferiore a 8 x 100.000 abitanti. Negli stessi anni in provincia e in regione oscilla tra 10 e 14 x 100.000 abitanti.

Nell'ultimo biennio disponibile il tasso di incidenza delle forme polmonari in Provincia di Reggio Emilia è risultato inferiore a quello regionale.

Tabella n. 34. **Incidenza della tubercolosi polmonare per Azienda USL nel biennio 2009/2010**

	Biennio 2009-2010		
	N. casi (*)	Popolazione media	Tasso medio annuale di incidenza
AUSL Piacenza	33	286.974	5,7
AUSL Parma	61	435.202	7,0
AUSL Reggio Emilia	66	522.389	6,3
AUSL Modena	105	691.433	7,6
AUSL Bologna	168	849.951	9,9
AUSL Imola	7	130.305	2,7
AUSL Ferrara	52	358.473	7,3
AUSL Ravenna	48	387.619	6,2
AUSL Forlì	24	185.863	6,5
AUSL Cesena	22	204.312	5,4
AUSL Rimini	56	314.268	8,9
Totale	642	4.366.786	7,4

* si intendono per casi i soggetti residenti o domiciliati in Emilia-Romagna al momento della diagnosi.
Fonte: Regione Emilia-Romagna, Assessorato Politiche per la Salute

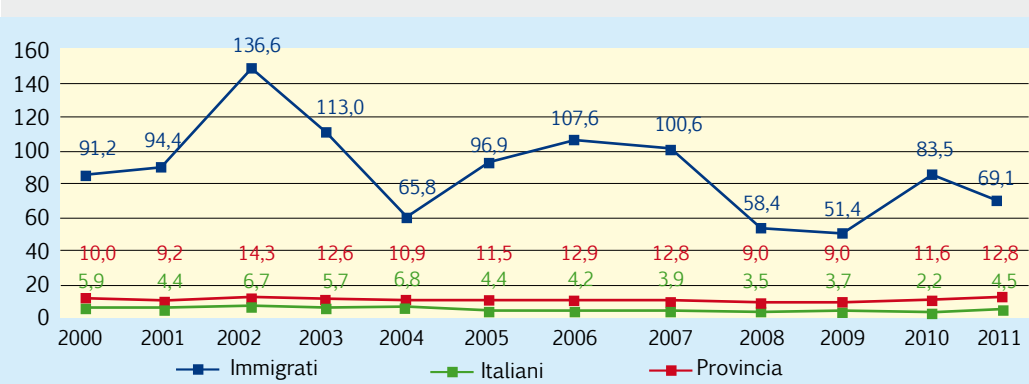
Grafico n. 37. **Incidenza della tubercolosi polmonare per periodo di notifica in Provincia di Reggio Emilia e in Emilia-Romagna**

Fonte: Regione Emilia-Romagna, Assessorato Politiche per la Salute

L'andamento nel tempo del tasso di notifica è sostanzialmente costante fino al 2006, con una riduzione negli ultimi due bienni, più accentuata in provincia.

Il numero di nuovi casi di tubercolosi notificati in provincia (grafico n. 37), relativamente costante tra il 2003 e il 2007, si era ridotto nel biennio 2008/2009 per poi risalire in quello successivo. Nell'arco di 12 anni, il tasso di incidenza ha avuto un andamento oscillante, con un tasso minimo di 9,0 x 100.000 abitanti nel 2008 e uno massimo di 14,3 nel 2002.

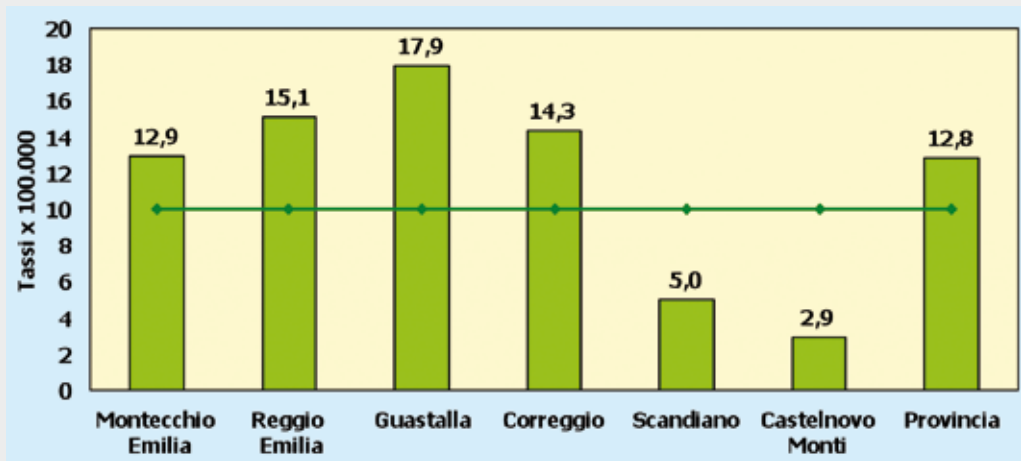
Grafico n. 38. Tasso di incidenza di tubercolosi in Provincia di Reggio Emilia per provenienza geografica



Fonte: registro malattie infettive Azienda USL di Reggio Emilia

La patologia è a carico prevalentemente degli immigrati, che anche nel 2011 continuano a rappresentare più dei 2/3 del totale dei nuovi casi. La costanza dell'incidenza tra gli italiani dimostra che non vi è trasmissione di contagio tra la popolazione immigrata e quella italiana.

Grafico n. 39. Tasso di incidenza di tubercolosi nel 2011 per distretto di residenza



Fonte: registro malattie infettive Azienda USL di Reggio Emilia

L'incidenza elevata nel corso degli anni è sostenuta principalmente dai Distretti di Correggio e Guastalla, ma negli ultimi anni si osserva un aumento anche negli stranieri degli altri distretti. L'area geografica maggiormente rappresentata tra gli immigrati è l'Asia centro meridionale (27%), e questo motiva l'elevata incidenza nell'area nord. Seguono a grande distanza l'Africa settentrionale, l'Asia orientale e l'Africa sub-sahariana. Tuttavia, nel 2011 ben quattro distretti superano il tasso che l'OMS indica come espressione di una situazione di endemia tubercolare.



- Incidenza e prevalenza dell'AIDS più bassa in regione
- Incidenza di tubercolosi polmonare in calo e inferiore a quella regionale nel biennio 2009-2010



- Elevata proporzione di AIDS tra gli stranieri
- L'elevata frequenza di sieropositività tra gli eterosessuali, soprattutto negli stranieri, indica la presenza di comportamenti a rischio
- Elevata frequenza di casi che scoprono la sieropositività in gravidanza
- Tubercolosi prevalentemente a carico degli stranieri
- Nel 2011 quattro distretti superano il tasso che l'OMS indica come espressione di una situazione di endemia tubercolare

1.5.8. La salute delle popolazione immigrata

Si riporta l'aggiornamento al 2010 di alcuni indicatori di accesso ai servizi sanitari.

1.5.8.1. Il ricovero ospedaliero

Tabella n. 35. **Numero e distribuzione % dei ricoveri per struttura ospedaliera per cittadinanza e genere - Anno 2010**

	Maschi				Femmine			
	Italiani		Immigrati		Italiani		Immigrati	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Reggio Emilia	17.192	46,3	1.192	52,3	18.976	44,1	2.664	49,2
Castelnuovo Monti	1.848	5,0	79	3,5	2.049	4,8	195	3,6
Correggio	972	2,6	39	1,7	812	1,9	34	0,6
Guastalla	3.181	8,6	313	13,7	3.783	8,8	802	14,8
Montecchio	1.719	4,6	80	3,5	2.619	6,1	402	7,4
Scandiano	2.300	6,2	101	4,4	3.664	8,5	481	8,9
Strutture private	2.663	7,2	55	2,4	2.662	6,2	115	2,1
Mobilità-Intra RER	5.206	14,0	313	13,7	6.233	14,5	545	10,1
Mobilità-Extra RER	2.047	5,5	108	4,7	2.261	5,3	178	3,3
Totale	37.128	100,0	2.280	100,0	43.059	100,0	5.416	100,0

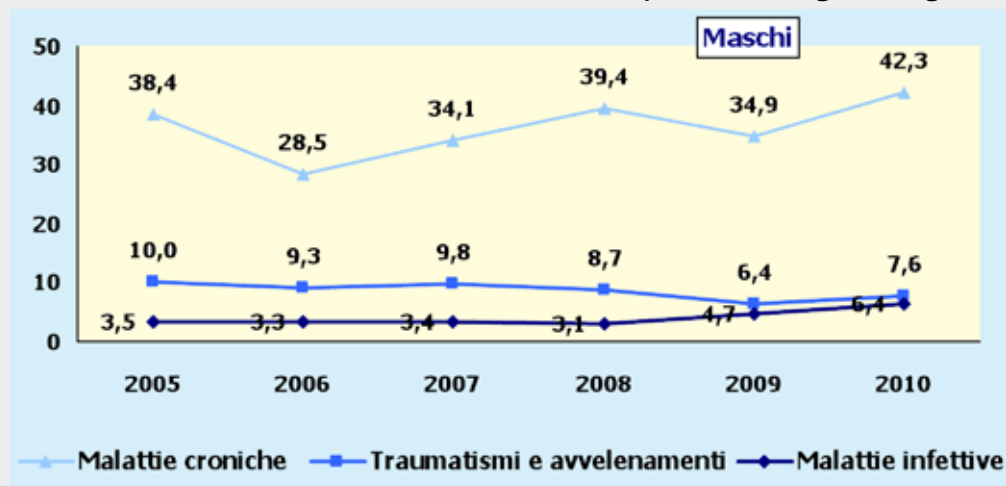
RER= Regione Emilia-Romagna

Fonte: Banca dati Schede di dimissione ospedaliera - Azienda USL di Reggio Emilia

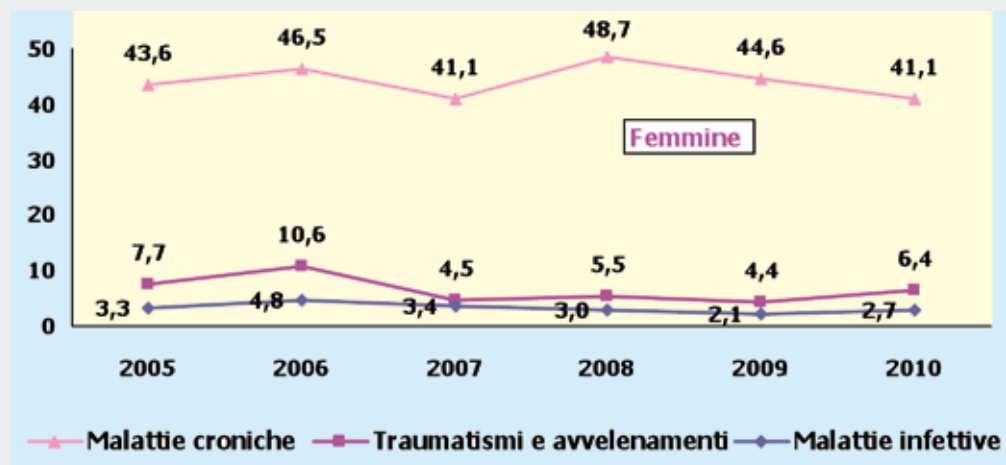
Come negli anni precedenti, le strutture ospedaliere maggiormente utilizzate dalla popolazione immigrata sono l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia e l'Ospedale di Guastalla. È molto bassa la quota di ricoveri presso strutture private come pure a Correggio, per la peculiarità di questo Ospedale.

Negli ultimi anni si è assistito all'invecchiamento progressivo della popolazione straniera residente in provincia, con un significativo incremento della quota di popolazione di età maggiore a 44 anni, passata dal 11,6% al 16,7% del totale tra gli uomini e dal 10,7% al 22,8% tra le donne.

Grafico n. 40. Tassi grezzi di ospedalizzazione x 1.000 nella classe di età 45-64 anni per malattie croniche (tumori, malattie del sistema cardiocircolatorio e osteomuscolare), cause traumatiche e malattie infettive per anno negli immigrati



I tassi di ricovero per patologie croniche, tipiche dell'età adulta e anziana, sono in aumento nei maschi nel periodo considerato.



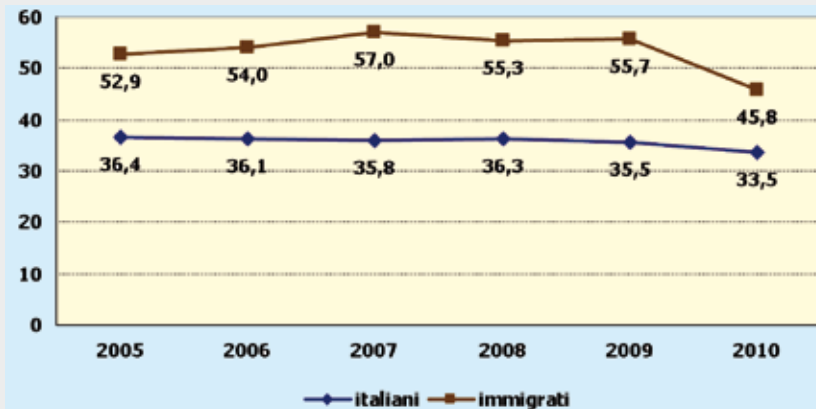
Fonte: Banca dati Schede di dimissione ospedaliera - Azienda USL di Reggio Emilia

Nelle femmine il tasso risulta invece leggermente in calo, ma in ogni caso in modo più contenuto rispetto a quanto accade per le donne italiane della stessa fascia d'età.

Altre patologie frequentemente associate alla popolazione immigrata sono le malattie infettive, che risultano in netto aumento nei maschi e stabili nelle femmine, e i traumatismi che sono in calo in entrambi i sessi.

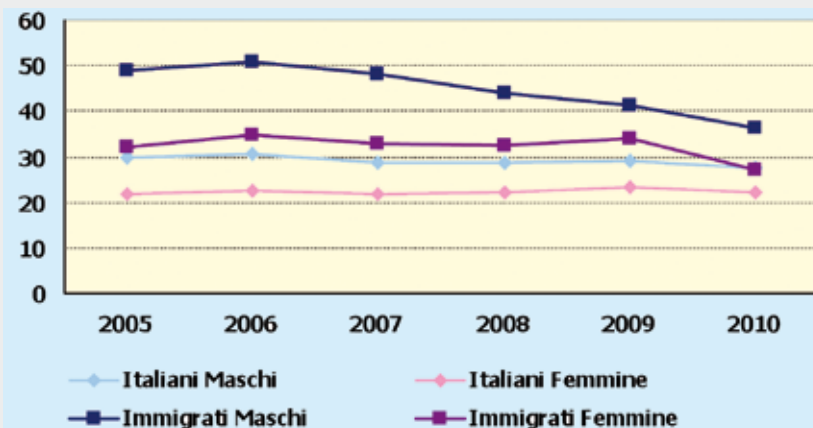
1.5.8.2. Accessi al Pronto Soccorso²¹

Grafico n. 41a. Tassi di accesso (x 100) al pronto soccorso per cittadinanza. Residenti 0-14 anni



I tassi di accesso dei bambini italiani sono stazionari nel periodo considerato, mentre per gli immigrati subiscono un netto calo nell'ultimo anno. Nel 2010 rimane tuttavia una differenza di 12 punti percentuali tra le due popolazioni.

Grafico n. 41b. Tassi di accesso (x 100) al pronto soccorso per cittadinanza e genere. Residenti 15-64 anni



Fonti: archivi di Pronto Soccorso dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

I tassi di accesso per la popolazione immigrata adulta sono in calo, mentre rimangono pressoché stabili per la popolazione italiana. Nei cinque anni il differenziale tra le due popolazioni si dimezza in entrambi i generi.

²¹ Ulteriori informazioni sono contenute nell'articolo: Bonvicini L, Broccoli S, D'Angelo S, Candela S. L'accesso al Pronto Soccorso nella Provincia di Reggio Emilia: un confronto tra la popolazione immigrata e italiana. *Epidemiologia & Prevenzione* 2011; 35: 259-266.

Tabella n. 36. **Principali caratteristiche relative ai pazienti e agli accessi al pronto soccorso per cittadinanza. Adulti (15-64 anni). Anni 2007, 2010**

	2007				2010			
	Italiani		Immigrati		Italiani		Immigrati	
Età (media e deviazione standard)	39,9 (13,5)		34,6 (9,9)		40,8 (13,6)		35,8 (10,7)	
	Accessi	%	Accessi	%	Accessi	%	Accessi	%
Genere								
Maschi	43.026	57,6	9.770	61,8	41.426	56,3	8.862	56,6
Femmine	31.638	42,4	6.033	38,2	32.116	43,7	6.801	43,4
Cause di accesso*								
Malattia	20.041	51,2	3.814	56,9	19.588	50,2	4.288	59,6
Lesione Accidentale	8.663	22,1	969	14,4	8.596	22,0	989	13,8
Infortunio sul lavoro	6.471	16,5	1.317	19,6	5.326	13,6	1.003	14,0
Altre cause	3.987	10,2	606	9,0	5.552	1,2	909	12,6
Codice colore								
Bianco	14.667	19,6	4.524	28,6	12.584	17,1	3.590	22,9
Verde	53.363	71,5	10.480	66,3	52.187	71,0	10.606	67,7
Giallo	6.123	8,2	745	4,7	8.272	11,5	1.398	8,9
Rosso	509	0,7	53	0,3	499	0,7	69	0,5
Accessi seguiti da ricovero	5.270	7,1	670	4,2	4.193	5,7	720	4,6

* le cause di accesso sono disponibili solo per gli ospedali dell'Azienda USL.

Fonti: archivi di Pronto Soccorso dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

L'età media degli immigrati è inferiore a quella degli italiani in entrambi gli anni considerati. Si registra un netto incremento delle donne, dal 2007 al 2010, in relazione sia ai ricongiungimenti familiari che alla massiccia immigrazione di donne dell'Est Europa. Più della metà della popolazione italiana adulta ricorre al Pronto Soccorso per malattia e tale percentuale è ancora maggiore tra gli immigrati. La seconda causa di accesso per gli immigrati è l'infortunio sul lavoro, mentre per gli italiani sono le lesioni accidentali. Gli accessi più frequenti sono quelli codificati come verdi, sia tra gli italiani che tra gli immigrati, senza differenze di rilievo tra 2007 e 2010. La frequenza di accessi per codice bianco, considerati potenzialmente inappropriati perché non urgenti, è invece più alta tra gli immigrati di 9 punti percentuali nel 2007 e di circa 6 punti percentuali nel 2010. Si registra, quindi, una diminuzione del gap tra italiani e immigrati, ma le percentuali rimangono alte sia per gli italiani che per gli immigrati. L'accesso con codice bianco rimane una criticità per la popolazione immigrata. Gli accessi seguiti da ricovero negli immigrati rappresentano poco più del 4%, proporzione inferiore a quella riscontrata tra gli italiani.



- Netto calo degli accessi al pronto soccorso in età pediatrica negli immigrati
- Riduzione degli accessi al pronto soccorso negli immigrati adulti



- Aumento dei ricoveri per malattie infettive nei maschi adulti
- Differenziale italiani/immigrati negli accessi al pronto soccorso ancora elevato
- Accessi con codice bianco elevati, soprattutto negli immigrati

1.6. Stili di vita²²

I dati sugli stili di vita a Reggio Emilia non si discostano significativamente da quelli medi regionali e sono simili a quanto riportato nelle precedenti edizioni del Bilancio di Missione. Di seguito forniamo pertanto solo i dati che è stato possibile aggiornare, e, soprattutto, la descrizione delle caratteristiche dei soggetti a maggior rischio di comportamenti scorretti, perché è a loro che occorre mirare le iniziative di promozione della salute.

1.6.1. Eccesso ponderale

Un importante indicatore delle abitudini alimentari è costituito dalla distribuzione di soggetti sovrappeso e obesi nella popolazione generale.

I dati Istat indicano una elevata proporzione di soggetti sovrappeso e obesi, più evidente nei maschi, che cresce al crescere dell'età. È dimostrata una netta correlazione tra livello educativo e peso corporeo, con trend in crescita dell'indice di massa corporea dalla laurea alla licenza elementare in tutte le classi di età.

Tabella n. 37. **Persone di 18 anni e più per indice di massa corporea²³, regione, ripartizione geografica - Anno 2010 (per 100 persone di 18 anni e più della stessa zona)**

Ripartizioni geografiche	Indice di massa corporea				Totale
	Sottopeso	Normopeso	Sovrappeso	Obesi	
Regione Emilia-Romagna	2,7%	50,9%	35,7%	10,6%	100,0%
Italia nord-occidentale	4,0%	54,4%	32,2%	9,5%	100,0%
Italia nord-orientale	2,6%	51,9%	35,5%	9,9%	100,0%
Italia centrale	2,5%	52,3%	35,2%	10,0%	100,0%
Italia meridionale	2,0%	46,8%	39,3%	11,9%	100,0%
Italia insulare	2,8%	49,3%	37,3%	10,6%	100,0%
Italia	2,8%	51,2%	35,6%	10,3%	100,0%

Fonte: Istat, Indagine annuale "Aspetti della vita quotidiana"

L'Emilia-Romagna ha una proporzione di sovrappeso/obesi sovrapponibile a quella italiana, mentre la frequenza è più elevata nel sud e nelle isole.

²² Sistema di sorveglianza PASSI - Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia. Dati preliminari 2008-2011 delle 11 Aziende Sanitarie dell'Emilia-Romagna. Fonti: Servizio Sanità Pubblica Regione Emilia-Romagna; Servizio di Epidemiologia AUSL di Modena; Servizio di Epidemiologia AUSL Cesena. Indagine condotta tramite 14.495 soggetti, 7.215 maschi e 7.280 femmine di età 18-69 anni tramite intervista con un questionario standardizzato. Per la Provincia di Reggio Emilia i partecipanti sono stati 1.085, 515 maschi e 570 femmine.

²³ BM: Indice di massa corporea (peso in Kg./altezza² in metri). Sottopeso: < 18,5; normopeso: 18,5-24,9; sovrappeso: 25-29,9; obeso: ≥ 30.

Tabella n. 38. **Persone in eccesso ponderale (% e intervalli di confidenza al 95%) per Azienda USL**

Aziende USL	Indice di massa corporea			
	Sottopeso	Normopeso	Sovrappeso	Obesi
Piacenza	5,3 (4,1-6,8)	57,7 (54,8-60,6)	28,2 (25,7-30,8)	8,8 (7,3-10,6)
Parma	3,8 (2,8-5,0)	52,3 (49,4-55,2)	33,3 (30,6-36,1)	10,7 (9,0-12,6)
Reggio Emilia	3,2 (2,3-4,4)	53,8 (50,9-56,7)	32,8 (30,1-35,6)	10,2 (8,5-12,2)
Modena	3,1 (2,5-3,9)	52,2 (50,2-54,1)	33,4 (31,5-35,3)	11,4 (10,2-12,7)
Bologna	3,6 (2,8-4,6)	55,0 (52,7-57,3)	32,2 (30,0-34,4)	9,3 (8,0-10,8)
Imola	2,9 (1,8-4,5)	53,4 (49,5-57,4)	28,4 (24,9-32,2)	15,3 (12,6-18,5)
Ferrara	2,9 (2,0-4,0)	51,9 (49,2-54,7)	33,0 (30,1-35,7)	12,2 (10,0-14,1)
Ravenna	2,6 (1,9-3,8)	52,6 (48,8-55,4)	31,6 (29,1-34,3)	13,1 (11,3-15,1)
Forlì	3,8 (2,9-5,1)	51,5 (48,7-54,3)	31,5 (28,9-34,2)	13,3 (11,4-15,4)
Cesena	3,0 (2,2-4,1)	53,7 (51,0-56,3)	30,9 (27,3-32,6)	13,3 (11,5-15,2)
Rimini	3,7 (2,9-4,9)	54,9 (52,1-57,7)	31,2 (28,6-33,8)	10,3 (8,7-12,2)
Regione Emilia-Romagna	3,4 (3,1-3,7)	53,6 (52,7-54,4)	32,0 (31,2-32,8)	11,0 (10,5-11,6)

Fonte: Sistema di sorveglianza PASSI Emilia-Romagna – Risultati preliminari 2008-2011

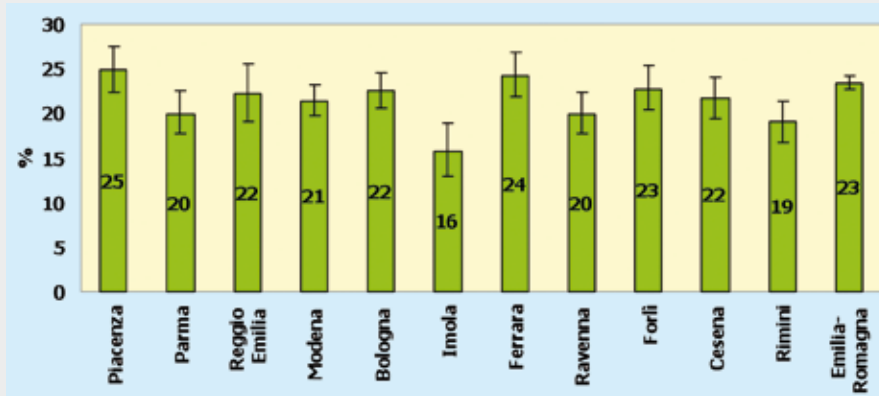
Complessivamente la distribuzione dei soggetti sovrappeso e obesi risulta abbastanza sovrapponibile nelle varie province e Reggio Emilia mostra risultati simili a quelli regionali.

I fattori di rischio significativamente correlati all'eccesso ponderale individuati dall'indagine sono il sesso maschile, l'età, con rischio maggiore nei più anziani, un basso livello di istruzione e la presenza di difficoltà economiche.

Per quanto riguarda i bambini, il sistema di sorveglianza OKKIO ha cadenza biennale e verrà aggiornato nel 2012 ma, come riportato lo scorso anno, 1 bambino su 5 risultava sovrappeso e 1 su 10 obeso.

1.6.2. Attività fisica

Grafico n. 42. **Persone sedentarie (% e intervalli di confidenza al 95%) per Azienda USL**



Fonte: Sistema di sorveglianza PASSI Emilia-Romagna – Risultati preliminari 2008-2011

I sedentari in Emilia-Romagna sono il 23,4%, a fronte del 36,2% di soggetti attivi e del 40,4% di parzialmente attivi. La Provincia di Reggio Emilia mostra risultati lievemente migliori e i sedentari sono il 22,2%, gli attivi il 32,9% e i parzialmente attivi il 45,0%.

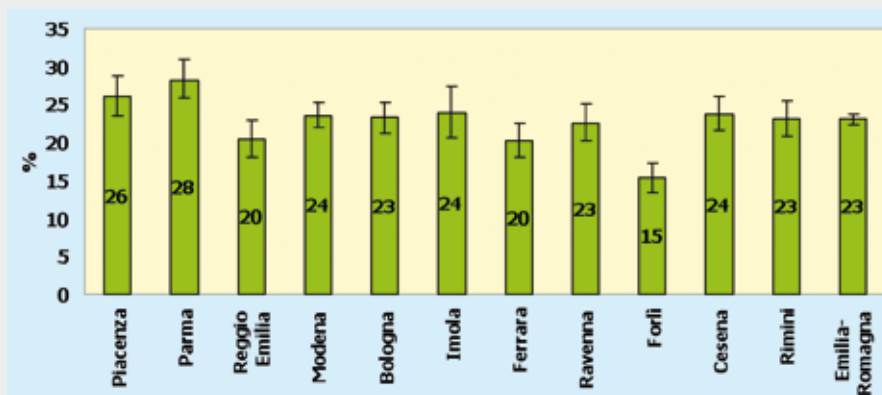
L'attività fisica, insieme con l'alimentazione, oltre ad avere numerosi effetti benefici per la salute, è un importante determinante di eccesso ponderale.

L'indagine OKKIO rilevava che meno di 1,5 bambini su 10 nel 2010 aveva un livello di attività fisica raccomandato in relazione all'età; in peggioramento rispetto alla rilevazione 2008, in relazione soprattutto al fatto di recarsi a scuola con mezzi motorizzati, non fare sufficienti attività sportive strutturate e giocare poco all'aperto.

1.6.3. Alcool

L'indagine multiscopo Istat sull'uso e abuso di alcool non è stata aggiornata e mostrava un netto gradiente geografico, con aumento progressivo da sud a nord, dei comportamenti di consumo a rischio. L'Emilia-Romagna presentava una proporzione di consumo a rischio superiore a quella nazionale ma inferiore a quella del Nord, sia nei maschi che nelle femmine. Il consumo a rischio era più frequente nei maschi e negli anziani, ma nelle classi di età giovanili e adulte più di 1 maschio su 5 risultava un consumatore binge.

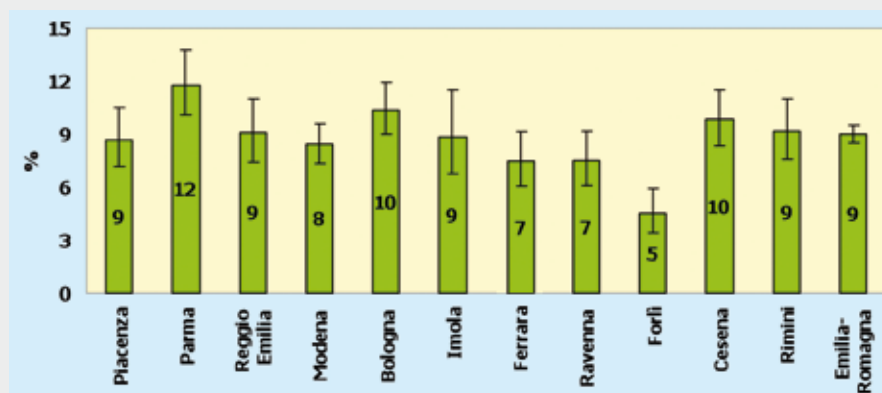
Grafico n. 43. Consumatori di alcool a rischio (% e intervalli di confidenza al 95%) per Azienda USL



Fonte: Sistema di sorveglianza PASSI Emilia-Romagna – Risultati preliminari 2008-2011

Nella sorveglianza PASSI, la proporzione di consumatori a rischio²⁴ a Reggio Emilia è inferiore a quella regionale. Il consumo di alcool a rischio risulta significativamente maggiore nelle classi di età più giovani, negli uomini e nelle persone che riferiscono difficoltà economiche.

Grafico n. 44. Consumatori di alcool binge (% e intervalli di confidenza al 95%) per Azienda USL



Fonte: Sistema di sorveglianza PASSI Emilia-Romagna – Risultati preliminari 2008-2011

Il consumo di alcool in modo smodato (binge drinking²⁵) a Reggio Emilia è sovrapponibile a quello regionale. È significativamente più diffuso nella fascia di età 18-24 anni, negli uomini e nelle persone con istruzione medio-alta.

²⁴ Consumatori di alcool a rischio: forti bevitori (uomo che beve in media 3 o più unità al giorno o donna che ne consuma 2 o più), consumatori di alcool prevalentemente o solo fuori dai pasti, consumatori binge.

²⁵ Consumatori binge: consumo di 5 o più unità alcoliche negli uomini e 4 o più unità alcoliche nelle donne in un'unica occasione almeno una volta negli ultimi 30 giorni.

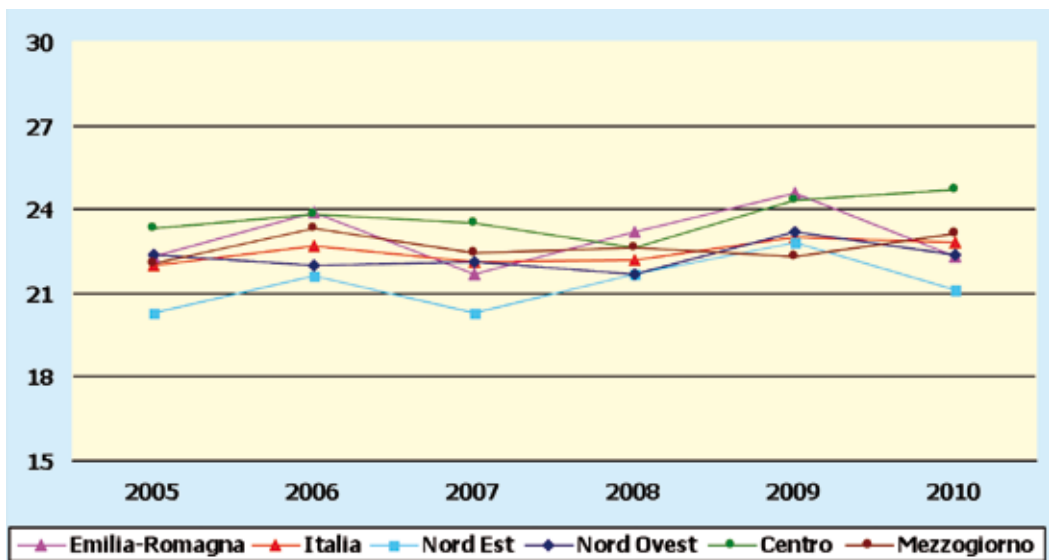
L'aspetto più preoccupante del consumo di alcool, in Emilia-Romagna, meno rilevante tuttavia rispetto ad altre regioni del Nord Italia, è dato dal crescente fenomeno dei bevitori "binge", per lo più nel corso del fine settimana.

In ambito regionale il 10,6% degli intervistati non astemi ha riferito di aver bevuto e guidato negli ultimi 30 giorni e l'8,5% ha viaggiato con un guidatore che era sotto l'effetto dell'alcool. In Provincia di Reggio Emilia le stesse percentuali sono, rispettivamente, 11,5% e 8,2%.

1.6.4. Fumo

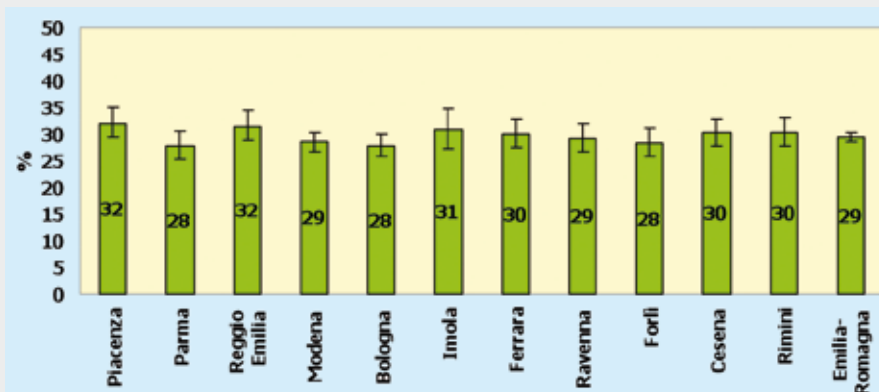
La frequenza di fumatori nella popolazione di età 14 anni e più, prima del 2005 era superiore al 25% in Emilia-Romagna e al 24% in Italia. Negli anni più recenti, pur se con un andamento oscillante e una certa variabilità tra le ripartizioni geografiche, si è ridotta raggiungendo il 22,3% in regione e il 22,8% in Italia.

Grafico n. 45. **Proporzione di fumatori di 14 anni e più (per 100 persone della stessa età e zona) per anno e ripartizione geografica**



Gli uomini fumano più delle donne, ma nel sesso femminile la riduzione di fumatrici è meno spiccata che nei maschi o assente.

Grafico n. 46. **Fumatori (%). Distribuzione per AUSL 2007-2009**



Fonte: PASSI Emilia-Romagna – Risultati del sistema di sorveglianza nel triennio 2007-2009

I dati rilevati dalla sorveglianza PASSI regionale sono diversi rispetto ai dati Istat in relazione, sia alle diverse classi di età, che a una diversa definizione di fumatore²⁶.

I fumatori in regione sono il 29,3%, proporzione simile a quella nazionale, mentre i non fumatori sono il 48,9% e gli ex-fumatori il 21,7%, risultati sovrapponibili alla rilevazione precedente.

Fumano di più i maschi (32,6%), rispetto alle femmine (26,1%), e i giovani (34,1% nella classe di età 18-34 anni).

Reggio Emilia ha una delle proporzioni di fumatori più elevate in regione, sia nei maschi (36,3%), che nelle femmine (27,0%), che nei giovani (35,1%).

Soggetti sui quali indirizzare iniziative di promozione della salute dovrebbero quindi essere principalmente i giovani e, in particolare, le ragazze, i giovani lavoratori e gli studenti.



- Proporzioni di soggetti sovrappeso/obesi sovrapponibile a quella regionale
- Consumo di alcool in Emilia-Romagna superiore a quello italiano, ma inferiore a quello del Nord



- Elevata frequenza di eccesso ponderale sia negli adulti che nei bambini
- Elevata frequenza nei giovani di bevitori binge
- Elevata proporzione di soggetti che guidano sotto l'effetto dell'alcool
- Proporzioni di fumatori più elevate a Reggio Emilia rispetto alla regione sia nei maschi, che nelle femmine e nei giovani
- Notevole influenza delle condizioni socio-economiche sugli stili di vita

²⁶ Soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno (sono inclusi anche i fumatori in astensione).

1.7. Sicurezza

1.7.1. Incidenti stradali²⁷

Gli incidenti stradali in Italia sono la prima causa di morte in entrambi i sessi nelle classi di età giovanili e il fenomeno è più rilevante nei maschi. Con il termine incidentalità ci si riferisce agli eventi avvenuti nel territorio considerato, indipendentemente dalla residenza delle persone coinvolte.

Tabella n. 39. **Andamento degli incidenti stradali in Provincia di Reggio Emilia dal 2001 al 2010**

Variabile	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Totale incidenti	3.684	3.413	3.312	2.950	2.641	2.375	2.502	2.380	2.242	2.321
Totale morti ²⁸	111	87	99	68	82	43	66	60	34	48
Totale feriti ²⁹	5.170	4.824	4.669	4.287	3.782	3.450	3.519	3.381	3.190	3.251
Indice di mortalità ³⁰	3,0%	2,6%	3,0%	2,3%	3,1%	1,8%	2,6%	2,5%	1,5%	2,1%
Indice di lesività ³¹	140,3%	141,3%	141,0%	145,3%	143,2%	145,3%	140,7%	142,1%	142,3%	140,1%
Indice di pericolosità ³²	2,1%	1,8%	2,1%	1,6%	2,1%	1,2%	1,8%	1,7%	1,1%	1,5%

Fonte: Regione Emilia-Romagna su dati Istat

Il numero di incidenti sulle strade della Provincia di Reggio Emilia, in riduzione dal 2001 al 2006, aumenta nel 2007 e cala nel biennio successivo. In controtendenza con la regione e con molte province, nelle quali si osserva una riduzione di tutti gli indicatori, a Reggio Emilia nel 2010 risultano tutti in aumento rispetto all'anno precedente, ad eccezione dell'indice di lesività.

70

Tabella n. 40. **Incidenti stradali nelle province dell'Emilia-Romagna e in Italia nel 2010**

Province	Incidenti	Morti	Feriti	Indice di mortalità %	Indice di lesività %	Indice di pericolosità %
Piacenza	1.297	25	1.852	1,93%	142,79%	1,33%
Parma	1.655	39	2.283	2,36%	137,95%	1,68%
Reggio Emilia	2.321	48	3.251	2,07%	140,07%	1,45%
Modena	3.298	58	4.639	1,76%	140,66%	1,23%
Bologna	4.261	86	5.934	2,02%	139,26%	1,43%
Ferrara	1.406	44	1.893	3,13%	134,64%	2,27%
Ravenna	1.900	44	2.718	2,32%	143,05%	1,59%
Forlì-Cesena	1.764	34	2.337	1,93%	132,48%	1,43%
Rimini	2.250	23	3.092	1,02%	137,42%	0,74%
Emilia-Romagna	20.152	401	27.999	1,99%	138,94%	1,41%
Italia	211.404	4.090	302.735	1,93%	143,20%	1,33%

Fonte: Istat

²⁷ Fonte dei dati: Istat su rilevazioni mensili ISTAT/ACI. Per la Convenzione di Vienna del 1968 si definisce incidente stradale il fatto verificatosi nelle vie o piazze aperte alla circolazione nel quale sono coinvolti veicoli (o animali) fermi o in movimento e dal quale siano derivate lesioni a persone.

²⁸ Sono considerate morte le persone decedute sul colpo o entro il 30° giorno dall'incidente.

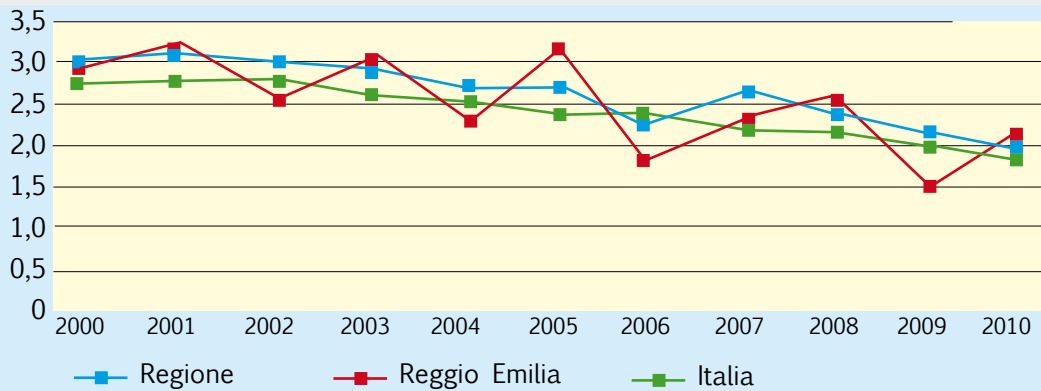
²⁹ Numero dei soggetti che hanno subito lesioni al proprio corpo a seguito dell'incidente.

³⁰ Indice di mortalità: n. morti per incidente stradale/n. incidenti stradali avvenuti *100

³¹ Indice di lesività: n. di feriti per incidente stradale/ n. incidenti stradali avvenuti *100.

³² Indice di pericolosità: n. di morti per incidente stradale/(n. morti + n. feriti)*100.

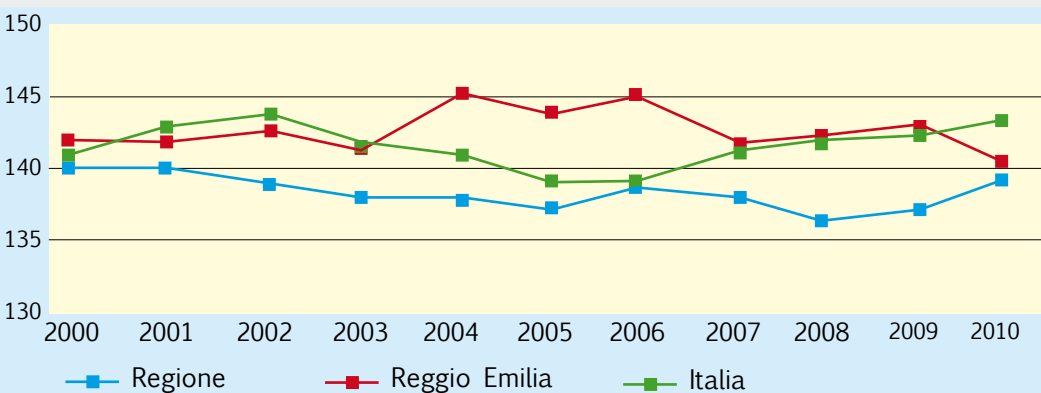
Grafico n. 47. **Indice di mortalità (x 100) per anno in Italia, Emilia-Romagna e Provincia di Reggio Emilia**



Fonte: Istat

Negli anni l'indice di mortalità regionale è quasi costantemente superiore a quello nazionale, mentre la Provincia di Reggio Emilia, in relazione alla minore numerosità dei decessi, oscilla tra le due curve, con possibili picchi in eccesso o in difetto come è accaduto nel 2005 e nel 2009.

Grafico n. 48. **Indice di lesività (x 100) per anno in Italia, Emilia-Romagna e Provincia di Reggio Emilia**



Fonte: Istat

L'indice di lesività, relativo ai soli feriti, è invece spesso lievemente superiore in provincia rispetto all'Emilia-Romagna, che mostra un andamento costantemente migliore rispetto all'Italia.

1.7.2. Infortuni sul lavoro

Tabella n. 41. **Tasso grezzo di incidenza (x 100) in Emilia-Romagna per anno e provincia**

I.I.	PC	PR	RE	MO	BO	FE	RA	FC	RN	RER
2000	5,4	6,6	6,0	5,7	4,6	5,0	6,6	6,8	6,7	5,7
2001	4,8	5,9	5,3	5,5	4,4	5,0	5,9	6,8	6,2	5,3
2002	4,7	5,2	5,2	5,3	4,3	5,6	6,1	6,8	6,1	5,2
2003	4,6	5,1	4,9	4,9	4,0	5,3	5,7	6,0	5,7	4,9
2004	4,4	5,2	4,7	4,8	3,9	5,1	5,6	5,6	6,0	4,8
2005	4,5	5,1	4,3	4,8	3,9	5,1	5,6	5,2	5,6	4,6
2006	4,7	5,0	4,4	4,8	4,2	5,0	5,3	5,1	5,9	4,8
2007	4,6	4,7	4,3	4,8	4,0	4,9	5,3	4,9	5,4	4,6
2008	4,2	4,2	4,0	4,3	3,6	4,4	5,0	4,6	4,9	4,2
2009	3,9	4,0	3,7	3,9	3,2	4,1	4,7	4,2	4,6	3,8
2010	4,0	4,0	3,7	4,0	3,3	3,9	4,7	4,2	4,9	3,9

Fonte: OREIL (Osservatorio Regionale Infortuni sul Lavoro) su dati INAIL. La percentuale di definizione del 2010 è del 95% circa

L'incidenza degli infortuni sul lavoro è in calo in regione e a Reggio Emilia, seconda provincia a minor Indice di Incidenza³³ (I.I.) dopo Bologna. Il tessuto produttivo reggiano è caratterizzato da una elevata occupazione nell'industria, superiore a quella media regionale.

Tabella n. 42. **Tasso standardizzato di incidenza (x 100) in Emilia-Romagna per anno e provincia**

I.I.	PC	PR	RE	MO	BO	FE	RA	FC	RN	RER
2000	4,7	5,6	5,1	4,9	4,7	4,6	6,1	6,5	6,5	5,1
2001	4,1	5,2	4,6	4,6	4,4	4,5	5,5	6,5	6,0	4,8
2002	4,1	4,4	4,3	4,4	4,2	5,0	5,7	6,0	5,9	4,6
2003	4,2	4,4	4,3	4,3	4,4	4,8	5,3	5,7	5,7	4,6
2004	4,2	4,6	4,1	4,2	4,2	4,8	5,2	5,4	6,0	4,5
2005	4,2	4,6	4,0	4,1	4,2	4,8	5,4	5,4	6,1	4,5
2006	4,2	4,6	3,8	4,2	4,1	4,7	5,1	5,0	6,0	4,4
2007	4,0	4,4	3,7	4,2	4,0	4,6	5,0	4,7	5,6	4,3
2008	3,7	3,9	3,4	3,7	3,6	4,0	4,5	4,4	5,0	3,9
2009	3,5	3,6	3,2	3,6	3,3	3,9	4,4	6,1	4,6	3,6
2010	3,6	3,6	3,2	3,6	3,3	3,7	4,3	4,0	4,9	3,6

Fonte: OREIL (Osservatorio Regionale Infortuni sul Lavoro) su dati INAIL. La percentuale di definizione del 2010 è del 95% circa

La standardizzazione per comparto produttivo, effettuata utilizzando la struttura produttiva italiana come riferimento, conferma questo andamento e il tasso standardizzato a Reggio Emilia è dal 2004 il più basso in regione.

³³ Indice di Incidenza: numero di infortuni/numero di addetti x 100.

Il calo così rapido dell'incidenza di infortuni può essere interpretato come un miglioramento delle condizioni di sicurezza nei luoghi di lavoro, ma non è possibile escludere una componente dovuta anche a un progressivo incremento di sottodenuncia di infortunio, prevalentemente a carico degli infortuni lievi, che non comportano un trattamento previdenziale e che potrebbero essere presentati al Pronto Soccorso come a genesi extra-professionale. Il fenomeno della sottodenuncia potrebbe verosimilmente essere maggiormente presente nelle aziende monopersone e in quelle con pochi addetti, in genere poco sindacalizzate. Questo fenomeno, se presente, porta a un aumento della proporzione di infortuni gravi sugli infortuni totali, perché la propensione alla sottodenuncia è minore per gli infortuni a prognosi più severa, per i quali è ipotizzabile un indennizzo permanente.

Non si può escludere per gli ultimi anni una influenza della congiuntura economica negativa che già nel 2008 determinava una riduzione dei lavoratori e un aumento della cassa integrazione.

Tabella n. 43. **Numero e percentuale di infortuni sul lavoro³⁴ complessivi e a carico di lavoratori stranieri per anno e tipo di definizione avvenuti in provincia di Reggio Emilia - Industria e Servizi**

Tipo di definizione	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Infortuni temporanei	8.619	8.341	8.227	8.063	6.780	6.811
di cui stranieri	1.633	1.643	1.712	1.773	1.312	1.353
% stranieri	18,9	19,7	20,8	22,0	19,4	19,9
Infortuni permanenti	505	550	610	610	396	378
di cui stranieri	81	84	105	106	65	61
% stranieri	16,0	15,3	17,2	17,4	16,4	16,1
Infortuni mortali	13	6	19	10	3	6
di cui stranieri	2	3	2	3	1	1
% stranieri	15,4	50,0	10,5	30,0	33,3	16,7
Infortuni totali	9.137	8.897	8.856	8.683	7.179	7.195
di cui stranieri	1.716	1.730	1.819	1.882	1.378	1.415
% stranieri	18,8	19,4	20,5	21,7	19,2	19,7

Fonte: OREIL su dati Nuovi flussi informativi INAIL-ISPESL- Regione 2011

Gli infortuni sul lavoro temporanei e totali mostrano una riduzione costante, più accentuata negli ultimi anni di crisi economica. Gli infortuni con inabilità permanente hanno un andamento oscillante, con calo molto netto nell'ultimo biennio. Gli infortuni mortali risentono della ridotta numerosità dei casi, con un andamento molto variabile.

Il crescente impiego di lavoratori stranieri comporta una notevole proporzione di infortuni a loro carico, che oscilla intorno al 20%. Sia i temporanei che i permanenti aumentano dal 2005 al 2008 per poi ridursi nel biennio successivo, in cui il calo di addetti ha riguardato soprattutto i lavori meno qualificati.

³⁴ Infortuni accaduti in Provincia di Reggio Emilia a dipendenti, titolari, familiari e soci di aziende industriali e artigianali definiti positivamente, escluso gli infortuni in itinere.

Gli infortuni mortali nell'intero periodo negli immigrati sono il 21,0% del totale ma, in ragione della ridotta numerosità annuale degli eventi, mostrano un andamento estremamente variabile (da 10 a 50%). L'incertezza circa la dimensione dei lavoratori immigrati occupati impedisce di calcolare l'incidenza del fenomeno, ma consente solo di segnalare la quota rilevante di infortuni con esiti gravi.

È utile aggiungere che tutti gli infortuni non tengono conto di quelli occorsi a lavoratori in nero, per i quali si presume che spesso non siano denunciati come "da lavoro".



- Infortuni sul lavoro in calo in tutta la regione e a Reggio Emilia
- Tasso standardizzato di incidenza a Reggio Emilia più basso rispetto a tutte le altre province



- Aumento del numero di incidenti, dei decessi e dei feriti rispetto al 2009
- Peggioramento dell'indice di mortalità
- Possibile fenomeno di sottodenuncia di infortuni sul lavoro nelle piccole imprese, soprattutto nelle costruzioni
- Frequenza elevata di infortuni sul lavoro nella popolazione straniera

FRENOCOMIO DI SAN LAZARO



BILANCIO

Consuntivo del 1865

RENDITE DEL 1865

RECAPITO

ATTIVITÀ depurata al 31 Dicembre del 1865

SPECIFICA

delle dozzine dei ricoverati e loro costo nell'anno 1865

PREZZI MENSILI DEL 1865

DIMOSTRAZIONE

SPESE DEL 1865

RECAPITO

ATTIVITÀ depurata al 31 Dicembre del 1865

POPOLAZIONE

del Frenocomio di S. Lazzaro al 31 Dicembre 1865
in confronto a quella del 31 Dicembre 1864

MOVIMENTO

del 1865 addizione per ogni rapporto di ammissione

MESE	1864	1865
Gen	10	12
Feb	8	10
Mar	12	15
Apr	15	18
Mai	18	22
Giun	20	25
Lug	22	28
Ago	25	30
Set	28	32
Ott	30	35
Nov	32	38
Dic	35	40
TOTALE	217	257

DIMOSTRAZIONE

Passi entrati al 31 Dic 1864

RENDITE	DOZZINE	FOCARE
191	161	202
26	20	54
217	181	256
24	17	51
193	173	205
12	30	75
171	140	217

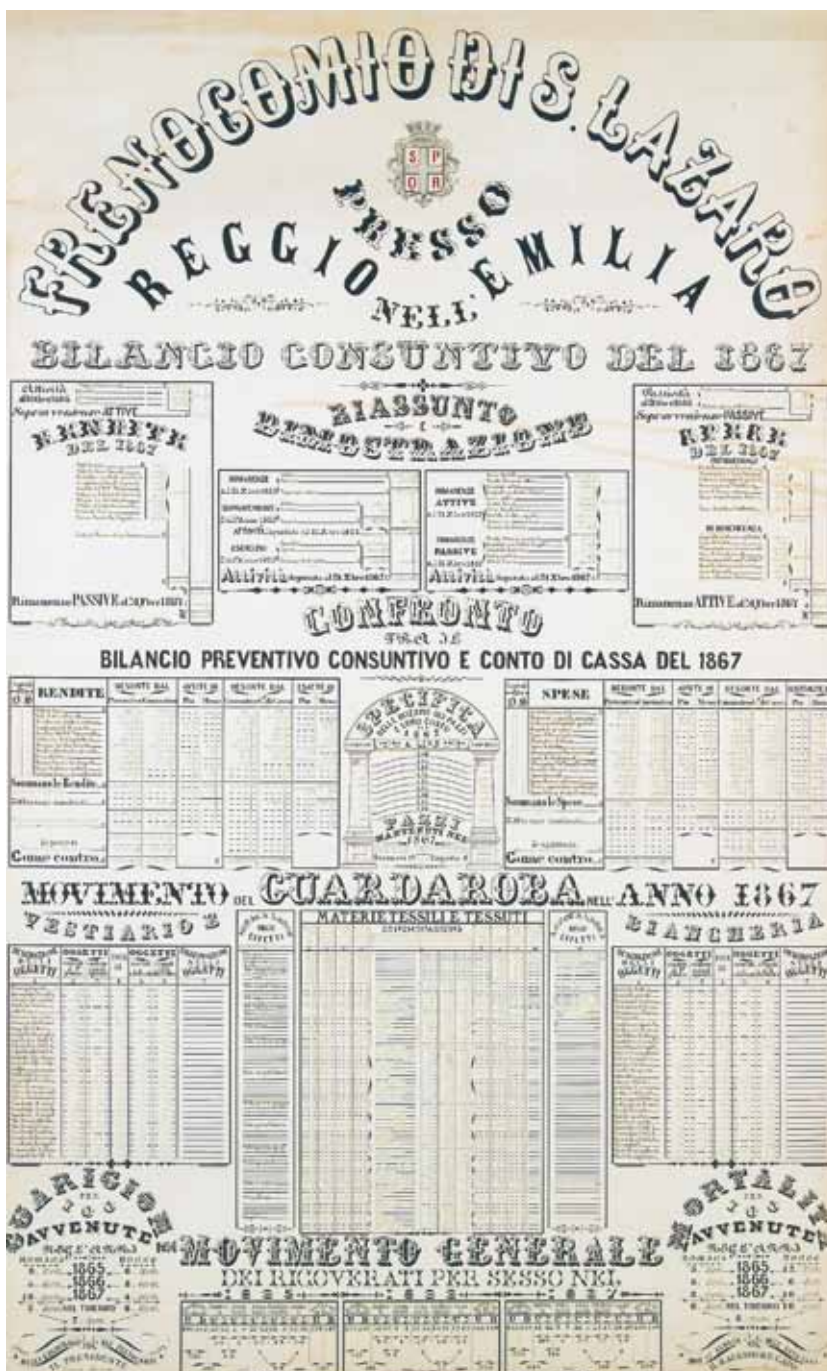
MOVIMENTO

del 1865 addizione per ogni rapporto di ammissione

MESE	1864	1865
Gen	10	12
Feb	8	10
Mar	12	15
Apr	15	18
Mai	18	22
Giun	20	25
Lug	22	28
Ago	25	30
Set	28	32
Ott	30	35
Nov	32	38
Dic	35	40
TOTALE	217	257

Bilancio consuntivo del 1867

Il quadro riassume i dati annuali dell'amministrazione del San Lazzaro; oltre ai dati economici, in basso sono presenti anche le statistiche dei ricoverati degli anni 1865-67. La grafia "San Lazzaro" sarà utilizzata prevalentemente per tutto l'800.



Bilancio consuntivo del 1867

Il quadro riassume i dati annuali dell'amministrazione del San Lazzaro. La grafia "San Lazzaro" sarà utilizzata prevalentemente per tutto l'800.

Premessa

- 2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale
 - 2.1.1 Sostenibilità economica
 - 2.1.2 Sostenibilità finanziaria
 - 2.1.3 Sostenibilità patrimoniale
- 2.2 Impatto sul contesto territoriale
 - 2.2.1 Impatto economico
 - 2.2.2 Impatto sociale
 - 2.2.3 Impatto culturale
 - 2.2.4 Impatto ambientale
- 2.3 Livelli Essenziali di Assistenza
 - 2.3.1 Finanziamenti e costi
 - 2.3.2 Assistenza collettiva in ambiente di vita e lavoro
 - 2.3.3 Assistenza distrettuale
 - 2.3.4 Assistenza farmaceutica
 - 2.3.5 Assistenza specialistica ambulatoriale
 - 2.3.6 Assistenza ospedaliera
 - 2.3.7 Qualità dell'assistenza
- 2.4 Ricerca
- 2.5 Assetto organizzativo

Premessa

Nella prima parte questa sezione riprende alcuni dati di ambito economico, finanziario e patrimoniale, descritti più dettagliatamente nel bilancio di esercizio.

Si tratta in larga parte di indicatori, indici e prospetti in grado di esprimere le dinamiche economiche e finanziarie attraverso una selezione di dati utili a delineare come l'azienda si rapporti ai vincoli di sostenibilità economica nel raggiungimento degli obiettivi istituzionali.

In particolare, la parte riguardante la sostenibilità economica riporta i principali elementi che determinano il risultato economico di periodo e la composizione dei costi caratteristici aziendali. La sostenibilità finanziaria viene indagata attraverso una rappresentazione sintetica delle entrate e delle uscite di flussi monetari ed i tempi medi di pagamento dei debiti verso i fornitori di beni e servizi. La sostenibilità patrimoniale evidenzia la struttura degli investimenti e dei finanziamenti aziendali, con particolare riferimento ai tassi di rinnovamento degli investimenti.

Altra parte rilevante di questa sezione è l'impatto economico, sociale e culturale dell'azienda sul contesto territoriale, nonché l'impatto ambientale che riveste un'importanza sempre maggiore.

In particolare l'impatto economico viene espresso attraverso alcune informazioni volte a delineare il contributo che l'azienda offre all'economia del territorio, essendo tra le principali realtà economiche presenti nella provincia, sia per numero di soggetti occupati, sia per l'entità dei rapporti di fornitura che producono effetti economici e occupazionali sul territorio.

In questa parte della sezione vengono riportati, inoltre, quei segnali di ritorno trasmessi dalla comunità che esprimono il riconoscimento della funzione sociale svolta. Si tratta oltre che di lasciti e donazioni, anche dei rapporti convenzionali con le cooperative sociali e con le associazioni di volontariato, elementi caratteristici del tessuto sociale e civile di questa provincia.

La sezione prosegue con la descrizione dell'offerta dei servizi e delle prestazioni che rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza, garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale a tutti i cittadini.

In analogia con le informazioni di natura economica, finanziaria e patrimoniale, tese ad esprimere la sostenibilità nel tempo dell'azione istituzionale, in questa parte il profilo dell'azienda è messo in relazione alle tre aree di offerta in cui si declina il contenuto assistenziale del Servizio Sanitario Nazionale: assistenza collettiva in ambiente di vita e lavoro, assistenza distrettuale ed assistenza ospedaliera.

Per ciascuna delle tre aree viene descritta la struttura e le caratteristiche dell'offerta, gli indici di attrazione, di consumo e di attività.

La sezione si conclude con l'analisi di alcuni indicatori relativi alla qualità dell'assistenza e con l'illustrazione del modello organizzativo dell'azienda attraverso la mappa dei principali servizi presenti in ciascun distretto, con particolare riferimento all'ambito delle cure primarie e all'assistenza socio-sanitaria.

2.1. Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

Nel 2011 l'Azienda USL di Reggio Emilia ha consolidato la propria capacità di governo della gestione aziendale in linea con gli indirizzi regionali e in accordo con la programmazione della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

Come per gli anni precedenti, l'azienda ha raggiunto pienamente l'obiettivo economico finanziario assegnato dalla regione in sede di concertazione e definizione delle linee di programmazione e finanziamento delle aziende sanitarie per l'anno 2011, ovvero la garanzia di copertura di tutti i costi di esercizio ad esclusione dei costi non monetari derivanti dagli ammortamenti non coperti da sterilizzazione dei beni già presenti in inventario al 31/12/2007, dando invece copertura agli ammortamenti riferiti alle immobilizzazioni acquisite a partire dal 2008.

Il rispetto dell'obiettivo assegnato in sede di bilancio preventivo è stato confermato dall'azienda in sede di verifiche trimestrali, di verifica infrannuale e nelle risultanze di preconsuntivo inviate in regione nella fase di concertazione per il 2012 ed è stato ottenuto attraverso la definizione di una programmazione orientata ad un reale equilibrio economico, unitamente ad una forte attenzione al governo dei fattori produttivi.

L'azienda ha dimostrato di attenersi alla pianificazione effettuata, rispettando e raggiungendo i vincoli e gli obiettivi in essa contenuti.

Nella tabella sotto riportata si evidenzia il totale dei ricavi, ottenuto sommando valore della produzione (contributi regionali, proventi e ricavi di esercizio, rimborsi, compartecipazione alla spesa, sterilizzazione quote di ammortamento e altri ricavi), proventi finanziari e proventi straordinari e il totale dei costi, ottenuto sommando costi della produzione (acquisto di beni e servizi, costo del personale, ammortamenti e accantonamenti), interessi e altri oneri finanziari, svalutazione, oneri straordinari e imposte.

Tabella n. 44. **Confronto ricavi e costi**

Anni	2008	2009	2010	2011
Totale ricavi	862.270	903.731	924.888	940.526
di cui finanziamento regionale	777.646	817.770	838.004	849.579
Incremento finanziamento regionale sull'anno precedente	5,54%	5,16%	2,47%	1,39%
Totale costi	864.318	909.841	930.036	944.948

Valori espressi in migliaia di euro. Fonte: bilancio aziendale

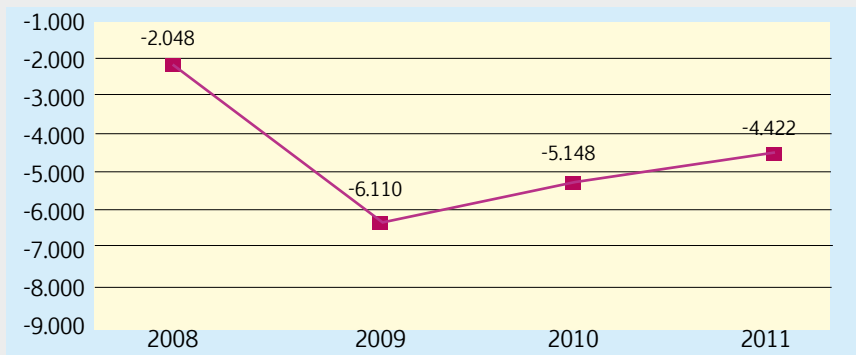
Dalla tabella si evince che l'incremento del finanziamento regionale sull'anno precedente è costantemente calato nel periodo considerato, impegnando l'azienda ad un'attenta ed efficiente gestione delle risorse.

Nei prossimi paragrafi vengono riportati alcuni indicatori con i dati desunti dalla riclassificazione del conto economico aziendale, che possono servire a comprendere le cause gestionali che hanno prodotto il risultato economico esposto in bilancio e a capire la composizione dei costi aziendali e l'incidenza dei diversi costi sulle risorse che l'azienda ha acquisito.

2.1.1. Sostenibilità economica



Grafico n. 49. Risultato netto d'esercizio in migliaia di euro



Fonte: bilancio aziendale

Il risultato netto di esercizio misura l'incremento o il decremento di valore del patrimonio aziendale apportato dalla gestione economica annuale e consente di verificare il raggiungimento dell'obiettivo economico assegnato in sede di programmazione regionale.

Fatta eccezione per il risultato del 2008, positivamente influenzato da due fattori straordinari verificatisi in chiusura di esercizio: la rideterminazione dell'accantonamento per rinnovi contrattuali del personale dipendente (dall'1,7% allo 0,4%) e un ulteriore finanziamento regionale finalizzato al miglioramento del risultato, si può rilevare come l'indicatore sia in progressivo miglioramento nel periodo.

In tutti gli esercizi esaminati l'azienda ha raggiunto gli obiettivi economico finanziari assegnati e definiti dalle linee di programmazione regionali, che prevedono come condizione di equilibrio il risultato al netto dei soli ammortamenti riferiti ai beni entrati in produzione fino al 31/12/2007, mentre gli ammortamenti dei beni acquistati negli esercizi successivi restano a carico del bilancio aziendale.

La tabella seguente indica i risultati aziendali rideterminati secondo quanto sopra esposto.

Tabella n. 45. Risultato d'esercizio rideterminato

Esercizi	Risultato d'esercizio	Ammortamenti netti	Maggiori finanziamenti	Risultato rideterminato
2008	-2.048	6.780	4.174	18
2009	-6.110	6.123		13
2010	-5.148	5.165		16
2011	-4.422	4.447		25

Valori espressi in migliaia di euro. Fonte: bilancio aziendale

Incidenza dei risultati della gestione caratteristica e non caratteristica sul risultato netto

Risultato operativo caratteristico (ROC)



Rappresenta il contributo dell'attività tipica dell'azienda alla formazione del risultato d'esercizio.

Risultato gestione non caratteristica



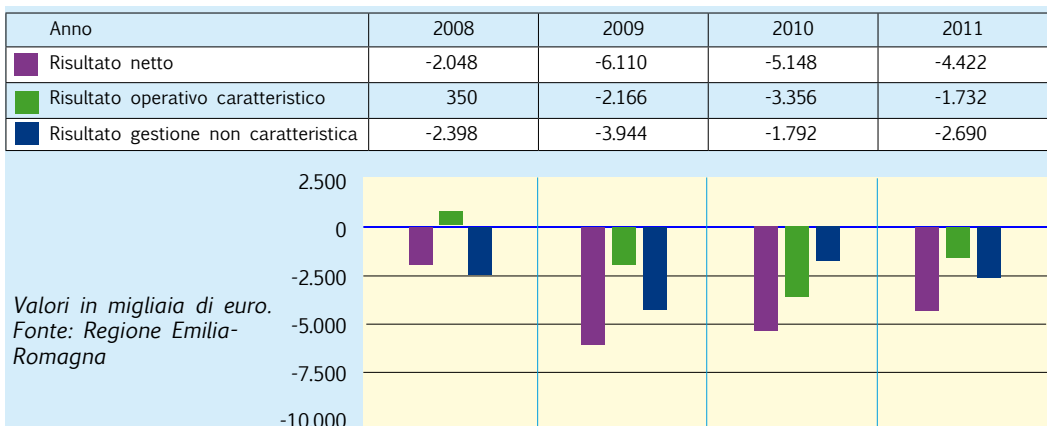
Rappresenta il contributo dei componenti di reddito non direttamente collegati all'attività specifica dell'azienda al risultato d'esercizio (proventi / oneri finanziari; proventi / oneri straordinari).

Le informazioni fornite dal conto economico non possono essere ricondotte unicamente alla determinazione del risultato di esercizio generato dalla gestione, ma devono anche illustrare come questo sia stato ottenuto, in modo da comprendere le varie cause che hanno inciso su tale risultato e apprezzare il peso dei componenti caratteristici della gestione rispetto a quelli non caratteristici. Il risultato operativo caratteristico (ROC) esprime la capacità dell'azienda di generare reddito nell'ambito della sua attività gestionale tipica, la gestione non caratteristica ricomprende invece costi e ricavi non collegati direttamente all'attività specifica aziendale. Confrontando il risultato netto con il risultato della gestione non caratteristica si coglie il ruolo che i componenti economici di natura accessoria (finanziaria, straordinaria e fiscale) hanno avuto sul risultato d'esercizio, per una serie di cause riconducibili a scelte gestionali o al verificarsi di eventi straordinari.

L'indicatore ha lo scopo di misurare il contributo delle due gestioni (caratteristica e non caratteristica) alla performance aziendale; esso indica se il risultato economico conseguito sia frutto di operazioni a carattere episodico, oppure sia stato determinato dalla gestione tipica dell'azienda. Per ottenere l'indicatore occorre riclassificare il conto economico per gruppi omogenei, in quanto i costi e i ricavi che determinano il risultato d'esercizio hanno origine diversa.

Nella grafico sottoriportato si evidenzia l'andamento del risultato d'esercizio e dei risultati della gestione caratteristica e non caratteristica in valori assoluti.

Grafico n. 50. Risultato netto, ROC, risultato gestione non caratteristica



Le medesime informazioni si possono dedurre anche esprimendo i valori in termini percentuali.

Tabella n. 46. **Incidenza dei risultati della gestione caratteristica e non caratteristica sul risultato netto**

Anni	2008	2009	2010	2011
Incidenza gestione caratteristica	17,10%	-35,40%	-65,20%	-39,20%
Incidenza gestione non caratteristica	-117,10%	-64,60%	-34,80%	-60,80%

Fonte: riclassificato regionale

Nell'esercizio 2008 l'ammontare della perdita è notevolmente inferiore rispetto a quello degli altri esercizi considerati; questo grazie a maggiori contributi regionali, a maggiori ricavi derivanti dall'attività aziendale e al contenimento di molti dei costi legati alla produzione. Se prendessimo in considerazione solo il risultato della gestione tipica, l'azienda avrebbe chiuso l'esercizio in pareggio. Il disavanzo è conseguenza di un peggioramento della gestione non caratteristica: sono infatti aumentati gli oneri finanziari per effetto di maggiori interessi passivi sul mutuo contratto nel 2006, ma in fase di pre - ammortamento per tutto il 2007.

L'esercizio 2009 vede il risultato netto peggiorare rispetto all'anno precedente anche se, come spiegato in precedenza, è stato l'anno 2008 ad avere visto eventi "particolari" che hanno permesso di chiudere con un risultato decisamente positivo. L'incidenza della gestione non caratteristica è ancora prevalente nella determinazione del risultato d'esercizio.

Aumentano gli oneri finanziari per l'impatto degli interessi del mutuo contratto, ma soprattutto diminuiscono notevolmente i proventi straordinari rispetto a quelli rilevati nel 2008. La gestione tipica aziendale vede anch'essa un peggioramento dovuto in modo particolare all'incidenza sul 2009 degli oneri per i rinnovi delle convenzioni relativi ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta e ai rinnovi del contratto del personale dipendente del comparto (biennio 2008-2009). Sul costo del lavoro ha inciso anche la presa in carico dei dipendenti del carcere e dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

Nell'esercizio 2010 il risultato della gestione caratteristica peggiora e influisce in modo preponderante sul risultato complessivo. Questo si spiega soprattutto con l'aumento del costo del lavoro per effetto principalmente del rinnovo del contratto della dirigenza, biennio economico 2008-2009, e della corresponsione dell'indennità di vacanza contrattuale a comparto e dirigenza per il triennio 2010-2012. Per contro migliora il risultato della gestione non caratteristica grazie all'aumento dei proventi straordinari (in particolare erogazioni liberali e una sopravvenienza attiva generata da una nota di accredito a storno interessi di importo rilevante a conclusione di un accordo transattivo) e alla diminuzione degli oneri finanziari (interessi passivi verso fornitori e per anticipazione ordinaria di tesoreria).

L'esercizio 2011, pur se con un risultato migliore, è paragonabile al 2009, con un'incidenza della gestione non caratteristica prevalente, principalmente per effetto della cresciuta incidenza degli oneri finanziari relativi al mutuo stipulato, agli interessi di mora riconosciuti al tesoriere sull'utilizzo dell'anticipazione di cassa e a quelli derivanti dal contenzioso con i fornitori. La gestione caratteristica, sulla

quale incidono prevalentemente il costo dei servizi sanitari e del lavoro, è in miglioramento rispetto al biennio precedente.

Incidenza dei risultati della gestione caratteristica e non caratteristica sul risultato netto a confronto con la Regione Emilia-Romagna

Grafico n. 51. **Incidenza gestione caratteristica Azienda USL Reggio Emilia e Regione Emilia-Romagna**

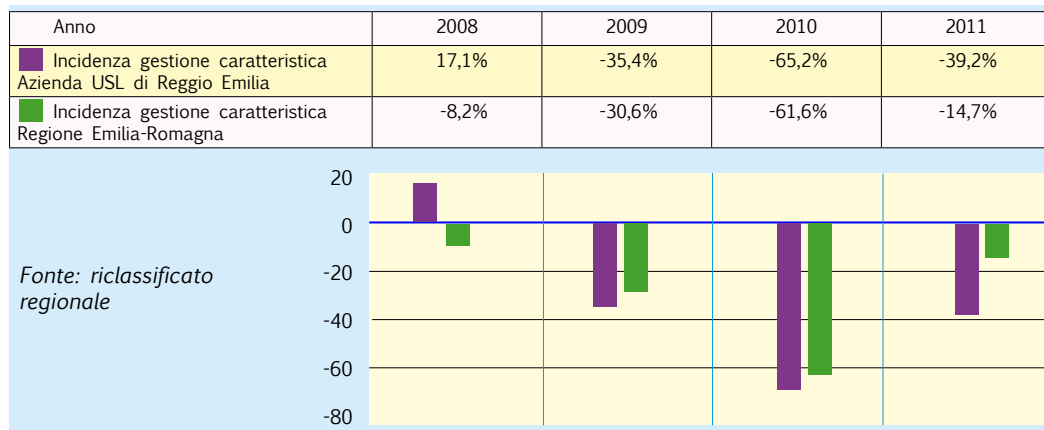
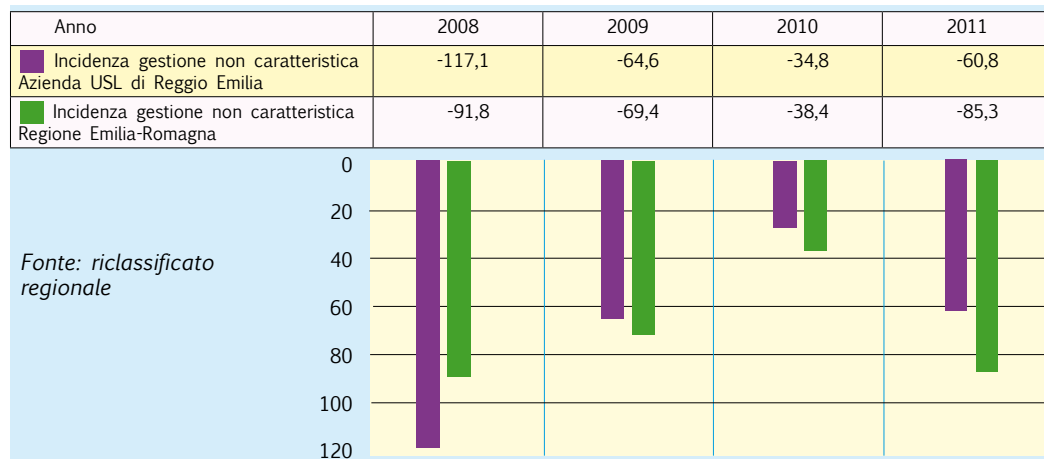


Grafico n. 52. **Incidenza gestione non caratteristica Azienda USL Reggio Emilia e Regione Emilia-Romagna**



Dai grafici si evince che nell'esercizio 2008 la gestione caratteristica ha permesso all'Azienda USL di Reggio Emilia di raggiungere un risultato positivo sul quale hanno inciso negativamente le componenti di reddito non direttamente collegate all'attività tipica aziendale. Anche per la Regione Emilia-Romagna nel suo complesso migliora l'apporto della gestione caratteristica al risultato complessivo, anch'esso influenzato negativamente dalla gestione non caratteristica.

Anche nel 2009 è prevalente l'incidenza della gestione non caratteristica nella determinazione del risultato d'esercizio, anche se per l'Azienda USL di Reggio Emilia ci si assesta su un valore più basso rispetto alla media regionale.

Al contrario aumenta, rispetto alla media delle altre aziende regionali del gruppo di riferimento, il peso sul risultato netto della gestione tipica aziendale principalmente per effetto, come già evidenziato in precedenza, dei rinnovi delle convenzioni, del contratto del personale dipendente del comparto e della presa in carico dei dipendenti del carcere e dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

Nell'anno 2010, come già detto, il risultato della gestione caratteristica peggiora decisamente assestandosi comunque su un valore simile alla media regionale delle aziende USL sul cui territorio insiste un'azienda ospedaliera.

Migliora invece il risultato della gestione non caratteristica sia a livello aziendale che regionale.

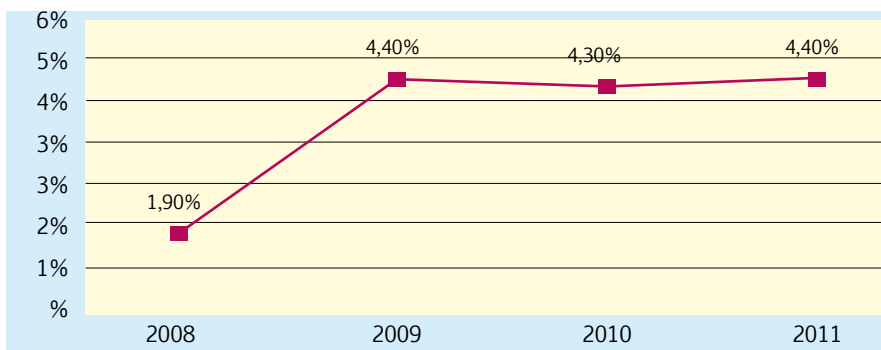
Nel 2011 sia per l'Azienda USL di Reggio Emilia che per la Regione Emilia-Romagna l'andamento della gestione non caratteristica pesa decisamente sul risultato di esercizio, anche se con percentuali diverse.

Tabella n. 47. **Risultato netto di esercizio Azienda USL di Reggio Emilia e Regione Emilia-Romagna**

Anni	2008	2009	2010	2011
Risultato netto aziendale	-2.048	-6.110	-5.148	-4.422
Risultato complessivo regionale	-107.712	-140.425	-119.423	-101.575

Valori espressi in migliaia di euro. Fonte: riclassificato regionale

Grafico n. 53. **Risultato netto aziendale/risultato complessivo regionale**



Il risultato netto aziendale concorre alla performance complessiva del sistema regionale insieme ai risultati delle altre aziende sanitarie; obiettivo di questo indicatore è mostrare l'apporto del risultato economico aziendale alla formazione del complessivo risultato regionale.

Fatta eccezione per il 2008, anno in cui il buon risultato d'esercizio ha determinato un'incidenza quasi nulla sul disavanzo regionale, nell'ultimo triennio il peso del risultato aziendale su quello complessivo regionale rimane sostanzialmente invariato, pur migliorando sia il risultato aziendale che quello complessivo.

Risultati della gestione caratteristica/ricavi disponibili



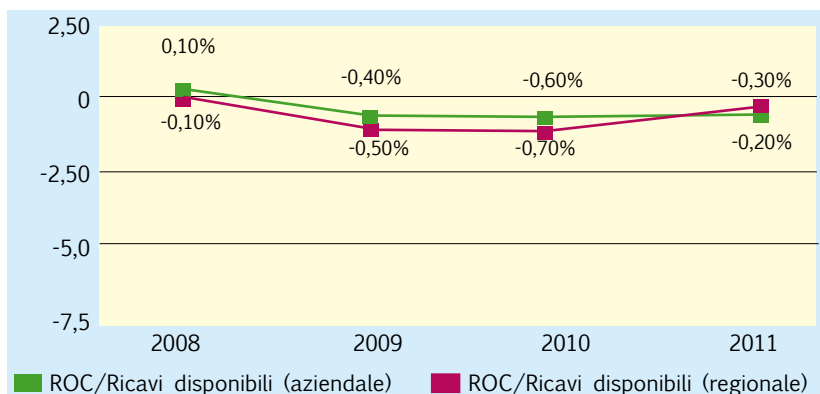
L'indicatore esplicita la capacità o l'incapacità dell'azienda di coprire i costi derivanti dalla gestione caratteristica con i ricavi derivanti dalla produzione aziendale.

Tabella n. 48. Risultato Operativo Caratteristico e ricavi disponibili

Anni	2008	2009	2010	2011
Risultato Operativo Caratteristico	350	-2.166	-3.356	-1.732
Ricavi disponibili	547.684	580.047	594.770	602.571

Valori espressi in migliaia di euro. Fonte: riclassificato regionale

Grafico n. 54. Risultato della gestione caratteristica/ricavi disponibili, trend 2008-2011



Il trend dei ricavi disponibili è in crescita sia a livello aziendale che regionale; componente maggiore di tali ricavi sono i contributi in conto esercizio assegnati alle aziende dalla regione.

Per quanto riguarda il 2008 continua l'incremento dei ricavi disponibili e, grazie ad un risultato operativo caratteristico positivo, il rapporto per la nostra azienda è superiore a zero, indice della capacità aziendale di riuscire a coprire i propri costi caratteristici con i ricavi caratteristici. Anche il dato regionale è prossimo allo zero.

Nel 2009 si incrementano ulteriormente i ricavi disponibili, ma il peggioramento del risultato operativo caratteristico incide negativamente sull'indicatore, che si assesta comunque su un valore molto vicino allo zero e praticamente coincidente con quello medio regionale.

Stesso andamento per l'esercizio 2010: aumentano i ricavi a disposizione dell'azienda, ma aumentano anche i costi, peggiora quindi il risultato operativo caratteristico e l'indice di riferimento, sia a livello aziendale che regionale, subisce una lieve flessione.

Nel 2011 l'indicatore è per la nostra azienda prossimo allo zero, in quanto i costi dell'attività caratteristica trovano, per effetto di un loro attento monitoraggio, quasi completa copertura nei ricavi disponibili aziendali ed è in linea con l'andamento regionale.

Principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili dell'ultimo triennio antecedente l'anno di riferimento

Costi dei principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili



L'indicatore misura il grado di assorbimento dei fattori impiegati nel processo di produzione rispetto ai ricavi disponibili.

Tabella n. 49. Costi dei principali aggregati/ricavi disponibili

Anni	2008	2009	2010	2011
Beni di consumo/ricavi disponibili	12,6%	12,8%	12,2%	12,5%
Beni strumentali/ricavi disponibili	3,0%	2,9%	2,9%	2,4%
Servizi/ricavi disponibili	46,5%	47,3%	48,2%	47,5%
Costi amministrativi e generali e accantonamenti/ricavi disponibili	1,7%	1,7%	1,4%	2,1%
Costo del lavoro/ricavi disponibili	36,0%	35,7%	35,6%	35,8%

Fonte: riclassificato regionale

86

Anche nell'esercizio 2011 le risorse aziendali sono state in gran parte assorbite dal costo dei servizi (convenzioni dei Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Continuità Assistenziale, assistenza farmaceutica, assistenza protesica e integrativa, servizi assistenziali e riabilitativi) e dal costo del lavoro. Nel periodo considerato l'incidenza dei singoli aggregati di fattori produttivi sui ricavi disponibili si mantiene pressoché costante e il grado di assorbimento per ogni fattore produttivo ha un andamento sostanzialmente stabile nel tempo.

In generale si può sostenere che l'aumento dei ricavi disponibili per l'anno 2011 ha consentito di far fronte agli incrementi dei vari aggregati di fattori produttivi con proporzioni pressoché invariate rispetto agli anni precedenti.

Tabella n. 50. Principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili - Azienda USL di Reggio Emilia e Regione Emilia-Romagna

Anno	2008 AUSL Reggio	2008 RER	2009 AUSL Reggio	2009 RER	2010 AUSL Reggio	2010 RER	2011 AUSL Reggio	2011 RER
Beni di consumo/ricavi disponibili	12,6%	10,7%	12,8%	11,2%	12,2%	11,5%	12,5%	11,4%
Beni strumentali/ricavi disponibili	3,0%	3,1%	2,9%	2,9%	2,9%	2,9%	2,4%	2,7%
Servizi/ricavi disponibili	46,5%	48,2%	47,3%	48,7%	48,2%	49,0%	47,5%	48,3%
Costi amministrativi e generali e accantonamenti/ricavi disponibili	1,7%	1,9%	1,7%	1,8%	1,4%	1,5%	2,1%	1,9%
Costo del lavoro/ricavi disponibili	36,0%	36,1%	35,7%	35,8%	35,6%	35,6%	35,8%	35,9%

Fonte: riclassificato regionale

Se confrontiamo il grado di assorbimento che i principali fattori produttivi hanno sui ricavi disponibili, si evidenzia un sostanziale allineamento dell'azienda con il dato medio delle altre aziende regionali appartenenti al medesimo gruppo, cioè aziende sanitarie che hanno un'azienda ospedaliera nel proprio ambito territoriale.

Dalla tabella emerge che per la nostra azienda le percentuali di assorbimento dei vari aggregati di fattori sono in linea di massima più basse rispetto alla media regionale, fatta eccezione per i costi per beni di consumo e per quelli amministrativi e generali.

Costi dei principali aggregati di fattori produttivi/totale dei costi caratteristici

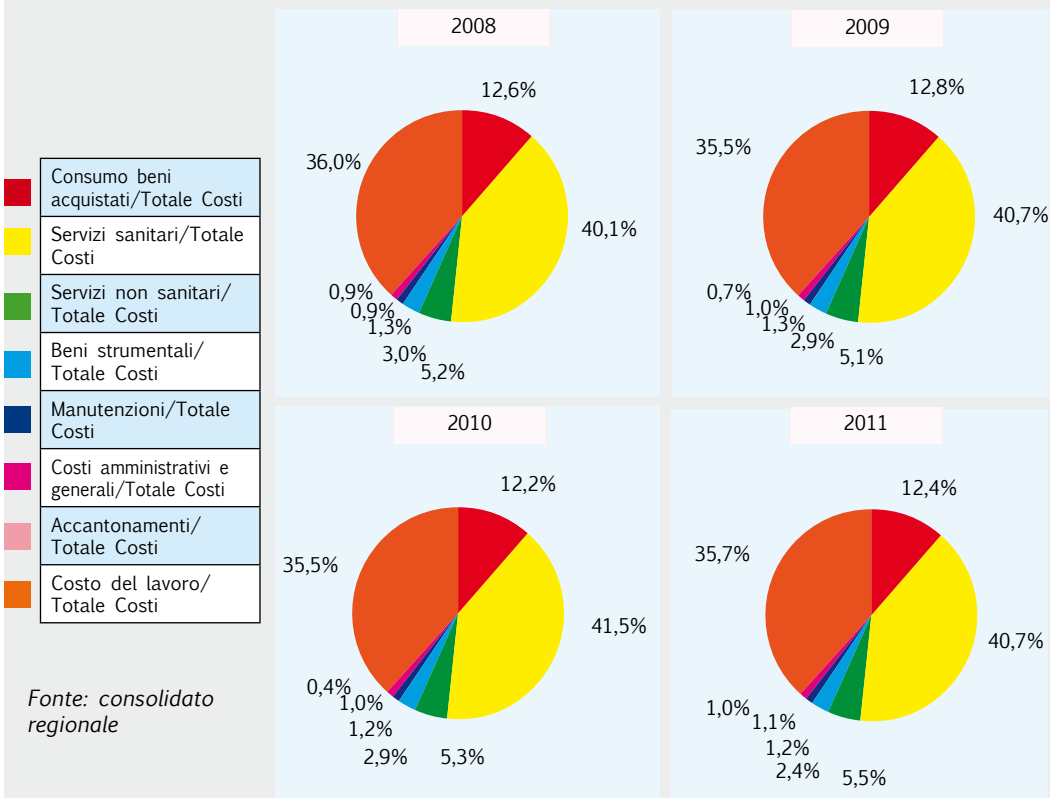
Struttura dei costi aziendali



Rende evidente la struttura dei costi caratteristici, in modo da coglierne la composizione e sottolineare il diverso grado di incidenza delle diverse tipologie di fattori produttivi rispetto al totale dei costi caratteristici.

L'indicatore evidenzia quindi la composizione percentuale dei costi di esercizio annuali per aggregati significativi, nonché l'incidenza degli stessi sul totale dei costi.

Grafico n. 55. **Costi dei principali aggregati di fattori produttivi/totale costi caratteristici, anni 2008-2011**



I grafici evidenziano che nell'ultimo quadriennio il trend dei costi complessivi ha un andamento crescente, mentre rimane costante la composizione percentuale dei costi di esercizio aziendali.

Gli aggregati che pesano maggiormente sul totale dei costi sono quelli relativi all'erogazione dei servizi sanitari e il costo del lavoro, che incidono in tutto il periodo preso in considerazione per una percentuale prossima all'80% dei costi caratteristici complessivi.

Tabella n. 51. **Costi principali aggregati di fattori produttivi/totale costi caratteristici, Azienda USL di Reggio Emilia e Regione Emilia-Romagna**

Anno	2009 AUSL Reggio	2009 RER	2010 AUSL Reggio	2010 RER	2011 AUSL Reggio	2011 RER
Consumo beni acquistati/totale costi	12,8%	11,2%	12,2%	11,4%	12,4%	11,4%
Servizi sanitari/totale costi	40,7%	40,6%	41,5%	40,5%	40,7%	39,9%
Servizi non sanitari/totale costi	5,1%	6,3%	5,3%	6,5%	5,5%	6,6%
Beni strumentali/totale costi	2,9%	2,9%	2,9%	2,9%	2,4%	2,6%
Manutenzioni/totale costi	1,3%	1,6%	1,2%	1,7%	1,2%	1,7%
Costi amministrativi e generali/totale costi	1,0%	1,2%	1,0%	1,2%	1,1%	1,1%
Accantonamenti/totale costi	0,7%	0,6%	0,4%	0,4%	1,0%	0,8%
Costo del lavoro/totale costi	35,5%	35,6%	35,5%	35,4%	35,7%	35,9%

Fonte: consolidato regionale

La tabella evidenzia che la percentuale di incidenza dei diversi aggregati di fattori sul totale dei costi è sostanzialmente in linea con la media regionale.

Mobilità attiva/mobilità passiva



Grado di attrazione delle strutture aziendali

Quando si parla di mobilità attiva o mobilità passiva in termini di costi, si fa riferimento alle tariffe che le aziende sanitarie applicano alle prestazioni sanitarie rese a persone non residenti nell'ambito territoriale di riferimento, e le cui voci principali sono riconducibili a ricoveri, specialistica ambulatoriale, assistenza farmaceutica sia convenzionata sia in somministrazione diretta.

I sistemi tariffari applicati alla produzione portano alla valorizzazione dei costi che vengono addebitati da parte di chi produce a chi è titolare del finanziamento su residenti.

Costituisce pertanto mobilità attiva per l'Azienda USL di Reggio Emilia quella parte di produzione svolta per persone residenti in altre province della Regione Emilia-Romagna ed in altre regioni d'Italia; costituisce mobilità passiva ciò che viene prodotto da altre aziende sanitarie a favore di residenti della Provincia di Reggio Emilia.

Tabella n. 52. **Mobilità attiva/mobilità passiva**

Anni	2008	2009	2010
Mobilità attiva	17.004.510	17.748.821	16.312.726
Mobilità passiva	62.938.215	63.922.302	64.717.867
Mobilità attiva/mobilità passiva	0,270	0,278	0,252

Si rappresenta qui la sola produzione effettuata nelle strutture pubbliche e non si considera la produzione dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia per i cittadini di questa provincia.

Nell'anno 2010 a carico della mobilità attiva si osserva una diminuzione (-1.436.000) che solo per poco più della metà è dovuta alla attività di ricovero del presidio ospedaliero dell'Azienda USL e per la restante parte è sostenuta da una diminuzione dell'attività di specialistica ambulatoriale e di erogazione farmaci.

Nell'anno 2010 a carico della mobilità passiva si osserva un aumento (+795.000) quasi interamente giustificato da un evento straordinario occorso a carico di un nostro residente con erogazione di farmaci per più di 600.000 euro relativamente ad un singolo episodio.

2.1.2. Sostenibilità finanziaria

Questa sezione fornisce un quadro sintetico della situazione finanziaria che ha caratterizzato la gestione aziendale negli ultimi esercizi.

La sostenibilità finanziaria della gestione è una componente fondamentale dell'equilibrio complessivo dell'azienda in quanto evidenzia le sue condizioni di solvibilità.

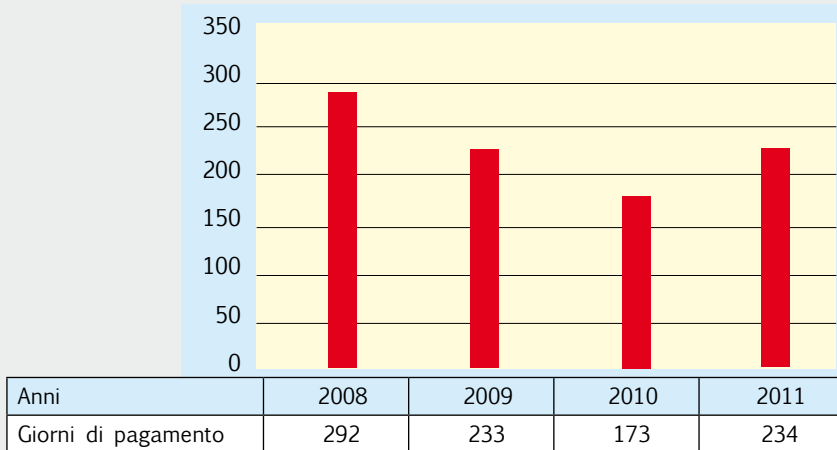
Essa viene analizzata prendendo in considerazione, sia i tempi medi di pagamento dei debiti verso i fornitori di beni e servizi, sia la rappresentazione sintetica delle entrate e delle uscite di flussi monetari.

Debiti medi per forniture in conto esercizio/(costi per beni e servizi/360)



La durata media di esposizione verso i fornitori è determinata rapportando ai debiti per forniture di beni e servizi i correlati valori di conto economico, ossia i costi per beni e servizi.

L'indicatore, che esprime la durata media (in giorni) dell'esposizione nei confronti dei fornitori, cioè il tempo che mediamente intercorre tra il sorgere dei debiti ed il loro effettivo pagamento, è stato quantificato prendendo in considerazione tutti i costi per beni e servizi, nonché la corrispondente variazione dei debiti, fatta eccezione per i costi relativi all'assistenza farmaceutica e alle convenzioni nazionali, pagati regolarmente alla scadenza.

Grafico n. 56. **Durata media in giorni dell'esposizione verso i fornitori**

Fonte: Bilancio d'esercizio

L'analisi del grafico evidenzia nel triennio 2008-2010 un progressivo miglioramento nei tempi medi di pagamento, generalizzato verso tutte le categorie di fornitori; in tale periodo i tempi di esposizione verso i fornitori si sono notevolmente ridotti.

Nel 2011 si evidenzia un'inversione del trend ed i tempi medi di pagamento si riposizionano sui valori del 2009, nonostante l'indicatore successivo, il rendiconto di liquidità, evidenzi una minor liquidità rispetto all'anno precedente dovuta principalmente ad un maggior utilizzo dell'anticipazione di tesoreria.

Il peggioramento nella tempistica di pagamento trova riscontro in un aumento dell'ammontare complessivo dei debiti per acquisto di beni e servizi, anche se non rilevante per effetto di un volume annuo di spesa per tali voci rimasto sostanzialmente costante rispetto all'anno precedente.

Rendiconto finanziario di liquidità 2011



Il rendiconto di liquidità è uno schema che rappresenta la dinamica dei flussi monetari relativi all'esercizio, in quanto riepiloga i flussi finanziari in entrata e in uscita che la gestione ha generato nel periodo considerato, classificandoli opportunamente in base all'afferenza alla gestione corrente (la produzione aziendale tipica) ed extracorrente (finanziamenti e realizzazione degli investimenti).

Il rendiconto finanziario di liquidità condensato espone:

- le disponibilità liquide iniziali, cioè la dotazione di risorse liquide disponibili ad inizio esercizio, sotto forma di denaro in cassa, disponibilità sul c/c postale, anticipazione bancaria;
- la liquidità generata o assorbita dalla gestione corrente, cioè il saldo positivo o negativo dei movimenti finanziari in entrata ed in uscita generati dalla gestione corrente;
- le fonti di liquidità extracorrente, cioè i flussi monetari in entrata generati dalla gestione extracorrente;

- gli impieghi di liquidità extracorrente, cioè i flussi monetari in uscita generati dalla gestione extracorrente;
- le fonti derivanti dall'incasso di contributi per ripiano perdite, cioè i contributi regionali incassati dall'azienda per il ripiano di perdite pregresse. Esse sono evidenziate a parte perché costituiscono una fonte di liquidità che non è riconducibile, né alla gestione corrente, né a quella extracorrente;
- le disponibilità liquide finali, cioè la dotazione di risorse liquide di fine esercizio risultante dalle variazioni positive e/o negative sopra illustrate.

Tabella n. 53. **Rendiconto finanziario di liquidità**

Disponibilità liquide iniziali	- 33.996.285
Liquidità generata (od assorbita) dalla gestione corrente	18.907.174
Fonti di liquidità extracorrente	3.438.846
Impieghi di liquidità extracorrente	- 32.154.400
Fonti derivanti dall'incasso di contributi per ripiano perdite	-
Disponibilità liquide finali	- 43.804.666

Valori espressi in euro. Fonte: Bilancio d'esercizio

La gestione corrente ha generato liquidità per € 18.907.174: l'insieme dei contributi dell'esercizio e delle operazioni di vendita di beni e prestazioni ha prodotto infatti entrate di valore molto superiore alle uscite derivanti dalle operazioni di acquisto di beni e servizi.

La gestione extracorrente pone invece in risalto un forte squilibrio fra le fonti e gli impieghi nonostante l'attenzione dell'azienda a realizzare nuovi investimenti solo previa copertura finanziaria; occorre però precisare che questo indicatore analizza i flussi finanziari all'atto della loro manifestazione monetaria, pertanto il risultato negativo risente della differenza temporale fra il sorgere delle fonti e la loro riscossione e questo si rileva in modo particolare con riferimento ai contributi in capitale dalla regione.

Le disponibilità liquide finali registrano un aumento del saldo negativo prodotto dal crescente ricorso all'anticipazione di tesoreria.

2.1.3 Sostenibilità patrimoniale

Rappresentazione grafica dello stato patrimoniale in chiave finanziaria

Il presente indicatore ha lo scopo di evidenziare la composizione dello stato patrimoniale riclassificato in termini finanziari, al fine di valutare la solidità patrimoniale e finanziaria dell'azienda.

Tabella n. 54. **Attività e passività - anni 2008-2011**

	2008		
	Attività	Passività	
Liquidità immediate e differite	55%	68%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	18%	Finanziamenti a medio-lungo termine
Immobilizzazioni	43%	14%	Patrimonio netto
TOTALE Attività	100%	100%	TOTALE Passività
	2009		
	Attività	Passività	
Liquidità immediate e differite	50%	68%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	18%	Finanziamenti a medio-lungo termine
Immobilizzazioni	48%	14%	Patrimonio netto
TOTALE Attività	100%	100%	TOTALE Passività
	2010		
	Attività	Passività	
Liquidità immediate e differite	45%	73%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	18%	Finanziamenti a medio-lungo termine
Immobilizzazioni	53%	9%	Patrimonio netto
TOTALE Attività	100%	100%	TOTALE Passività
	2011		
	Attività	Passività	
Liquidità immediate e differite	48%	77%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	15%	Finanziamenti a medio-lungo termine
Immobilizzazioni	50%	8%	Patrimonio netto
TOTALE Attività	100%	100%	TOTALE Passività

Fonte: Bilancio d'esercizio

Dal grafico emerge che, nel periodo considerato, la composizione dell'attivo patrimoniale sta cambiando: dopo un aumento costante nel triennio precedente, conseguenza degli investimenti effettuati soprattutto nelle strutture ospedaliere aziendali, le immobilizzazioni si stanno stabilizzando, poiché sono in corso di ultimazione diversi lavori iniziati negli anni passati. Nel 2011, dopo un triennio in diminuzione, aumentano leggermente le liquidità immediate e differite a fronte dell'aumento dei crediti verso la regione e verso altre aziende sanitarie.

Per quanto riguarda le passività, costituite in larga misura da finanziamenti di terzi a breve termine, diminuiscono in percentuale i debiti verso la regione e verso enti locali, mentre aumentano tutti gli altri debiti, in particolare i debiti verso fornitori e verso l'istituto tesoriere per anticipazione di cassa.

Nei finanziamenti a medio-lungo termine è presente il mutuo ventennale contratto con un istituto di credito nel 2006 per far fronte al piano degli investimenti aziendali; il calo percentuale è determinato dal progressivo rimborso delle quote previste dal piano di restituzione.

Nel 2011 il patrimonio netto evidenzia una lieve riduzione dovuta alle perdite portate a nuovo.

Contributi in conto capitale/investimenti in immobilizzazioni materiali nette



Grado di copertura degli investimenti annuali attraverso contributi pubblici

Tale indicatore evidenzia quanta parte delle immobilizzazioni materiali, al netto del fondo ammortamento, sono finanziate da contributi in c/capitale.

Consente di verificare l'incidenza sul conto economico del costo degli investimenti in termini di ammortamenti non sterilizzati, cioè di ammortamenti che non presentano un finanziamento.

L'indicatore prende in esame, in prima analisi, le immobilizzazioni materiali nette in quanto i contributi in c/capitale sono in larga parte riconducibili ad esse. Qualora fosse pari a 1, l'azienda sarebbe in condizioni di totale copertura degli investimenti con nessuna incidenza di costi sul conto economico.

I dati analizzati possono evidenziare, inoltre, se parte delle difficoltà di carattere finanziario dell'azienda sia da ricondurre al modesto apporto dei finanziamenti pubblici finalizzati alla realizzazione del piano di investimenti aziendale.

Nella tabella seguente si evidenzia l'andamento dei contributi negli ultimi quattro anni raffrontati agli investimenti effettuati in immobilizzazioni materiali.

I dati riportati sono al netto del fondo ammortamento di riferimento.

Tabella n. 55. Contributi in conto capitale/investimenti in immobilizzazioni materiali nette

Anni	2008	2009	2010	2011
Contributi c/capitale	107	10.556	213	6.360
Immobilizzazioni materiali nette	33.229	31.625	29.577	2.798
Contributi in c/capitale / immobilizzazioni materiali nette	0,32%	33,38%	0,72%	27,90%

Valori espressi in migliaia di euro. Fonte: Bilancio d'esercizio

L'analisi dettagliata degli investimenti in immobilizzazioni materiali verrà approfondita successivamente (si veda l'indicatore "Valore assoluto nuovi investimenti"), mentre per quanto riguarda il dato relativo ai contributi in conto capitale, si rileva un andamento altalenante determinato principalmente dall'ultimazione di lavori su immobili dell'azienda, principali fruitori di contributi in conto capitale.

L'aumento dei contributi in conto capitale dell'anno 2011 è, infatti, determinato dall'acquisto e dall'ultimazione di lavori su immobili con conseguenti contributi in conto capitale correlati.

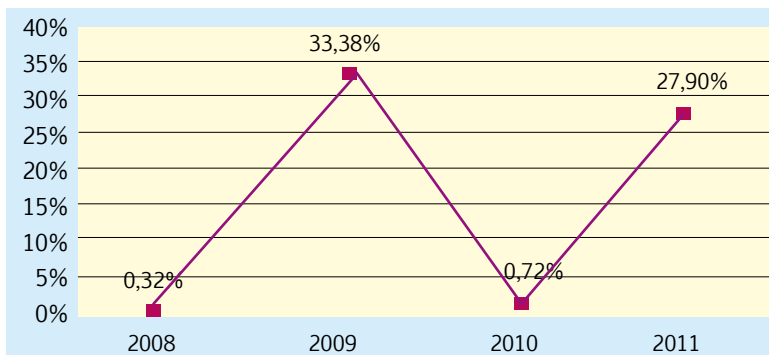
Nello specifico si segnalano due contributi, relativi al Programma Regionale Investimenti in Sanità 6° aggiornamento (Delibera Assemblea Legislativa n. 263/2009), che hanno riguardato per euro 808.800,00 l'acquisto di un edificio per la Casa della Salute di Puianello (Distretto di Reggio Emilia) e per euro 900.000 l'acquisto di locali per la Casa della Salute di Fabbrico nel Distretto di Correggio.

Il Programma Regionale Investimenti in Sanità, Delibera del Consiglio Regionale n. 652/2005, ha invece previsto contributi per euro 1.193.467 relativi all'intervento

di adeguamento alle norme di accreditamento dell'Ospedale di Castelnovo Monti e per euro 1.916.089 relativi all'intervento di adeguamento alle norme di accreditamento dell'Ospedale di Guastalla.

I rimanenti euro 1.541.850 sono relativi al finanziamento elargito dai comuni con vincolo di utilizzo sanitario a seguito dell'accordo relativo alla cessione di Villa Valter sita nel Comune di Sant'Illario (Distretto di Montecchio) e finalizzato all'acquisto avvenuto nel 2011 di un edificio da adibire a Casa della Salute.

Grafico n. 57. **Grado di copertura degli investimenti annuali attraverso contributi pubblici**



94

Il grafico evidenzia che il grado di copertura degli investimenti dell'anno 2011 attraverso contributi pubblici si assesta al 27,90%. I dati però non sono di facile lettura, in quanto, sia le contabilizzazioni dei contributi che quelle degli investimenti, vengono perfezionate con tempi differenti e su più esercizi.

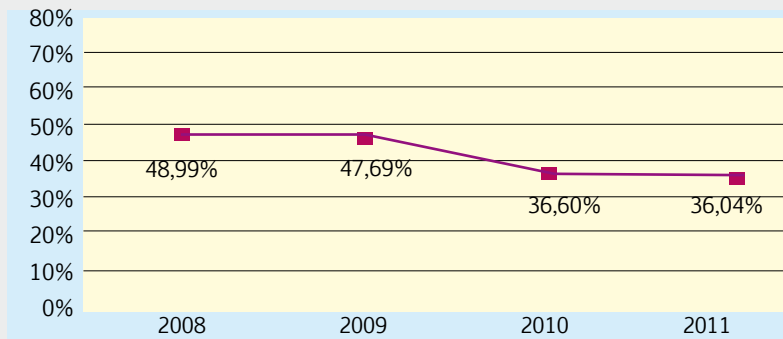
Diventa allora più significativo effettuare il calcolo dell'indicatore sulla situazione progressiva al 31/12 di ogni anno così come di seguito riportato.

Tabella n. 56. **Contributi in conto capitale/investimenti in immobilizzazioni materiali nette (progressivo al 31/12 di ogni anno)**

Anni	2008	2009	2010	2011
Contributi c/capitale	94.581	102.734	86.052	89.256
Immobilizzazioni materiali nette	193.075	215.423	235.104	247.642
Contributi in c/capitale / immobilizzazioni materiali nette	48,99%	47,69%	36,60%	36,04%

Valori espressi in migliaia di euro. Fonte: Bilancio d'esercizio

Grafico n. 58. **Grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici (progressivo al 31/12 di ogni anno)**



Il grafico evidenzia, a differenza di quello precedente, un calo costante del grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici.

Il dato del 36,04% relativo all'anno 2011 sta a significare che gli investimenti in oggetto sono coperti solo per questa percentuale da contributi in conto capitale, con conseguente ricaduta sul conto economico, in termini di ammortamenti non sterilizzati, della parte eccedente.

Il fatto che il valore dell'indicatore sia anche in questo caso inferiore a 1, impatta poi sulla gestione finanziaria aziendale, poiché significa che una parte degli investimenti in immobilizzazioni pari al 63,96% resta totalmente a carico dell'azienda.

Valore assoluto nuovi investimenti

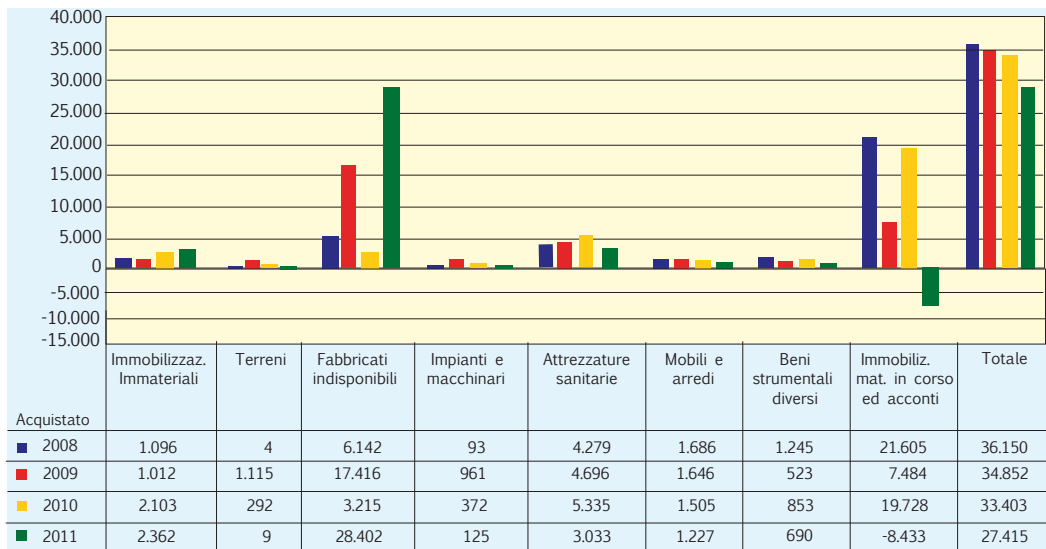


L'obiettivo informativo specifico è quello di esplicitare in termini dinamici lo sforzo dell'azienda nell'effettuazione di nuovi investimenti, con particolare riferimento alle immobilizzazioni immateriali e materiali.

Nel grafico seguente sono esposti con dettaglio i nuovi investimenti effettuati dall'azienda negli anni 2008-2011 per singola tipologia e per ammontare complessivo.

Si evidenziano, in questo modo, le tipologie dove l'azienda, nel corso degli anni, ha ritenuto maggiormente necessario effettuare nuovi investimenti.

Grafico n. 59. Valore assoluto nuovi investimenti



Valori espressi in migliaia di euro. Fonte: Bilancio d'esercizio

96

Le immobilizzazioni immateriali sono rappresentate dai software e licenze d'uso, per i quali l'azienda è impegnata in una politica di acquisizione e aggiornamento costante, e dalle migliorie su beni di terzi. L'aggregato è in aumento rispetto agli anni precedenti in quanto nell'anno 2011 sono stati ultimati i lavori di ristrutturazione relativi all'immobile denominato "ex carrozzeria" di proprietà del Comune di Reggio Emilia ed adibito a servizi di bassa soglia (Ser.T).

I fabbricati indisponibili espongono il valore assoluto più alto degli ultimi quattro anni; in effetti, la categoria è stata incrementata nell'anno 2011 dall'ultimazione di diversi appalti iniziati negli anni passati:

- adeguamento delle strutture esistenti alle norme di accreditamento (pronto soccorso, rianimazione, cardiologia, degenza di medicina e chirurgia) dell'Ospedale di Guastalla (Il Lotto);
- adeguamento delle strutture esistenti alle norme di accreditamento ed aspetti di riorganizzazione logistica dell'Ospedaliero di Scandiano con approvazione variante per lavori di ristrutturazione locali per installazione di una risonanza magnetica nucleare (RMN) e sostituzione TAC;
- ampliamento del reparto di radiologia dell'Ospedale di Castelnovo Monti per inserimento di una RMN;
- ripristino delle facciate dell'Ospedale di Castelnovo Monti;
- lavori di ristrutturazione e recupero dell'edificio adiacente a Villa Valentini di Scandiano.

Inoltre, nell'anno 2011 si è provveduto ad acquistare tre nuovi immobili da adibire a Case della Salute nelle località di Puianello, Sant'Ilario e Fabbrico.

In calo rispetto all'anno precedente la categoria impianti e macchinari che è comunque stata alimentata, anche nel 2011, da investimenti in impianti informatici e telematici.

Gli investimenti in beni inventariabili (attrezzature sanitarie, mobili e arredi e beni strumentali diversi) hanno subito nell'anno una notevole riduzione degli investimenti, in particolar modo la categoria delle attrezzature sanitarie ha registrato, rispetto all'anno precedente, un calo del 43,15%.

Per quanto riguarda le attrezzature sanitarie si è comunque provveduto ad acquistare diverse attrezzature tra cui delle stazioni per anestesia per i reparti operatori degli Ospedali di Scandiano e di Montecchio, vari defibrillatori ed ecotomografi per reparti ospedalieri e servizi aziendali. Durante l'anno 2011 la categoria ha goduto di diverse donazioni in natura del valore di euro 54.096.

Gli investimenti in mobili ed arredi hanno riguardato principalmente la fornitura di arredi per gli appartamenti protetti di Villa Valentini di Scandiano, per diversi reparti dell'Ospedale di Montecchio, per le farmacie degli Ospedali di Correggio e di Guastalla e infine l'arredo per diverse strutture e servizi del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche.

In calo, rispetto al 2010, anche l'aggregato dei beni strumentali diversi, eccetto per le categorie delle attrezzature per officine e degli automezzi; quest'ultima categoria è quella che ha registrato l'aumento più considerevole rispetto all'anno precedente grazie a diverse donazioni ricevute nel 2011, pari ad un valore di euro 33.800.

Nonostante il saldo delle immobilizzazioni in corso ed acconti risulti negativo, anche nell'anno 2011 sono proseguiti gli investimenti nella categoria per un importo complessivo pari ad euro 15.415.873, a cui però vanno tolti gli importi che hanno incrementato le categorie dei fabbricati indisponibili e delle migliorie su beni di terzi corrispondenti alla conclusione, nell'anno 2011, di diversi lavori di ristrutturazione iniziati nei precedenti esercizi.

I principali interventi hanno riguardato gli Ospedali di Castelnovo Monti, Montecchio e Correggio; sono inoltre proseguiti i lavori per la realizzazione di una struttura intermedia destinata alla Psichiatria del Distretto di Reggio Emilia e i lavori relativi all'appalto di Global Service per le manutenzioni edili, elettriche e idrauliche ai vari impianti ed immobili dell'azienda.

In conclusione, nonostante i forti investimenti a beneficio soprattutto dei lavori di ristrutturazione e adeguamento degli ospedali, l'azienda nell'anno 2011 ha registrato, rispetto alla media del triennio precedente, un calo dei nuovi investimenti, pari al 21,23%.

Nuovi investimenti in immobilizzazioni immateriali e materiali/totale investimenti lordi



Grado di rinnovo del patrimonio aziendale

L'indicatore permette di valutare il grado di rinnovo del patrimonio aziendale. Indipendentemente dalla fonte di finanziamento è, infatti, interessante valutare la propensione dell'azienda verso nuovi investimenti.

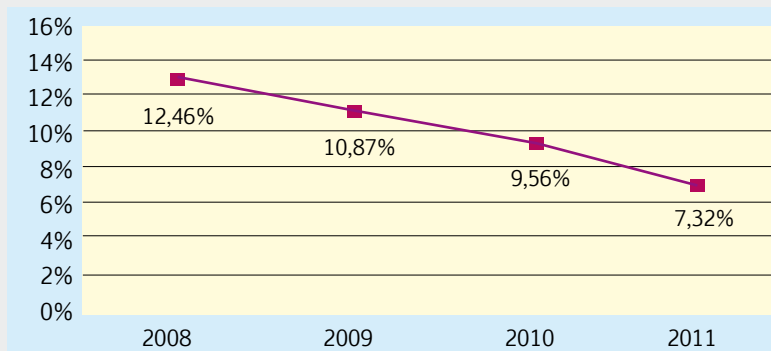
In particolare vengono messi a confronto gli investimenti in immobilizzazioni immateriali e materiali realizzati nell'anno, con il totale investimenti al lordo dei fondi ammortamento di riferimento, al fine di escludere l'incidenza dell'obsolescenza delle attrezzature e degli investimenti aziendali. È evidente che più l'indicatore è elevato, più è alto il grado di rinnovo del patrimonio.

Tabella n. 57. **Nuovi investimenti in immobilizzazioni immateriali e materiali/totale investimenti lordi**

Anni	2008	2009	2010	2011
Nuovi investimenti in immob. materiali e immateriali	36.150	34.852	33.403	27.415
Totale investimenti lordi	290.149	320.713	349.437	374.283
Nuovi investimenti in immob. materiali e immat./totale inv. lordi	12,46%	10,87%	9,56%	7,32%

Valori espressi in migliaia di euro. Fonte: Bilancio d'esercizio

Grafico n. 60. **Grado di rinnovo del patrimonio aziendale**



L'analisi dell'indicatore, per il quadriennio 2008-2011, evidenzia un calo costante del grado di rinnovo del patrimonio aziendale. La media dell'indicatore, tenuto conto degli ultimi 4 anni, si assesta al 10,05% calando di un 1,37% rispetto alla media del quadriennio 2007-2010.

Valore residuo beni durevoli/totale investimenti lordi beni durevoli

Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale

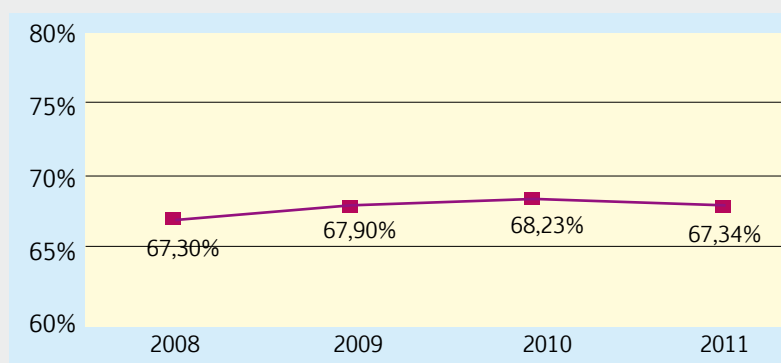


L'indicatore, mettendo a confronto il valore delle immobilizzazioni materiali ed immateriali al netto dei relativi fondi di ammortamento con il totale degli investimenti aziendali, questa volta al lordo dei relativi fondi, permette di valutare il grado di vetustà di questi ultimi. La situazione ottimale sarebbe il raggiungimento di un indice prossimo all'unità.

Tabella n. 58. **Valore residuo beni durevoli/totale investimenti lordi beni durevoli**

Anni	2008	2009	2010	2011
Valore residuo beni durevoli	195.281	217.779	238.416	252.041
Totale investimenti lordi	290.149	320.713	349.437	374.283
Valore residuo beni durevoli/totale investimenti lordi	67,30%	67,90%	68,23%	67,34%

Valori espressi in migliaia di euro. Fonte: Bilancio d'esercizio

Grafico n. 61. **Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale**

Questo indicatore, in quanto complementare, andrebbe guardato in tutte le sue implicazioni insieme all'indicatore precedente; è infatti ovvio che più alto è lo sforzo dell'azienda nel rinnovo del proprio patrimonio, meno elevata è l'esposizione all'obsolescenza dei suoi beni durevoli.

L'indicatore evidenzia un grado di obsolescenza del patrimonio aziendale sostanzialmente costante.

Nel periodo preso in considerazione, l'azienda ha saputo controllare l'invecchiamento del suo patrimonio, consolidandolo in una situazione pressoché stabile.

Anche nel 2011 si è perseguita una particolare attenzione nell'eliminazione dei beni vetusti; ciò ha permesso, nonostante l'inflessione dell'indicatore relativo al rinnovo patrimoniale, una tenuta del grado di obsolescenza aziendale.








Considerazioni finali



Anche nell'anno 2011 l'azienda è riuscita a mantenere le buone performance realizzate negli anni precedenti, riuscendo così a rispettare gli obiettivi di bilancio assegnati dalla regione.





Il risultato è stato ottenuto attraverso un rigoroso governo dei fattori produttivi, in modo particolare della spesa farmaceutica, della spesa per beni sanitari e del costo del personale.

Come per gli anni passati, anche per il 2011 la gestione di cassa ha dovuto affrontare una situazione di criticità, con un peggioramento nei tempi di pagamento ai fornitori. Nell'anno sono stati effettuati nuovi investimenti, anche se in leggera flessione rispetto a quelli degli anni precedenti; la non adeguata copertura degli stessi con contributi in conto capitale ha obbligato ad una maggiore razionalizzazione degli investimenti per continuare a garantire un'adeguata offerta quantitativa e qualitativa dei servizi.

Si riporta di seguito una sintesi degli indicatori di sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

INDICATORI DI SOSTENIBILITA' ECONOMICA	FABBISOGNO INFORMATIVO	TREND 2008-2011
Risultato netto di esercizio	Evidenzia il segno e l'ammontare del risultato della gestione aziendale e permette di verificare il conseguimento dell'obiettivo economico assegnato in sede di programmazione regionale	
Risultato operativo caratteristico (ROC)	Rappresenta il contributo dell'attività tipica dell'azienda alla formazione del risultato d'esercizio	
Risultato gestione non caratteristica	Rappresenta il contributo dei componenti di reddito non direttamente collegati all'attività specifica dell'azienda al risultato d'esercizio (proventi/oneri finanziari; proventi/oneri straordinari)	
Risultati della gestione caratteristica/ricavi disponibili	Tale indicatore esplicita la capacità o l'incapacità dell'azienda di coprire i costi derivanti dalla gestione caratteristica con i propri ricavi caratteristici	
Costi dei principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili	Esplicita l'incidenza sui ricavi caratteristici dei consumi di fattori produttivi caratteristici	
Struttura dei costi aziendali	Rende evidente la struttura dei costi caratteristici in modo da coglierne la composizione e il diverso grado di incidenza delle diverse tipologie di fattori produttivi rispetto al totale dei costi caratteristici	
Grado di attrazione delle strutture aziendali	Compie un confronto tra mobilità attiva e passiva per cogliere il grado di attrattività delle strutture aziendali	

INDICATORI DI SOSTENIBILITA' FINANZIARIA	FABBISOGNO INFORMATIVO	TREND 2008-2011
Rendiconto finanziario di liquidità	Evidenzia l'analisi dell'andamento della situazione finanziaria e monetaria dell'azienda	
Durata media della esposizione verso fornitori	Evidenzia i tempi medi di pagamento dei debiti verso i fornitori di beni e servizi	

INDICATORI DI SOSTENIBILITA' PATRIMONIALE	FABBISOGNO INFORMATIVO	TREND 2008-2011
Grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici	Esplicita quanta parte delle immobilizzazioni materiali, al netto del fondo ammortamento, sono finanziate da contributi in c/capitale	
Valore assoluto nuovi investimenti	Esplicita lo sforzo dell'azienda nell'effettuare nuovi investimenti in relazione alle immobilizzazioni immateriali e materiali (rappresenta gli investimenti effettuati nell'anno per singola tipologia)	
Grado di rinnovo del patrimonio aziendale	Esplicita lo sforzo dell'azienda nel rinnovare i propri investimenti in immobilizzazioni materiali ed immateriali	
Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale	Esplicita il grado di vetustà degli investimenti relativi alle immobilizzazioni materiali ed immateriali	

2.2. Impatto sul contesto territoriale

L'Azienda USL di Reggio Emilia, rappresentando una delle principali aziende della provincia, anche per il numero di persone direttamente occupate (oltre 4.000 dipendenti), produce effetti economici rilevanti sul territorio, attraverso i rapporti di fornitura.

Vengono esplorati di seguito alcuni aspetti di particolare rilievo:

- l'impatto economico;
- l'impatto sociale;
- l'impatto culturale;
- l'impatto ambientale.

Per quanto riguarda l'impatto sociale e culturale, oltre all'insieme di donazioni, lasciti e contributi ricevuti da cittadini, fondazioni di origine bancaria e altri soggetti, che danno evidenza del riconoscimento della funzione sociale svolta dall'Azienda, si riportano le iniziative pubbliche realizzate e le collaborazioni con altri Enti per la valorizzazione del patrimonio storico, artistico, culturale presente sul territorio provinciale.

Infine vengono descritte le azioni che l'Azienda USL di Reggio Emilia mette in atto rispetto all'impatto ambientale. Si tratta di come sviluppare strategie per un uso razionale dell'energia, interventi in tema di produzione e gestione dei rifiuti, interventi di promozione di una mobilità sostenibile.

2.2.1. Impatto economico

Tabella n. 59. **Numero di dipendenti totale e suddiviso per ruolo presenti in azienda al 31/12 di ogni anno**

Anno	Ruolo				Totale
	Sanitario	Professionale	Tecnico	Amministrativo	
2007	2.737	10	653	530	3.930
2008	2.818	10	621	521	3.970
2009	2.849	10	687	530	4.076
2010	2.879	10	698	552	4.139
2011	2.866	10	694	555	4.125

Sul totale dei dipendenti, 134 rientrano nell'ambito di categorie protette.

Tabella n. 60. **Lavoratori stranieri dipendenti al 31 dicembre degli anni indicati**

Anno	Intra Unione Europea	Extra Unione Europea
2007	5	5
2008	11	4
2009	13	7
2010	13	3
2011	15	5

Per quanto riguarda l'anno 2011, i 17 lavoratori stranieri di area UE provengono da Germania, Francia, Grecia, Polonia, Romania, Ucraina e Moldova, mentre i 3 extra UE provengono da Giappone, Perù e Ecuador.

Tabella n. 61. Numero di medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), medici di continuità assistenziale (CA), medici di emergenza territoriale (MET), medici di istituti di detenzione (MID) in convenzione al 31/12 di ogni anno

Anno	MMG	PLS	CA	MET	MID
2007	341	79	100	7	
2008	335	79	105	6	
2009	336	78	121	7	13
2010	335	82	113	11	13
2011	333	88	121	12	15

I dati sono comprensivi dei medici incaricati temporaneamente in attesa di copertura del posto

Tabella n. 62. Numero di medici specialisti ambulatoriali in convenzione al 31/12 di ogni anno

Anno	Specialisti titolari	Specialisti a tempo determinato	Totale
2007	120	14	134
2008	120	12	132
2009	126	14	140
2010	143	11	154
2011	146	11	157

Tabella n. 63. Numero di dipendenti sul totale occupati nell'ambito territoriale

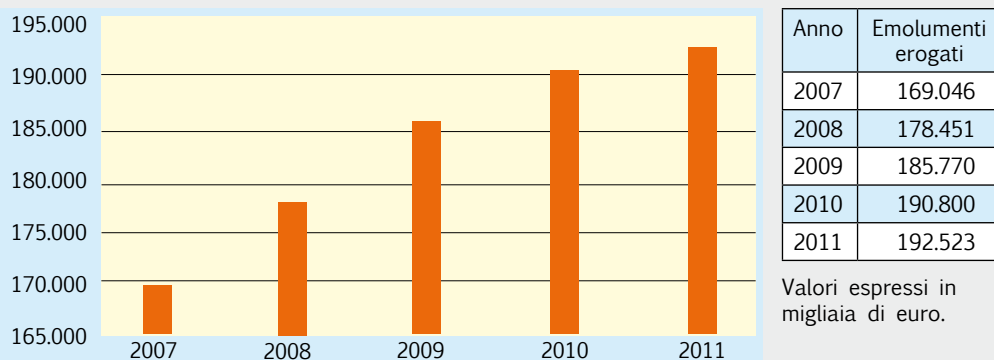
Anno	Dipendenti Azienda USL	Media annuale occupati	Percentuale
2007	3.930	240.000	1,6%
2008	3.970	235.429	1,7%
2009	4.076	245.709	1,7%
2010	4.139	241.795	1,7%
2011	4.125	234.040	1,8%

La media degli occupati è al 31/12 dell'anno precedente

Tabella n. 64. Numero di dipendenti dell'Azienda residenti nell'ambito territoriale

Anno	Dipendenti Azienda USL	Residenti in Provincia di Reggio Emilia (numero assoluto e %)
2007	3.930	3.300 84,0%
2008	3.970	3.286 82,8%
2009	4.076	3.334 81,8%
2010	4.139	3.367 81,3%
2011	4.125	3.372 81,7%

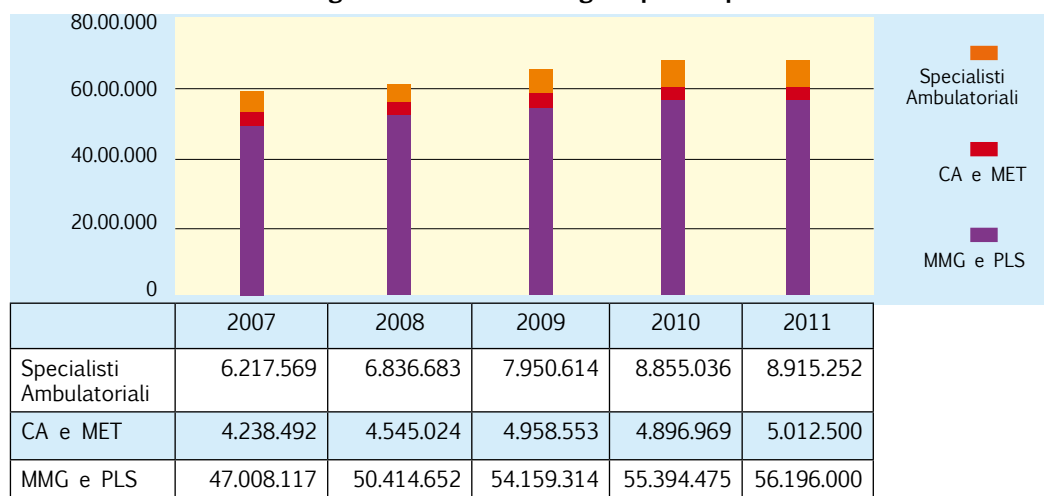
Grafico n. 62. Volume degli emolumenti erogati per il personale dipendente



Il costo del personale dipendente per l'anno 2008 risente dell'applicazione del contratto collettivo biennio economico 2006-2007, sia per il comparto che per la dirigenza. Nel 2009 il costo aumenta ulteriormente in seguito all'applicazione del contratto collettivo biennio 2008-2009 dell'area comparto e al riconoscimento dell'indennità di vacanza contrattuale alla dirigenza. Per l'anno 2010 l'incremento che si rileva sul costo del personale dipendente è da imputare quasi esclusivamente all'applicazione del CCNL biennio 2008-2009 della dirigenza ed alla corresponsione dell'indennità di vacanza contrattuale al comparto e alla dirigenza. Nel 2011 l'aumento dei costi è stato invece determinato, in gran parte, dal trascinarsi, sull'intero esercizio, dei costi delle assunzioni avvenute nel corso del 2010 e all'ultimazione del riassetto dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario. Ha inoltre inciso su tale costo il pagamento dell'indennità di vacanza contrattuale per tutto il personale (dirigenza e comparto).

103

Grafico n. 63. Volume degli emolumenti erogati per il personale convenzionato



I dati sono aggiornati annualmente con eventuali arretrati contrattuali

Volume dei beni e servizi acquistati suddivisi per ambito territoriale delle aziende fornitrici

A completamento dell'analisi dell'impatto dell'Azienda USL sull'economia del

territorio, si ritiene utile riportare per macroaggregati le forniture di beni e di servizi di natura economica e logistica derivanti da appalti a ditte con sede legale nella Provincia di Reggio Emilia, nelle altre province della Regione Emilia-Romagna e nelle altre regioni italiane.

Tabella n. 65. **Ditte con sede legale nella Provincia di Reggio Emilia**

Tipologia di fornitura	importo 2009	importo 2010	importo 2011
Beni sanitari	447.841	579.216	315.729
Beni economici	662.735	649.410	604.912
Manutenzioni	599.570	433.049	1.102.529
Canoni	44.840	46.506	189.091
Servizi	9.785.362	8.241.830	10.035.856
Totale	11.540.348	9.950.011	12.248.116

Tabella n. 66. **Ditte con sede legale nelle altre province della Regione Emilia-Romagna**

Tipologia di fornitura	importo 2009	importo 2010	importo 2011
Beni sanitari	8.373.926	8.773.945	8.521.336
Beni economici	1.837.284	1.598.574	1.518.195
Manutenzioni	1.100.352	859.007	1.228.978
Canoni	323.187	451.792	483.147
Servizi	4.722.269	4.154.691	4.580.770
Totale	16.357.018	15.838.009	16.332.426

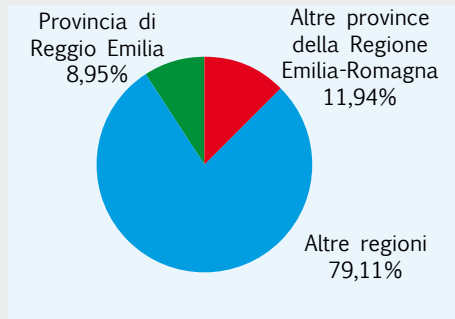
Tabella n. 67. **Ditte con sede legale nelle altre regioni**

Tipologia di fornitura	importo 2009	importo 2010	importo 2011
Beni sanitari	4.114.491	97.138.989	99.490.247
Beni economici	1.582.974	1.613.596	1.346.918
Manutenzioni	3.079.393	3.089.642	3.587.123
Canoni	1.640.223	1.709.787	1.969.422
Servizi	731.531	1.550.088	1.819.697
Totale	101.148.612	105.102.102	108.213.406

Tabella n. 68. **Riepilogo generale**

Tipologia di fornitura	importo 2009	importo 2010	importo 2011
Beni sanitari	102.936.258	106.492.150	108.327.311
Beni economici	4.082.993	3.861.580	3.470.025
Manutenzioni	4.779.315	4.381.698	5.918.630
Canoni	2.008.250	2.208.085	2.641.660
Servizi	5.239.162	13.946.609	16.436.323
Totale	129.045.978	130.890.122	136.793.949

Grafico n. 64. **Acquisti di beni e servizi di natura economica e logistica, in Provincia di Reggio Emilia, in altre province della Regione, in altre regioni - anno 2011**



Considerando la spesa complessiva per il 2011, per l'aggregato beni e servizi di natura economica e logistica, sono stati acquistati presso aziende della Provincia di Reggio Emilia beni e servizi per un importo di € 12.248.116 (pari all'8,95% della spesa totale dell'aggregato).

Beni Sanitari

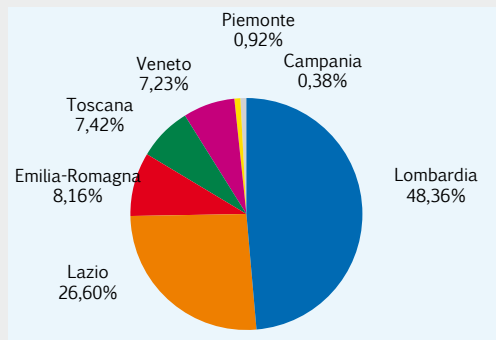
All'interno della voce "beni sanitari" sono ricompresi gli acquisti dei prodotti che principalmente vengono utilizzati nell'erogazione delle prestazioni sanitarie aziendali, sia di tipo ospedaliero, sia di tipo ambulatoriale e territoriale.

Ci si riferisce in particolare a prodotti farmaceutici (medicinali, vaccini e dispositivi medici), a materiale protesico impiegato in diversi interventi di chirurgia (ortopedica, vascolare, oculistica, ecc.) e a prodotti per il funzionamento dei laboratori di analisi (diagnostici, provette, ecc.).

La produzione e la commercializzazione di questi prodotti avviene per la maggior parte ad opera di grandi multinazionali o di rivenditori che hanno le loro sedi concentrate nei principali distretti industriali del settore (es. Lombardia e Lazio) e, in percentuale minore seppur considerevole, anche nella nostra regione.

105

Grafico n. 65. **Regione d'acquisto dei prodotti sanitari - anno 2011**



L'Azienda USL di Reggio Emilia ha acquistato nel 2011 prodotti sanitari presso fornitori aventi sede in Regione Emilia-Romagna per un importo pari al 8,16% dell'importo di spesa destinato a questo settore.

Attrezzature sanitarie e arredi

Nel 2011 sono stati effettuati investimenti in attrezzature sanitarie per una spesa di € 3.077.554,52 e in arredi per una spesa di € 669.870,00.

Si è continuato nel costante rinnovamento degli ecotomografi in dotazione con acquisizioni destinate a diversi reparti ospedalieri e servizi territoriali per un importo di oltre 1.200.000 euro.

È stata rinnovata una parte consistente di defibrillatori per i reparti ospedalieri del presidio aziendale con un impegno di spesa di oltre 200.000 euro.

Presso l'Ospedale di Scandiano si è conclusa la sostituzione dei letti manuali, ancora in dotazione ad alcuni reparti, con l'acquisizione di 30 letti elettrici, per una spesa di circa 56.000 euro, mentre per il reparto di emodialisi dell'Ospedale di Castelnovo Monti sono stati acquisiti 9 letti a bilancia, per una spesa di 46.000 euro.

Negli Ospedali di Guastalla, Montecchio e Castelnovo Monti sono stati installati presso le unità operative internistiche i sistemi di sollevamento pazienti a soffitto per un investimento di 70.000 euro.

Di particolare rilievo l'acquisizione di nuovi sistemi per anestesia per le sale operatorie degli Ospedali di Scandiano e di Montecchio.

Nell'ottica di una costante attenzione al rinnovamento tecnologico delle attrezzature, sono stati sostituiti i sistemi di mammografia analogica con i sistemi digitali, acquisendo 7 mammografi digitali ubicati in tutti gli ospedali del presidio aziendale, con la dotazione di 2 mammografi presso gli Ospedali di Guastalla e di Scandiano. L'Ospedale di Guastalla è stato dotato anche di un'attrezzatura per stereotassi. Per quanto riguarda l'acquisizione di arredi, si segnalano, tra gli interventi più significativi, la ristrutturazione dei reparti di Dh Oncologico di Montecchio e Guastalla, i reparti di Ostetricia e Ginecologia e di Diabetologia di Montecchio, il completamento degli arredi per le farmacie degli Ospedali di Correggio e di Guastalla.

È stato completamente rinnovato l'arredo del CUP del Distretto di Scandiano.

Si segnala, infine, la predisposizione di due nuove strutture del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche per le quali si è provveduto alla dotazione integrale di arredi, si tratta del Ser.T. di Via Bocconi a Reggio Emilia (ex Villetta Svizzera) e Villa Valentini a Scandiano.

Beni e servizi per la gestione e manutenzione delle strutture

Si riporta di seguito un prospetto delle spese sostenute nel triennio 2009-2011, per l'acquisto di beni e servizi rivolti alla gestione e manutenzione delle strutture dell'Azienda USL di Reggio Emilia.

Tabella n. 69. **Beni e servizi acquisiti da ditte con sede legale in Provincia di Reggio Emilia**

Tipologia di fornitura	importo 2009	importo 2010	importo 2011
Beni	170.055,90	155.933,72	165.853,75
Servizi	4.312.398,63	4.585.922,25	4.083.275,00
Acqua	472.575,73	542.540,38	554.999,40
Combustibile	3.765.434,32	3.781.117,09	3.818.285,65
Gestione dati	92.000,00	104.159,99	115.284,97
Totale	8.812.464,58	9.169.673,43	8.737.698,77

Tabella n. 70. **Beni e servizi acquisiti da ditte con sede legale nelle altre provincie della Regione Emilia-Romagna**

Tipologia di fornitura	importo 2009	importo 2010	importo 2011
Beni	8.752,42	2.997,00	3.395,61
Servizi	443.663,49	332.985,19	524.756,94
Energia elettrica	3.245.324,17	3.524.641,24	3.821.346,00
Telefonia	689.014,61	771.008,98	607.266,02
Gestione dati	487.960,00	503.685,19	542.898,19
Totale	4.874.714,69	5.135.317,60	5.499.662,76

Le ricadute economiche delle attività appaltate hanno una valenza differente sul contesto territoriale della nostra provincia, a seconda della tipologia dei beni o dei servizi acquisiti.

In particolare:

- l'acquisto di combustibili, così come il servizio di gestione degli impianti tecnologici di tipo termo-meccanico, avviene all'interno dell'appalto di servizi di manutenzione agli immobili e gestione degli impianti, affidato mediante gara ad evidenza pubblica ad un raggruppamento temporaneo di imprese (R.T.I.) costituito da un'azienda a carattere nazionale ed un'azienda a carattere locale, con quest'ultima in veste di capogruppo;
- l'acquisto di materiale tecnico (elettrico, idraulico, ecc.) riguarda grandi produttori nazionali o internazionali, la cui commercializzazione si svolge tramite magazzini locali;
- i servizi di manutenzione del verde sono affidati a cooperative sociali con sede legale in ambito provinciale a seguito di gare ad evidenza pubblica;
- le utenze di energia elettrica e telefonia sono affidate alle aziende fornitrici di queste tipologie di servizi, mediante adesione a convenzioni stipulate dalla centrale di acquisto della Regione Emilia-Romagna "Intercent-ER";
- l'acquisto del servizio di fornitura idrica e depurazione è affidato al gestore locale.

In aggiunta alle forniture di beni e servizi sopradescritte va sottolineato che l'Azienda USL di Reggio Emilia acquista da ditte con sede legale fuori dalla Regione Emilia-Romagna, beni, servizi di manutenzione impiantistica agli impianti telefonici e servizi di gestione dati per circa 170.000,00 euro.

Rapporti con il Terzo Settore

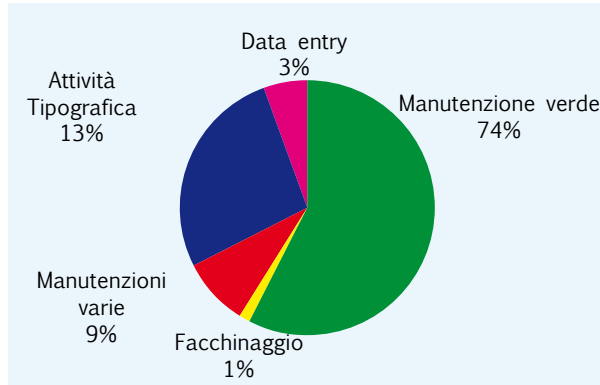
L'Azienda riconosce l'importanza e la funzione sociale che il Terzo Settore riveste in ambito territoriale e con esso intrattiene rapporti contrattuali e convenzionali, in attuazione della L.328/2000 e della L.R. 2/2003.

L'Azienda mantiene un rapporto rilevante con la cooperazione sociale, in particolare nell'espressione delle Centrali Cooperative e dell'associazionismo cooperativo (Consorzi "Oscar Romero" e "Quarantacinque") riconoscendo tali organizzazioni quali partner progettuali, sia attraverso l'approvvigionamento di beni e servizi con cooperative di cui all'art.1, c.1, lett. b) della L. 381/91, sia nell'ambito dei servizi alla persona, attraverso anche altri soggetti, cooperativi e non, parte del Privato Sociale.

Con Cooperative di tipo b), nel 2011, sono stati stipulati contratti per complessivi

549.038 euro destinati alla fornitura di beni e servizi, aventi per oggetto diverse attività, riassunte nel grafico seguente.

Grafico n. 66. **Tipologia degli affidamenti cooperazione sociale in base agli importi**

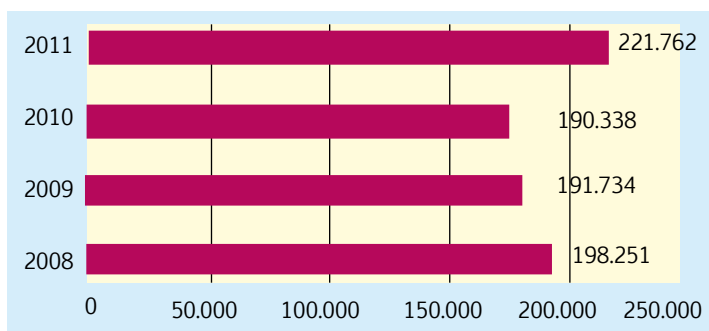


Fonte: Azienda USL di Reggio Emilia

Per quanto riguarda i servizi alla persona, di seguito si riportano i dati, suddivisi per le principali tipologie progettuali, relativi alla dinamica delle risorse investite nei rapporti convenzionali con le organizzazioni del Terzo Settore, che svolgono nella nostra realtà funzioni rilevanti nella costruzione del modello di Welfare.

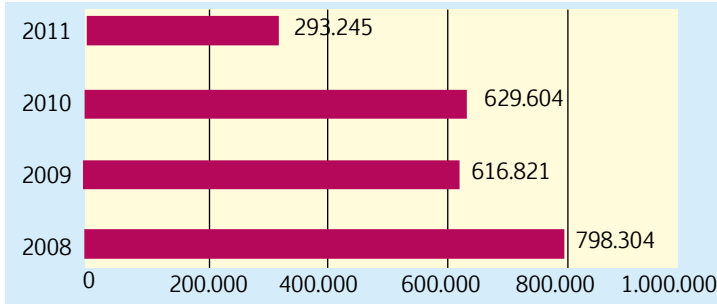
1) gestione di progetti di inserimento socio terapeutico riabilitativo, ad alta integrazione socio-sanitaria per utenti psichiatrici e utenti con problemi di dipendenze.

Grafico n. 67. **Risorse destinate alla gestione di progetti di inserimento socio terapeutico riabilitativo**



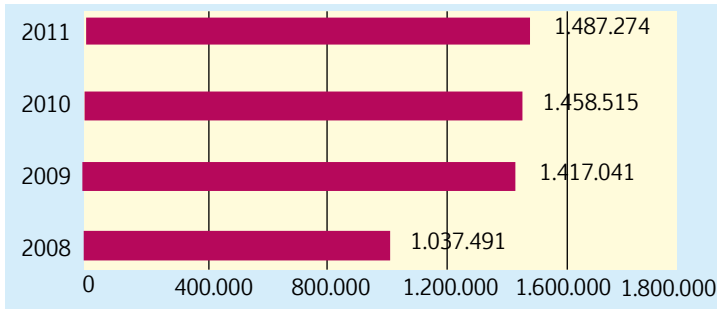
2) gestione di progetti di accoglienza semiresidenziale e residenziale per utenti psichiatrici e utenti con problemi di dipendenze.

Grafico n. 68. **Risorse destinate alla gestione di progetti di accoglienza in residenze e semiresidenze**



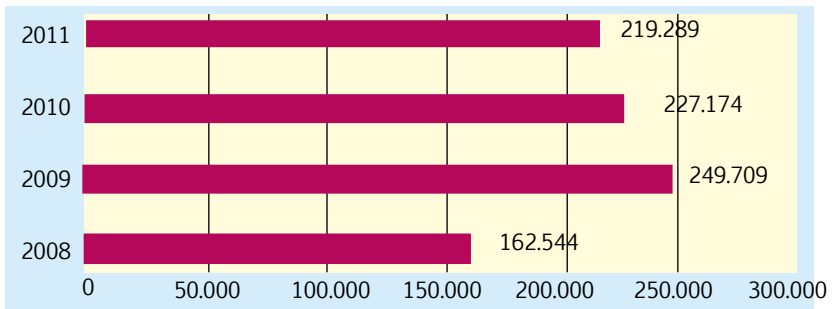
3) gestione dei progetti di singoli utenti inviati dal Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche presso strutture di accoglienza.

Grafico n. 69. **Risorse destinate alla gestione di progetti di accoglienza di singoli utenti**

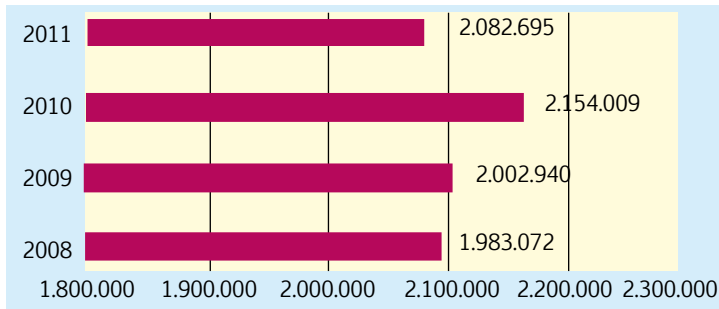


4) gestione di attività di volontariato anche domiciliare, di attività di socializzazione, di attività di gruppo per utenti e familiari, ecc.

Grafico n. 70. **Risorse destinate alla gestione di altre attività**



5) Gestione di programmi riabilitativi per utenti con problemi di dipendenza.

Grafico n. 71. **Risorse destinate alla gestione di progetti di strutture e programmi riabilitativi (dipendenze)**

Sempre in merito ai servizi destinati ad utenti del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e Servizio Handicap Adulto del Distretto di Reggio Emilia, l'Azienda USL di Reggio Emilia nel 2011 ha affidato commesse per la gestione di strutture e servizi a diversi soggetti appartenenti al Terzo Settore, mediante procedure concorsuali, per un importo complessivo pari a euro 4.581.993.

110

Si evidenzia, infine, l'ammontare delle risorse del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, destinate ad interventi per anziani e alla disabilità, gestite direttamente dall'Azienda USL nei confronti dei soggetti produttori appartenenti al Terzo Settore. L'introduzione dei contratti di servizio per la gestione dei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari ha comportato il coinvolgimento diretto nella gestione da parte dell'Azienda, accrescendone proporzionalmente l'impatto sul territorio.

Tabella n. 71. **Totale risorse FRNA destinate a servizi prodotti dal Terzo Settore**

	Coop. sociali	Onlus	Totale
Anziani	3.599.452	865.563	4.465.015
Disabili	3.077.796	570.300	3.648.096
Trasversali	158.678		158.678
Totale	6.835.926	1.435.862	8.271.789

2.2.2. Impatto sociale

Lasciti e donazioni ricevuti da cittadini e contributi ricevuti da Fondazioni di origine bancaria e da altri soggetti

Tabella n. 72. **Donazioni in denaro e in natura e contributi vincolati**

Donazioni	n. donaz. 2008	importo 2008	n. donaz. 2009	importo 2009	n. donaz. 2010	importo 2010	n. donaz. 2011	importo 2011
da privati	124	150.849,28	145	160.804,37	209	206.060,47	251	211.294,00
da fondazioni	-	-	-	-	1	250.000,00	1	30.000,00
da enti pubblici	1	5.000,00	1	800,00	1	398,00	1	0,00
da istituti bancari	-	-	-	-	-	-	-	-
in natura da privati	2	14.072,00	9	8.802,00	4	1.297,00	7	22.870,00
in natura da ditte diverse	2	5.100,00	-	-	1	1.123,20	16	62.335,00
in natura da associaz.	22	103.385,65	16	752.004,84	11	218.682,00	3	476,00
lasciti / eredità	-	-	-	-	-	-	1	18.750,00
Totale donazioni	151	273.906,93	171	922.411,21	227	677.560,67	279	345.725,00

Contributi	n. contr. 2008	importo 2008	n. contr. 2009	importo 2009	n. contr. 2010	importo 2010	n. contr. 2011	importo 2011
da enti pubblici	12	143.955,50	13	241.221,09	13	279.681,40	17	196.338,73
da comunità europea	1	6.827,50	-	-	1	6.824,00	-	-
da altri soggetti	-	-	1	332,68	4	10.974,55	2	669,70
da AUSL diverse	1	4.500,00	4	31.367,43	9	57.147,42	8	165.025,35
da Istituto tesoriere	1	25.000,00	1	25.000,00	1	25.000,00	1	25.000,00
Totale contributi	15	180.283,00	19	297.921,20	28	379.627,37	28	387.033,78

L'andamento negli anni delle donazioni e dei contributi varia in valore assoluto e nelle singole voci. Le donazioni da privati sono cresciute nel periodo, sia come numero che come importo. Le donazioni da fondazioni, assenti negli esercizi 2008 e 2009, sono provenienti, sia nel 2010 che nel 2011, dalla Fondazione Manodori con riferimento ai progetti "Cure primarie e rete dell'offerta" e "Ricaduta qualità del paziente". Le donazioni in natura da privati e ditte diverse, che comprendono attrezzature sanitarie, mobili, arredi e attrezzature informatiche, sono aumentate nell'esercizio 2011, mentre sono in calo le donazioni da associazioni.

Si evidenzia in particolare la donazione di un tomografo a risonanza magnetica destinato all'Ospedale di Castelnuovo Monti del valore di 720.000 euro nel 2009 e la donazione di un ecotomografo del valore di 159.000 euro per l'Ospedale di Correggio nel 2010.

Nel 2011 l'Azienda USL di Reggio ha inoltre beneficiato di un'eredità da privato pari a € 18.750.

Per quanto attiene i contributi, i più significativi sono quelli da Enti pubblici. Si evidenziano € 91.800 erogati dalla Provincia di Reggio Emilia per i progetti "Abuso minori" e "Accoglienza e protezione situazioni di emergenza-urgenza". In notevole incremento rispetto agli anni precedenti, i contributi da aziende sanitarie; nello specifico si segnalano € 43.000 dall'Azienda USL di Modena, riferiti al progetto "Efficacia dell'esercizio fisico negli anziani", € 38.600 dall'Azienda USL di Parma, quale contributo per il Centro diabetologico di Montecchio ed € 52.500 dall'Azienda Ospedaliera S. Orsola di Bologna, finalizzati al progetto "Procurement".

Servizio Civile Volontario

L'Azienda USL di Reggio Emilia partecipa da anni ai progetti di Servizio Civile Volontario, attivati e finanziati dall'Ufficio Nazionale Servizio Civile (UNSC) presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Le principali finalità riguardano:

- la traduzione del tempo di servizio volontario in occasione di crescita civile, di responsabilità e di cittadinanza;
- la diffusione di una cultura ispirata all'equità e al rispetto delle differenze;
- la realizzazione di relazioni affettive con persone bisognose di attenzioni, che sta alla base di ogni percorso di partecipazione responsabile alla vita collettiva;
- la valorizzazione dell'esperienza svolta in questo settore dai volontari, per cogliere e sviluppare risorse e capacità, quale investimento per il futuro;
- la possibilità di contribuire ad accrescere e migliorare i servizi per la comunità, attivare e consolidare legami stabili nel territorio con le diverse risorse socio ricreative già presenti (associazioni, gruppi giovanili, ecc.).

La dimensione di nuove forme di "politiche giovanili" vede il giovane impegnato nella comunità locale come protagonista di percorsi di cittadinanza attiva.

I giovani volontari dai 18 ai 28 anni che decidono di partecipare e che vengono selezionati, prestano il loro servizio presso strutture dell'Azienda USL e vengono impegnati in attività legate alla sfera socio-sanitaria.

I progetti che sono stati realizzati nel 2011, e che sono stati riproposti anche per il 2012 con alcune modifiche, sono due e sono entrambi dedicati alla disabilità: "Insieme facciamo centro" e "Semplicemente giocare".

Il progetto "Insieme facciamo centro" riguarda due strutture diurne destinate a persone con disabilità grave, seguite dai servizi per disabili dell'Azienda USL: il centro diurno "Damiel" di Castelnuovo Sotto e il centro diurno "Busetti" di Reggio Emilia.

Il progetto "Semplicemente giocare", invece, si realizza nel centro diurno di "Villa Valentini" a Scandiano, destinato a persone con disabilità psichica grave, seguite dai servizi per la salute mentale dell'Azienda USL.

A fronte dei 12 volontari (quattro per sede di attuazione) concessi dall'UNSC, l'Azienda ha ricevuto ventotto domande, tra le quali sono stati selezionati i ragazzi che hanno partecipato.

Lo spirito che caratterizza i progetti di servizio civile è di fornire ai giovani, che decidono di impegnarsi, gli strumenti e l'accompagnamento qualificato, in un

percorso di crescita personale a stretto contatto con realtà umane e lavorative particolari. L'obiettivo, dopo dodici mesi di attività insieme, è quello di lasciare a ciascun volontario un saldo incrementale nel suo bagaglio di esperienza di vita.

Operativamente invece, il dispiegarsi dei progetti è stato pensato con una doppia valenza: una interna, destinata al miglioramento ed implementazione, a parità di risorse, delle varie attività laboratoriali e di assistenza agli ospiti dei centri; una esterna, con lo scopo di promuovere nelle comunità la conoscenza della "diversità" come ricchezza, attivare legami stabili nel territorio con le diverse risorse socio ricreative già presenti e promuovere il benessere e la partecipazione attiva dei cittadini disabili.

In base a quanto emerso dai diversi strumenti di monitoraggio dei progetti (il cui report generale è disponibile sul sito internet dell'Azienda USL, nella sezione dedicata al servizio civile), i giovani volontari hanno concluso un'esperienza generalmente considerata molto positiva, al punto che qualche ragazzo ha deciso di proseguire alcune delle attività svolte nell'ambito del progetto, in forma del tutto volontaria, per mantenere vivo il legame che si è venuto a creare con gli utenti dei centri e con una realtà sovente marginalizzata dalla società.

2.2.3. Impatto culturale

Per quanto riguarda gli interventi effettuati sul patrimonio immobiliare, artistico e culturale, si rimanda alla sezione 11 di questo documento, dedicata all'area San Lazzaro dell'Azienda USL di Reggio Emilia.

Iniziative effettuate in collaborazione con altri Enti

Nel 2011 sono proseguite le iniziative, in collaborazione con altri Enti e Istituzioni, di sensibilizzazione e di lotta allo stigma nel campo della salute mentale. Nel mese di settembre, in particolare, è stata organizzata la VI edizione della Settimana della Salute Mentale, in collaborazione con il Centro di Documentazione di storia della Psichiatria, il Comune di Reggio Emilia e numerosi altri enti e associazioni.

Si tratta di un appuntamento ormai consolidato, di un'occasione aperta a tutta la cittadinanza per riflettere e discutere sulle problematiche relative alla salute e alla malattia mentale, per ribadire che il confine fra le due è meno netto di quanto non si pensi e che ancora oggi troppi sono i pregiudizi. È attraverso l'incontro e il confronto fra operatori, istituzioni, utenti, familiari, cittadini e con l'impegno di un'intera comunità che si possono raggiungere obiettivi di inclusione sociale e si può parlare realmente di diritto di cittadinanza per tutti i suoi membri. Anche nel 2011 per affrontare il tema della salute mentale da diverse angolature, il programma ha previsto diverse aree tematiche: spettacoli e teatro, cinema, libri, dibattiti e convegni, testimonianze e mostre.

La settimana si è aperta il 24 settembre 2011 con l'inaugurazione del Padiglione Lombroso e la presentazione del progetto del Museo di Storia della Psichiatria, nell'area San Lazzaro, a Reggio Emilia.

Nell'ambito della settimana si sono svolti due convegni:

- "La Prossimità in montagna: 10 anni di esperienze con i giovani nell'educativa di strada", tenutosi a Castelnovo Monti;
- "Traiettorie oltre le sbarre. Migrazione e salute nel contesto di detenzione", tenutosi nella Sala Galloni dell'area San Lazzaro a Reggio Emilia.

Tra le tante iniziative della settimana, oltre alla presentazione di diversi libri sul tema della psichiatria e alla proiezione di film rivolti alle ultime classi di alcuni istituti scolastici reggiani, e alla realizzazione di spettacoli teatrali o musicali curati da operatori, utenti e associazioni della salute mentale, si segnalano in particolare:

- l'inaugurazione della mostra "La fatica di emergere" a cura degli utenti del Centro Salute Mentale di Correggio e realizzata in collaborazione con l'Associazione Sostegno&Zucchero;
- l'inaugurazione della mostra multisensoriale "Triccheballacche" a cura degli utenti del Centro Salute Mentale di Guastalla;
- l'inaugurazione della mostra sui 150 anni dell'Unità d'Italia "Pregio e onore di Reggio e d'Italia";
- l'inaugurazione della mostra fotografica "Scorci di storia e atmosfere d'Appennino". Le opere sono frutto del lavoro degli utenti del Servizio Salute Mentale di Castelnovo Monti;
- l'inaugurazione della mostra di Art Brut "Strade Nascoste", organizzata dall'Associazione Museo di Storia della Psichiatria di Reggio Emilia;
- l'incontro "L'Architettura della Cura", organizzato da Radio Tab e dal Gruppo dei Facilitatori Sociali e realizzato presso l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Facoltà di Scienze della Formazione, a Reggio Emilia;
- il convegno "Vent'anni dopo - Gancio Originale compie vent'anni", realizzato a Reggio Emilia presso l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

2.2.4. Impatto ambientale

114

Da diversi anni l'Azienda USL di Reggio Emilia partecipa al Programma Regionale "Il Sistema Sanitario Regionale per uno Sviluppo Sostenibile" con propri referenti nei Gruppi Tecnici Regionali per la realizzazione del programma:

- Gruppo Tecnico Regionale Energia
- Gruppo Regionale Gestione Ambientale, Acquisti Verdi e Mobilità sostenibile.

Per l'Azienda USL di Reggio Emilia "sviluppo sostenibile" significa gestione di processi e strutture orientata al miglioramento continuo delle prestazioni a maggior impatto ambientale, applicazione di criteri ambientali nella realizzazione di nuove strutture o nell'ammodernamento di quelle esistenti, nell'acquisizione di beni e servizi e sensibilizzazione degli operatori sanitari in materia di energia e ambiente.

Tutto ciò si è tradotto nell'anno 2011 in diverse attività finalizzate a perseguire gli obiettivi di miglioramento sulla base delle linee di indirizzo regionali secondo specifiche linee di progetto di seguito riportate.

Sensibilizzazione degli operatori allo Sviluppo Sostenibile

Sono state realizzate nel mese di ottobre-novembre due edizioni di un seminario dal titolo "Sviluppo sostenibile e sistemi complessi: il ruolo del Sistema Sanitario" rivolto al personale coinvolto in ambiti organizzativi e di sviluppo degli acquisti, attività logistiche-alberghiere, attività di promozione della salute, servizi tecnici e attività di comunicazione/formazione, nonché ad operatori addetti ad attività clinico-assistenziali dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia.

Nei seminari, dalla durata di 8 ore complessive, si è cercato di diffondere conoscenze per comprendere le dinamiche di sviluppo nei sistemi complessi, divulgare informazioni utili a interpretare i cambiamenti climatici, stimolare cambiamenti con

azioni di sistema, soluzioni tecnologiche (ad es. energie rinnovabili) e individuali (ad es. abitudini di consumo) finalizzati a migliorare la gestione ambientale e lo sviluppo sostenibile connesso con l'attività sanitaria. Ai seminari sono stati presentati, inoltre, i risultati delle iniziative regionali in corso, le azioni avviate ed i risultati conseguiti sui principali temi di sostenibilità ambientale quali energia, mobilità sostenibile, rifiuti e acquisti verdi.

Alle iniziative hanno partecipato complessivamente 94 operatori che hanno manifestato un livello di gradimento elevato, segno di interesse per le tematiche affrontate.

In materia di Informazione/Formazione/Addestramento degli operatori sono state condotte periodicamente iniziative rivolte al personale di nuova assunzione, oltre 300 operatori coinvolti, allo scopo di sensibilizzare e dare informazioni sulle modalità di raccolta differenziata e corretto smaltimento delle varie tipologie di rifiuti prodotti in azienda.

Uso razionale dell'energia

La condivisione di esperienze e professionalità con il Gruppo Regionale Energia, consente di disporre di maggiori strumenti per programmare e raggiungere gli obiettivi comuni finalizzati all'uso razionale dell'energia. Nel corso del 2011 l'Azienda USL di Reggio Emilia ha perseguito e sviluppato i progetti di miglioramento previsti dal Programma Regionale "Il Sistema Sanitario Regionale per uno sviluppo sostenibile". Di seguito sono descritte le azioni adottate per:

- limitare i consumi di energia attraverso misure strutturali, impiantistiche, mediante iniziative informative e formative sull'uso razionale dell'energia;
- l'utilizzo di fonti di energia rinnovabile;
- acquisire energia alle migliori condizioni di mercato.

Le azioni intraprese nel 2011 in tema di politiche energetiche ed innovazione tecnologiche sono state:

1. Strategie energetiche in relazione al patrimonio edilizio/tecnologico, con riferimento all'applicazione di leggi, norme e regolamenti (con particolare riferimento alla DAL 156/08).

L'Azienda USL di Reggio Emilia ha completato gli Attestati di qualificazione energetica di tutti gli edifici.

Le progettazioni di nuovi edifici, ampliamenti e ristrutturazioni hanno privilegiato soluzioni tecnologiche volte al risparmio energetico, in accordo e applicazione dell'atto di indirizzo e coordinamento sui requisiti di rendimento energetico e sulle procedure di certificazione energetica degli edifici.

2. Misure di efficienza energetica relative agli interventi completati nel corso del 2011, di maggior rilevanza, che prevedono l'utilizzo di sistemi tecnologici innovativi, da fonti rinnovabili e per il risparmio energetico:

- a. Magazzino farmaceutico e deposito per attività connesse all'area logistica delle Aziende Sanitarie dell'Area Vasta Emilia Nord, nel 2011 sono stati completati i lavori ed iniziati i collaudi della realizzazione del magazzino che comprenderà:

- la produzione di 57,5 kWp di energia elettrica mediante pannelli fotovoltaici;
- riscaldamento mediante caldaie a condensazione, che consentirà di recuperare l'energia termica dei fumi di combustione;
- installazione di travi fredde per migliorare il rendimento, la manutenzione, l'impatto acustico ed il confort dell'impianto di climatizzazione;

- gruppi frigoriferi ad elevato rendimento con torri evaporative;
 - installazione di inverter per ridurre il consumo elettrico dei circolatori e dei motori;
 - pannelli solari termici per la produzione di acqua calda sanitaria e tecnologica per il trattamento dell'aria;
 - impianto d'illuminazione artificiale mediante rivelazione e regolazione automatica dell'intensità luminosa;
 - sistema di building automation che consente di rilevare, controllare e verificare parametri tecnologici di esercizio degli impianti elettrici e termici.
- Il sistema eleva lo standard di gestione controllo e risparmio energetico.

b. Casa della Salute nel Comune di FabbriCo (Distretto di Correggio). Nel 2011 è stato acquistato l'edificio che è stato realizzato con particolari accorgimenti finalizzati all'efficienza energetica, tra i principali:

- realizzazione di parete perimetrale esterna con isolamento a cappotto;
- realizzazione di controsoffitto con isolamento termico;
- posa in opera di finestre con vetrocamera;
- installazione di caldaia a condensazione;
- installazione di frigorifero con recupero dell'energia di condensazione per il riscaldamento dell'acqua calda sanitaria e dell'unità di trattamento aria;
- unità di trattamento aria con motori ad elevata efficienza energetica ed inverter;
- regolazione automatica e telegestione dei parametri microclimatici dell'edificio.

3. Misure di efficienza energetica relative agli interventi progettati o in corso di aggiudicazione:

- a. nell'ambito della progettazione della Casa della Salute a Puianello, sono state previste tecnologie innovative finalizzate al risparmio energetico, tra le principali: l'installazione di pannelli solari fotovoltaici, l'isolamento termico dell'involucro edilizio ed il recupero termodinamico attivo dell'energia contenuta nell'aria di espulsione;
- b. nell'ambito della progettazione della ristrutturazione della palazzina per i servizi territoriali di Scandiano, è prevista la sostituzione dei serramenti esistenti con circa 150 serramenti a taglio termico e vetrocamera.

4. Interventi strutturali ed impiantistici specificatamente finalizzati all'uso razionale dell'energia:

nell'ambito di alcuni appalti di lavori, è stata effettuata la progettazione ed iniziata la realizzazione di interventi strutturali ed impiantistici che prevedono l'utilizzo di sistemi tecnologici innovativi, da fonti rinnovabili e per il risparmio energetico. Gli interventi di maggior rilevanza sono:

- a. Centro distrettuale di Montecchio. Nel 2011 sono iniziati i lavori di realizzazione dell'intervento che prevede particolari accorgimenti finalizzati all'efficienza energetica, tra i principali:
- installazione di pannelli fotovoltaici e realizzazione di un tetto che potenzia ulteriormente l'impianto previsto, nell'ambito del progetto costruttivo si valuterà l'installazione di 60,8 KWp;
 - l'edificio sarà servito dai fluidi termici ad elevato risparmio energetico del complesso ospedaliero: caldaie a condensazione, produzione di acqua refrigerata con sistema ad elevato rendimento (gruppi frigoriferi centrifughi con inverter e torri evaporative ad elevato COP), produzione di acqua

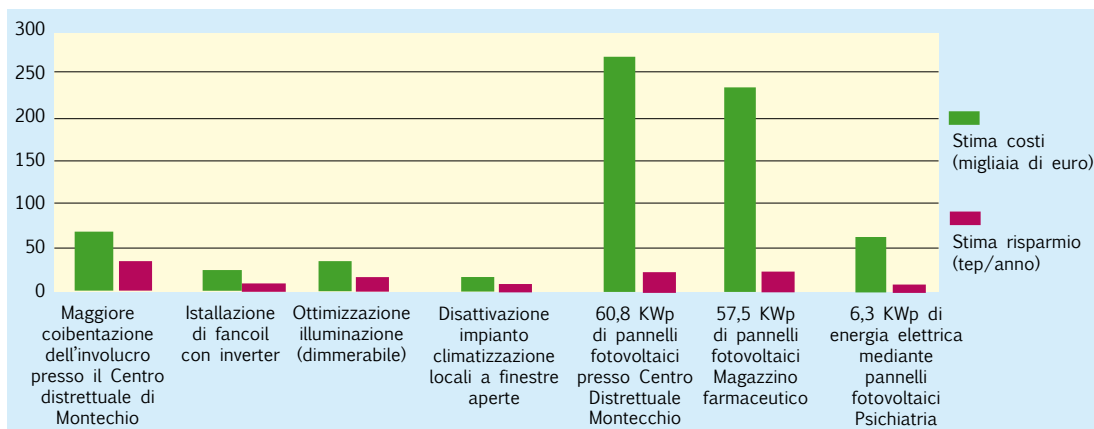
- calda con sistema solare termico;
 - motori con elevata efficienza energetica, dotati di inverter e sistemi di telegestione;
 - disattivazione impianto climatizzazione nei locali con finestre aperte;
 - regolazione automatica dell'illuminazione;
 - maggiore coibentazione dell'involucro rispetto ai requisiti della normativa vigente.
- b. Realizzazione di un complesso destinato alla psichiatria per il Distretto di Reggio Emilia, che accorperà le strutture residenziali, semiresidenziali e servizi ambulatoriali. Nel 2011 sono continuati i lavori di edificazione della struttura che comprenderà:
- la produzione di 6,3 kWp di energia elettrica mediante pannelli fotovoltaici;
 - pannelli solari a concentrazione per la produzione di acqua calda sanitaria;
 - teleriscaldamento cittadino prodotto da cogenerazione;
 - recupero delle acque bianche di scarico e loro riutilizzo nelle cassette wc;
 - installazione di inverter per ridurre il consumo elettrico dei circolatori e dei motori.
5. Interventi procedurali:
nell'ambito dell'appalto di gestione e conduzione degli impianti e manutenzione degli immobili dell'Azienda USL di Reggio Emilia, sono previsti interventi per il risparmio energetico ed idrico degli edifici, tra i principali:
- diagnosi energetica, "rilievo, raccolta ed analisi dei parametri relativi ai consumi specifici ed alle condizioni di esercizio del sistema edificio - impianto";
 - diagnosi dei consumi idrici; "rilievo, raccolta ed analisi dei parametri relativi ai consumi idrici delle utenze";
 - programmazione della pulizia periodica e sostituzione dei filtri UTA, ventilconvettori e split;
 - manutenzione programmata e preventiva degli impianti di riscaldamento e raffrescamento.
6. Campagna di sensibilizzazione, informazione ed orientamento rivolta agli operatori delle Aziende Sanitarie per l'uso razionale dell'energia:
è proseguita nel 2011 la campagna "io SPENGO lo SPRECO" di sensibilizzazione degli operatori e degli utenti al risparmio energetico, le principali iniziative sono state:
- nell'ambito della formazione dei neoassunti è stato dato risalto alla campagna in corso, illustrando e discutendo le "dieci buone abitudini di consumo responsabile";
 - nell'ambito della formazione e mediante l'intranet aziendale è costantemente promosso il corso online "io SPENGO lo SPRECO, le buone pratiche degli operatori per l'uso razionale dell'energia in sanità", modulo formativo frutto di una collaborazione fra l'Assessorato alle Politiche per la Salute della Regione Emilia Romagna ed ENEA.
7. Rendicontazione dei consumi elettrici e termici nel 2011 a confronto con i consumi del 2010.
Dal 1 gennaio 2009 tutte le utenze di energia elettrica dell'Azienda USL di Reggio Emilia sono rifornite mediante la convenzione Regionale Intercent-ER.

Tabella n. 73. **Riepilogo dei principali interventi**

Tipologia intervento	Intervento	Stato avanzamento	Conclusione	Stima costi	stima risparmio (TEP/anno)
Impiantistico	Produzione di 57,5 kWp di energia elettrica mediante pannelli fotovoltaici presso il magazzino farmaceutico e deposito per attività connesse all'area logistica delle Aziende Sanitarie dell'Area Vasta Emilia Nord	In fase di collaudo	Primo semestre 2012	248	12,9
Impiantistico	Complesso destinato alla psichiatria per il Distretto di Reggio Emilia: 1. Produzione di 6,3 kWp di energia elettrica mediante pannelli fotovoltaici	In corso	2012	70	1,4
	2. Recupero acque bionde di scarico e loro riutilizzo nelle cassette wc	In corso	2012	60	876 mc acqua potabile / anno
Impiantistico	Centro distrettuale di prevenzione e medicina di comunità di Montecchio: 1. Produzione di 60,8 kWp di energia elettrica mediante pannelli fotovoltaici	In corso	2014	272	13,6
	2. Disattivazione impianto di climatizzazione nei locali con finestre aperte	In corso	2014	8,2	1,0
	3. Regolazione automatica dell'illuminazione	In corso	2014	29,0	7,5
	4. Installazione di ventilconvettori con inverter	In corso	2014	15,5	2,1
Struttura - involucro	5. Maggiore coibentazione dell'involucro	In corso	2014	75,8	12,0

Tipologia intervento	Intervento	Stato avanzamento	Conclusione	Stima costi	stima risparmio (TEP/anno)
Procedurale	Pulizia filtri UTA e ventilconvettori	Concluso	31/12/2011	non determinabile (ricompresi nel canone di manutenzione degli impianti)	Non determinabile
Informativo / Formativo	formazione dei neoassunti; - corso di formazione in collaborazione con il programma Gestione Ambientale; - promozione del corso online realizzato in collaborazione con ENEA.	Concluso	31/12/2011	0	Non determinabile
			TOTALI	778,87	50,56
					+876 mc di acqua potabile

Grafico n. 72. Riepilogo dei principali interventi: stima dei costi e del risparmio



Politiche ambientali

Lo sviluppo del programma Gestione Ambientale coinvolge operatori dei servizi che svolgono un ruolo gestionale rispetto alle principali tematiche ambientali. Nell'Azienda USL di Reggio Emilia è attivo dal 2002 un Sistema Gestione Ambientale che ha lo scopo di garantire l'integrazione funzionale dei servizi coinvolti nella gestione di problematiche ambientali. La strategia adottata è di dichiarare gli impegni e il programma annuale delle attività, in linea con la programmazione e gli obiettivi regionali; effettuare la rilevazione di indicatori di conformità ambientale, alimentare i flussi informativi regionali e monitorare cosa viene consumato e prodotto; rendicontare annualmente sulle attività svolte e sviluppare iniziative di sensibilizzazione.

Gli ambiti oggetto di monitoraggio regionale attraverso specifici indicatori riguardano: conformità edilizia delle strutture, attività soggette alla prevenzione incendi, emissioni in atmosfera, qualità dell'aria e mobilità, utilizzo di sostanze ozono-lesive ad effetto serra, approvvigionamento idrico e scarichi, gestione dei rifiuti, contaminazione del suolo, uso di energia, inventario apparecchiature contenenti PCB-PCT, amianto, inquinamento elettromagnetico, uso di radiazioni ionizzanti, rumore.

Le aree prioritarie di intervento hanno riguardato i processi di gestione dei rifiuti, l'approvvigionamento idrico e gli scarichi idrici delle strutture, l'uso di energia, la mobilità e gli acquisti verdi.

Per i rifiuti i dati raccolti riguardano non solo le quantità prodotte, ma anche i costi di gestione, relativi ai servizi di fornitura dei contenitori di raccolta, trasporto e smaltimento/recupero, appaltati a ditte specializzate tramite adesione alla convenzione stipulata dalla centrale di acquisto Intercent-ER.

Grafico n. 73. **Andamento (in Kg) della produzione generale di rifiuti (speciali + rifiuti assimilabili agli urbani) e costi di gestione**

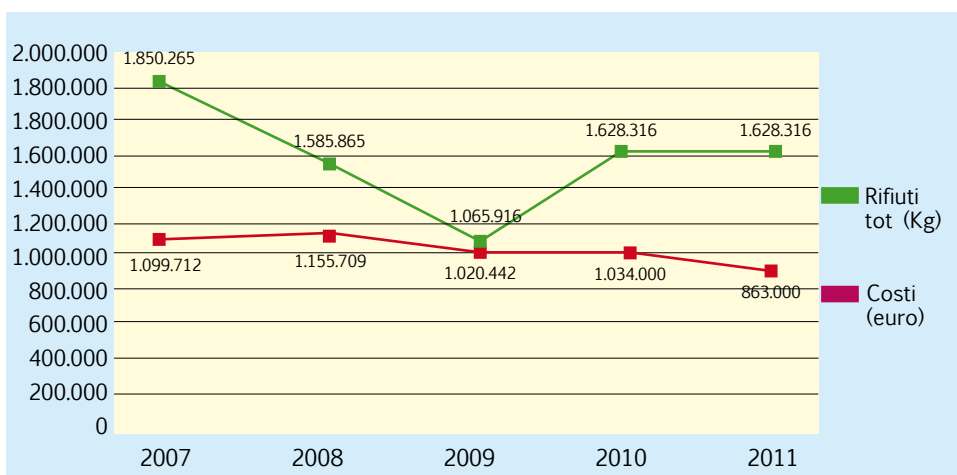
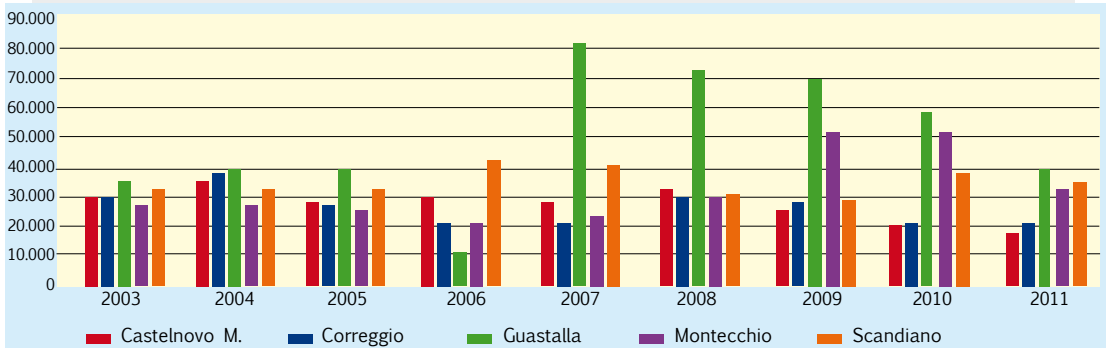


Grafico n. 74. **Andamento (in mc) dei consumi idrici negli ospedali dell'Azienda USL di Reggio Emilia**



Risulta un consumo medio di 161 mc circa di acqua per posto letto/anno negli ospedali aziendali.

Rifiuti sanitari

Gli obiettivi perseguiti nel 2011 per la gestione dei rifiuti sanitari hanno riguardato:

- il controllo dei processi di gestione caratteristici: controllo della quantità di rifiuti prodotti, del loro destino e dei costi sostenuti per lo smaltimento/recupero;
- la diminuzione della quantità di rifiuti pericolosi prodotti;
- la razionalizzazione ed incremento delle quote di rifiuti da raccolte differenziate da avviare al recupero di materie prime ed energia;
- l'aggiornamento delle procedure operative e di controllo aziendali;
- la promozione di iniziative informative e di sensibilizzazione degli operatori finalizzate a far conoscere agli operatori cosa si consuma e produce.

Grafico n. 75. **Principali categorie di rifiuti sanitari prodotti nel 2011**

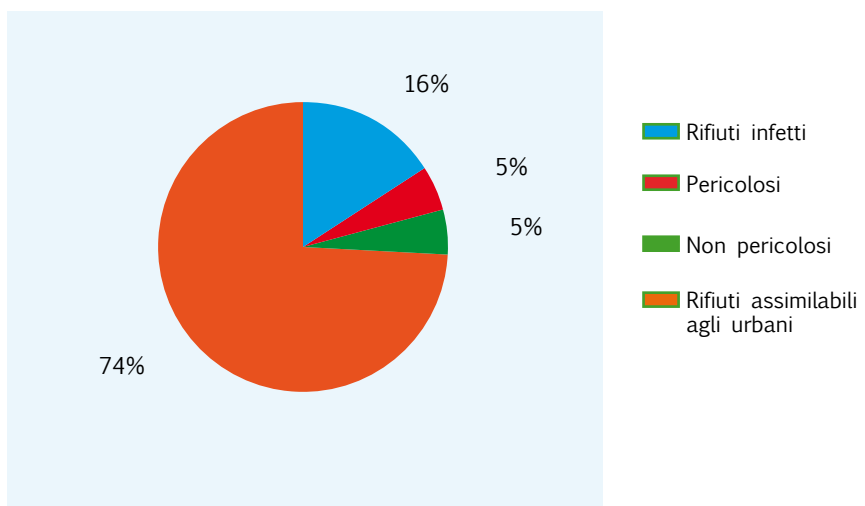
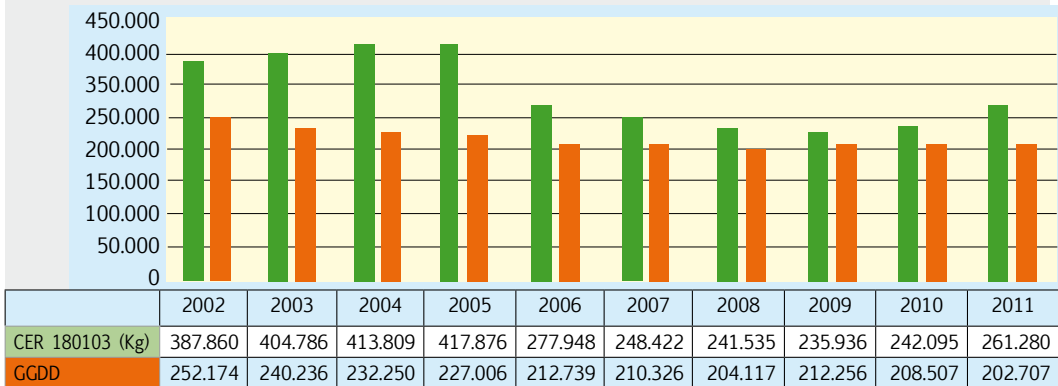


Grafico n. 76. **Andamento (Kg) della produzione dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo (CER 1801803) negli ospedali del presidio aziendale e giornate di degenza (GGDD)**



Per l'anno 2011 il dato riportato, stante la riorganizzazione delle Unità Locali di raccolta a cui sono stati conferiti i rifiuti sanitari prodotti dalle strutture decentrate distrettuali, è complessivo aziendale (ospedali + strutture distrettuali); l'incidenza della produzione relativa ai servizi territoriali sul totale è del 5-6%.

La tendenza alla riduzione della produzione di questa importante categoria di rifiuti si è arrestata negli ultimi anni in molte aziende regionali. È necessario affiancare a misure di corretta gestione dei rifiuti, misure di prevenzione della loro produzione, intervenendo in maniera più incisiva sull'organizzazione dei processi e delle attività, sulla natura degli acquisti, privilegiando prodotti a minor impatto ambientale (es. riduzione degli imballaggi, separazione dei materiali, allungamento della vita dei prodotti) e ponendo maggiore attenzione all'utilizzo di prodotti riutilizzabili rispetto al monouso.

Nel 2011 è stata monitorata la produzione dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo negli ospedali aziendali, con produzione di reportistica periodica e confronto per centri di costo omogenei relativamente alle quantità, al numero e tipologia di contenitori utilizzati. I dati raccolti sono stati presentati e discussi in riunioni con i referenti locali, sono state evidenziate alcune criticità, a cui sono seguite azioni di sensibilizzazione e miglioramento.

È stato predisposto il capitolato per l'attivazione della gara per la realizzazione del nuovo Laboratorio dell'Ospedale di Guastalla, ponendo particolare attenzione agli impatti ambientali generati dai rifiuti sanitari e scarichi reflui che saranno ivi prodotti.

È stata attivata la nuova isola ecologica presso l'Ospedale di Montecchio e si è provveduto all'installazione di un compattatore presso Ospedale di Correggio; si è provveduto a migliorare nelle varie sedi la dotazione dei contenitori dedicati alla raccolta differenziata in aree esterne.

È in corso la progettazione dell'isola ecologica presso l'Ospedale di Castelnovo Monti.

Sul versante organizzativo e della gestione dei processi, nel 2011, in previsione dell'entrata in vigore del nuovo sistema di tracciabilità dei rifiuti SISTRI, sono stati ridefiniti alcuni aspetti inerenti il processo di gestione dei rifiuti prodotti. Sono state iscritte al SISTRI, quali luoghi di produzione di rifiuti sanitari pericolosi, 7 Unità Locali a cui afferiscono, ai fini della gestione informatica dei dati, tutte le strutture territoriali decentrate di produzione; è stata riorganizzata l'attività di conferimento dei rifiuti dalle sedi decentrate alle rispettive Unità Locali di riferimento, tramite operatori e mezzi aziendali. Quest'ultima attività è stata accompagnata da iniziative di addestramento e formazione del personale incaricato, verifica e adeguamento delle dotazioni di sicurezza dei mezzi utilizzati, verifica e adeguamento delle isole ecologiche delle Unità Locali.

Acquisti Verdi

Nel corso del 2011 si è provveduto alla rilevazione e trasmissione al gruppo regionale dei dati inerenti il censimento delle Gare Verdi (Green Public Procurement) attivate presso l'Azienda USL di Reggio Emilia, secondo il format condiviso riportante diverse informazioni: oggetto della gara, data di attivazione e scadenza, dati di spesa, numero di non conformità rilevate, descrizione dei controlli effettuati, dei punti di forza e di debolezza e considerazioni/commenti sugli aspetti "green" più significativi collegati. L'Azienda ha aderito all'acquisizione di attrezzature e materiali di consumo tramite gare Intercent E-R Verdi. Sono stati formulati dal gruppo regionale "criteri standard" per gli Acquisti Verdi da applicare, per quanto possibile, alle gare di acquisto aziendali.

Mobilità sostenibile

L'Azienda USL di Reggio Emilia ha contribuito alla definizione della viabilità dell'area San Lazzaro di Reggio Emilia, con particolare riferimento ai percorsi per i pedoni ed i ciclisti. Inoltre, in collaborazione con il Comune di Reggio Emilia, da settembre 2011 è stato migliorato il collegamento dell'area San Lazzaro con la città e, soprattutto, con la Stazione Ferroviaria, dove fermano anche le ferrovie regionali e che è collegata alla stazione delle autolinee. Questo consente di velocizzare e qualificare l'utilizzo del trasporto pubblico locale da parte dei dipendenti per raggiungere il luogo di lavoro.

Sono state presentate ai professionisti dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, in un evento formativo che è stato realizzato in due edizioni "il sistema sanitario per lo sviluppo sostenibile", le azioni di mobility management intraprese.

2.3. Livelli Essenziali di Assistenza

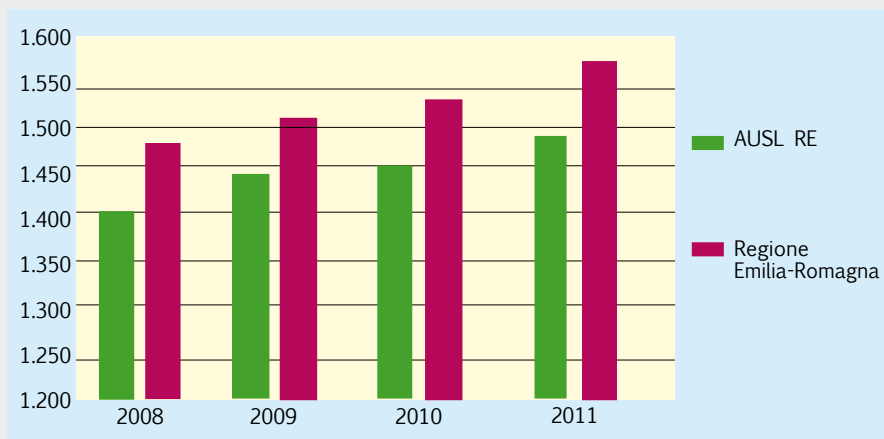
2.3.1. Finanziamento e Costi

Finanziamento pro-capite per i cittadini residenti a confronto con quello pro-capite regionale

Tabella n. 74. **Finanziamento Azienda USL di Reggio Emilia e Regione Emilia-Romagna e scostamento percentuale del finanziamento pro-capite di Reggio Emilia dalla media regionale**

	2009			2010			2011		
	finanziamenti per livelli di assistenza	pop. al 1/1/2009	pro-capite 2009	finanziamenti per livelli di assistenza	pop. al 1/1/2010	pro-capite 2010	finanziamenti per livelli di assistenza	pop. al 1/1/2011	pro-capite 2011
AUSL RE	742.628.357	519.480	1.429,56	762.125.562	525.297	1.450,85	783.168.756	530.388	1.476,60
Regione E-R	6.502.150.639	4.337.966	1.498,89	6.689.911.324	4.395.606	1.521,95	6.895.011.066	4.432.439	1.555,58
scostam. % RE vs RER			-4,6%			-4,7%			-5,1%

124 Grafico n. 77. **Finanziamento pro-capite Azienda USL di Reggio Emilia e Regione Emilia Romagna**



La ripartizione dei finanziamenti a livello regionale è effettuata per livello di assistenza sulla base di popolazione pesata per età e genere. La popolazione pesata di ciascun livello può essere o età specifica o calcolata sulla base dei consumi per lo specifico livello. Di norma la popolazione più anziana consuma più risorse della popolazione giovane. La popolazione reggiana, più giovane per età rispetto ad altre realtà regionali, spiega il risultato osservato: un finanziamento pro-capite su residenti inferiore a quello medio regionale.

Costo pro-capite ponderato a confronto con quello medio regionale

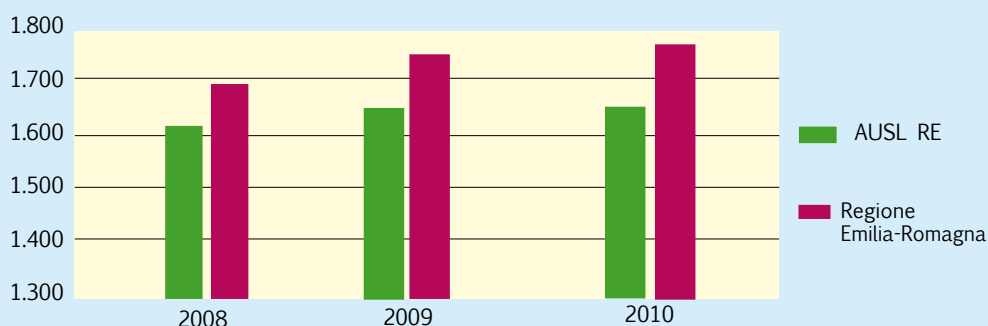
I costi pro-capite sono l'espressione delle risorse utilizzate per il soddisfacimento dei bisogni sanitari della popolazione e vengono calcolati come rapporto tra il costo complessivo per livello di assistenza e la popolazione pesata utilizzata per il finanziamento del livello stesso. I costi per ciascun livello sono indicati in migliaia di euro; i costi pro-capite in euro.

Tabella n. 75. **Costo pro-capite ponderato aziendale a confronto con quello pro-capite medio regionale e scostamento percentuale dalla media regionale**

	2008			2009			2010		
	Costi 2008 (*1000)	pop. pesata 2008	pro-capite 2008	Costi 2009 (*1000)	pop. pesata 2009	pro-capite 2009	Costi 2010 (*1000)	pop. pesata 2010	pro-capite 2010
AUSL RE	783.398	486.725	1.609,53	814.497	494.534	1.647,00	834.137	501.607	1.662,93
Regione E-R	7.242.534	4.275.843	1.693,83	7.559.915	4.337.966	1.742,73	7.755.923	4.395.606	1.764,47
scostam. % RE vs RER			-5,0%			-5,5%			-5,5%

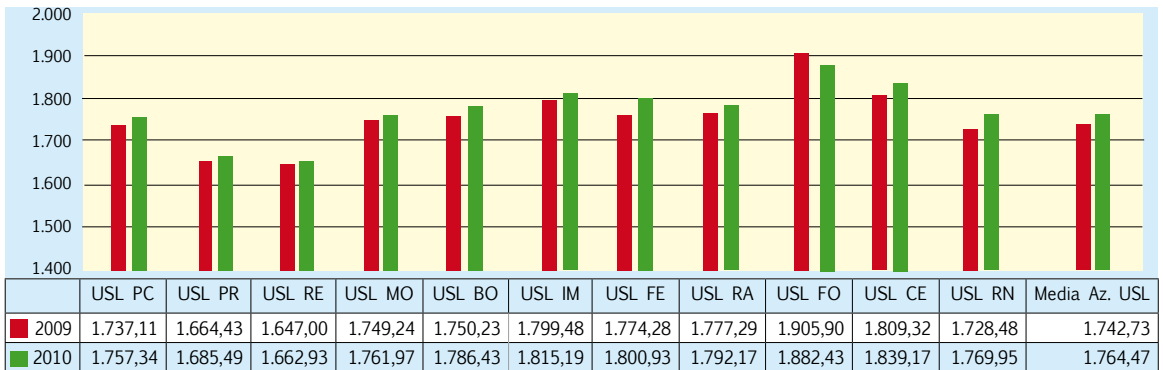
	Variazione % Costi 2010/2009	Variazione % Pop. Pesata 2010/2009	Variazione % Costo Pro-capite 2010/2009
AUSL RE	2,41%	1,43%	0,97%
Tot. Regione E-R	2,59%	1,33%	1,25%
scostam. % RE vs RER			

Grafico n. 78. **Costo pro-capite ponderato Azienda USL di Reggio Emilia e Regione Emilia-Romagna**



Il costo pro-capite ponderato, inferiore a quello medio regionale, è il più basso nella regione. Il range degli scostamenti nell'anno 2010 delle diverse aziende sanitarie dal dato medio regionale va dal - 5,8% (Reggio Emilia) al + 6,7%. Lo scostamento per l'Azienda USL di Reggio Emilia rimane sempre negativo nei tre anni, con un trend in aumento.

Grafico n. 79. Totale aziendale (comprende i costi delle attività del FRNA finanziate dalla quota storica del FSR)



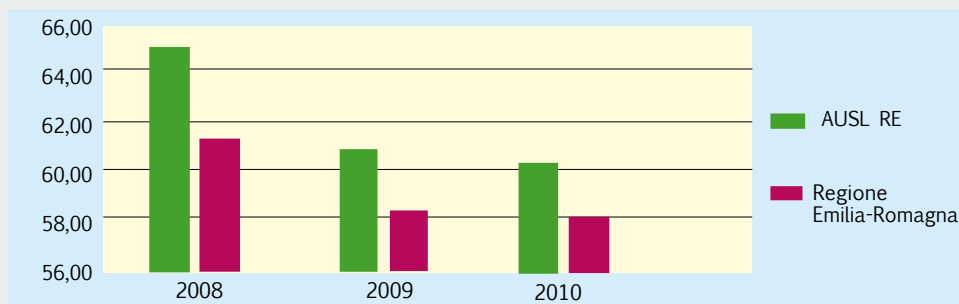
Costo pro-capite ponderato per livello di assistenza a confronto con quello pro-capite medio regionale

Tabella n. 76. Costo pro-capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro aziendale a confronto con quello regionale e scostamento percentuale dalla media regionale

126

	2008			2009			2010			Variazione % Costo Pro-capite 2010/2009
	Costi 2008 (*1000)	pop. pesata 2008	pro-capite 2008	Costi 2009 (*1000)	pop. pesata 2009	pro-capite 2009	Costi 2010 (*1000)	pop. pesata 2010	pro-capite 2010	
AUSL RE	36.326	557.911	65,11	35.262	579.121	60,89	35.435	588.871	60,17	-1,17%
Regione E-R	261.631	4.275.843	61,19	254.002	4.337.966	58,55	254.358	4.395.607	57,87	-1,17%
scostam. % RE vs RER			6,4%			4,0%			4,0%	

Grafico n. 80. Costo pro-capite assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro Azienda USL di Reggio Emilia e Regione Emilia-Romagna

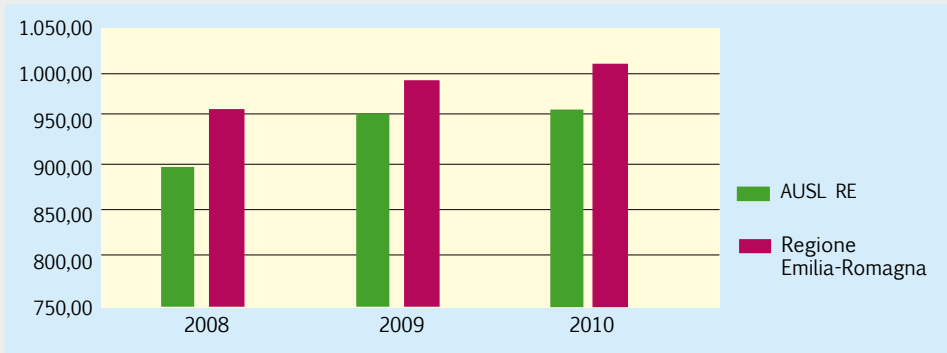


Il costo pro-capite dell'Azienda USL di Reggio Emilia per il livello assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro nell'ultimo triennio è superiore al valore regionale. È superiore per l'area di igiene e sanità pubblica, in linea con quello medio regionale per l'area della tutela della salute e sicurezza in ambiente di lavoro e leggermente inferiore per la sanità pubblica veterinaria. Nel livello assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro sono rilevati anche i costi per gli screening oncologici (fasi di pianificazione, gestione della chiamata e valutazione) e i costi dell'attività complessiva di vaccinazione, anche pediatrica. Il livello assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro decrementa nel 2009 rispetto al 2008 poiché dal 2009 non comprende più i costi della Medicina Legale.

Tabella n. 77. Costo pro-capite assistenza distrettuale aziendale a confronto con quello regionale e scostamento percentuale dalla media regionale

	2008			2009			2010			Variazione % Costo Pro-capite 2010/2009
	Costi 2008 (*1000)	pop. pesata 2008	pro-capite 2008	Costi 2009 (*1000)	pop. pesata 2009	pro-capite 2009	Costi 2010 (*1000)	pop. pesata 2010	pro-capite 2010	
AUSL RE	433.881	485.221	894,19	465.125	489.131	950,92	477.853	497.673	960,17	0,97%
.Regione E-R	4.098.481	4.275.843	958,52	4.325.071	4.337.966	997,03	4.479.249	4.395.605	1.019,03	2,21%
scostam. % RE vs RER			-6,7%			-4,6%			-5,8%	

Grafico n. 81. Costo pro-capite assistenza distrettuale Azienda USL di Reggio Emilia e Regione Emilia-Romagna



Il costo pro-capite complessivo per il livello di assistenza distrettuale, pur in costante aumento nel triennio, rimane inferiore al costo medio regionale. Il range degli scostamenti delle diverse aziende sanitarie dal dato medio regionale nell'anno 2010 va dal - 8,7% al + 7,6%.

Tabella n. 78. Costo pro-capite in euro per le aree che compongono l'assistenza distrettuale, confronto Azienda USL di Reggio Emilia - Regione Emilia-Romagna, anno 2010

Assistenza distrettuale	Azienda USL di Reggio Emilia	Regione Emilia-Romagna
Farmaceutica	268,71	264,85
Medicina di base	110,40	113,00
Specialistica	269,48	288,12
Salute mentale adulti	75,10	81,09
Neuropsichiatria infantile	124,05	102,06
Dipendenze patologiche	43,42	31,10
ADI + hospice	103,29	127,52
Anziani	852,71	795,70
Salute donna	32,85	45,63
Salute infanzia	40,22	148,47
Emergenza extraospedaliera	16,85	35,08
Disabili	14,28	47,55
Protesica	31,91	27,70
Integrativa	12,01	11,07
Termale	4,49	4,64
Totale livello	960,17	1.019,03

Anche se il costo pro-capite complessivo per il livello di assistenza distrettuale è inferiore al costo medio regionale, alcuni dei costi pro-capite osservati per le diverse aree che compongono tale livello sono superiori al costo medio regionale, nello specifico per Farmaceutica, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Dipendenze patologiche, Anziani, Protesica e Integrativa.

Il costo per la Farmaceutica comprende, oltre ai farmaci distribuiti dalle farmacie aperte al pubblico, anche quelli in erogazione diretta.

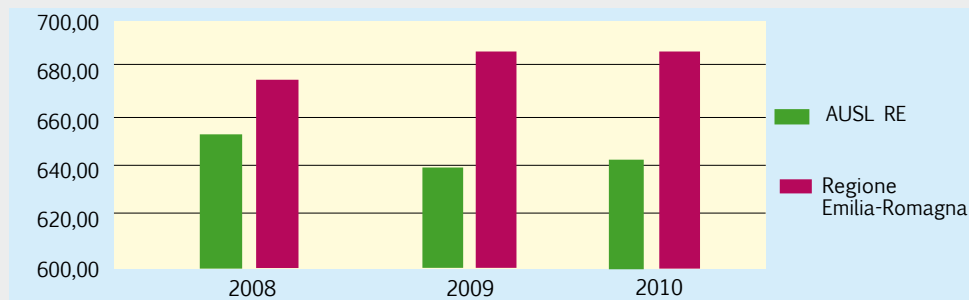
Il costo per l'assistenza specialistica comprende i costi relativi all'assistenza specialistica territoriale e ospedaliera per esterni, alle prestazioni di Pronto Soccorso e di Osservazione Breve Intensiva non seguite da ricovero, alla specialistica convenzionata esterna, agli screening oncologici (fasi di effettuazione del test di primo livello e di approfondimento diagnostico).

Nel costo per Salute Infanzia per l'Azienda USL di Reggio Emilia non è stato considerato il costo per i vaccini, spostato nel livello Sanità Pubblica, come da indicazioni regionali. Questa indicazione non è però stata seguita da tutte le Aziende USL, e ciò giustifica il forte scostamento che si osserva rispetto al dato regionale.

Tabella n. 79. **Costo pro-capite assistenza ospedaliera aziendale a confronto con quello regionale e scostamento percentuale dalla media regionale**

	2008			2009			2010			Variazione % Costo Pro-capite 2010/2009
	Costi 2008 (*1000)	pop. pesata 2008	pro-capite 2008	Costi 2009 (*1000)	pop. pesata 2009	pro-capite 2009	Costi 2010 (*1000)	pop. pesata 2010	pro-capite 2010	
AUSL RE	313.191	481.133	650,94	314.111	492.139	638,26	320.850	497.294	645,19	1,09%
Regione E-R	2.882.421	4.275.843	674,12	2.980.843	4.337.966	687,15	3.022.316	4.395.606	687,58	0,06%
scostam. % RE vs RER			-3,4%			-7,1%			-6,2%	

Grafico n. 82. **Costo pro-capite assistenza ospedaliera Azienda USL di Reggio Emilia e Regione Emilia-Romagna**



Il costo pro-capite per il livello assistenza ospedaliera è inferiore al dato medio regionale e rimane tale nei tre anni. Il range degli scostamenti nell'anno 2010 delle diverse aziende sanitarie dal dato medio regionale va dal - 6,2% (Reggio Emilia) al + 6,2%. In questo livello ci sono i costi dei ricoveri nelle strutture pubbliche e private, del pronto soccorso seguito da ricovero e della assistenza specialistica erogata ai soli ricoverati. Il costo della assistenza specialistica erogata negli ospedali, ma a persone non ricoverate, viene rilevato nel livello assistenza distrettuale.

Fondo Regionale per la Non autosufficienza (FRNA)

Il 2007 ha rappresentato l'anno di avvio del FRNA di cui all'art. 51 della LR 27/2004. Il Fondo è alimentato da risorse del Fondo Sanitario Regionale (FSR) e risorse aggiuntive regionali derivanti dalla fiscalità generale; è oggetto di contabilità separata e destinazione vincolata all'interno dei bilanci delle Aziende USL.

Il FRNA finanzia:

- oneri a rilievo sanitario per assistenza ad anziani presso strutture residenziali (Case protette/RSA) e semiresidenziali (Centri diurni);
- oneri a rilievo sanitario per assistenza domiciliare;
- assegno di cura per anziani;
- assegno di cura per soggetti con gravissima disabilità acquisita di cui alla DGR 2068/2004;
- oneri per assistenza in strutture residenziali a soggetti con gravissima disabilità acquisita di cui alla DGR 2068/2004;
- assistenza domiciliare per anziani e disabili;
- oneri per accoglienza di sollievo per anziani e disabili in strutture residenziali e semiresidenziali;
- rette per disabili presso centri socio-riabilitativi, in strutture residenziali a minore intensità assistenziale, semiresidenziali e strutture diurne socio-lavorative;
- nuove opportunità assistenziali finalizzate al supporto alle famiglie, per ridurre il loro carico di fatica e disagio nell'accudimento di persone non autosufficienti a domicilio.

Dal 2009 è stato costituito anche il FRNA per le disabilità ed è stato definito il contributo da parte del Fondo Sanitario Regionale.

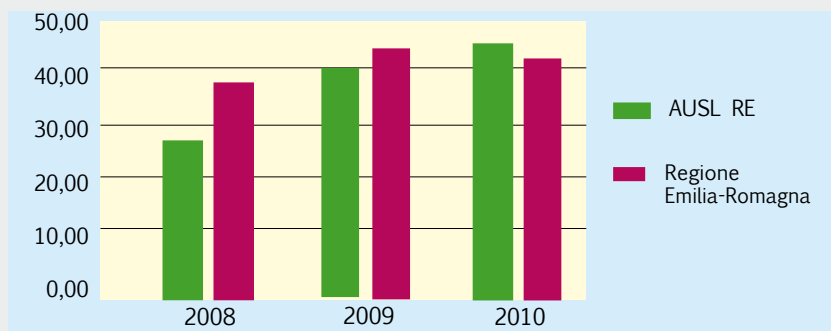
Tabella n. 80. **Totale costo FRNA anni 2008-2010**

	2008	2009	2010	
	Costi FRNA (*1000)	Costi FRNA (*1000)	Costi FRNA (*1000)	Variazione % 2010/2009
AUSL RE	30.766	42.976	47.057	9,50%
Regione E-R	318.532	445.283	451.360	1,36%

Tabella n. 81. **Costo pro-capite FRNA per l'assistenza domiciliare Azienda USL di Reggio Emilia a confronto con quello regionale e scostamento percentuale dalla media regionale**

	Costi 2008 (*1000)	Pop. pesata 2008	pro- capite 2008	Costi 2009 (*1000)	Pop. pesata 2009	pro- capite 2009	Costi 2010 (*1000)	Pop. pesata 2010	pro- capite 2010	Variazione % Costo Pro-capite 2010/2009
AUSL RE	5.863	222.855	26,31	9.089	226.465	40,13	10.483	230.563	45,47	13,30%
Regione E-R	76.525	2.088.863	36,63	94.115	2.122.261	44,35	90.026	2.167.096	41,54	-6,33%
Scostam. % RE vs RER			-28,2%			-9,5%			9,5%	

Grafico n. 83. Costo pro-capite FRNA per l'assistenza domiciliare Azienda USL di Reggio Emilia e Regione Emilia-Romagna



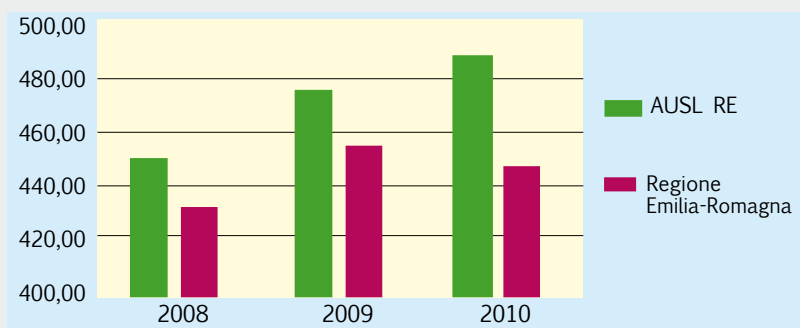
Con il 2010 il costo pro-capite per l'assistenza domiciliare da FRNA supera il dato medio regionale. Il range degli scostamenti nell'anno 2010 delle diverse aziende sanitarie dal dato medio regionale è molto ampio e va dal - 32,9% al + 58,1%.

Tabella n. 82. Costo pro-capite FRNA per anziani Azienda USL di Reggio Emilia a confronto con quello regionale e scostamento percentuale dalla media regionale

	Costi 2008 (*1000)	Pop. pesata 2008	pro-capite 2008	Costi 2009 (*1000)	Pop. pesata 2009	pro-capite 2009	Costi 2010 (*1000)	Pop. pesata 2010	pro-capite 2010	Variazione % 2010/2009
AUSL RE	23.165	51.532	449,53	24.753	52.238	473,85	26.034	53.201	489,35	3,27%
Regione E-R	211.004	488.469	431,97	224.574	496.034	452,74	228.028	507.313	449,48	-0,72%
Scostam. % RE vs RER			4,1%			4,7%			8,9%	

131

Grafico n. 84. Costo pro-capite FRNA per anziani Azienda USL di Reggio Emilia e Regione Emilia-Romagna

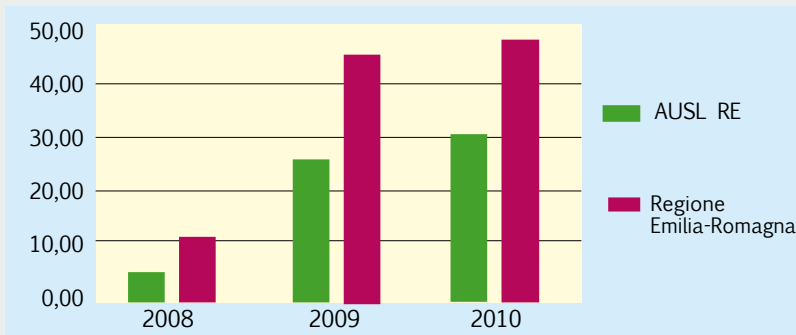


Il costo pro-capite per gli anziani da FRNA è sempre superiore al dato medio regionale nel triennio, con un deciso aumento nell'ultimo anno. Il range degli scostamenti nell'anno 2010 delle diverse aziende sanitarie dal dato medio regionale è ampio e va dal - 20,0% al + 10,9%.

Tabella n. 83. **Costo pro-capite FRNA per disabili Azienda USL di Reggio Emilia a confronto con quello regionale e scostamento percentuale dalla media regionale**

	Costi 2008 (*1000)	Pop. pesata 2008	pro-capite 2008	Costi 2009 (*1000)	Pop. pesata 2009	pro-capite 2009	Costi 2010 (*1000)	Pop. pesata 2010	pro-capite 2010	Variazione % Costo Pro-capite 2010/2009
AUSL RE	1.712	333.431	5,13	9.134	339.444	26,91	10.540	342.728	30,75	424,10%
Regione E-R	30.869	2.760.123	11,18	126.595	2.798.713	45,23	133.305	2.830.630	47,09	304,42%
Scostam. % RE vs RER			-54,1%			-40,5%			-34,7%	

Grafico n. 85. **Costo pro-capite FRNA per disabili Azienda USL di Reggio Emilia e Regione Emilia-Romagna**



Il costo pro-capite per i disabili da FRNA rimane inferiore al dato medio regionale in tutto il triennio, con progressiva riduzione dello scostamento percentuale. Il range degli scostamenti nell'anno 2010 delle diverse aziende sanitarie dal dato medio regionale è molto ampio e va dal - 35,3% al + 26,8%. L'aumento del costo 2009 rispetto al 2008 è dovuto alla costituzione nel 2009 del FRNA per le disabilità per il quale è stato definito il contributo da parte del Fondo Sanitario Regionale.

2.3.2. Assistenza collettiva in ambiente di vita e lavoro

Sviluppo dei programmi regionali di screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero, della mammella e del colon retto

I programmi di screening sono interventi sanitari di prevenzione secondaria il cui obiettivo è la riduzione della mortalità per cancro e, in alcuni casi, dell'incidenza attraverso la diagnosi precoce della malattia o il riscontro e trattamento di lesioni precancerose che potrebbero evolvere in cancro.

Uno screening oncologico garantisce l'offerta attiva e gratuita del test di primo livello e degli eventuali approfondimenti necessari a tutta la popolazione residente e domiciliata, in fasce di età nelle quali un intervento di prevenzione può avere maggiori possibilità di diagnosi precoce e cure efficaci.

Sezione 2 Profilo aziendale

Nella Provincia di Reggio Emilia, con la collaborazione di entrambe le aziende sanitarie pubbliche (Azienda USL e Azienda Ospedaliera), sono attivi tre screening oncologici rivolti alle persone residenti e domiciliate, le cui caratteristiche sono sintetizzate nella tabella che segue.

Tabella n. 84. **Caratteristiche dei tre programmi di screening**

	Screening tumore collo dell'utero	Screening tumore mammella	Screening tumore colon retto
attivo dal	1996	1995, con estensione a tutta la provincia dal 2000	marzo 2005
a chi è rivolto	donne 25-64 anni	donne 50-69 anni dal 2010 donne 45-74 anni	donne e uomini 50-69 anni
esame di 1° livello di screening	pap test	mammografia	ricerca del sangue occulto nelle feci
approfondimenti previsti a seguito di test di 1° livello positivo	colposcopia e test HPV	ulteriore mammografia, ecografia, eventuale biopsia	colonscopia
periodicità	ogni 3 anni	annuale per 45-49 anni ogni 2 anni per 50-74 anni	ogni 2 anni
Popolazione obiettivo	151.000	99.000	122.000

Innovazioni

Nell'ambito dello screening del tumore del collo dell'utero, l'anno 2010 aveva visto la partenza del "Progetto pilota di utilizzo del test per il DNA di papillomavirus umano come test primario di screening per i precursori del cancro cervicale". Si tratta di uno studio multicentrico coordinato dal Centro di Prevenzione Oncologica Piemonte - Torino, della durata di circa tre anni. Le donne di 35-64 anni in scadenza di chiamata per lo screening del collo dell'utero sono randomizzate a due bracci:

- 1) braccio convenzionale: viene offerto il pap test convenzionale;
- 2) braccio sperimentale: viene proposta l'esecuzione sia del HPV test che del pap test convenzionale, che viene letto soltanto se l'HPV test risulta positivo.

Obiettivo del progetto è valutare l'applicabilità pratica e la sostenibilità dello screening cervicale basato sul test per il DNA di HPV nella pratica routinaria, poiché già altri studi hanno dimostrato l'efficacia del test.

Risultati anno 2011

Tra gli indicatori maggiormente utilizzati per rappresentare i risultati dei programmi di screening vi sono:

- l'avanzamento: descrive la percentuale di persone invitate in un anno rispetto alla popolazione teorica da invitare; questa è la proporzione annuale della popolazione bersaglio tenuto conto della periodicità di ripetizione del test di primo livello. Questo indice dovrebbe essere prossimo al 100%;
- l'adesione: è la percentuale di persone invitate che aderisce al programma;
- la partecipazione al 2° livello, ossia la partecipazione agli approfondimenti proposti dal programma di screening in seguito all'esame di primo livello risultato positivo.

Per i diversi indicatori, a livello nazionale, vengono fissati standard di riferimento:

- standard accettabili: con questi si fa riferimento a performance ritenute buone;
- standard desiderabili: con questi si fa riferimento a performance ritenute ottimali.

Nelle tabelle vengono richiamati solo gli standard desiderabili.

Tabella n. 85. Screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero anno 2011

	Reggio Emilia	Emilia-Romagna	standard desiderabile
popolazione bersaglio/anno	50.384		
avanzamento	114%	97,3%	100%
esami di 1° livello (pap test o hpv test)	37.841		
adesione	68,9%	59,9%	>=80%
donne inviate al 2° livello	961		
partecipazione al 2° livello per HSIL+	98,9%	88,4%	>=95%

Nota: HSIL+ sono le lesioni citologiche più gravi

134

Tabella n. 86. Screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero anno 2011 per distretto

	Montecchio	Reggio Emilia	Guastalla	Correggio	Scandiano	Castelnovo M.
popolazione bersaglio/anno	5.810	21.956	6.665	5.174	7.777	3.001
esami di 1° livello (pap test o hpv test)	4.926	16.523	4.953	4.268	4.972	2.199
adesione	76,1%	66,2%	68,1%	73,4%	66,4%	74,8%
donne inviate al 2° livello	134	407	143	78	123	76
partecipazione al 2° livello per HSIL+	100%	97,4%	100%	100%	100%	100%

Il “Progetto pilota di utilizzo del test per il DNA di papillomavirus umano (HPV) come test primario di screening per i precursori del cancro cervicale” ha coinvolto nel biennio 2010-2011 circa 20.000 donne, 10.500 donne al braccio HPV e 9.300 donne al braccio pap test convenzionale; l’adesione è complessivamente alta, paragonabile a quella osservata al di fuori del progetto, leggermente superiore nelle donne cui viene proposto il test HPV. I tassi di richiamo al secondo livello sono sovrapponibili nei due bracci.

Tabella n. 87. **Screening per la prevenzione del tumore della mammella anno 2011**

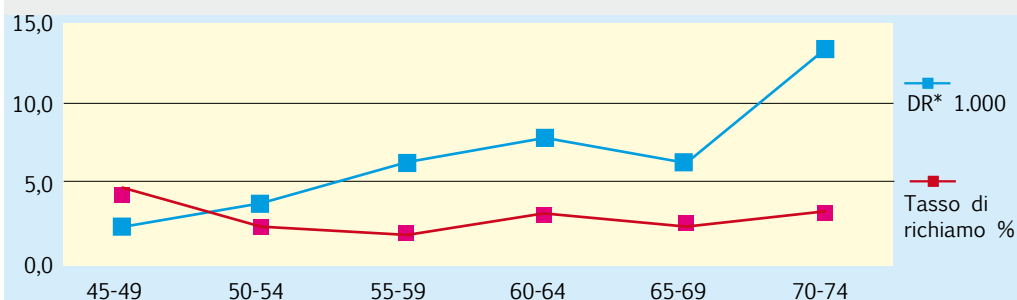
	Reggio Emilia	Emilia-Romagna	standard desiderabile
popolazione bersaglio/anno	58.518		
avanzamento	109%	77,7%	100%
mammografie effettuate	42.241		
adesione	75%	63,1%	>=75%
donne inviate al 2° livello	1.414		
partecipazione al 2° livello	99,9%	99%	-

Tabella n. 88. **Screening per la prevenzione del tumore della mammella anno 2011 per distretto**

	Montecchio	Reggio Emilia	Guastalla	Correggio	Scandiano	Castelnovo M.
popolazione bersaglio/anno	6.809	24.718	8.013	5.973	8.693	3.955
mammografie effettuate	4.032	18.581	6.082	3.597	7.033	2.916
adesione	76%	75%	73%	73%	75%	74%
donne inviate al 2° livello	129	610	188	140	244	84
partecipazione al 2° livello	100%	100%	100%	100%	99,6%	100%

L'ampliamento dello screening per la diagnosi precoce del tumore della mammella alle fasce 45-49 e 70-74 anni, intervenuto nel 2010, è stato garantito anche nel 2011 con un avanzamento pari al 100%.

L'adesione si diversifica in base all'età: è massima nelle fasce centrali dai 55 ai 64 anni, inferiore nelle restanti età.

Grafico n. 86. **Tasso di richiamo e tasso di identificazione per età**

Il tasso di richiamo, ovvero la percentuale di donne che vengono chiamate al secondo livello di approfondimento diagnostico, è stato superiore nella fascia 45-49 anni, come atteso, per poi decrescere; un leggero aumento si è poi osservato nella fascia 70-74 dove per molte donne si è trattato di una

mammografia eseguita a diversi anni di distanza dalla precedente. Il tasso di identificazione (DR), ossia il numero di tumori diagnosticati ogni 1.000 donne sottoposte a mammografia di screening, mostra un trend in aumento rispetto alla età, così come atteso.

Tabella n. 89. **Screening per la prevenzione del tumore del colon retto anno 2011**

	Reggio Emilia		Emilia-Romagna		standard desiderabile
	maschi	femmine	maschi	femmine	
popolazione bersaglio/anno	29.727	31.287			
avanzamento	112%		94,6%		>90%
test per la ricerca del sangue occulto eseguiti	18.535	19.660			
adesione	62,1%	65,6%	53%	50%	>65%
	63,9%		51,3		
persone positive al 1° livello	867	651			
partecipazione al 2° livello	91,6%	92,2%	81,9%		>90%

136

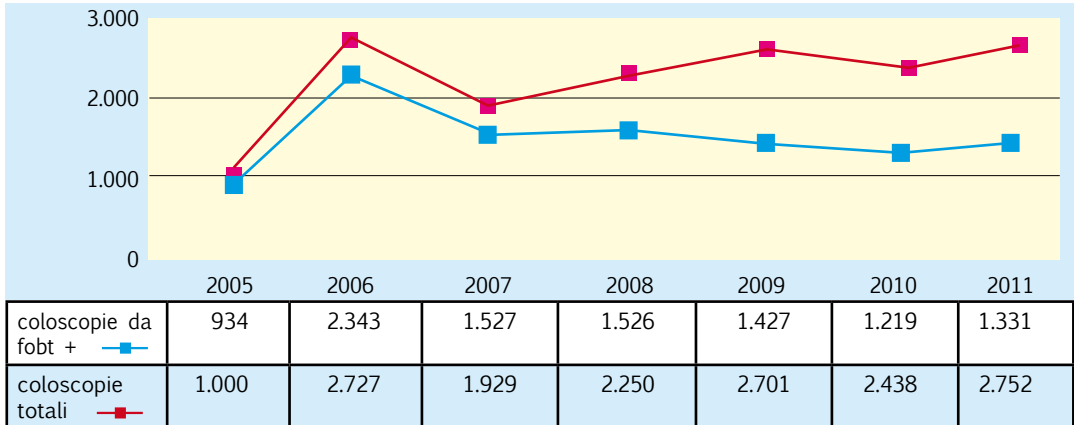
Tabella n. 90. **Screening per la prevenzione del tumore del colon retto anno 2011 per distretto**

	Montecchio		Reggio Emilia		Guastalla		Correggio		Scandiano		Castelnuovo Monti	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Popolazione bersaglio/anno	3.584	3.695	12.172	13.243	4.149	4.268	3.049	3.193	4.551	4.709	2.222	2.179
test per la ricerca del sangue occulto eseguiti	2.228	2.391	7.964	8.617	2.622	2.633	1.833	1.990	2.723	2.844	1.165	1.185
adesione	64,6%	69,4%	61,4%	63,7%	61,7%	64,8%	67,2%	70,6%	62,8%	67,7%	55,3%	61,5%
persone positive al 1° livello	102	95	380	284	132	75	83	64	115	95	55	38
partecipazione al 2° livello	91,8%	92,4%	92,8%	94,0%	90,8%	93,2%	93,9%	82,8%	91,1%	91,4%	82,8%	94,6%

Negli anni, come atteso, si è osservato un trend decrescente nella % di positività al test. Il percorso di screening garantisce anche la chiamata attiva ai controlli endoscopici che, a distanza, si rendono necessari. Per questi motivi la tipologia di utenza che accede da screening ai servizi di endoscopia digestiva si è modificata; se nei primi anni era pressoché totalmente rappresentata da persone

positive al test per la ricerca del sangue occulto fecale (fobt), nel 2011 il 52% dell'attività è dovuta alla gestione dei follow-up endoscopici, cioè dell'utenza che necessita di controlli endoscopici a distanza.

Grafico n. 87. **Andamento annuale delle colonscopie**



Nello screening del colon retto sono poi ormai consolidati gli interventi di chiamata attiva rivolti ai carcerati e ai familiari dei casi incidenti di cancro diagnosticati nel percorso di screening.

Complessivamente gli screening oncologici hanno raggiunto risultati di buona qualità, gli standard accettabili sono sempre garantiti, quelli desiderabili (risultati ottimali) sono spesso raggiunti. L'offerta attiva viene garantita a tutta la popolazione.

L'adesione, sia al test di 1° livello che all'approfondimento, è sempre superiore alla media regionale, quasi sempre superiore allo standard desiderabile, e tra le più elevate nel panorama nazionale.

Anche nella realtà reggiana, come nel resto della regione, le persone di cittadinanza non italiana mostrano un'adesione inferiore alle persone di cittadinanza italiana. La forbice è più alta nello screening del tumore della mammella e del colon retto; nello screening del tumore del collo dell'utero le differenze in adesione sono più contenute, dell'ordine di un decina di punti percentuali.

La popolazione straniera aderente al 1° livello, qualora invitata al 2° livello per risultati dubbi o positivi del test di 1° livello, mostra livelli di adesione altrettanto alti e paragonabili a quelli osservati nella popolazione di cittadinanza italiana in tutti e tre gli screening.

L'intero percorso di screening è monitorato con indicatori e standard di riferimento per la valutazione di qualità, efficienza ed efficacia.

Affinché sia garantita l'efficacia di uno screening, in termini di diagnosi precoce e di riduzione della mortalità per causa-specifica, occorre che i percorsi diagnostico-terapeutici, conseguenti alla positività del 1° livello di screening, siano tempestivi e ben strutturati.

Gli indicatori strutturali, logistico-organizzativi e funzionali, ed in particolare gli indici relativi alla tempistica tra le fasi successive dei programmi, sono tra quelli maggiormente utilizzati per sintetizzare l'efficienza, anche se limitati nel descrivere la complessità organizzativa del percorso diagnostico-terapeutico.

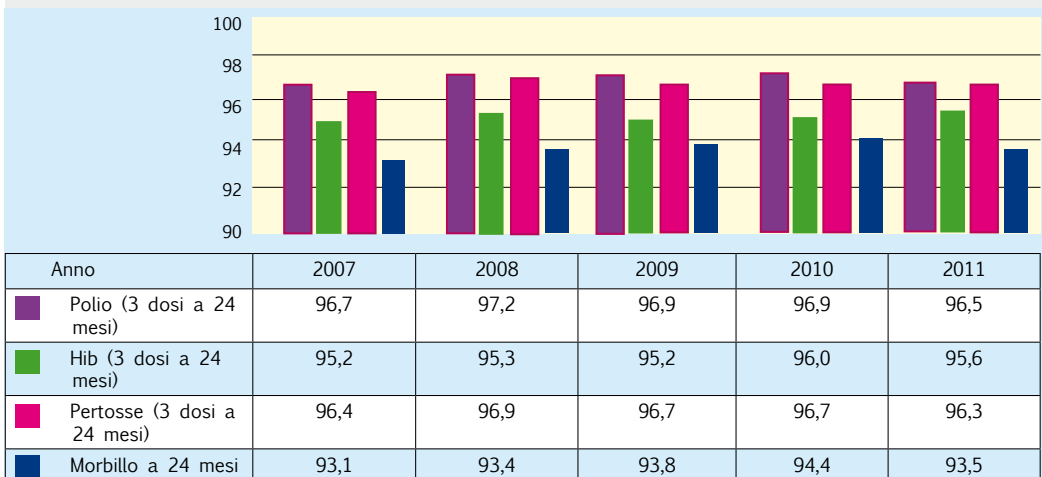
Tabella n. 91. Indici relativi ai tempi di invio dell'esito negativo e del tempo di attesa per il 2° livello

	Screening collo utero	Screening mammella	Screening colon retto
tempi invio esito negativo	89,7% entro 15 gg 99,9% entro 28 gg	96,3% entro 15 gg 99,9% entro 20gg	99,2%
Standard desiderabile	>=85% entro 28 gg	>=90% entro 20 gg	>90% entro 15 gg
tempo attesa per 2° livello	73,5%	83% entro 20 gg 26% entro 11 gg	67,5% entro i 30 gg 99,8% entro i 60 gg
Standard accettabile		90% entro 20 gg	>90% entro 30 gg
Standard desiderabile	>=90% entro 60 gg	90% entro 11 gg	>95% entro 30 gg

I tempi di invio dell'esito negativo sono ottimali. Per quanto riguarda il tempo di attesa per l'esecuzione degli approfondimenti di 2° livello, si evidenzia qualche difficoltà a rispettare gli standard previsti.

Copertura vaccinale nei bambini

Grafico n. 88. Tasso di copertura per vaccinazione contro la meningite da emofilo (Anti Hib), la poliomielite, la pertosse e il morbillo, nei bambini di 2 anni



Fonte: Servizio Pediatria di Comunità

L'obiettivo della copertura vaccinale del 95% dei soggetti al secondo anno di vita, valutando l'antipolio per le vaccinazioni obbligatorie, l'antihaemophilus B e l'antipertossica per le raccomandate, viene mantenuto.

Come negli anni precedenti sia l'antimorbillosa (93,5%) che l'antimeningococcica (93,3%) invece non raggiungono l'obiettivo; questo può trovare una spiegazione con il fatto che dopo il primo anno di vita sono sempre più frequenti i periodi che i soggetti immigrati trascorrono nella loro patria di origine. Infatti se valutiamo l'antimorbillosa a 3 anni l'obiettivo è superato (95,6%).

Per l'antipapilloma virus i risultati sono molto positivi e superiori alla media regionale, infatti se consideriamo le ragazze tredicenni (nate nel 1998) al 31/12/2011 ben l'80% ha terminato il ciclo di tre dosi.

Tabella n. 92. % copertura vaccinale del morbillo al 24° mese per distretto - anni 2009-2011

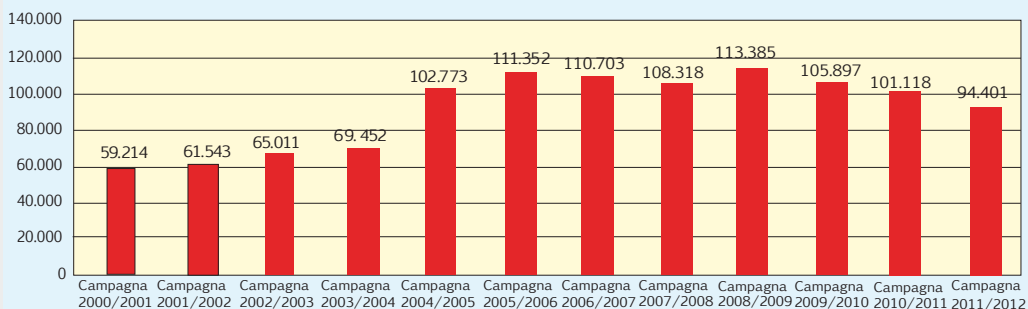
Distretto	2009	2010	2011
Castelnovo Monti	94,0	94,3	83,0
Correggio	96,7	96,1	95,2
Guastalla	87,9	95,3	93,0
Montecchio	96,3	94,9	95,5
Reggio Emilia	94,3	93,8	93,7
Scandiano	93,2	93,7	94,0
Totale AUSL di Reggio Emilia	93,8	94,4	95,3

Copertura vaccinale per influenza nella popolazione anziana

Il Piano Sanitario Regionale 2008-2010, in sintonia con quanto definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, fissa l'obiettivo di copertura vaccinale di almeno il 75% dei soggetti di età > 64 anni per ridurre la morbosità dell'influenza e le sue complicanze.

La campagna di vaccinazione 2011 è iniziata il 3 novembre ed ha interessato il personale sanitario, i soggetti di età > 64 anni, i soggetti con specifici fattori di rischio sanitario e coloro che svolgono particolari mansioni lavorative di pubblico interesse.

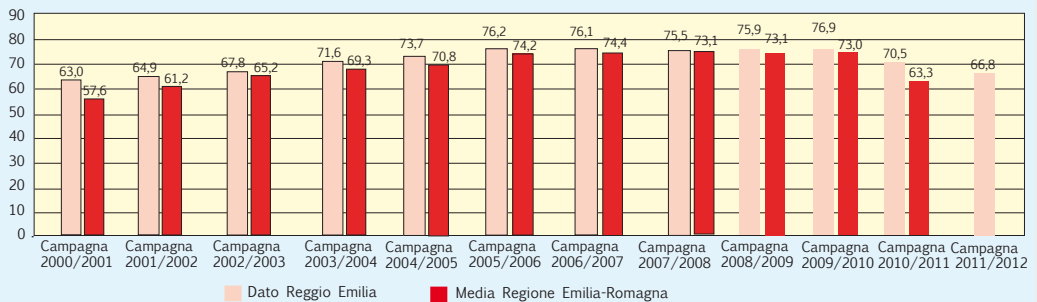
Grafico n. 89. Numero soggetti vaccinati Anni 2000-2011 a Reggio Emilia



Fonte: Servizio Sanità Pubblica

Nel corso della campagna 2011-2012 sono state vaccinate complessivamente in Provincia di Reggio Emilia 94.401 persone (dato suscettibile di variazioni, ricavato dal Portale SOLE utilizzato in questa campagna, sono state registrate tutte le vaccinazioni effettuate).

Grafico n. 90. Tasso di copertura vaccinale Anni 2000-2010 a Reggio Emilia



Nota: la popolazione di riferimento è quella al 31/12 dell'anno di inizio di ogni campagna vaccinale

La copertura con vaccino stagionale per i soggetti di età > 64 anni è stata del 66,8%, in diminuzione rispetto agli anni precedenti, nonostante l'impegno profuso, in relazione ad una minor adesione all'offerta vaccinale da parte dei cittadini, verosimilmente in parte ancora legata agli effetti di una non corretta comunicazione in occasione della "Pandemia Influenzale".

140

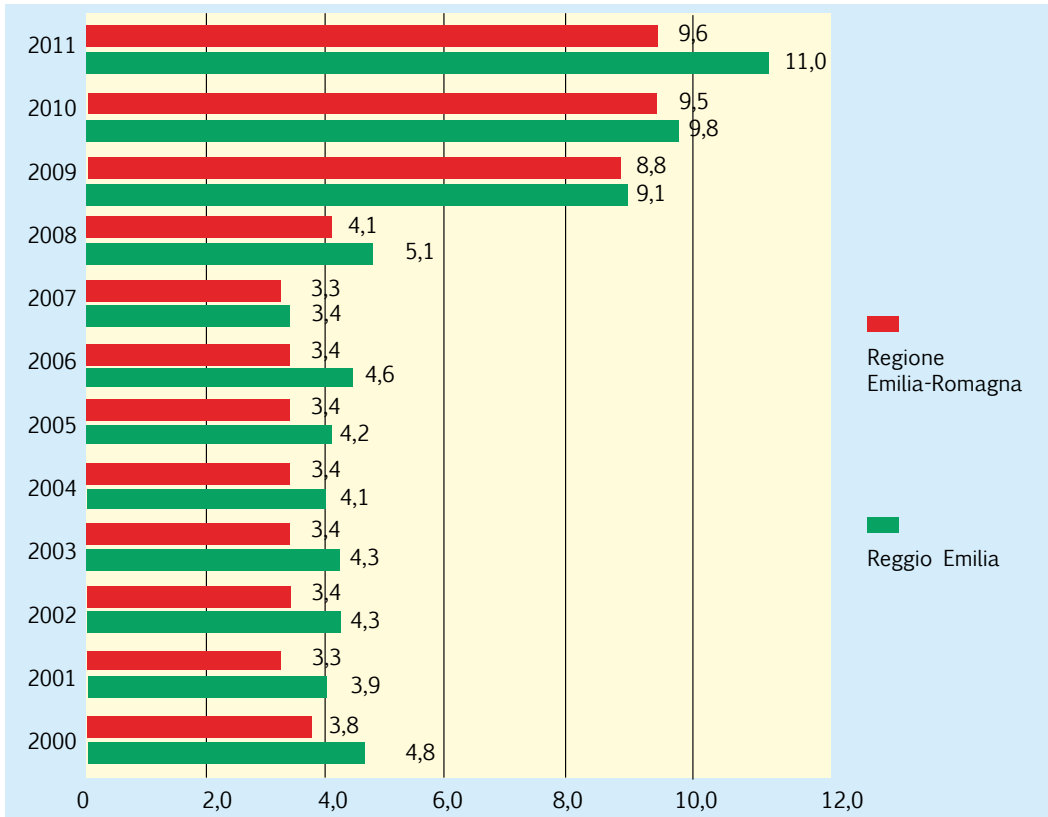
Per la campagna di vaccinazione antinfluenzale rivolta ai soggetti ultra 64enni ed alle altre categorie a rischio è di particolare importanza la collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG) ed i Pediatri di Libera Scelta (PLS).

Si è mantenuto un costante rapporto con i servizi regionali per l'applicazione delle indicazioni fornite e per la rilevazione dei dati di copertura vaccinale.

Durante la stagione epidemica è proseguita la collaborazione al sistema di sorveglianza per ILI (Influenza Like Illness) tramite 10 medici (MMG e PLS) sentinella. È stato mantenuto anche per quest'anno il sistema di segnalazione rapida dei "casi gravi complicati" di influenza come da indicazioni nazionali e regionali.

Controllo sugli ambienti di lavoro

Grafico n. 91. % aziende controllate su esistenti, trend 2000-2011



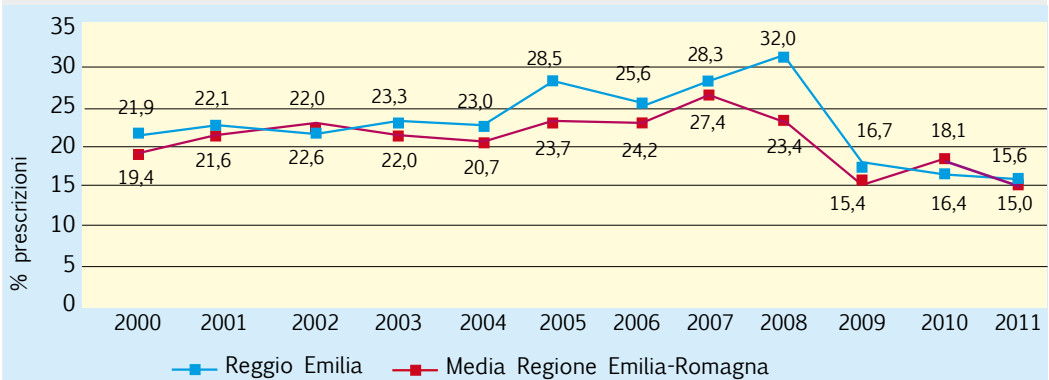
Fonte: Dati Posizioni Assicurative Territoriali (PAT) INAIL 2009

Il dato relativo al numero dei luoghi di lavoro operanti in Provincia conferma una realtà produttiva diffusa sul territorio e ripartita tra più comparti produttivi. Il comparto più rappresentato è quello metalmeccanico, seguito da quello delle costruzioni. Nel territorio di Scandiano è preponderante il comparto delle ceramiche tanto da caratterizzare anche l'intera nostra provincia.

Questa realtà produttiva, rappresentata da aziende medio-piccole, comporta la necessità di un impiego di risorse ed energie da investire in attività di prevenzione, vigilanza e controllo certamente superiori rispetto a realtà territoriali dove sono prevalenti unità produttive medio-grandi.

I dati sottolineano un considerevole aumento percentuale del numero di aziende controllate sul totale di aziende presenti, in seguito al cambiamento del denominatore, con valori che si pongono comunque sempre al di sopra della media regionale.

Grafico n. 92. % prescrizioni elevate su aziende controllate, trend 2000-2011



Fonte: Sistema Informativo Dipartimento di Sanità Pubblica

Le prescrizioni hanno subito dal 2009 un decremento dovuto all'introduzione di un sistema sanzionatorio completamente modificato dal D.Lgs. 81/2008.

Da rilevare anche come nel 2011 l'introduzione del nuovo decreto (Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro) abbia comportato un congruo tempo in cui è stata effettuata attività di informazione e di assistenza alle aziende. Sul numero di prescrizioni impartite, dal 2009 influisce in modo significativo anche la crisi economica che ha modificato l'assetto occupazionale e organizzativo delle aziende.

142

Alle prescrizioni vanno aggiunte le disposizioni, misure che le aziende devono attuare per migliorare una situazione esistente e che vengono impartite quando non si sono rilevate infrazioni a norme di legge, che nella nostra provincia vengono impartite in misura molto maggiore che nelle altre province della regione.

Un dato rilevante da sottolineare è che le aziende ottemperano con percentuali superiori al 90% alle prescrizioni e alle disposizioni impartite dai Servizi Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPSAL); in alcuni comparti con percentuali anche del 100%.

Tabella n. 93. Sicurezza nei cantieri negli anni 2007-2011

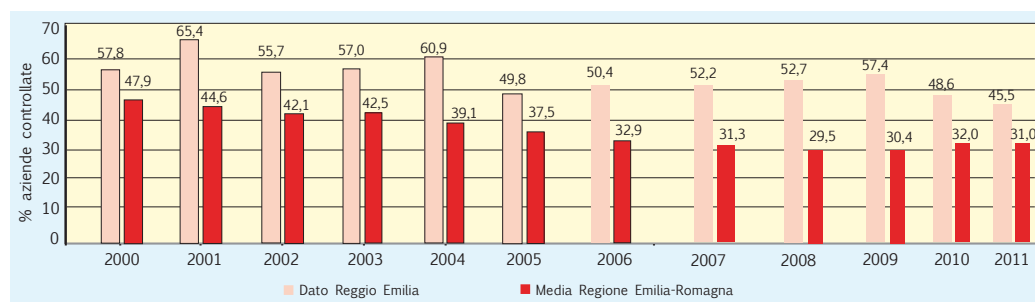
	2007	2008	2009	2010	2011
N. cantieri controllati	691	765	765	796	782
N. verbali di prescrizione rilasciati	282	297	209	227	203
N. prescrizioni totali	413	365	226	246	238
di cui N. prescrizioni "contro le cadute dall'alto"	323	253	114	132	137
N° prescrizioni "contro le cadute dall'alto" adempiute	100%	100%	100%	100%	100%

Nell'ambito dell'attività di vigilanza sulla sicurezza nei cantieri edili si è individuato l'indicatore "N. prescrizioni contro le cadute dall'alto adempiute" come un indicatore dell'efficacia del lavoro di prevenzione effettuato dai SPSAL e di riduzione del rischio per i lavoratori. In oltre il 50% delle prescrizioni si è dovuto segnalare all'Autorità Giudiziaria inadempienze gravi su questo punto. Nel 100% dei casi nei quali si è richiesto alle imprese di attuare le misure necessarie per evitare la caduta dall'alto dei lavoratori, tali misure sono state attuate.

Sicurezza alimentare e controllo sulle industrie alimentari

Nel 2011 si è operato nell'ambito del programma "Sicurezza Alimentare" agendo con il controllo e la vigilanza nelle imprese di produzione e di commercio, attivando nel contempo processi formativi per il personale addetto. La categorizzazione delle imprese in base al rischio ha costituito il principio base per l'effettuazione degli interventi. Le priorità individuate sono state rispettate, sia nelle tipologie produttive (allevamenti, stabilimenti di produzione, lavorazione e commercializzazione di alimenti) che nei volumi di attività previsti. Oltre che sull'attività di controllo, la sicurezza poggia sulla professionalità degli alimentaristi, così l'attività di formazione in tema d'igiene della produzione alimentare assume un significato rilevante per la tutela della salute del consumatore: nel corso del 2011 sono stati rilasciati 8.017 attestati di formazione agli alimentaristi delle aziende del territorio. Si è partecipato al sistema di "allerta" previsto dalla normativa europea, verificando il ritiro dal mercato di 89 prodotti.

Grafico n. 93. Percentuale di aziende alimentari controllate



Fonte: Sistema Informativo Dipartimento di Sanità Pubblica

Le Aziende alimentari conteggiate sono quelle di lavorazione, trasformazione e confezionamento.

Grafico n. 94. Percentuale di aziende alimentari con infrazioni su controllate

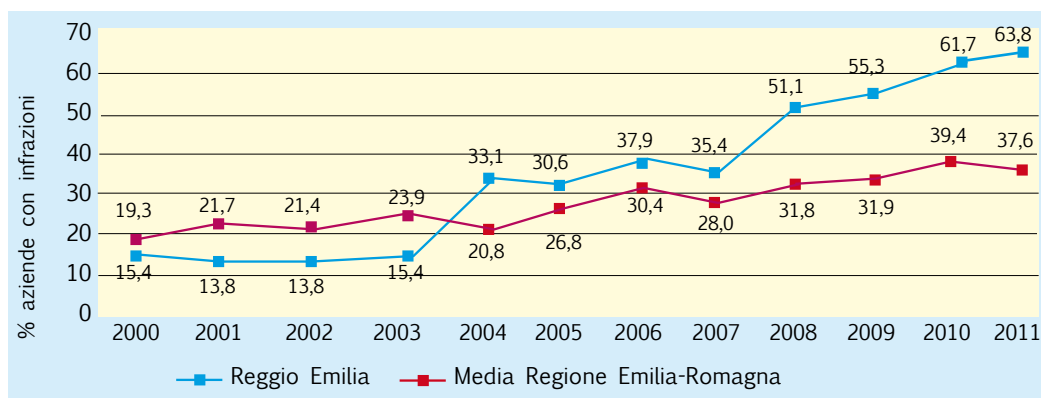
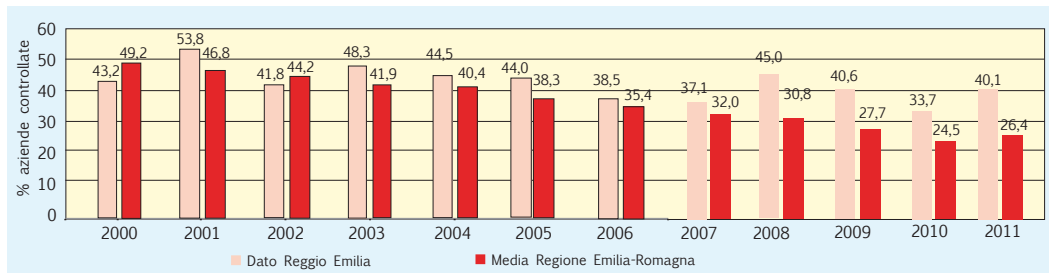


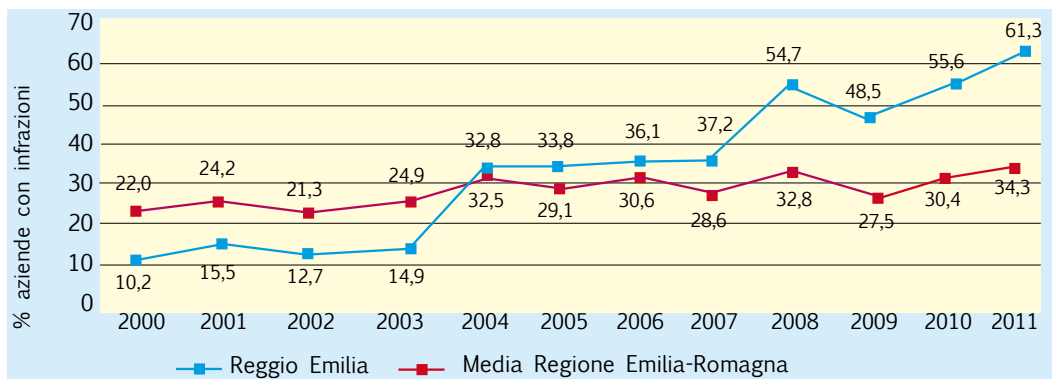
Grafico n. 95. Percentuale di aziende di ristorazione controllate su esistenti



Fonte: Sistema Informativo Dipartimento di Sanità Pubblica

Le Aziende di ristorazione conteggiate sono: bar e affini, ristoranti e affini, mense e gastronomie.

Grafico n. 96. Percentuale di aziende di ristorazione controllate con infrazioni



Controllo sugli allevamenti

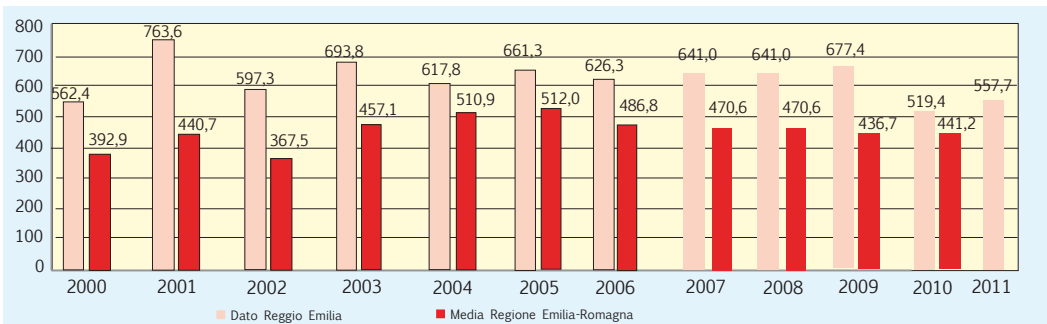
Nel corso del 2011 non sono stati registrati focolai di malattie infettive altamente diffuse. C'è stato un aumento del numero di allevamenti, soprattutto di equidi, nonché un aumento del numero dei suini allevati (+16%) e delle vacche da latte allevate (+2%) e quindi un aumento del numero di accessi rispetto al 2010.

Per quanto riguarda la sorveglianza ed il controllo delle malattie infettive e parassitarie:

- sono stati effettuati i Piani di risanamento annuali previsti sia per la brucellosi (bovina ed ovi-caprina), che per tubercolosi bovina, che per leucosi bovina enzootica. Nel 2011 non sono stati registrati focolai;
- è stata effettuata l'attività di sorveglianza attiva per malattie quali blue tongue (BT bovina ed ovi-caprina) ed è stata effettuata anche la relativa sorveglianza entomologica. Non è stata riscontrata alcuna positività autoctona (focolai); sono state riscontrate delle reattività sierologiche non confermate come infezione;
- sono stati svolti i controlli per la malattia vescicolare suina (MVS), peste suina classica e malattia di Aujeszky. Non sono stati rilevati casi di positività all'infezione;
- per quanto riguarda le encefaliti spongiformi trasmissibili (TSE) sono stati

- effettuati tutti i controlli previsti dal piano specifico, sia in allevamento, sia al macello per le specie previste (bovini ed ovi-caprini);
- sono state attuate le azioni previste dal Piano Regionale di Sorveglianza per la West Nile Disease (WND) attraverso la sorveglianza passiva ed attiva nei cavalli, il monitoraggio dell'infezione negli uccelli serbatoio e il monitoraggio entomologico sul vettore. Tutti i campioni si sono rivelati negativi per il virus. Tutti gli equidi sentinella sono rimasti negativi, nessun caso clinico negli equidi è stato associato ad infezione di WND;
 - sono stati effettuati tutti i controlli previsti dal piano nazionale dell'anemia infettiva equina con relativi controlli sull'identificazione degli equidi allevati. Non sono stati riscontrati soggetti positivi;
 - è stato effettuato il controllo per la leishmaniosi canina nei canili, estendendo a tutte le strutture il monitoraggio sanitario, come previsto dal piano regionale, nonché la relativa sorveglianza entomologica;
 - è stato attuato il piano regionale di monitoraggio della fauna selvatica per tutte le specie contemplate;
 - sono stati mantenuti i controlli presso gli allevamenti avicoli per influenza aviaria. Nessun caso di positività all'infezione è stato rilevato. Anche per il 2011 presso il mercato domenicale degli hobbies è stata garantita la vigilanza veterinaria per l'intera durata del mercato;
 - sono stati effettuati i controlli sulle salmonellosi negli allevamenti avicoli di riproduttori, galline ovaiole, tacchini e broiler.
- Inoltre l'attività di controllo ha previsto:
- controlli negli allevamenti di bovini, suini, equini, ovi-caprini e avicoli del rispetto delle norme di benessere animale;
 - controlli negli allevamenti bovini e suini dell'alimentazione animale;
 - controlli dell'igiene della produzione del latte negli allevamenti bovini ed ovi-caprini;
 - controlli sull'utilizzo corretto dei farmaci in tutti gli allevamenti;
 - mantenimento delle anagrafi zootecniche con relativa georeferenziazione e precisamente: anagrafe degli allevamenti suini, anagrafe degli allevamenti ovi-caprini ed anagrafe degli allevamenti avicoli ed allevamenti equini;
 - controlli delle norme di biosicurezza degli allevamenti avicoli per influenza aviaria;
 - controlli, in allevamenti suini e bovini, per segnalazioni di allerte / non conformità riguardanti mangimi.

Grafico n. 97. % sopralluoghi per allevamento - Andamento 2000-2011



Fonte: Sistema informativo Servizi Veterinari

2.3.3. Assistenza distrettuale

Assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani, handicap, psichiatria, dipendenze patologiche

Queste aree tematiche vengono trattate in modo approfondito in sezioni dedicate. In particolare per quanto riguarda l'area dell'integrazione sociale e sanitaria comprensiva dei servizi per gli anziani e dell'area della disabilità, si rimanda alla sezione 7, per quanto riguarda i servizi per la salute mentale e per le dipendenze patologiche si rimanda alla sezione 8.

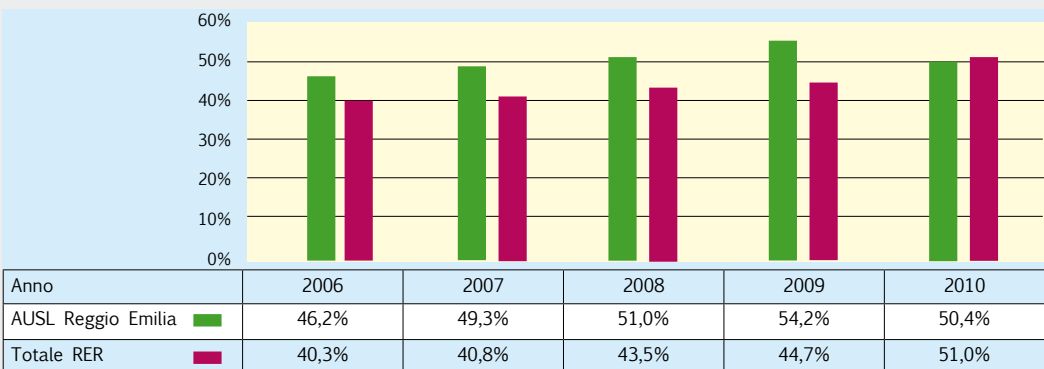
Analogamente per quanto riguarda la rete delle cure domiciliari: ADI e Hospice, si rinvia alla sezione 9 dedicata alle cure primarie.

Consultori familiari

L'attività dei consultori si caratterizza per una presa in carico globale e un approccio multidisciplinare ai bisogni della donna. Sono aree di intervento la gravidanza fisiologica, il puerperio, la prevenzione dei tumori femminili. Altre attività importanti riguardano l'assistenza alla contraccezione, alla menopausa, il counseling e l'attivazione di percorsi di interruzione volontaria di gravidanza (IVG), l'educazione sanitaria e promozione della salute (corsi prenatali, educazione sessuale, prevenzione AIDS e malattie sessualmente trasmesse), l'assistenza psicologica. Inoltre viene espletata un'attività ambulatoriale ostetrico-ginecologica da parte di personale medico dedicato e ospedaliero con l'effettuazione di esami strumentali ed ecografici.

È attivo un protocollo clinico assistenziale unico a livello aziendale per la presa in carico diretta delle gravidanze fisiologiche da parte del personale ostetrico, coerente con l'obiettivo n°3 della Direttiva Regionale in merito al programma percorso nascita (DGR 533/2008).

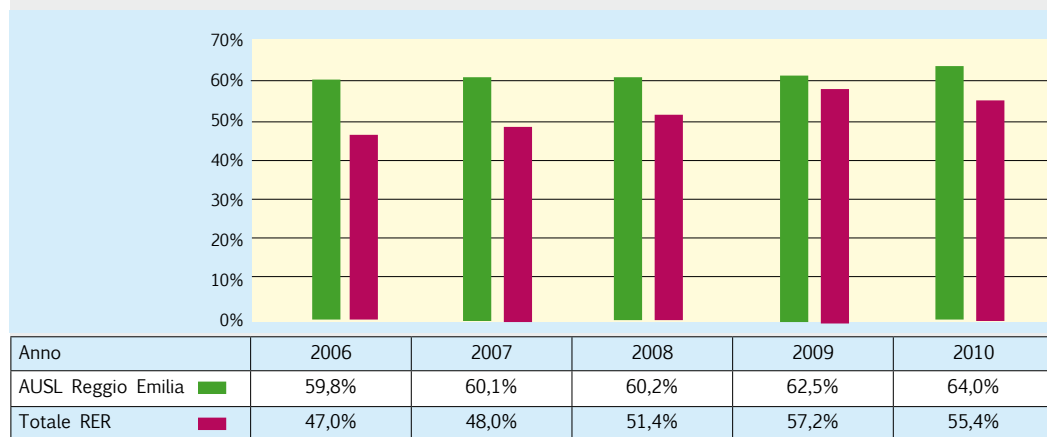
Grafico n. 98. **Percentuale di donne seguite in gravidanza (gravidanze prese in carico nell'anno/nati da donne residenti)**



Fonte: Servizio Assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari

Relativamente all'utilizzo dei consultori nell'anno 2010 si evidenzia un rallentamento rispetto al trend incrementale registrato negli anni precedenti. La percentuale di donne seguite in gravidanza nella popolazione residente si attesta sul 50%, in linea con il valore medio regionale.

Grafico n. 99. **Percentuale di donne immigrate gravide in carico ai consultori familiari sul totale delle donne gravide in carico ai consultori familiari**



Fonte: Servizio Assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari

Si registra un incremento nell'ultimo biennio della percentuale di donne immigrate seguite per la gravidanza dai consultori dell'Azienda USL di Reggio Emilia, con un dato che si mantiene significativamente superiore alla media regionale e che nel 2010 presenta un ulteriore incremento.

147

Tabella n. 94. **Percentuale di donne in carico ai consultori familiari per attività di ostetricia e ginecologia su popolazione target (donne 15-64 anni) residenti nel distretto al 31/12/2010**

Distretto	Popolazione target	Totale utenti	% utenti su popolazione target
Castelnuovo Monti	10.303	1.794	17,4
Correggio	17.713	1.617	9,1
Guastalla	22.963	2.738	11,9
Montecchio	20.076	2.737	13,6
Reggio Emilia	73.518	6.404	8,7
Scandiano	26.676	1.713	6,4
Totale Azienda USL	171.249	17.003	9,9

Fonte: Servizio assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari

Stante il sempre più marcato ruolo del consultorio nell'assistenza alla donna in gravidanza, un dato più significativo è rappresentato dalla popolazione femminile in età fertile. Inoltre la rete consultoriale svolge un ruolo fondamentale nello screening del carcinoma della cervice uterina, essendo la sede dove viene effettuato il pap-test.

Assistenza odontoiatrica

Le prestazioni erogate ad utenti con vulnerabilità di tipo sociale nel 2011 sono state 23.020; di queste, 18.200 (pari al 79%), sono state erogate a pazienti in classe ISEE 1 (73% nel 2009 e 78% nel 2010).

La percentuale di utenti non vulnerabili che ricevono trattamenti di conservativa, protesica e ortodonzia, sul totale degli utenti è riportata in tabella. Il valore di tale indicatore non deve superare il 30%.

Tabella n. 95. **Utenti non vulnerabili rispetto al totale dei trattati**

Anno	Conservativa/ Endodonzia	Ortodonzia e Trattamenti	Protesica Fissa	Protesica Mobile
2010	1,5%	1,8%	1,5%	3,6%
2011	2,0%	1,1%	3,4%	2,8%

2.3.4. Assistenza farmaceutica*Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica*

Nel 2011 la spesa netta per l'assistenza farmaceutica convenzionata nella Regione Emilia-Romagna è stata di circa 678 milioni di euro, con un decremento del - 8,69% sull'anno precedente. Il contenimento della spesa si è realizzato a seguito di nuove scadenze di brevetto e per effetto di riduzioni del prezzo dei farmaci.

La spesa territoriale (convenzionata + erogazione diretta fascia A) è stata di 910 milioni di euro con un decremento del -6,24%.

La spesa ospedaliera (ossigeno escluso) nel 2011 è stata di 401 milioni di euro, comprensiva di farmaci ex H-OSP2 erogati direttamente, con un incremento del 2,8% sull'anno 2010.

Il Servizio Politica del Farmaco regionale ha riconfermato "una matrice delle responsabilità per la gestione delle risorse farmaceutiche" attraverso la quale sono stati assegnati ai dipartimenti e alle unità operative obiettivi specifici di appropriatezza, di uso razionale di farmaci potenzialmente innovativi, di sicurezza ed economicità nell'uso dei farmaci.

*Assistenza farmaceutica territoriale (convenzionata + erogazione diretta fascia A)*Tabella n. 96. **Spesa farmaceutica convenzionata 2011 vs 2010 nell'Azienda USL Reggio Emilia e nella Regione Emilia-Romagna**

	n. ricette	var% 11/10	Importo netto	var% 11/10	Spesa netta p.c. pesata	var% 11/10	n. ricette per medico	var% 11/10
AUSL di Reggio Emilia	4.672.722	1,61%	70.628.822	-8,29%	144,13	-9,13%	11.072,80	0,41%
Regione Emilia- Romagna	42.598.587	1,21%	678.219.850	-8,69%	153,01	-9,45%	11.239,73	1,64%

La spesa farmaceutica convenzionata nell'Azienda USL di Reggio Emilia è diminuita del 8,29% rispetto all'anno 2010 e la spesa netta pro-capite pesata si è attestata a 144,13 € con uno scarto del - 5,81% rispetto al dato regionale.

Tabella n. 97. **Spesa per l'erogazione diretta dei farmaci di fascia A nel 2011 vs 2010**

	Spesa erogazione diretta fascia A	var% 11/10	Spesa farmaceutica territoriale	var% 11/10	SFT p.c. pesata	var% 11/10
AUSL di Reggio Emilia	27.242.871	3,36%	97.871.693			
Azienda Osped. di Reggio Emilia	7.325		7.325			
Area Reggio Emilia	27.250.196	3,38%	97.879.018	-5,31%	199,74	-6,18%
Emilia-Romagna	232.261.101	1,93%	910.480.951	-6,19%	205,41	-6,97%

La spesa farmaceutica territoriale dell'Azienda USL di Reggio Emilia ha chiuso l'anno 2011 con un decremento del 5,31% rispetto al 2010, a fronte di un dato regionale del -6,19%. Tuttavia la spesa territoriale pro-capite pesata è tra le più basse a livello regionale, con uno scarto del - 2,77%.

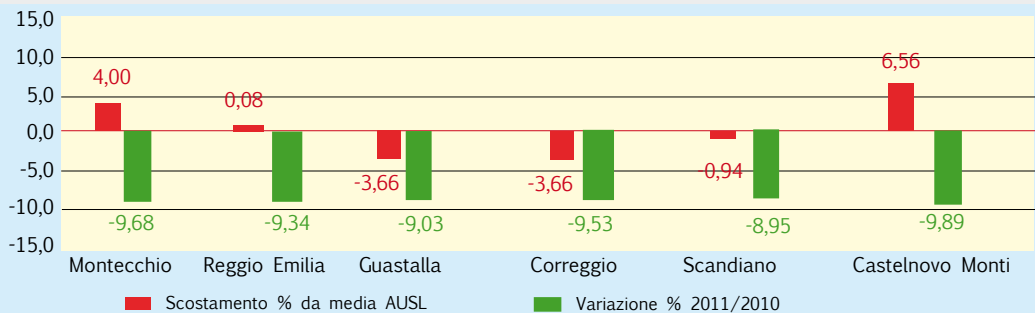
Al raggiungimento di questi risultati hanno contribuito:

- l'attività di distribuzione diretta, comprensiva della distribuzione per conto, che ha riguardato:
 1. farmaci forniti alla dimissione dopo ricovero ospedaliero o dopo visita specialistica;
 2. farmaci soggetti a piano terapeutico redatti da centri specialistici;
 3. farmaci utilizzati per particolari patologie croniche e gravi;
 4. farmaci a cittadini in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale;
 5. farmaci ad assistiti affetti da patologie rare;
- interventi sull'appropriatezza prescrittiva che si sono esplicitati nell'applicazione dei controlli e delle verifiche sulle prescrizioni farmaceutiche territoriali ed ospedaliere;
- l'attività di formazione rivolta ai farmacisti sui nuovi farmaci a cura del Servizio Documentazione Scientifica di Farmacie Comunali Riunite e del CeVEAS;
- l'attività di informazione ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta, realizzata in periodici incontri con i Nuclei di Cure Primarie per l'analisi dei dati di consumo e spesa rilevabili da appositi report. Nel 2011 sono stati fatti diversi incontri di sensibilizzazione all'uso dei farmaci equivalenti, dei farmaci inibitori di pompa protonica e dei farmaci del sistema renina angiotensina;
- l'attività di informazione attraverso il sito intranet e internet aziendale sulle disposizioni normative connesse alla prescrizione farmaceutica e al corretto utilizzo dei farmaci (liste di trasparenza, note informative-dear doctor letter, note informative commentate).

Tabella n. 98. **Andamento della spesa farmaceutica convenzionata nei distretti dell'Azienda USL di Reggio Emilia**

Distretto	Importo lordo	Quota cittadino	Ticket (DGR 1190/2011)	Importo netto	Var. reale su 2010	Var. % su 2010	Spesa netta pro capite	Spesa netta pro capite pesata
Montecchio	10.126.127	838.733	73.427	8.622.494	- 799.130	-8,48%	139,00	149,89
Reggio Emilia	34.308.665	2.488.052	258.241	29.509.818	- 2.604.771	-8,11%	131,15	144,25
Guastalla	11.020.150	824.984	82.564	9.463.872	- 825.242	-8,02%	130,54	138,86
Correggio	8.206.931	637.157	56.382	7.015.835	- 712.261	-9,22%	125,53	138,86
Scandiano	11.720.343	854.465	85.441	10.070.587	- 837.818	-7,68%	125,22	142,78
Castelnuovo Monti	6.828.283	518.721	30.352	5.946.217	- 605.773	-9,25%	172,17	153,58
Totale AUSL Reggio Emilia	82.210.499	6.162.112	586.407	70.628.822	- 6.384.995	-8,29%	133,16	144,13

Grafico n. 100. **Scostamenti della spesa pro-capite pesata distrettuale rispetto alla media aziendale e all'anno precedente**



Come si può notare i distretti che presentano il costo pro-capite pesato più elevato sono Castelnuovo Monti e Montecchio, con uno scarto percentuale rispetto al valore medio aziendale rispettivamente del +6,56 e del +4%. I Distretti di Guastalla, Correggio e Scandiano presentano una spesa pro-capite pesata nettamente al di sotto della media aziendale.

Tabella n. 99. **Spesa farmaceutica convenzionata**

Dati di spesa 2011 fonte AFT		Regione Emilia-Romagna			Azienda USL Reggio Emilia		
	descrizione	Spesa 11 (€) / 100 ab.pesati	Spesa 10 (€) / 100 ab.pesati	Var. 11/10 (%)	Spesa 11 (€) / 100 ab.pesati	Spesa 10 (€) / 100 ab.pesati	Var. 11/10 (%)
A	Apparato gastrointestinale e metabolismo	2.616,84	2.865,32	-8,7	2.484,11	2.721,35	-8,7
B	Sangue e organi emopoietici	578,31	571,76	1,1	596,56	577,86	3,2
C	Sistema cardiovascolare	7.068,92	7.643,51	-7,5	7.022,83	7.503,86	-6,4
D	Dermatologici	90,86	93,15	-2,5	74,68	81,70	-8,6
G	Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	689,45	710,24	-2,9	600,68	612,59	-1,9
H	Preparati ormonali sistemici	238,05	228,12	4,4	214,33	200,37	7,0
J	Antimicrobici generali per uso sistemico	1.223,68	1.340,67	-8,7	1.147,33	1.279,88	-10,4
L	Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	134,54	143,56	-6,3	56,92	53,79	5,8
M	Sistema muscolo-scheletrico	739,43	814,84	-9,3	672,70	725,87	-7,3
N	Sistema nervoso	2.183,51	2.160,05	1,1	1.875,82	1.832,91	2,3
P	Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	25,69	25,12	2,3	27,36	25,61	6,8
R	Sistema respiratorio	1.617,78	1.627,19	-0,6	1.466,11	1.481,98	-1,1
S	Organi di senso	418,39	431,39	-3,0	509,50	518,63	-1,8
V	Vari	28,95	12,82	125,9	9,65	5,87	64,2

La tabella evidenzia la distribuzione della spesa per 100 abitanti pesati al primo livello ATC. Si osserva un generale decremento di spesa, fatta eccezione per i farmaci del gruppo B e del gruppo H ed N.

Farmaci d'interesse per obiettivi di farmaceutica territoriale

La Regione Emilia-Romagna ha posto tra gli obiettivi strategici per il governo della spesa farmaceutica territoriale la promozione all'uso dei farmaci con brevetto scaduto che costituiscono un importante strumento alla sostenibilità economica del Servizio Sanitario Nazionale.

Tabella n. 100. **Prescrizione di farmaci con brevetto scaduto**

Dicembre 2011	PR	FE	RN	RE	FO	BO
Lista di trasparenza	62,5%	61,1%	61,0%	60,5%	60,2%	59,9%
Generico puro	21,3%	19,5%	25,1%	22,6%	21,9%	22,2%
Dicembre 2011	RER	PC	IM	MO	RA	CS
Lista di trasparenza	59,9%	59,5%	59,1%	58,7%	58,5%	56,1%
Generico puro	22,4%	19,9%	25,2%	25,3%	22,7%	21,0%

L'Azienda USL di Reggio Emilia registra una percentuale di prescrizione (n° DDD) di farmaci a brevetto scaduto leggermente superiore al valore medio regionale.

Consumi di importanti categorie di farmaci nel 2011

Tabella n. 101. **Inibitori di pompa protonica**

	Regione Emilia-Romagna	Azienda USL Reggio Emilia
Descrizione	n. DDD 11 *1.000 ab.pesati/die	n. DDD 11 *1.000 ab.pesati/die
A02BC - Inibitori della pompa acida	58,89	62,85

Nel 2011 si è registrato un consumo espresso in DDD/1.000 abitanti pesati die superiore al livello regionale, andamento già registrato anche l'anno precedente.

Tabella n. 102. **Statine**

Consumi statine, fonte AFT	n. DDD 10 *1.000 ab.pesati/die	n. DDD 11 *1.000 ab.pesati/die	Var. 11/10 (%)
C10AA - INIBITORI DELLA HMG COA REDUTTASI	57,01	62,01	8,8
C10AA01 - SIMVASTATINA	15,61	17,08	9,4
C10AA02 - LOVASTATINA	0,71	0,75	6,3
C10AA03 - PRAVASTATINA	3,00	3,01	0,1
C10AA04 - FLUVASTATINA	2,06	1,92	-6,9
C10AA05 - ATORVASTATINA	20,22	23,16	14,5
C10AA07 - ROSUVASTATINA	15,40	16,10	4,5

Nel 2011 si è osservato un aumento del consumo di statine, in particolare quelle ancora coperte da brevetto (atorvastatina e rosuvastatina).

Tabella n. 103. **Sartani**

Descrizione	Spesa Lorda (€) anno 11	Spesa Lorda (€) anno 10	Var. 11/10 (%)	n. DDD 11 *1.000 ab.pesati/ die	n. DDD 10 *1.000 ab.pesati/ die	Var. 11/10 (%)
ACE INIBITORI NON ASSOCIATI	2.757.864	2.965.063	-7,0	100,71	98,60	2,1
ACE INIBITORI E DIURETICI	2.504.269	2.662.669	-5,9	37,38	37,18	0,5
ACE INIBITORI E CALCIO-ANTAGONISTI	86.814	0		1,00	0,00	
ANTAGONISTI DELL'ANGIOTENSINA II, NON ASSOCIATI	4.101.969	4.324.340	-5,1	42,20	42,02	0,4
ANTAGONISTI DELL'ANGIOTENSINA II E DIURETICI	4.988.262	5.148.997	-3,1	34,90	35,17	-0,8
ANTAGONISTI DELL'ANGIOTENSINA II E CALCIO-ANTAGONISTI	14.909	0		0,09	0,00	

Nel 2011 si è registrato un lieve incremento dei consumi di Ace inibitori ed una diminuzione di spesa dei sartani.

Tabella n. 104. **Antidepressivi**

	Regione Emilia-Romagna			Azienda USL Reggio Emilia		
	n. DDD 11 *10.000 ab.pesati/die	n. DDD 10 *10.000 ab.pesati/die	Var. 11/10 (%)	n. DDD 11 *10.000 ab.pesati/die	n. DDD 10 *10.000 ab.pesati/die	Var. 11/10 (%)
SSRI	336,19	335,14	0,3	348,13	348,55	-0,1
N06AB03 - FLUOXETINA	19,56	20,79	-5,9	19,22	21,40	-10,2
N06AB04 - CITALOPRAM	65,68	65,60	0,1	68,41	68,89	-0,7
N06AB05 - PAROXETINA	84,29	86,44	-2,5	100,01	101,99	-1,9
N06AB06 - SERTRALINA	90,17	88,80	1,5	88,80	87,24	1,8
N06AB08 - FLUVOXAMINA	4,21	4,61	-8,7	2,63	2,85	-7,9
N06AB10 - ESCITALOPRAM	72,28	68,90	4,9	69,06	66,17	4,4

Il consumo di antidepressivi SSRI, pur rimanendo invariato rispetto all'anno precedente, resta più alto rispetto al valore medio regionale.

Tabella n. 105. **Spesa ospedaliera**

	Ospedaliera ossigeno escluso	var% 11/10	Diretta ex OSP 2	var% 11/10	Consumi Interni ossigeno escluso	var% 11/10
AUSL Reggio Emilia	28.083.704	0,2%	18.383.013	10,2%	9.700.691	-14,5%
AOSP Reggio Emilia	15.163.490	4,5%	34.401	-19,3%	15.129.089	46,1%
Area Reggio Emilia	43.247.195	1,7%	18.417.414	10,1%	24.829.780	14,4%
Emilia-Romagna	401.041.413	2,8%	147.925.553	12,8%	253.115.860	-2,3%

La spesa ospedaliera dell'Azienda USL di Reggio Emilia è aumentata dello 0,2% contro un incremento regionale del 2,8%. La spesa per farmaci H ex OSP2, altamente specialistici e di norma di alto costo, è aumentata del 10,2% vs un +12,8% della regione.

Tabella n. 106. Distribuzione diretta di farmaci ex H-OSP2 nell'Azienda USL di Reggio Emilia

Farmaci ex Hosp2 in distribuzione diretta	Spesa Lorda (€) anno 2011	Spesa Lorda (€) anno 2010	diff. ass.	Var. % 11/10
A - APPARATO GASTROINTESTINALE E METABOLISMO	912.602	854.796	57.806	6,8
B - SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI	497.344	783.607	-286.263	-36,5
C - SISTEMA CARDIOVASCOLARE	22.879	17.845	5.034	28,2
D - DERMATOLOGICI	0	0	0	
G - SISTEMA GENITO-URINARIO ED ORMONI SESSUALI	0	0	0	
H - PREPARATI ORMONALI SISTEMICI	27.373	2.129	25.244	1.186
J - ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SISTEMICO	6.519.924	5.928.487	591.437	10
L - FARMACI ANTINEOPLASTICI ED IMMUNOMODULATORI	9.921.764	8.502.702	1.419.062	16,7
M - SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO	4.605	2.821	1.784	63,2
N - SISTEMA NERVOSO	440.846	501.492	-60.646	-12,1
P - FARMACI ANTIPARASSITARI, INSETTICIDI E REPEL.		0	0	
R - SISTEMA RESPIRATORIO	0	0	0	
S - ORGANI DI SENSO	0	0	0	
V - VARI	35.676	85.169	-49.493	-58,1

Fonte: AFO= flusso informativo dell'assistenza farmaceutica ospedaliera

I gruppi terapeutici che assorbono le maggiori risorse sono i farmaci antimicrobici ed antivirali (J) ed i farmaci antineoplastici ed immunosoppressori (L).

I farmaci ex H-OSP2 possono essere prescritti esclusivamente da centri specialistici ospedalieri e sono utilizzati al domicilio da pazienti affetti da gravi patologie, quali ad esempio malattie oncologiche ed ematologiche, ipertensione polmonare, malattie reumatologiche, psoriasi grave, malattie infiammatorie intestinali, deficit da immunodeficienza acquisita (HIV).

Distribuzione diretta

La distribuzione diretta, comprensiva della distribuzione per conto, di farmaci di fascia A, H e C viene effettuata per i pazienti dimessi dopo un ricovero o una visita ambulatoriale, per i pazienti presi in carico affetti da patologie rare, croniche e gravi, in regime di assistenza residenziale, semiresidenziale, domiciliare, comprese le carceri.

Tabella n. 107. **Distribuzione diretta complessiva nell'Azienda USL di Reggio Emilia**

	Descrizione	Regione Emilia-Romagna			Azienda USL Reggio Emilia		
		Spesa Lorda (€) 2011	Spesa Lorda (€) 2010	Var. % 11/10	Spesa Lorda (€) 2011	Spesa Lorda (€) 2010	Var. % 11/10
A	Apparato gastrointestinale e metabolismo	25.900.533	21.637.032	19,7	4.213.332	3.703.378	13,8
B	Sangue ed organi emopoietici	47.879.522	45.621.570	4,9	4.695.317	4.927.011	-4,7
C	Sistema cardiovascolare	10.604.549	9.991.338	6,1	988.478	931.804	6,1
D	Dermatologici	1.467.183	1.596.616	-8,1	149.324	152.705	-2,2
G	Sistema genito-urinario ed ormoni sessuali	8.300.337	8.650.762	-4,1	931.110	1.165.772	-20,1
H	Preparati ormonali sistemici	17.882.411	17.106.913	4,5	1.981.146	1.691.990	17,1
J	Antimicrobici generali per uso sistemico	79.699.351	74.935.859	6,4	8.008.214	7.562.313	5,9
L	Farmaci antineoplastici ed immunomodulatori	142.153.917	136.791.880	3,9	18.514.438	17.705.637	4,6
M	Sistema muscolo-scheletrico	1.045.933	1.108.515	-5,6	62.873	62.414	0,7
N	Sistema nervoso	48.665.225	46.757.565	4,1	5.825.733	5.917.600	-1,6
P	Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	112.152	108.939	2,9	25.045	26.568	-5,7
R	Sistema respiratorio	3.477.826	3.160.399	10	614.346	562.729	9,2
S	Organi di senso	1.675.731	2.196.759	-23,7	33.945	48.374	-29,8
V	Vari	7.912.650	8.748.094	-9,6	2.009.736	1.877.487	7
	totale	396.777.320	378.412.241	4,9	48.053.037	46.335.782	3,7

Fonte: AFO= flusso informativo dell'assistenza farmaceutica ospedaliera

Il 38,5% della spesa complessiva è ascrivibile ai farmaci antineoplastici e immunoregolatori, seguita dai farmaci antimicrobici (16,7%).

Gestione logistica dei beni farmaceutici

Il magazzino farmaceutico interaziendale ha acquistato nel 2011 beni sanitari per un importo complessivo di € 103.315.524, con un incremento del 1,88% rispetto al 2010. L'Azienda USL di Reggio Emilia ha consumato, cioè consegnato alle strutture ospedaliere e territoriali, beni sanitari per un importo di € 69.904.592, con un incremento del 3,1% rispetto all'anno precedente. All'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia sono stati consegnati beni per un valore di 21.872.821, pari al +5,76% rispetto all'anno 2010.

Nel 2011 è ulteriormente aumentato il valore del materiale trasferito agli Ospedali di Sassuolo e Baggiovara. La fornitura in dose unitaria a favore del Policlinico di Modena è stata effettuata fino a settembre 2011.

Tabella n. 108. **Valore del materiale trasferito agli Ospedali di Sassuolo, Baggiovara e Policlinico di Modena**

	valore 2007	valore 2008	valore 2009	valore 2010	valore 2011	Var % 2011/10
Sassuolo spa	2.610.964	2.755.457	2.732.051	2.876.232	2.970.933	+3,29
Sassuolo USL	217.608	304.024	314.580	328.376	339.939	+3,52
Baggiovara	6.135.738	7.211.428	7.829.974	8.650.939	8.826.544	+2,02
Policlinico Modena	31.097	122.460	181.393	164.159	98.323	-40,1
Totale	8.995.407	10.393.370	11.067.990	12.019.706	12.235.739	+1,8

Altre forme di assistenza

Si riportano infine i dati relativi all'assistenza integrativa e protesica gestita dal Dipartimento Farmaceutico.

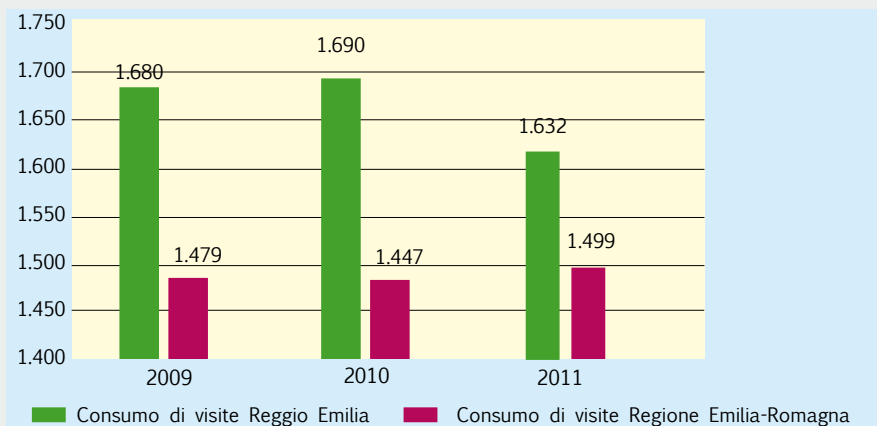
Tabella n. 109. **Numero pazienti titolari di autorizzazioni**

	2011	2010	var %
n. pazienti con pannoloni	9.967	9.643	3,36
n. pazienti in ossigeno/ventiloterapia	1.661	1.496	11,03
n. pazienti in service enterale	238	217	9,68
n. pazienti in service parenterale	6	9	-33,33
n. pazienti con autorizzazione dietetici suddivisi per categoria:	1.536	1.393	
<i>morbo celiaco</i>	1.308	1.190	9,92
<i>malattie metaboliche congenite</i>	23	21	9,52
<i>nefropatici</i>	201	178	12,92
<i>sostituti del latte materno</i>	4	4	0,00
n. pazienti con autorizzazione integrativa (cateteri, stomie)	749	756	-0,93
Totale pazienti	14.157	13.514	

2.3.5. Assistenza specialistica ambulatoriale

Per quanto riguarda l'andamento dell'attività specialistica ambulatoriale, si riportano gli indicatori relativi agli indici di consumo standardizzati per età, confronto tra Azienda USL e Regione Emilia-Romagna e dettaglio di distretto a confronto con la media aziendale e regionale. L'indice di fuga viene riportato solo per le visite ambulatoriali, in quanto, per le prestazioni terapeutiche e di diagnostica, le percentuali di fuga fuori distretto non sono significative, poiché tali raggruppamenti comprendono prestazioni di alta specialità erogate solo dall'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia (es. medicina nucleare, radioterapia) e le prestazioni di laboratorio per i Distretti di Scandiano e Montecchio afferiscono all'Azienda Ospedaliera.

Grafico n. 101. **Indici di consumo standardizzati per visite ambulatoriali (escluso il pronto soccorso)* 1000 abitanti, Azienda USL Reggio Emilia - Regione Emilia-Romagna**



Le prestazioni di visita ambulatoriale comprendono due diverse tipologie: prima visita e visita di controllo. Nell'ultimo triennio si mantiene costante l'andamento della domanda di visite specialistiche a Reggio Emilia, più alto rispetto alla media regionale.

Grafico n. 102. **Indici di consumo standardizzati per visite ambulatoriali (escluso PS), per distretto - Anno 2011**

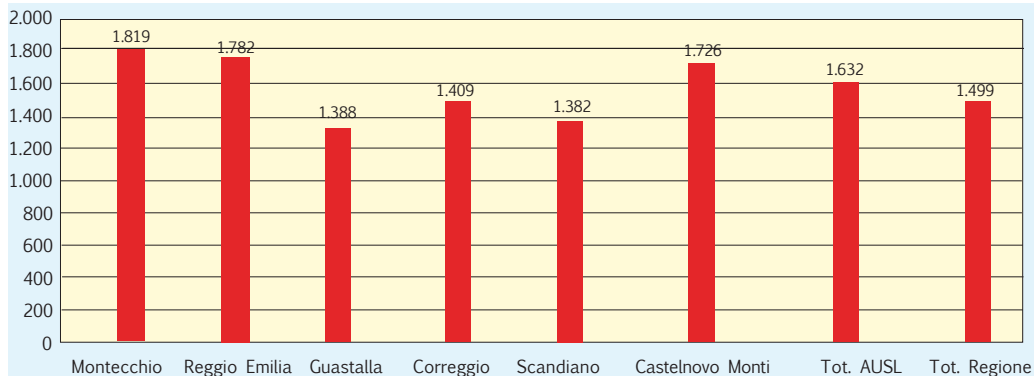
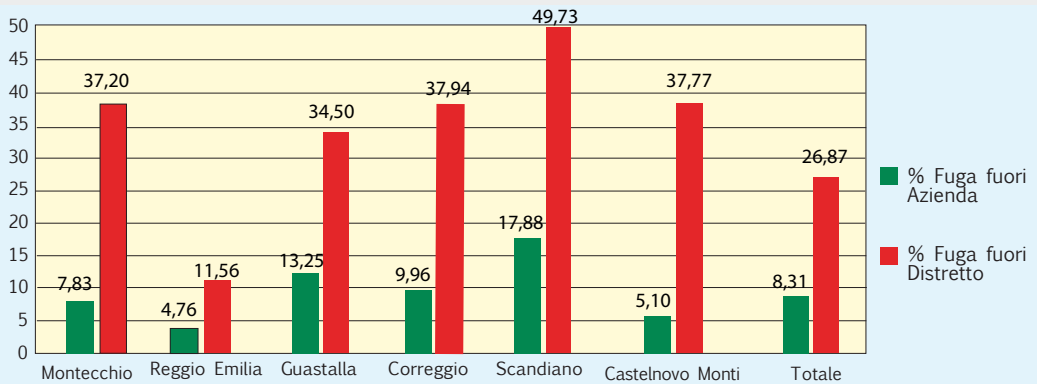
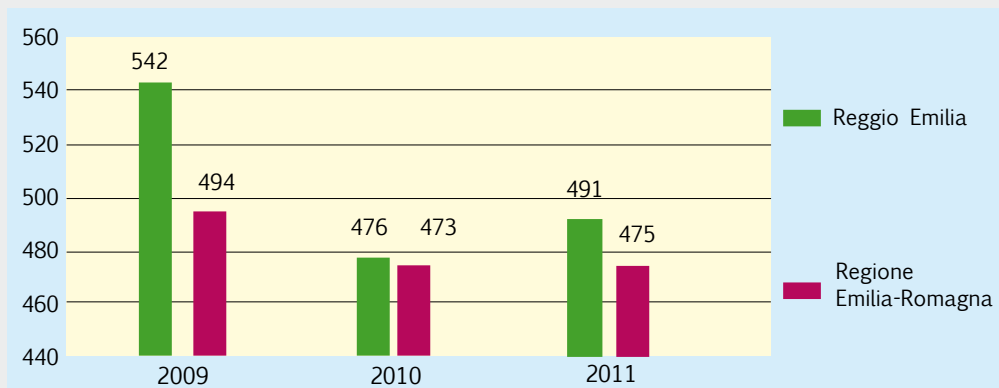


Grafico n. 103. Percentuali di fuga fuori Azienda e fuori Distretto per visite ambulatoriali - anno 2011



La percentuale di fuga fuori distretto è più elevata nel Distretto di Scandiano e si spiega con la stretta vicinanza geografica al Distretto di Reggio Emilia.

Grafico n. 104. Indici di consumo standardizzati per prestazioni terapeutiche (escluso il pronto soccorso) * 1000 abitanti, Azienda USL Reggio Emilia - Regione Emilia-Romagna



Le prestazioni terapeutiche comprendono: radioterapia, dialisi, odontoiatria, trasfusioni, chirurgia ambulatoriale e altre prestazioni terapeutiche. Dal grafico si evidenzia come nel corso del 2011 il consumo globale di prestazioni terapeutiche si sia mantenuto allineato al dato regionale, confermando l'andamento del 2010.

Grafico n. 105. **Indici di consumo standardizzati per prestazioni terapeutiche (escluso PS), per distretto - Anno 2011**

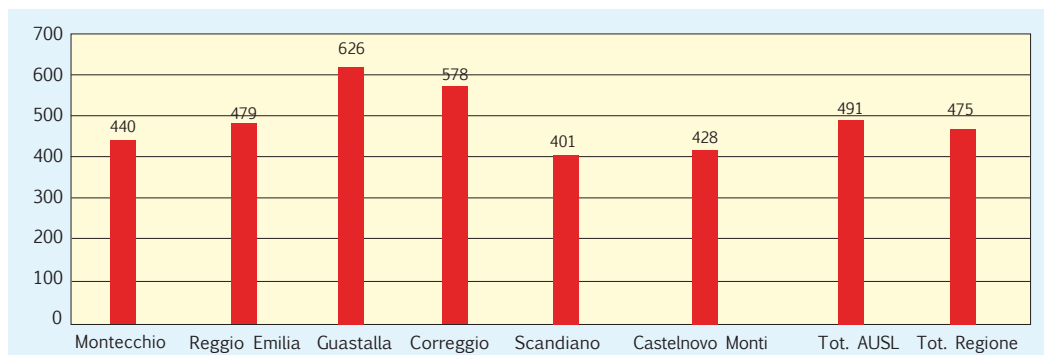
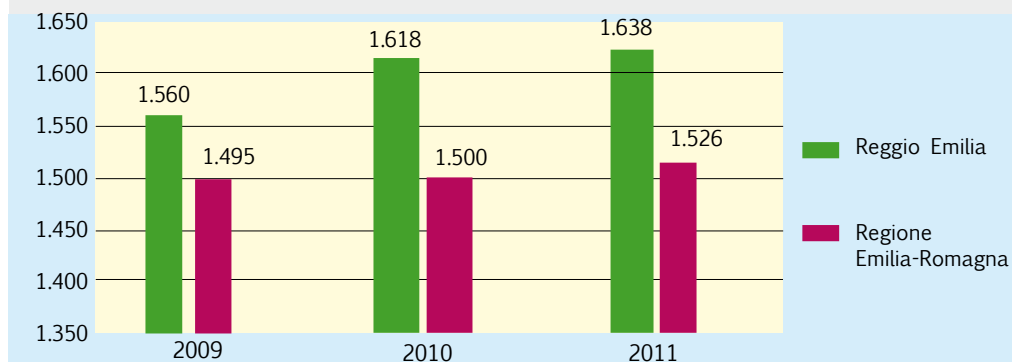


Grafico n. 106. **Indici di consumo standardizzati per prestazioni di diagnostica per immagini (escluso il pronto soccorso) * 1000 abitanti, Azienda USL Reggio Emilia - Regione Emilia-Romagna**



Le prestazioni di diagnostica comprendono: diagnostica senza l'utilizzo di radiazioni, diagnostica con utilizzo di radiazioni, biopsie e altra diagnostica. Il dato del 2011 conferma l'andamento osservato nel 2010 che era in incremento rispetto all'anno precedente.

È continuato nel corso del 2011 l'impegno per aumentare la disponibilità di prestazioni con criticità riguardanti i tempi d'attesa ed i dati di consumo e mobilità, sia potenziando la produzione interna che i contratti con le strutture private accreditate e l'Azienda Ospedaliera.

Grafico n. 107. **Indici di consumo standardizzati per prestazioni di diagnostica per immagini (escluso PS), per distretto - Anno 2011**

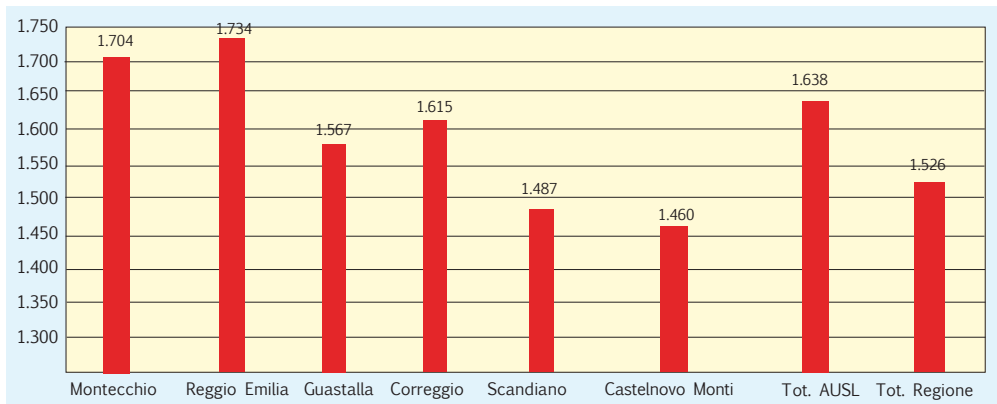
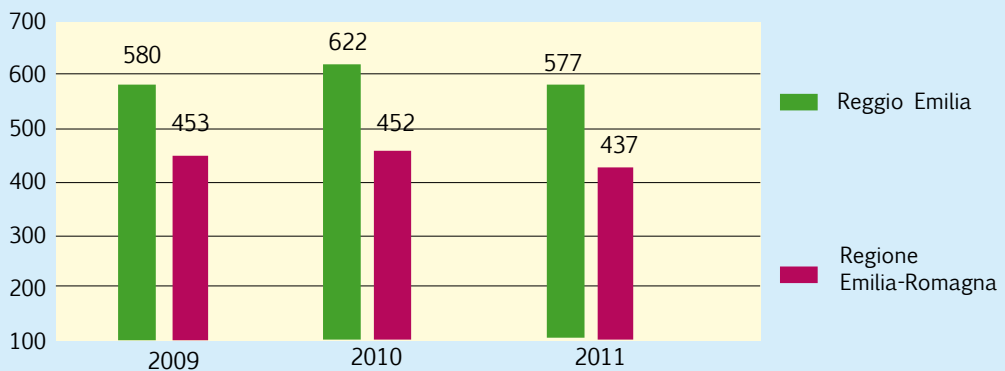


Grafico n. 108. **Indici di consumo standardizzati per prestazioni riabilitative (escluso il pronto soccorso) * 1000 abitanti, Azienda USL Reggio Emilia - Regione Emilia-Romagna**



Le prestazioni riabilitative comprendono: prestazioni di diagnostica, recupero e rieducazione funzionale, terapia fisica e altra riabilitazione. Si nota nel 2011 un lieve decremento a livello provinciale e regionale.

Grafico n. 109. **Indici di consumo standardizzati per prestazioni riabilitative (escluso PS), per distretto - Anno 2011**

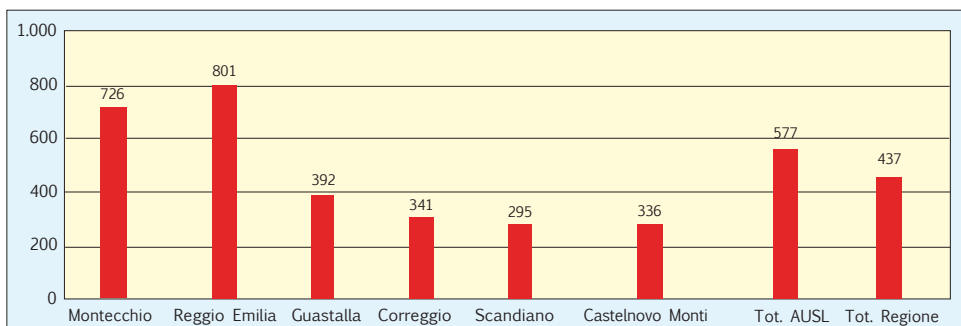
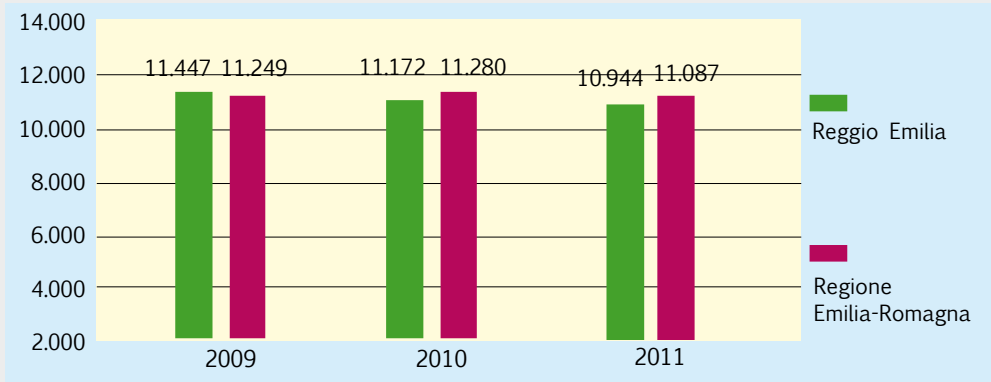


Grafico n. 110. **Indici di consumo standardizzati per prestazioni di laboratorio (escluso il pronto soccorso) * 1000 abitanti, Azienda USL Reggio Emilia - Regione Emilia-Romagna**



Le prestazioni di laboratorio comprendono: prelievi, chimica clinica, ematologia/coagulazione, immunoematologia e trasfusionale, microbiologia/virologia, anatomia ed istologia patologica, genetica/citogenetica. Si osserva nel 2011 un lieve decremento del consumo di prestazioni di laboratorio a livello provinciale e regionale.

Grafico n. 111. **Indici consumo standardizzati per prestazioni di laboratorio (escluso PS), per distretto - Anno 2011**

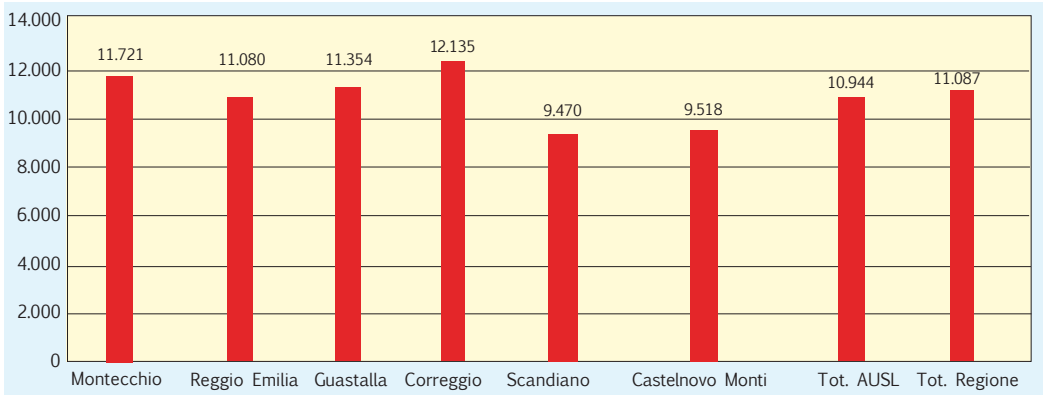
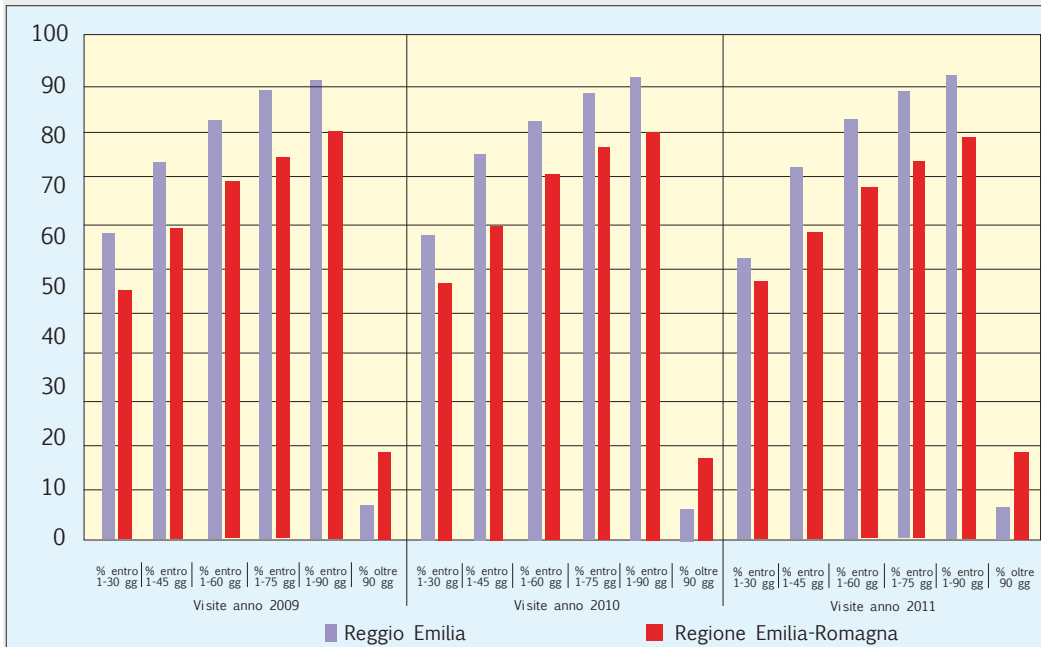
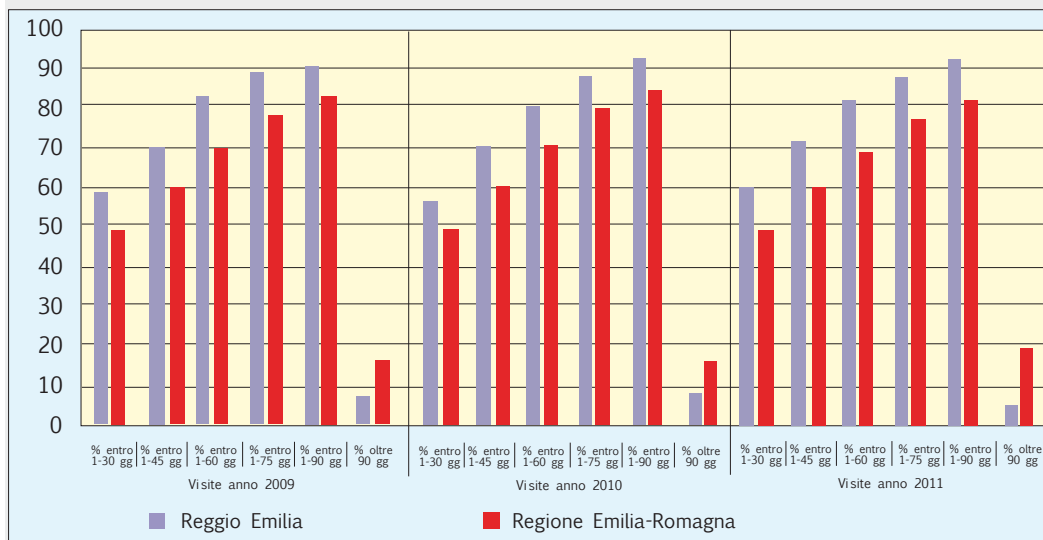


Grafico n. 112. **Tempi d'attesa osservati per visite specialistiche programmabili a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Confronto Azienda USL di Reggio Emilia - Regione Emilia-Romagna - Anni 2009-2011**



Il grafico riporta la percentuale di visite specialistiche erogate (escluso il pronto soccorso) da strutture pubbliche dell'Azienda USL di Reggio Emilia e private accreditate in convenzione con l'Azienda USL, a confronto con il dato medio regionale. Dall'analisi dell'anno 2011 si evidenzia un lieve calo della percentuale di visite erogate entro lo standard di 30 giorni (54%); nel triennio considerato, il dato aziendale si mantiene sempre superiore a quello regionale, che per il 2011 è del 47%.

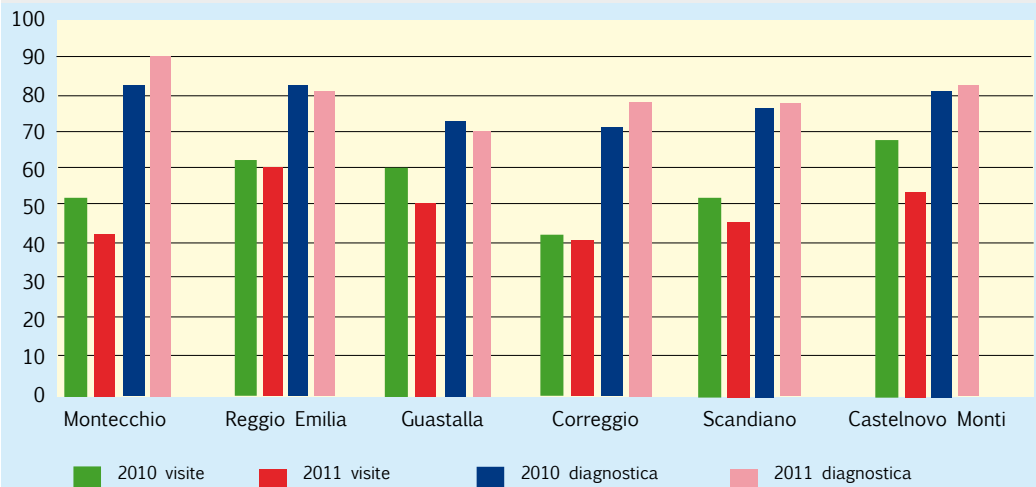
Grafico n. 113. **Tempi d'attesa osservati per prestazioni di diagnostica programmabili a carico del SSN. Confronto Azienda USL di Reggio Emilia - Regione Emilia-Romagna - Anni 2009-2011**



Il grafico riporta la percentuale di prestazioni di diagnostica erogate (escluso il pronto soccorso) da strutture pubbliche dell'Azienda USL di Reggio Emilia e private accreditate in convenzione con l'Azienda USL, a confronto con il dato medio regionale. La percentuale di prestazioni erogate, nei tempi previsti dalla normativa vigente, si mantiene per l'anno 2011 all'81%. Nell'ultimo triennio il dato è sempre superiore alla media regionale.

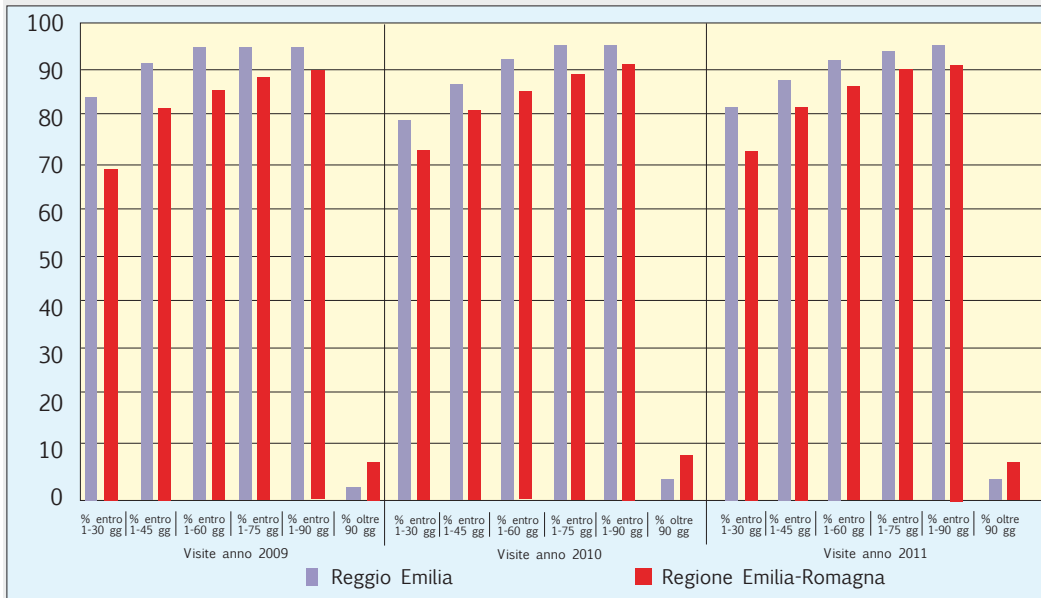
Il tempo massimo d'attesa entro il quale offrire una prestazione di diagnostica è fissato in 60 giorni. La produzione interna è stata potenziata e nei contratti con le strutture private accreditate sono stati aumentati i volumi delle prestazioni necessarie a coprire il fabbisogno.

Grafico n. 114. Tempi d'attesa per visite ambulatoriali e prestazioni di diagnostica programmabili a carico del SSN per distretto - Anni 2010-2011



Il grafico riporta la percentuale di prestazioni di visite ambulatoriali e di diagnostica erogate rispettivamente entro 30 e 60 giorni (escluso il pronto soccorso) da strutture pubbliche dell'Azienda USL di Reggio Emilia e private accreditate in convenzione con l'Azienda USL, in ciascun distretto della provincia negli anni 2010 e 2011. Si osserva un lieve calo della percentuale di visite erogate entro gli standard in tutti i distretti. La percentuale di prestazioni di diagnostica erogate entro 60 giorni è superiore al 70% (72%-91%) in tutta la provincia; rispetto all'anno 2010 la percentuale è aumentata in quattro distretti su sei.

Grafico n. 115. **Tempi d'attesa osservati per prestazioni di riabilitazione programmabili a carico del SSN. Confronto Azienda USL di Reggio Emilia - Regione Emilia-Romagna**



Il grafico riporta la percentuale di prestazioni di riabilitazione erogate (escluso il pronto soccorso) da strutture pubbliche dell'Azienda USL di Reggio Emilia e private accreditate in convenzione con l'Azienda USL, a confronto con il dato medio regionale. Nel 2011 la percentuale di prestazioni erogate entro 30 giorni è in lieve aumento rispetto all'anno precedente (82% vs 78% del 2010) ed è superiore al dato regionale (73%).

165

Sono in vigore protocolli aziendali per garantire l'accesso in tempi utili ai pazienti con condizioni cliniche di priorità rispetto agli utenti che non hanno subito interventi chirurgici.

Il governo dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

È proseguita nel 2011 l'attività finalizzata alla riduzione dei tempi d'attesa, in linea con quanto stabilito dal Piano attuativo aziendale per il contenimento dei tempi d'attesa predisposto nel 2007 e aggiornato nel 2009. Ad Agosto 2011 è stato elaborato il nuovo Piano attuativo aziendale, comprensivo del piano di produzione per il potenziamento dell'attività specialistica ambulatoriale.

È stata aumentata la disponibilità per le prestazioni i cui tempi d'attesa risultavano, dal monitoraggio periodico, superiori ai parametri regionali (tempi massimi d'attesa e indice di performance) e con criticità riguardanti i dati di consumo e mobilità. Il potenziamento dell'offerta è stato attuato mediante un aumento del numero di ore pubblicate per gli specialisti convenzionati interni che sono passate da 3.524 nel 2010 a 3.548 nel 2011. L'importo complessivo di spesa per le prestazioni acquistate presso le strutture private accreditate è stato nel 2011

di 8.507.900 euro, con un incremento di 40.000 euro rispetto all'anno precedente. Tale incremento è stato impiegato soprattutto per l'acquisto di prestazioni di risonanza magnetica nucleare, visite cardiologiche ed ecocolordoppler cardiaco, visite ginecologiche ed ecografie morfologiche, visite urologiche.

L'accordo di fornitura con l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia ha previsto incrementi per le seguenti prestazioni: ecocolodoppler dei tronchi sovra aortici e degli arti, ecografia ostetrica, colonscopia e gastroscopia urgente differibile (7gg), visita dermatologica, visita endocrinologica, visita neurologica, visita ortopedica, visita urologica.

Attività istituzionale e libera professione intramoenia anno 2011

Le attività di specialistica ambulatoriale svolte in regime di libera professione nell'anno 2011 hanno registrato un lieve aumento rispetto all'anno 2010. Le variazioni più significative, sia in valore assoluto, che in rapporto alle analoghe prestazioni erogate in regime istituzionale, hanno riguardato la riabilitazione e le prestazioni terapeutiche, che presentano il saldo positivo più marcato rispetto ai volumi rilevati nel 2010. Le prestazioni di diagnostica hanno registrato invece una flessione, sia pure contenuta, nei volumi effettuati.

Le attività libero professionali svolte nel periodo considerato derivano prevalentemente da alcuni ambiti di attività specialistica ambulatoriale. L'Ostetricia e Ginecologia e l'Ortopedia si confermano le discipline più richieste a pagamento da parte dell'utenza, seguite dalla Psichiatria, Psicologia e dalla Riabilitazione.

Le visite specialistiche costituiscono la tipologia di prestazione più erogata e rappresentano il 65% circa del totale delle prestazioni rilevate nel 2011.

166

Tabella n. 110. Attività di specialistica ambulatoriale erogata nel 2011 in Libera Professione (LP) e percentuale sulle prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

Prestazioni anno 2011 Azienda USL Reggio Emilia	Libera Professione (LP)	% LP su SSN
Diagnostica	8.193	1,30
Laboratorio	1.060	0,05
Riabilitazione	1.736	1,13
Prestazioni terapeutiche	3.403	2,48
Visite	26.721	4,49
Totale	41.113	1,12

Fonte: flusso ASA = Assistenza specialistica ambulatoriale

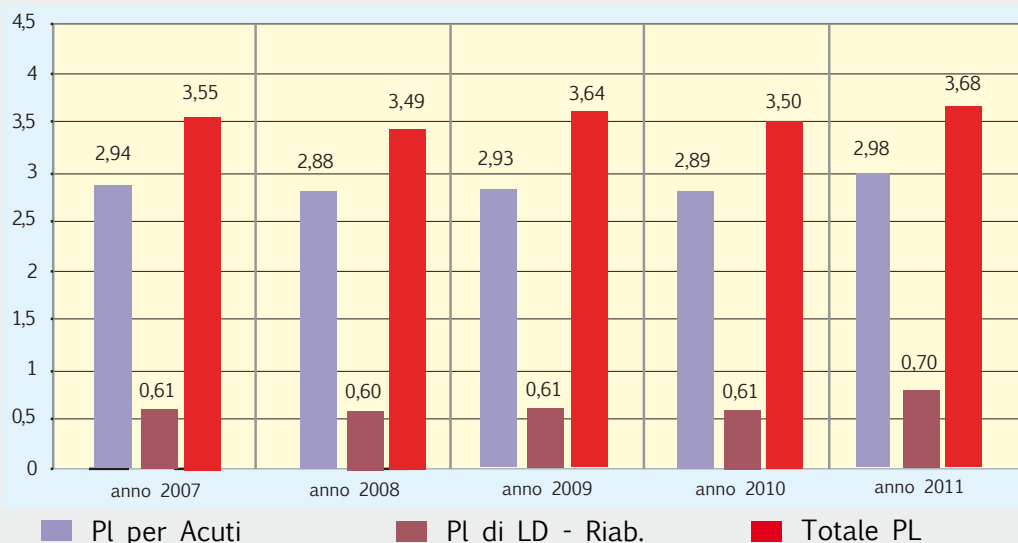
La tabella evidenzia, rispetto ai dati aggregati per tipologia di prestazione, percentuali molto basse di attività in libera professione, a conferma di un trend che, sia pur in presenza di lievi scostamenti, caratterizza già da diversi anni la realtà dell'Azienda USL di Reggio Emilia.

Dalla comparazione sopra evidenziata e dall'analisi della composizione dell'attività aziendale di libera professione, emerge l'opportunità di considerare con prudenza la correlazione che normalmente viene espressa tra attività libero professionale e tempi di attesa, che appare, almeno in ambito aziendale, meno diretta di quanto generalmente si ritenga e determinata prima di tutto dall'interesse a scegliere professionista o struttura sanitaria di fiducia.

2.3.6. Assistenza ospedaliera

Struttura dell'offerta: presidi pubblici e privati accreditati

Grafico n. 116. Posti letto (pubblici e privati) per 1000 residenti per acuti (ordinario e DH), lungodegenza e riabilitazione - trend 2007-2011



167

Nella Provincia Reggio Emilia è ampiamente rispettato lo standard di riferimento definito dal Patto Stato - Regioni del 3 dicembre 2009, che prevede un limite di 4 posti letto per 1000 abitanti, comprensivo dello 0,7 posti letto per 1000 abitanti di lungodegenza e riabilitazione, significativamente inferiore alla media regionale.

Nonostante il progressivo incremento della popolazione residente nella Provincia di Reggio Emilia negli ultimi anni, il sistema di offerta provinciale garantisce un'adeguata risposta ai bisogni della popolazione in termini di degenza ospedaliera.

Solamente in alcuni periodi dell'anno (ad esempio durante l'epidemia influenzale, in estate nelle ondate di calore), si verificano temporanee criticità nella disponibilità di posti letto, in particolare per quanto attiene la degenza internistica e la lungodegenza-riabilitazione estensiva. Per ovviare a questi problemi è stato istituito un sistema di rilevazione giornaliera della disponibilità di posti letto tra tutti gli ospedali del presidio aziendale e, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, viene effettuato un utilizzo flessibile dei posti letto in tutta la rete ospedaliera al fine di dare risposte anche in momenti di criticità locale.

Sono presenti inoltre percorsi di trasferimento dei pazienti che necessitano di riabilitazione estensiva e intensiva verso la struttura di Correggio, la lungodegenza di Scandiano e la Struttura Riabilitativa di Albinea.

Tasso di ospedalizzazione

Il tasso di ospedalizzazione esprime quanti ricoveri si osservano ogni 1.000 abitanti. Il tasso considera tutti i ricoveri effettuati da cittadini residenti nelle strutture ospedaliere pubbliche e private presenti in Italia. L'attività di ricovero in ambito provinciale riguarda gli ospedali dell'Azienda USL, l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia e le strutture private accreditate. A questi vanno aggiunti i ricoveri presso strutture pubbliche e private di altre province della Regione Emilia-Romagna (cosiddetta mobilità infraregionale) e di altre regioni (cosiddetta mobilità interregionale). Il tasso di ospedalizzazione è influenzato dalla composizione per età e sesso della popolazione; più la popolazione è anziana, maggiore sarà il tasso osservato, come puntualmente si verifica per i residenti del distretto montano.

Tabella n. 111. **Tassi di ospedalizzazione grezzi distrettuali nell'ultimo triennio**

Distretto di residenza		Ospedale AUSL del Distretto	Altri Ospedali AUSL	AOSP RE	Case di Cura della Provincia	Ospedali pubblici e privati di altre province RER	Ospedali pubblici e privati di altre regioni	Totale
Montecchio	2009	62,6	5,1	53,6	10,2	25,1	7,29	163,8
	2010	62,0	5,9	51,7	10,3	24,2	6,53	160,7
	2011	60,0	6,2	51,3	10,4	24,5	6,53	158,9
Reggio Emilia	2009	0,0	14,0	120,8	13,9	15,7	8,27	172,5
	2010	0,0	12,9	120,1	15,0	15,8	7,53	171,4
	2011	0,0	13,0	117,0	14,7	16,6	7,53	168,8
Guastalla	2009	84,2	6,1	30,5	4,1	22,2	21,92	169,1
	2010	84,6	4,5	32,2	4,3	23,3	18,48	167,4
	2011	82,1	4,4	29,8	4,8	21,7	18,48	161,4
Correggio	2009	37,3	22,4	40,8	4,5	37,1	12,49	154,5
	2010	28,8	26,9	41,9	4,6	35,8	10,65	148,7
	2011	26,4	27,7	42,0	5,6	34,4	10,65	146,7
Scandiano	2009	59,1	5,0	44,7	7,0	37,1	6,50	159,3
	2010	55,9	4,7	45,9	7,8	36,8	5,51	156,7
	2011	53,7	4,6	45,1	7,8	38,0	5,51	154,7
Castelnovo Monti	2009	102,8	5,0	45,1	7,1	16,2	7,42	183,6
	2010	104,4	6,0	48,9	6,7	15,2	8,40	189,6
	2011	94,2	6,5	53,2	6,5	14,9	8,40	183,7

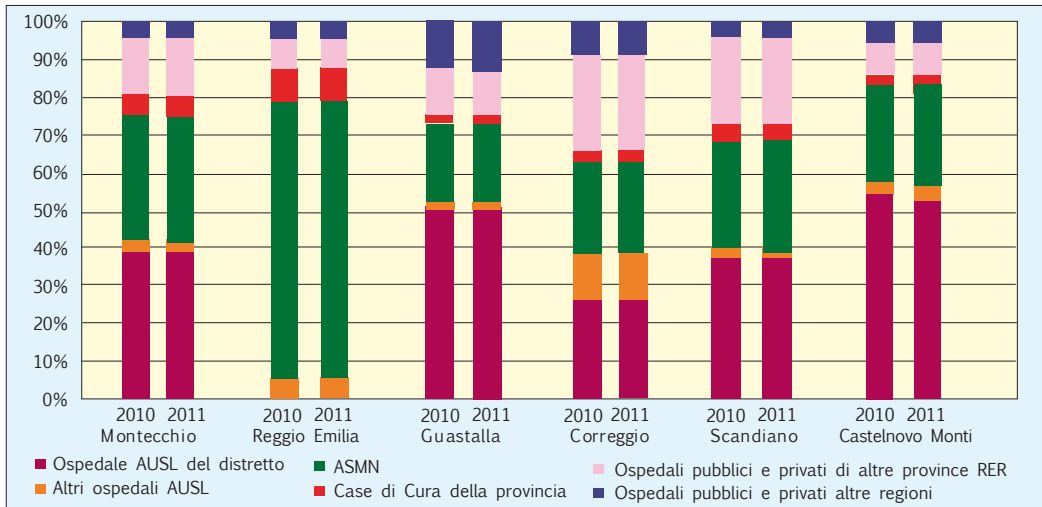
I tassi del 2011 sono calcolati sulla popolazione al 01/01/2011.

I ricoveri in ospedali pubblici e privati di altre regioni, per l'anno 2011, sono quelli dell'anno 2010.

Questa tabella consente di evidenziare per ciascun distretto le sedi ospedaliere di riferimento per i residenti (ospedale del distretto, altri ospedali del presidio dell'Azienda USL di Reggio Emilia, Azienda Ospedaliera, Case di cura private della provincia, strutture extraprovinciali ed extraregionali).

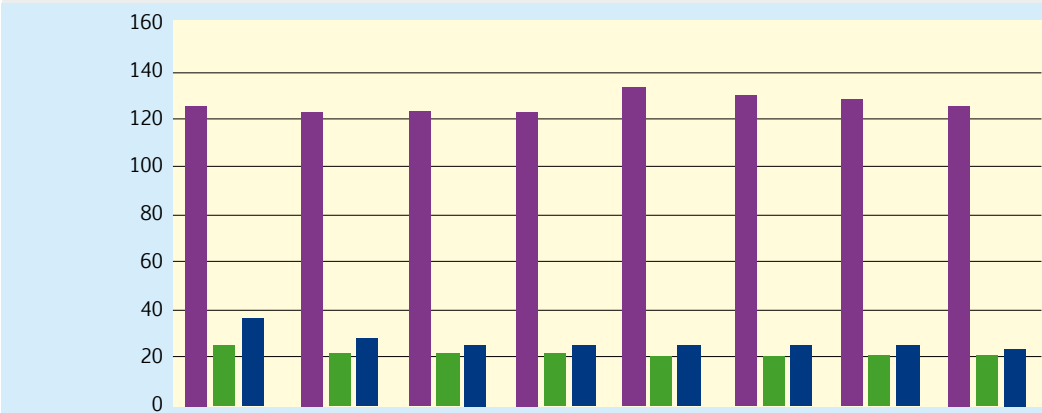
I distretti con il tasso grezzo di ospedalizzazione più basso sono quelli di Correggio e Scandiano, mentre il dato più elevato, seppur in calo rispetto all'anno precedente, si registra a Castelnovo Monti.

Grafico n. 117. Tassi di ospedalizzazione grezzi. Contributo percentuale di ricovero per distretto di residenza - Anni 2010 e 2011



Ospedale AUSL del distretto: si intende l'ospedale di riferimento per ciascun distretto
Altri ospedali AUSL: si intende il complesso degli altri quattro ospedali
ASMN: Arcispedale Santa Maria Nuova, ospedale di riferimento per il distretto di Reggio Emilia

Grafico n. 118. Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età, confronto tra Reggio Emilia e Regione. Ospedali pubblici e privati in Regione e fuori Regione. Regimi di ricovero Ordinario, DH Medico, DH Chirurgico. Anni 2008-2011



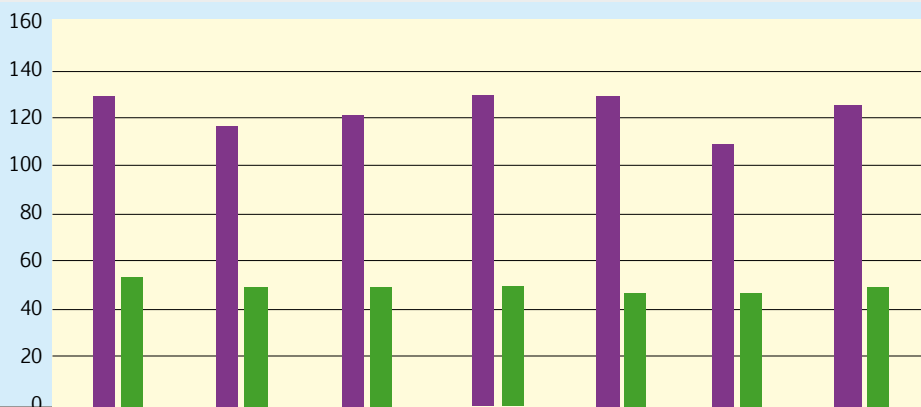
Anno	Reggio Emilia				Regione Emilia-Romagna			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Ordinario	126,06	124,75	124,20	122,38	134,31	131,48	130,21	128,02
DH Medico	22,64	23,36	22,98	22,45	20,43	20,35	20,35	20,10
DH Chirurgico	28,36	27,86	26,41	25,37	23,42	23,21	22,54	21,95

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna e mobilità passiva extraregionale. Note:
 · dal 2005 la popolazione tipo utilizzata per standardizzare i tassi è quella regionale, residente al 01/01/2005, dal 2010 è quella residente al 01/01/2010;
 · sono esclusi dal calcolo i neonati sani.

È interessante notare che:

- negli ultimi anni il tasso di ospedalizzazione ordinario si è mantenuto significativamente inferiore alla media regionale;
- nello stesso periodo i tassi di ospedalizzazione dei Day hospital (Dh) medico e chirurgico si sono mantenuti superiori alla media regionale;
- nel complesso il tasso di ospedalizzazione totale nel 2011 è in linea con quello regionale (170,2 vs 170,1);
- il trend in riduzione del tasso di Dh chirurgico è in gran parte dovuto al trasferimento al regime ambulatoriale degli interventi chirurgici ortopedici (tunnel carpale ed altri), cataratta, interventi ginecologici;
- il tasso di Dh medico si è mantenuto sostanzialmente stabile negli ultimi quattro anni, con minime variazioni.

Grafico n. 119. **Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per 1000 residenti nella Provincia di Reggio Emilia. Distribuzione per distretto di residenza e regime di ricovero (Ordinario e DH). Anno 2011**



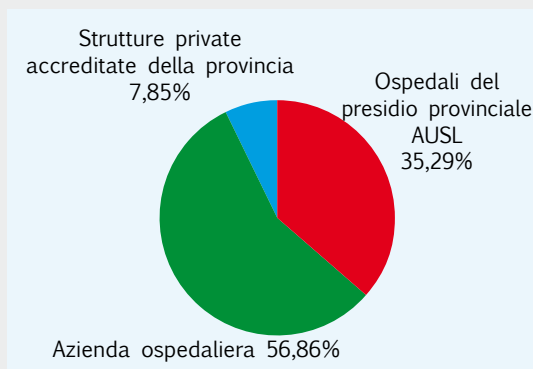
	Reggio Emilia	Scandiano	Montecchio	Guastalla	Castelnovo Monti	Correggio	Azienda USL
Ordinario	125,91	119,39	120,34	122,10	129,00	111,36	122,38
DH	51,56	46,82	44,99	45,33	43,28	43,72	47,82

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna e mobilità passiva

Il trend del tasso di ospedalizzazione è in calo in tutti i distretti, sia per il regime di ricovero ordinario che Day hospital, con differenze tra le diverse aree geografiche.

Ricoveri presso strutture della rete ospedaliera provinciale

Grafico n. 120. **Distribuzione dei ricoveri 2011 dei residenti in Provincia di Reggio Emilia nelle strutture provinciali**

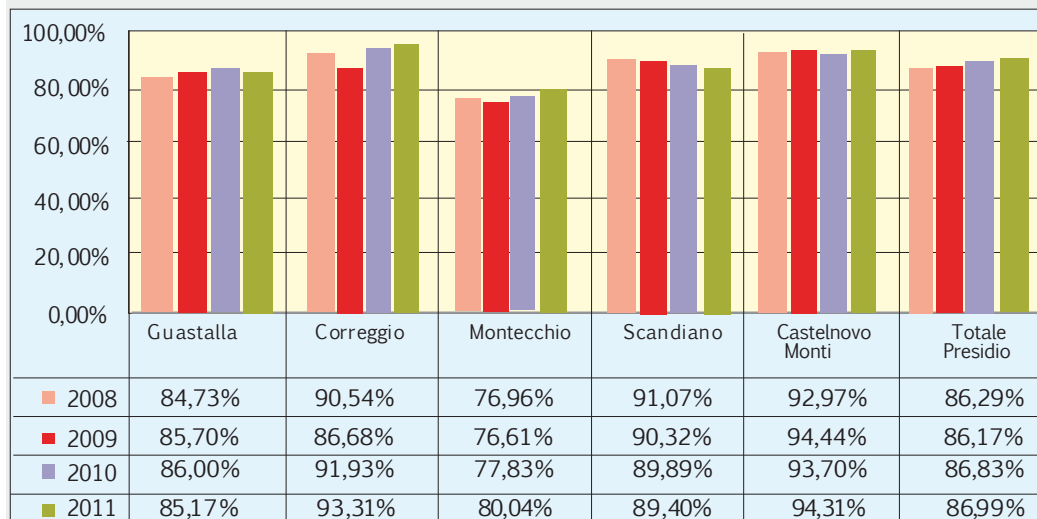


Se si analizzano i ricoveri dei residenti nell'ambito della rete delle strutture pubbliche e private della provincia, si nota come il 56,86% dei cittadini si sia rivolto all'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, mentre la rimanente quota si sia divisa tra il presidio provinciale (35,29%) e le strutture private accreditate (7,85%).

Indice di dipendenza di ogni ospedale dalla popolazione residente della provincia

Una quota del tasso di ospedalizzazione è rappresentato dai ricoveri effettuati negli ospedali dell'azienda USL per la popolazione residente.

Grafico n. 121. **Indice di dipendenza di ogni ospedale dalla popolazione residente della provincia - Anni 2008-2011**



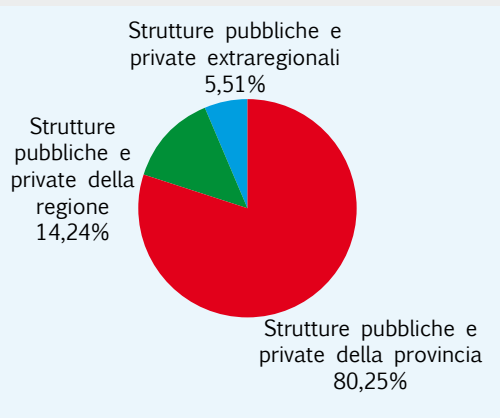
Il grafico analizza la percentuale di ricoveri per ciascun ospedale del presidio aziendale relativa alla popolazione residente nella provincia (indice di dipendenza).

Come si può notare la media aziendale è 86,99% nel 2011, con un valore minimo per l'Ospedale di Montecchio (80,04%) e un valore massimo per l'Ospedale di Castelnovo Monti (94,31%). Se ne deduce che l'Ospedale di Montecchio è quello con la quota maggiore di utenza proveniente da altre province (mobilità attiva).

Ospedalizzazione e mobilità

Parliamo di mobilità sanitaria per residenti quando i ricoveri a carico di persone residenti in questa provincia, e per le quali l'Azienda USL riceve finanziamento, avvengono in strutture ospedaliere diverse dai cinque ospedali aziendali. Pertanto, una quota di questi ricoveri viene effettuata in strutture della rete provinciale (Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia e strutture private accreditate) e una quota riguarda ricoveri in strutture pubbliche e private extraprovinciali.

Grafico n. 122. **Distribuzione del tasso di ospedalizzazione 2010 per sede di ricovero**



Il contributo all'ospedalizzazione da ricorso a strutture pubbliche e private situate fuori dai confini provinciali e regionali è complessivamente pari al 19,75% nel 2011, dato in lieve calo rispetto al triennio precedente che risultava stabile sul 20%. In particolare nel 2011 è diminuita la percentuale di cittadini reggiani che ha usufruito di strutture pubbliche e private extraregionali (5,51% contro 6,01% del 2010), mentre è leggermente aumentata la percentuale di coloro che hanno fatto ricorso a strutture pubbliche e private regionali (14,24% rispetto a 13,80% del 2010).

Tabella n. 112. Ospedalizzazione 2011 (sono escluse le SDO di neonato sano)

MDC	Ospedali AUSL	AOSP RE	Case di Cura della Provincia	Ospedali pubblici e privati di altre province RER	Ospedali pubblici e privati di altre regioni*	Totale
01-Sistema nervoso	1.436	2.969	206	601	436	5.648
02-Occchio	79	1.204	33	340	180	1.836
03-Orecchio naso bocca e gola	260	1.810	22	940	170	3.202
04-App. respiratorio	2.305	2.833	102	447	181	5.868
05-App. cardiocircolatorio	3.079	5434	960	1.043	377	10.893
06-App. digerente	2.746	3.247	337	748	215	7.293
07-Fegato, vie biliari e pancreas	932	1.725	35	258	92	3.042
08-App. muscoloscheletr. tessuto connettivo	3.175	3.181	2.722	1.986	1.545	12.609
09-Pelle, tessuto sottocutaneo, mammella	876	1.680	119	431	163	3.269
10-Endocrini metabolici nutrizionali	374	1.101	26	325	145	1.971
11-Rene e vie urinarie	1.037	2.105	220	560	140	4.062
12-App. riproduttivo maschile	328	674	297	472	57	1.828
13-App. riproduttivo femminile	1.678	2.063	201	790	186	4.918
14-Gravidanza, parto e puerperio	3.159	3.458	1	1.514	265	8.397
15-Periodo neonatale	134	824	0	172	35	1.165
16-Sangue e organi ematopoiet. sist. immunitario	315	596	11	196	39	1.157
17-Mieloprolifer. e neoplasie scarsam. differenziate	1.025	2.518	45	595	175	4.358
18-Mal. infettive e parassitarie	349	913	14	101	33	1.410
19-Malattie e disturbi mentali	616	176	28	246	101	1.167
20-Abuso alcool/farmaci dist.mentali org.indotti	90	25	2	54	29	200
21-Traumatismi, avvelen. ed eff.tossici farmaci	137	246	24	129	59	595
22-Ustioni	4	9	1	35	2	51
23-Fatt. influenz.salute ed il ricorso ai s.sanitari	317	423	39	216	115	1.110
24-Traumatismi multipli	16	64	4	12	3	99
25-Infezioni da HIV	1	80	1	20	6	108
MDC non assegnabile	23	3	1	11	7	45
PRE MDC	10	119	2	77	12	220
Totale	24.501	39.480	5.453	12.319	4.768	86.521
Percentuale dei ricoveri	28,32	45,63	6,3	14,24	5,51	100

* Anno 2010

Nella tabella viene riportata l'ospedalizzazione complessiva per le principali categorie diagnostiche (MDC) per i pazienti residenti nella Provincia di Reggio Emilia, articolata per sede di ricovero.

Tabella n. 113. Ospedalizzazione 2009-2011 in altre province della Regione Emilia-Romagna in ordine decrescente dei ricoveri 2011

MDC	Ospedali pubblici e privati di altre province RER		
	2009	2010	2011
08-App. muscoloscheletr., tess. connettivo	1.844	2.013	1.986
14-Gravidanza, parto e puerperio	1.548	1.597	1.514
05-App. cardiocircolatorio	979	951	1.043
03-Orecchio naso bocca e gola	944	958	940
13-App. riproduttivo femminile	760	782	790
06-App. digerente	686	781	748
01-Sistema nervoso	711	601	601
17-Mieloprolifer. e neoplasie scarsam. differenziate	559	606	595
11-Rene e vie urinarie	668	610	560
12-App. riproduttivo maschile	499	463	472
04-App. respiratorio	411	433	447
09-Pelle, tessuto sottocutaneo, mammella	422	420	431
02-Occhio	349	291	340
10-Endocrini metabolici nutrizionali	267	237	325
07-Fegato, vie biliari e pancreas	248	257	258
19-Malattie e disturbi mentali	283	251	246
23-Fatt. influenz.salute ed il ricorso ai s.sanitari	203	192	216
16-Sangue e organi ematopoi. sist. immunitario	191	217	196
15-Periodo neonatale	171	168	172
21-Traumatismi, avvelen. ed eff.tossici farmaci	146	127	129
18-Mal. infettive e parassitarie	113	82	101
PRE MDC	64	70	77
20-Abuso alcool/farmaci dist.mentali org.indotti	41	54	54
22-Ustioni	41	30	35
25-Infezioni da hiv	23	29	20
24-Traumatismi multipli	15	15	12
MDC non assegnabile	9	12	11
Totale	12.195	12.247	12.319
Percentuale dei ricoveri	13,80	13,81	14,24

Complessivamente nel 2011 si registra un lieve incremento dei casi di ricovero in altre province della regione, rispetto ai due anni precedenti.

Nel valutare per quali patologie si ricorre più frequentemente all'ospedalizzazione fuori provincia, ma nella Regione Emilia-Romagna, si confermano, tra le diverse categorie diagnostiche principali, le malattie a carico dell'apparato muscolo scheletrico (in particolar modo prestazioni di chirurgia ortopedica, protesica e non e interventi per ernia discale), nonché al secondo posto la gravidanza, parto e puerperio, seppur in calo rispetto ai rispettivi dati riferiti al 2010. Rispetto al 2010 si evidenzia un incremento inerente l'apparato cardiocircolatorio (+9,7%) ed i disturbi endocrino metabolico nutrizionali (+37,1%).

Tabella n. 114. **Ospedalizzazione 2008-2010 in altre regioni in ordine decrescente dei ricoveri 2010**

MDC	Ospedali pubblici e privati di altre regioni		
	2008	2009	2010
08-App. muscoloscheletr., tess. connettivo	1.956	1.801	1.545
01-Sistema nervoso	423	405	436
05-App. cardiocircolatorio	452	416	377
14-Gravidanza, parto e puerperio	299	291	265
06-App. digerente	243	255	215
13-App. riproduttivo femminile	193	166	186
04-App. respiratorio	160	215	181
02-Occhio	184	197	180
17-Mieloprolifer. e neoplasie scarsam. differenziate	149	164	175
03-Orecchio naso bocca e gola	173	184	170
09-Pelle, tessuto sottocutaneo, mammella	186	210	163
10-Endocrini metabolici nutrizionali	202	185	145
11-Rene e vie urinarie	186	164	140
23-Fatt. influenz.salute ed il ricorso ai s.sanitari	111	94	115
19-Malattie e disturbi mentali	121	92	101
07-Fegato, vie biliari e pancreas	109	116	92
21-Traumatismi, avvelen. ed eff.tossici farmaci	47	74	59
12-App. riproduttivo maschile	90	75	57
16-Sangue e organi ematopoiet. sist. immunitario	57	71	39
15-Periodo neonatale	57	43	35
18-Mal. infettive e parassitarie	33	45	33
20-Abuso alcool/farmaci dist.mentali org.indotti	17	14	29
PRE MDC	0	21	12
MDC non assegnabile	0	15	7
25-Infezioni da HIV	10	11	6
24-Traumatismi multipli	8	3	3
22-Ustioni	4	2	2
Totale	5.470	5.329	4.768
Percentuale dei ricoveri	6,19	6,01	5,51

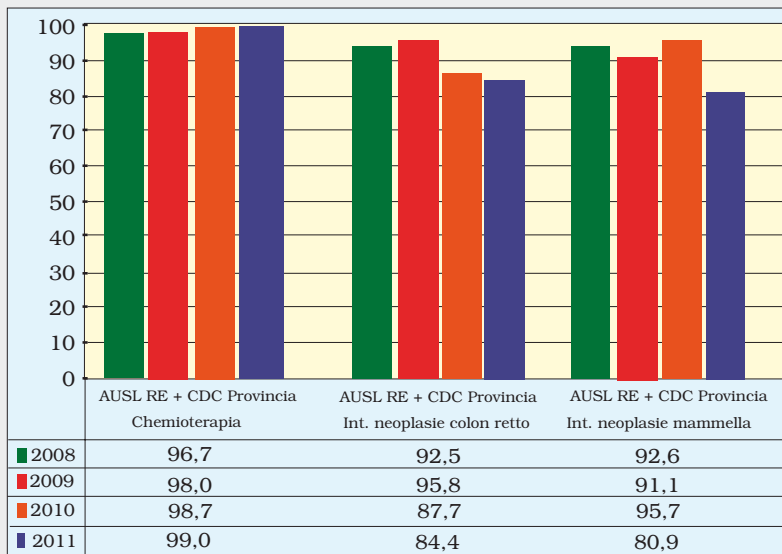
Complessivamente nel 2010 si registra una diminuzione dei casi di ricovero rispetto all'anno precedente, pari al 10,5%, che conferma il dato già registrato nel 2009 rispetto al 2008 in cui si è evidenziato un calo del 3%.

Nel valutare per quali patologie si ricorre più frequentemente all'ospedalizzazione fuori regione, si confermano tra le diverse categorie, le malattie a carico dell'apparato muscolo scheletrico che rappresentano il 32,4% di tutti i ricoveri, seppure in calo rispetto al 2009 (-14,2%).

Tempi d'attesa per ricoveri programmati secondo l'accordo Stato - Regioni

L'accordo Stato-Regioni prevede il monitoraggio dei tempi di attesa per alcune tipologie di ricovero tra cui neoplasia del colon-retto, della mammella, protesi d'anca, nonché prestazioni mediche di chemioterapia.

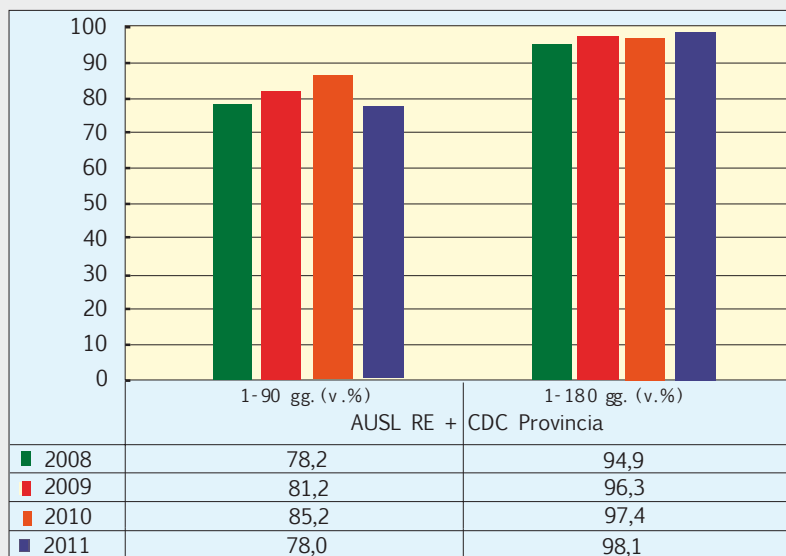
Grafico n. 123. **Chemioterapia e interventistica oncologica 1-30 gg. (v.%)**
Anni 2008-2011



CDC = Case di cura

Per quanto attiene la chemioterapia i risultati 2011 confermano il trend positivo degli anni precedenti con un valore che ha raggiunto il 99% di trattamento entro 30 giorni dalla presa in carico, mentre per quanto riguarda gli interventi per neoplasia del colon-retto e della mammella si riscontra un peggioramento della performance. I casi che non rientrano nei tempi previsti riguardano spesso situazioni particolari che hanno richiesto percorsi diagnostici pre-operatori complessi (stadiazione), trattamenti adiuvanti o controindicazioni cliniche temporanee.

Nel 2011 i dimessi dai Day hospital oncologici con DRG di chemioterapia sono stati 881, mentre gli interventi per tumori colon-rettali sono stati 78 e 184 per oncologia mammaria.

Grafico n. 124. **Tempi d'attesa per protesi d'anca - % ricoveri per intervallo d'attesa. Anni 2008-2011**

CDC = Case di cura

L'obiettivo di garantire l'intervento entro 3 mesi nel 50% dei casi ed entro 6 mesi nel 90% dei casi, è stato ampiamente raggiunto nei quattro anni considerati.

Gli ospedali dell'Azienda USL di Reggio Emilia nel 2011 hanno effettuato 216 interventi. Non vengono considerate nei tempi d'attesa le protesi effettuate in urgenza e secondarie ad eventi traumatici (fratture di femore), che rappresentano una significativa quota di attività operatoria.

Tempo d'attesa per frattura di femore

Il tempo d'attesa relativo al trattamento chirurgico della frattura di femore nell'anziano maggiore di 65 anni, esprime un obiettivo di qualità dell'assistenza che viene assegnato da alcuni anni alle Unità Operative di Ortopedia e Traumatologia della nostra azienda ed è oggetto di monitoraggio regionale.

Si tratta di un indicatore che in letteratura ha dimostrato una correlazione significativa con la qualità dell'esito finale dell'intervento.

Tabella n. 115. **Fratture di femore nell'anziano trattate entro 72 ore ed entro 48 ore negli anni 2010-2011**

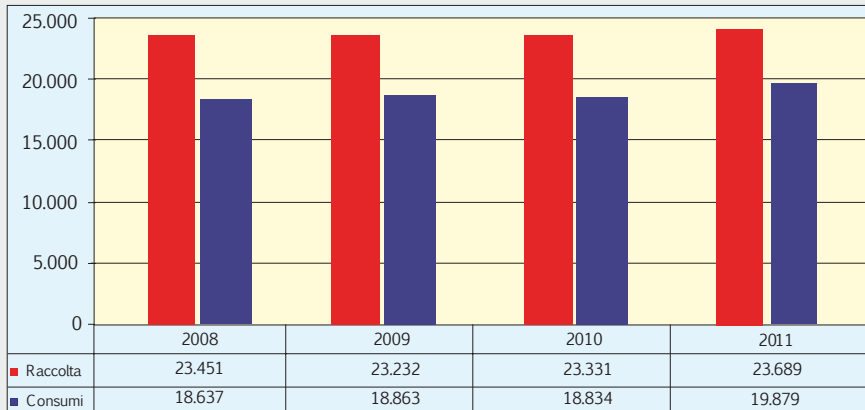
Fratture di femore in pazienti di età >=65 anni	Guastalla		Montecchio		Scandiano		Castelnovo Monti		Azienda USL Reggio Emilia	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Anno	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
N° casi	154	143	104	69	82	74	69	76	409	362
% operati entro 72 ore	75,3	76,9	51,0	62,3	41,5	48,6	58,0	69,7	59,4	66,8
% operati entro 48 ore	52,6	54,5	24,0	50,7	24,4	25,7	34,7	42,1	36,7	45,3

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

Nota: il numero casi comprende i ricoveri programmati e urgenti

Nel 2011 l'indicatore è migliorato, sia rispetto alla percentuale dei casi operata entro le 72 ore, che rispetto alla percentuale dei casi operata entro le 48 ore. L'obiettivo previsto per il 2012 è di superare il 50% degli interventi effettuati entro le 48 ore.

Grafico n. 125. **Piano sangue: raccolta/consumo nel periodo 2008-2011**



Si può notare come, pur registrandosi negli ultimi anni un trend incrementale nel rapporto tra consumo e raccolta che si è stabilizzato tra il 2009 e 2010 attorno all'80% (84% nel 2011), si mantenga un significativo scostamento in positivo tra la raccolta ed il consumo, che consente di garantire ampiamente l'autosufficienza in ambito provinciale. Per quanto attiene l'utilizzo del sangue in ambito clinico negli ultimi anni è stato incentivato un uso più appropriato, in applicazione delle linee guida interaziendali (Azienda USL e Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia) in materia.

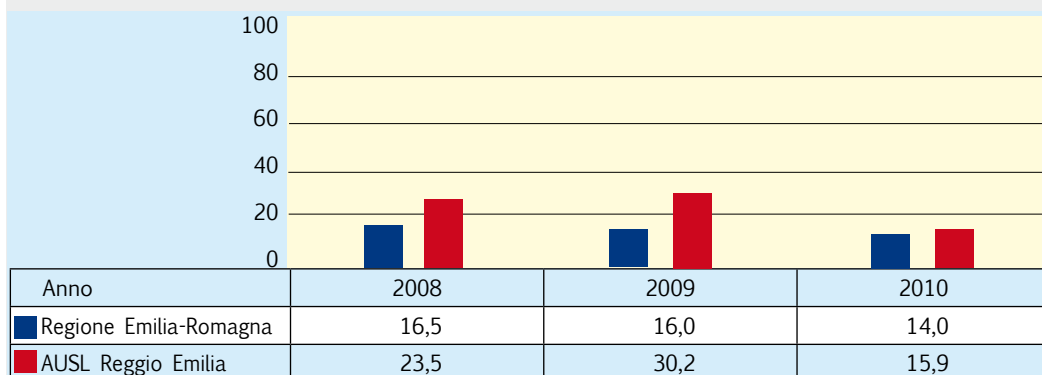
178

2.3.7. Qualità dell'assistenza

Per governare in maniera equa il livello di risposta sanitaria e garantire elevati standard di assistenza, l'Azienda USL di Reggio Emilia ha adottato i principi e gli strumenti del governo clinico come elementi strategici per la programmazione sanitaria in funzione dell'interesse della comunità.

Per realizzare questo disegno strategico, sono stati coinvolti i professionisti di tutti i livelli aziendali nello sviluppo ed applicazione del sistema qualità previsto dall'accreditamento, in particolare per quanto attiene i percorsi clinico-assistenziali, la pratica della medicina basata sulle evidenze, i programmi di audit clinico, la valutazione e il trasferimento delle best practice.

Si riportano di seguito alcuni indicatori di qualità dell'assistenza.

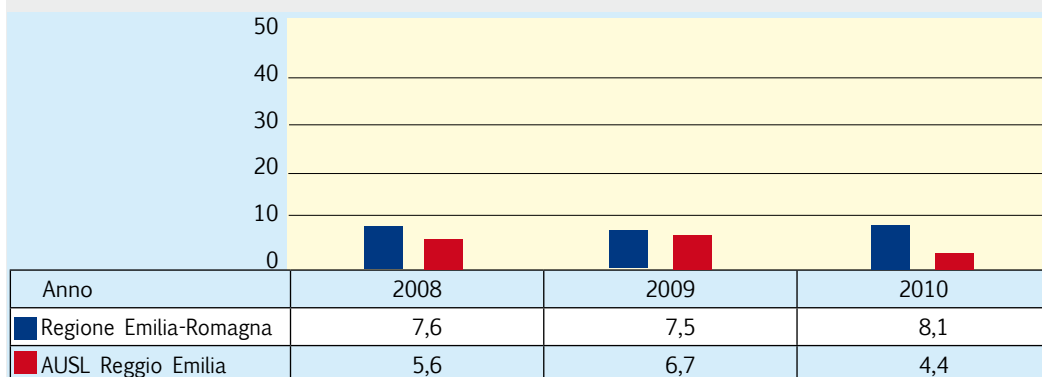
Grafico n. 126. **Mortalità a 30 giorni dalla data di ricovero per episodio di STEMI, 2008-2010, per azienda di ricovero**

Fonte: SDO, Anagrafe Assistiti Regionale e REM (Registro di mortalità), elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

La mortalità a 30 giorni per Infarto Miocardico Acuto ST-sopra (STEMI), nel triennio risulta più elevata rispetto alla media regionale, anche se nel 2010 è in netto calo e prossima al valore medio regionale.

In caso di STEMI, quando vi siano le indicazioni, i pazienti vengono centralizzati presso l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia per l'esecuzione dell'angioplastica primaria e successivamente trasferiti all'ospedale distrettuale di residenza.

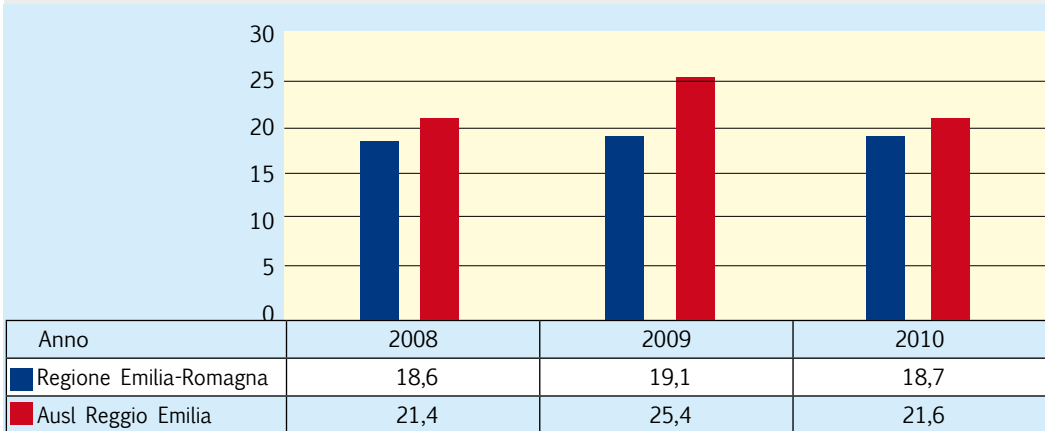
179

Grafico n. 127. **Mortalità a 30 giorni dalla data di ricovero per episodio di NSTEMI, 2008-2010, per azienda di ricovero**

Fonte: SDO, Anagrafe Assistiti Regionale e REM (Registro di mortalità), elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

La mortalità a 30 giorni per Infarto Miocardico Acuto Non ST-sopra (NSTEMI), nel triennio risulta costantemente inferiore alla media regionale ed in progressivo calo nel corso degli anni.

Grafico n. 128. **Mortalità a 30 giorni dalla data di ricovero in urgenza per stroke in pazienti maggiorenni residenti nella Regione Emilia-Romagna, 2008-2010, per azienda di ricovero**



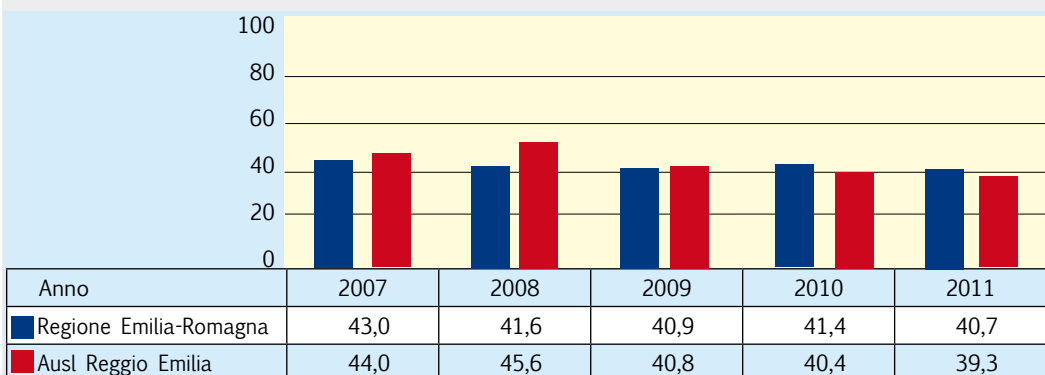
Fonte: SDO, Anagrafe Assistiti Regionale e REM (Registro di mortalità), elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Il dato dell'Azienda USL di Reggio Emilia risulta negli ultimi anni superiore alla media regionale, con una riduzione nel 2010 rispetto al 2009.

180

Quando vi sono le indicazioni, in caso di stroke ischemico, i pazienti vengono centralizzati all'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia per l'effettuazione della fibrinolisi e successivamente trasferiti all'ospedale di riferimento distrettuale.

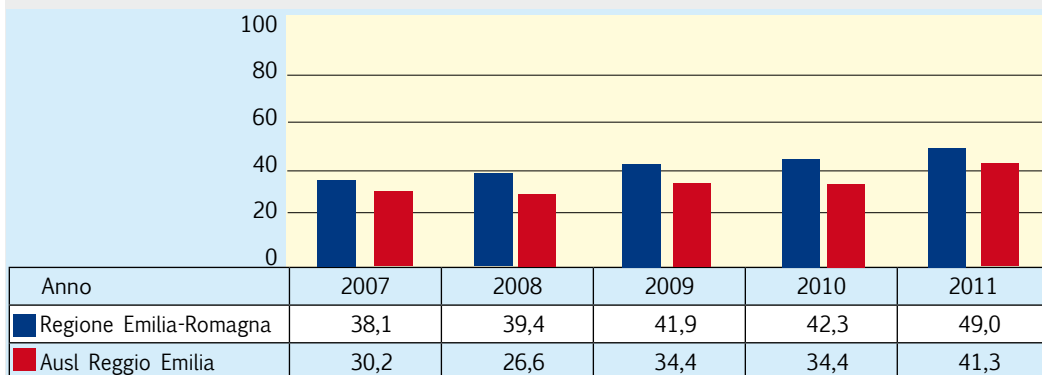
Grafico n. 129. **Tasso grezzo di ospedalizzazione per scompenso cardiaco congestizio *10.000 abitanti maggiorenni, 2007-2011, per azienda di residenza**



Per AUSL di Reggio Emilia, in questo caso, si intende i cittadini residenti in Provincia di Reggio Emilia che hanno effettuato un ricovero in qualunque ospedale della provincia, della regione o italiano. Fonte: SDO, elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Il tasso grezzo di ospedalizzazione per scompenso cardiaco risulta in progressivo calo per gli abitanti della Provincia di Reggio Emilia, con valori inferiori, negli ultimi due anni, alla media regionale, grazie anche all'adesione dei professionisti al percorso integrato ospedale-territorio per una migliore gestione di questa patologia.

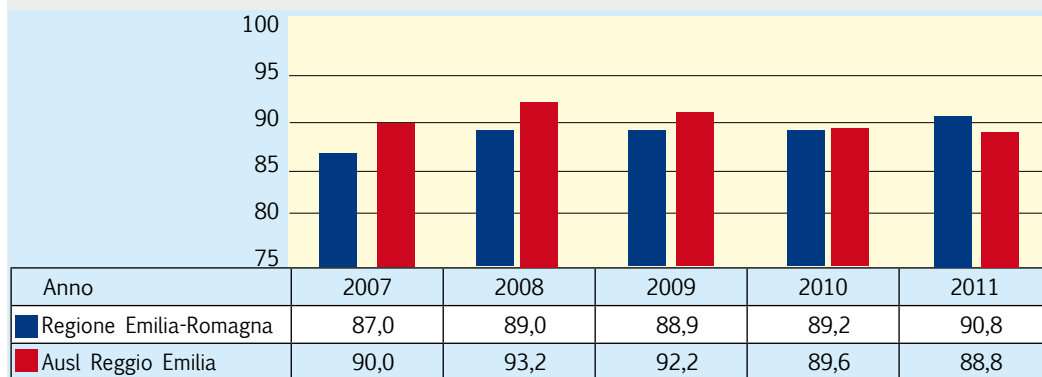
Grafico n. 130. **Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni dal ricovero in pazienti maggiorenni, 2007-2011, per azienda di ricovero**



Fonte: SDO, elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

L'effettuazione dell'intervento chirurgico entro 48 ore dal ricovero per frattura di femore in pazienti prevalentemente anziani, rappresenta un obiettivo di miglioramento per tutte le Unità Operative di Ortopedia aziendali, oggetto anche della definizione di percorsi diagnostico-terapeutici appropriati e tempestivi.

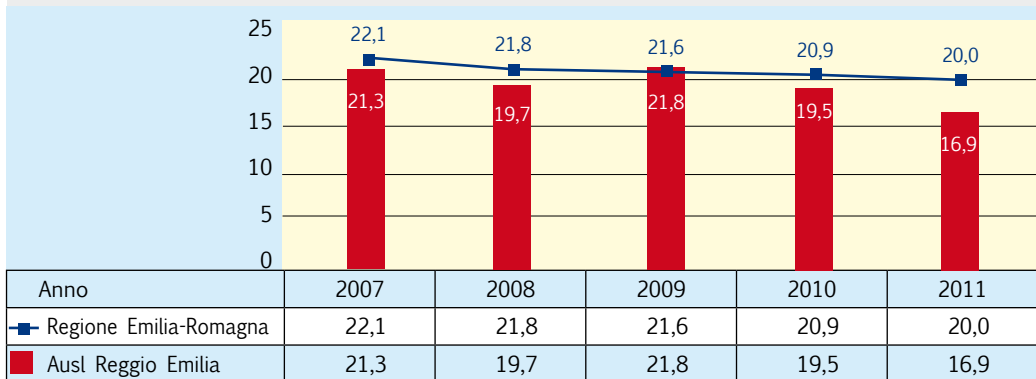
Grafico n. 131. **Proporzione di interventi di colecistectomia laparoscopica, 2007-2011, in regime di ricovero ordinario, per azienda di ricovero**



Fonte: SDO, elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

L'intervento per via laparoscopica rappresenta il gold standard per la colecistectomia. Nelle Unità Operative di Chirurgia dell'Azienda USL di Reggio Emilia è un obiettivo di budget l'incremento delle colecistectomie per via laparoscopica effettuate in regime di day surgery / one day surgery. Questo spiega come i dati riferiti al ricovero ordinario, che riguardano pazienti prevalentemente in urgenza o complessi, siano più alti del livello regionale fino al 2010. Il calo progressivo è spiegato dal passaggio del ricovero da ordinario a day surgery / one day surgery, che in un ospedale raggiunge l'80% del totale degli interventi.

Grafico n. 132. **Parti con taglio cesareo primario ogni 100 parti, 2007-2011, per azienda di ricovero**



Fonte: SDO e CEDAP, elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Dopo il picco del 2009, si evidenzia una progressiva diminuzione nell'ultimo biennio, sia a livello regionale che per l'Azienda USL di Reggio Emilia che raggiunge il 16,9% nel 2011, contro il 20,0% della media regionale. Questo dato legge l'utilizzo del taglio cesareo primario nell'ambito degli ospedali aziendali e come tale riguarda popolazione residente e non residente.

182

Si riporta di seguito il dettaglio per ogni punto nascita dell'Azienda USL di Reggio Emilia. Vengono considerati: la percentuale complessiva sui parti e la percentuale relativa alla popolazione non sottoposta in una gravidanza precedente a taglio cesareo (TC non iterativo).

Tabella n. 116. **Percentuale di tagli cesarei effettuati nel triennio 2009-2011 negli ospedali dell'Azienda USL di Reggio Emilia**

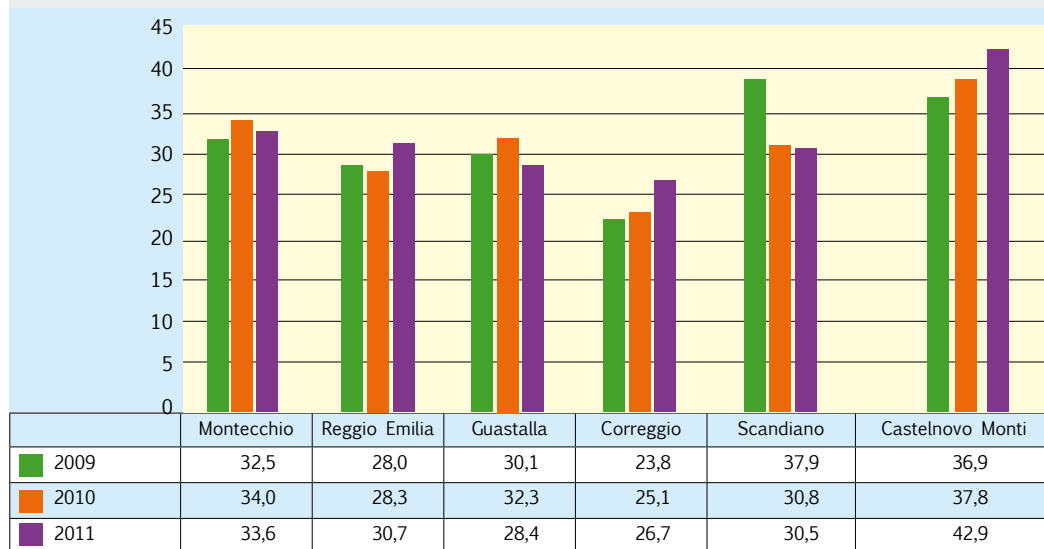
Indicatori	Guastalla			Montecchio			Scandiano			Castelnuovo Monti		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Anno	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Numero di parti	810	862	892	946	746	701	711	689	707	252	241	203
% TC sul numero di parti	23,6	26,2	25,2	29,6	33,9	29,8	38,0	24,5	23,9	39,8	36,9	40,9
% TC non iterativi sul numero di parti	12,9	14,8	15,5	18,1	21,7	16,1	25,0	13,9	13,4	23,7	24,5	21,7

Fonte numero parti: SDO; fonte numero cesarei: CEDAP

Si mantiene una significativa variabilità tra le diverse strutture, con un andamento complessivo in riduzione, ad eccezione di Castelnuovo Monti.

Come descritto in letteratura, si conferma la correlazione inversa tra numero di parti totali della struttura e percentuale di tagli cesarei. Per un dato più analitico si rimanda al rapporto regionale CEDAP che riporta la disaggregazione nelle diverse classi di Robson.

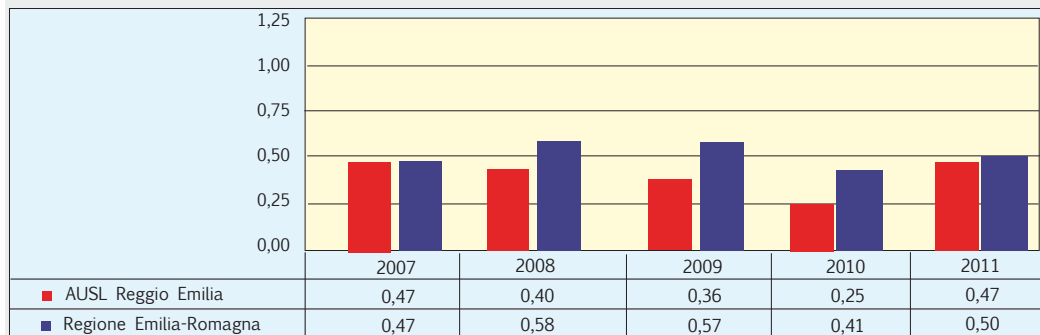
Grafico n. 133. Percentuale di parti cesarei effettuati in Emilia-Romagna per residenti nei distretti dell'Azienda USL di Reggio Emilia



Totale 2009: 30,4%; totale 2010: 30,0%; totale 2011: 30,9%

Questo dato legge la percentuale di cesarei sulla popolazione residente indipendentemente dalla sede del parto all'interno della Regione Emilia-Romagna. Per questo motivo il dato non riflette la percentuale di TC effettuati nell'ospedale distrettuale di riferimento.

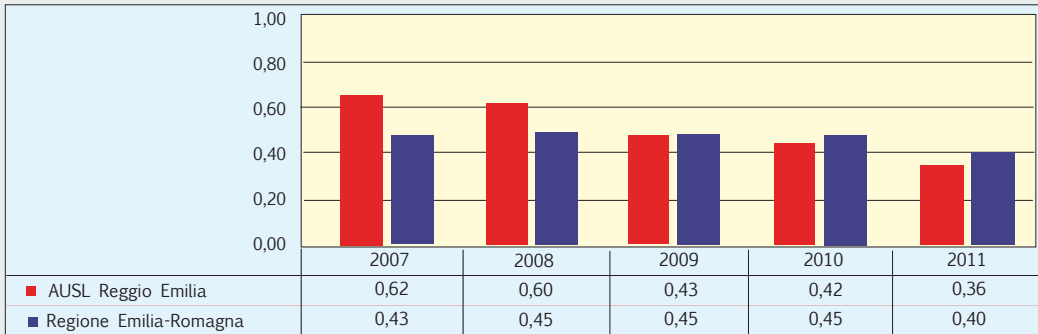
Grafico n. 134. Ricoveri per polmoniti e influenza negli anziani di età > 64 anni ogni 1.000 residenti, 2007-2011, per azienda di residenza



Per AUSL di Reggio Emilia, in questo caso, si intende i cittadini residenti in Provincia di Reggio Emilia che hanno effettuato un ricovero in qualunque ospedale della provincia, della regione o italiano. Fonte: SDO, elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Si nota un incremento dei ricoveri nel 2011 che, per l'Azienda USL di Reggio Emilia, dopo il progressivo calo del triennio precedente, riporta i valori al 2007. L'incremento del 2011 si registra anche a livello regionale e l'Azienda USL di Reggio Emilia mantiene valori inferiori al dato medio regionale.

Grafico n. 135. **Diabete, complicazioni a breve termine per 1.000 residenti, 2007-2011, per azienda di residenza**

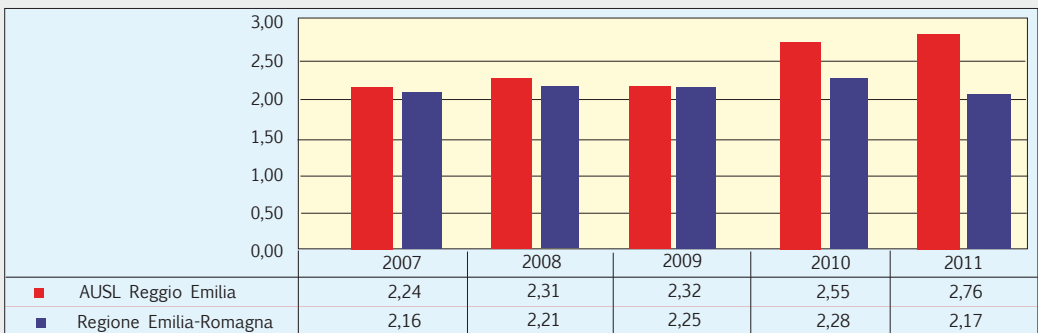


Per AUSL di Reggio Emilia, in questo caso, si intende i cittadini residenti in Provincia di Reggio Emilia che hanno effettuato un ricovero in qualunque ospedale della provincia, della regione o italiano. Fonte: SDO, elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Se si considera che la prevalenza del diabete nella popolazione è in costante aumento, essendo collegata all'invecchiamento progressivo della popolazione, il dato depone per una migliore appropriatezza ed efficacia nell'assistenza al paziente diabetico con una focalizzazione sulla prevenzione e sulla diagnosi tempestiva e precoce delle complicanze a breve termine. In effetti gli orientamenti più attuali nell'ambito della gestione della patologia del diabete mellito enfatizzano l'importanza della promozione della salute, dell'educazione terapeutica e dell'empowerment del paziente, nonché indicano nel regime ambulatoriale e nel sistema integrato ospedale-territorio il setting assistenziale più adeguato per questi pazienti.

Nell'ultimo triennio si è registrato un significativo decremento del dato con un allineamento alla media regionale, che rimane sostanzialmente stabile.

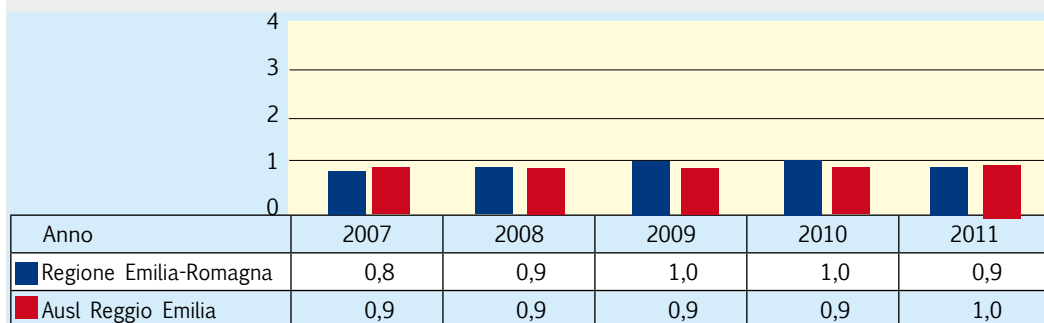
Grafico n. 136. **Diabete, complicazioni a lungo termine per 1.000 residenti, 2007-2011, per azienda di residenza**



Per AUSL di Reggio Emilia, in questo caso, si intende i cittadini residenti in Provincia di Reggio Emilia che hanno effettuato un ricovero in qualunque ospedale della provincia, della regione o italiano. Fonte: SDO, elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Dopo una sostanziale stabilizzazione del dato negli ultimi anni con un allineamento alla media regionale, nell'ultimo biennio si registra un incremento per i pazienti diabetici residenti nella Provincia di Reggio Emilia.

Grafico n. 137. **Tasso grezzo di ospedalizzazione per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici *10.000 abitanti maggiorenni, 2007-2011, per azienda di residenza**

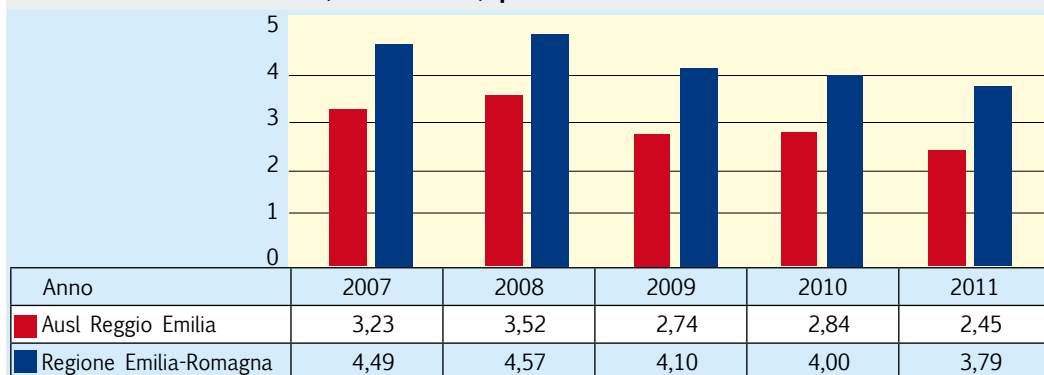


Per AUSL di Reggio Emilia, in questo caso, si intende i cittadini residenti in Provincia di Reggio Emilia che hanno effettuato un ricovero in qualunque ospedale della provincia, della regione o italiano. Fonte: SDO, elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

I dati sono sostanzialmente stabili negli anni e sovrapponibili al valore medio regionale. Il coordinamento interaziendale delle diabetologie sta elaborando percorsi diagnostico-assistenziali per il miglioramento della gestione del piede diabetico finalizzato alla prevenzione dell'amputazione degli arti inferiori.

185

Grafico n. 138. **Tasso di ospedalizzazione grezzo per cause evitabili (in diagnosi principale: asma, scompenso cardiaco, diabete, ipertensione, malattie croniche polmonari) ogni 1.000 residenti, 2007-2011, per azienda di residenza**



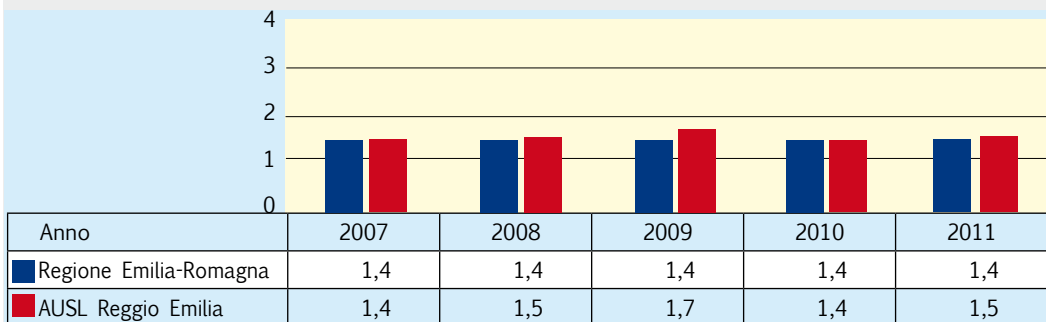
Per AUSL di Reggio Emilia, in questo caso, si intende i cittadini residenti in Provincia di Reggio Emilia che hanno effettuato un ricovero in qualunque ospedale della provincia, della regione o italiano. Fonte: SDO, elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Questo indicatore seleziona i ricoveri che per tipologia di patologia dovrebbero in linea teorica essere trattati in regime diverso dal ricovero ordinario e day hospital. Si tratta di patologie croniche che sono responsabili della maggior parte dei ricoveri

ripetuti per singolo paziente. In questi casi si ritiene più efficiente ed appropriata una gestione della patologia fondata sull'educazione terapeutica, sull'empowerment del paziente, sui percorsi di continuità assistenziale integrata territorio-ospedale, sulla prevenzione e diagnosi precoce delle complicanze, sul follow-up ambulatoriale, sugli interventi riabilitativi.

Si può osservare come il dato per i residenti nella Provincia di Reggio Emilia mantenga valori inferiori alla media regionale nell'ultimo quinquennio ed in progressivo calo.

Grafico n. 139. **Percentuale di ricoveri non pianificati avvenuti entro 15 giorni dalla dimissione, 2007-2011, per azienda di ricovero**



Fonte: SDO, elaborazione Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

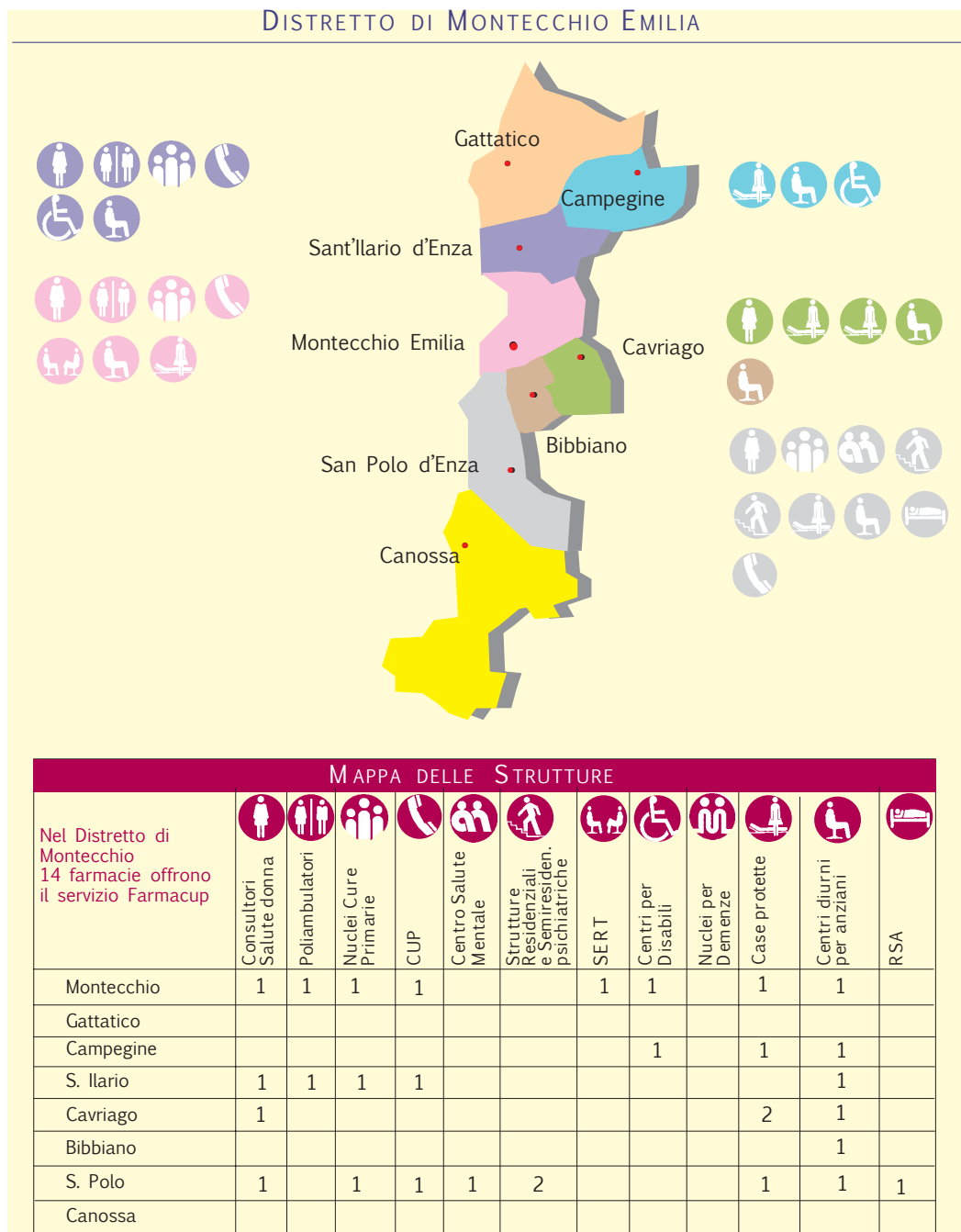
Il dato è stabile negli anni e sovrapponibile al valore medio regionale. I ricoveri ripetuti sono oggetto di monitoraggio e valutazione per individuarne le cause e ridurre la frequenza.

2.4. Ricerca

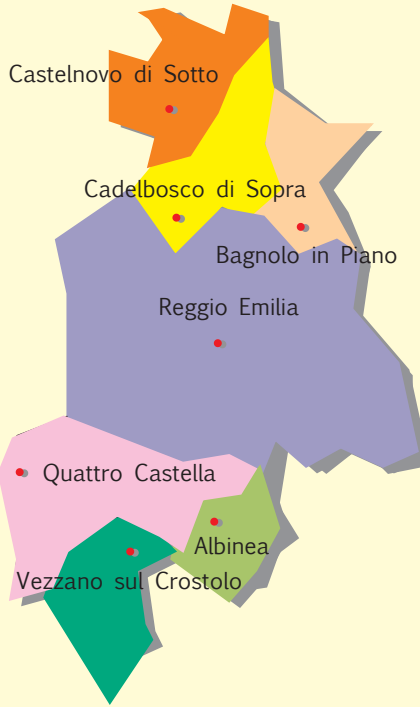
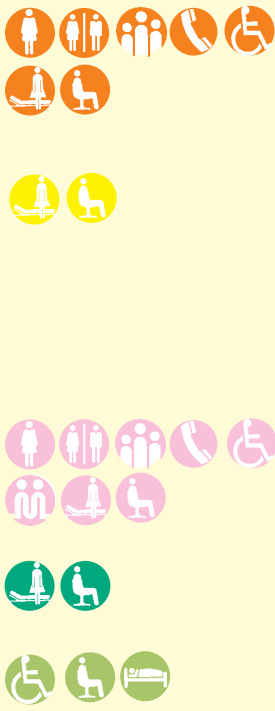
Per quanto riguarda l'infrastruttura della ricerca, le attività realizzate nel 2011 ed i risultati conseguiti, si rimanda alla sezione 6 dedicata in modo specifico al tema del governo della ricerca e innovazione.

2.5. Assetto organizzativo

Mappa, per singolo distretto, delle strutture sanitarie e socio-sanitarie presenti nei comuni afferenti ai territori distrettuali



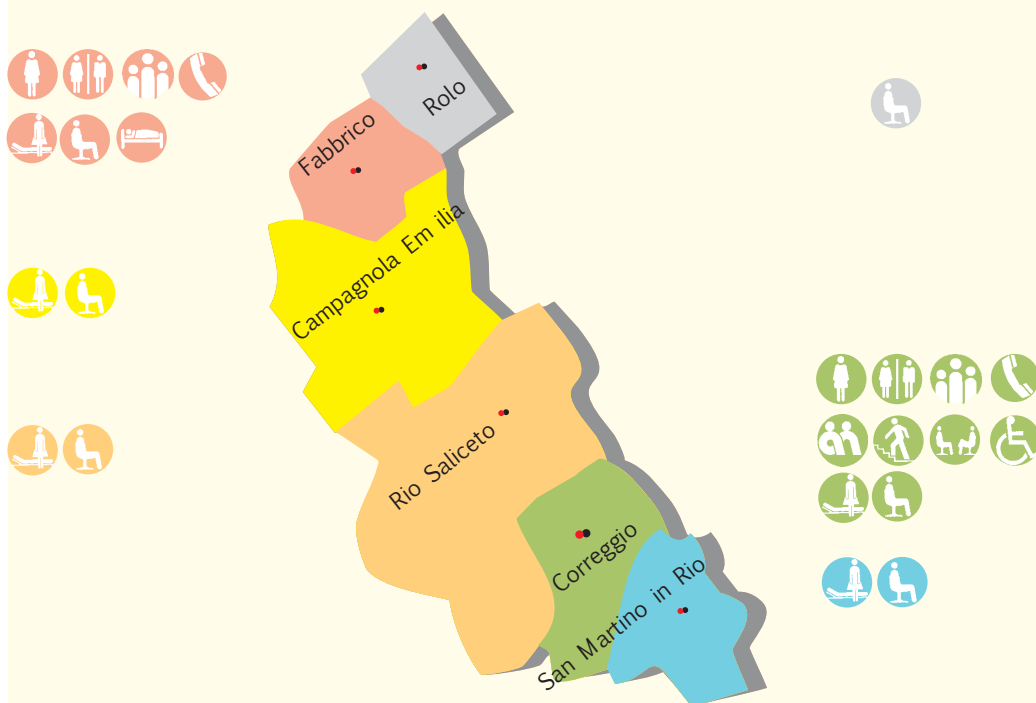
DISTRETTO DI REGGIO EMILIA



MAPPA DELLE STRUTTURE

	Consultori Salute donna	Poliambulatori	Nuclei Cure Primarie	CUP	Centro Salute Mentale	Strutture Residenziali e Semiresiden. psichiatriche	SERT	Centri per Disabili	Nuclei per Demenze	Case protette	Centri diurni per anziani	Residenza riabilitativa	Casa della Salute
Nel Distretto di Reggio Emilia 38 farmacie offrono il servizio Farmacup e 15 medicine di gruppo o in rete offrono il Medicup													
Reggio Emilia	4	1	5	3	2	7	4	14	1	8	7		2
Bagnolo in Piano				1						1	1		
Castelnovo Sotto	1	1	1	1				1		1	1		
Cadelbosco Sopra										1	1		
Quattro Castella	1	1	1	1				1	1	1	1		
Vezzano sul Crostolo										1	1		
Albeina								1			1	1	

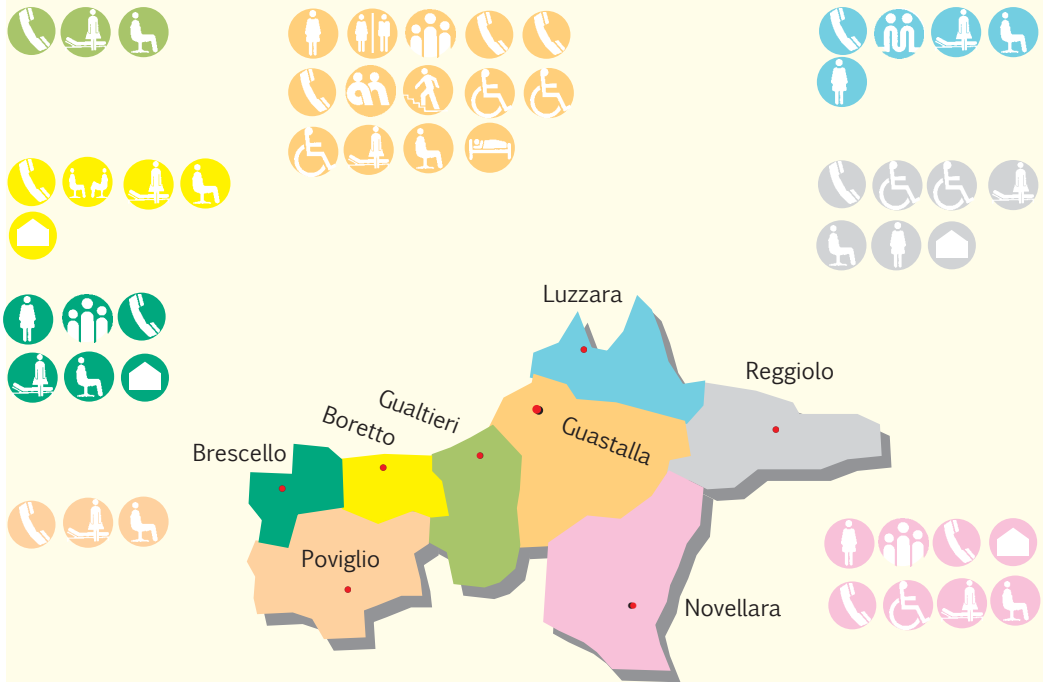
DISTRETTO DI CORREGGIO



MAPPA DELLE STRUTTURE

Nel Distretto di Correggio 9 farmacie offrono il servizio Farmacup												
Correggio	1	1	1	1	1	1	1		1	1		
Fabbrico	1	1	1	1					1	1	1	
Campagnola Emilia									1	1		
Rolo											1	
Rio Saliceto									1	1		
San Martino in Rio									1	1		

DISTRETTO DI GUASTALLA

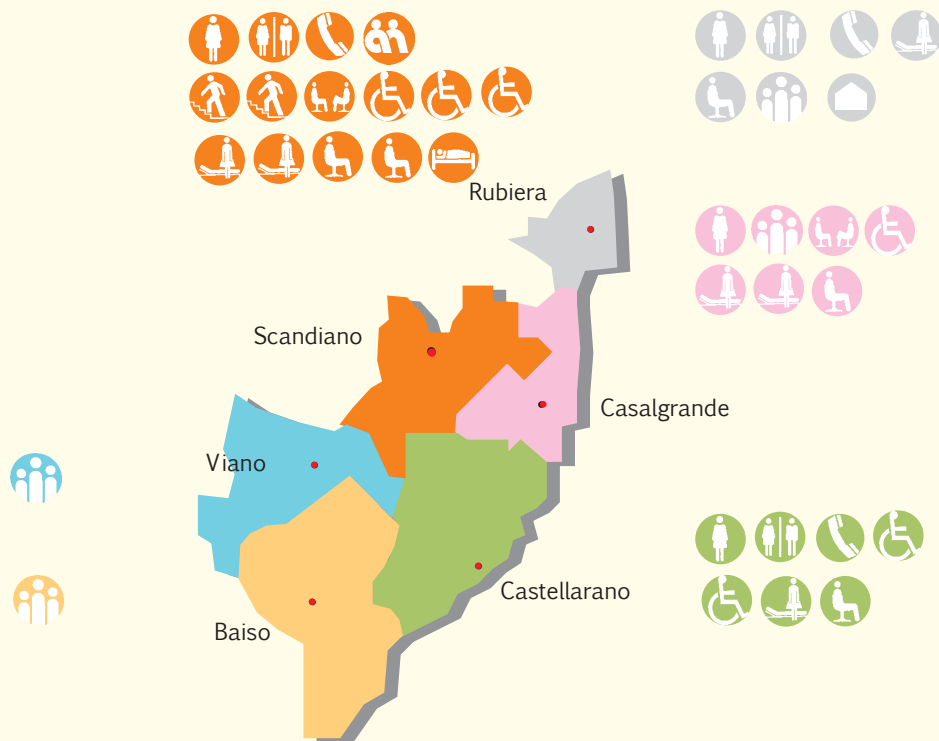


190

MAPPA DELLE STRUTTURE

Nel Distretto di Guastalla 11 farmacie offrono il servizio Farmacup													
	Consultori Salute donna	Poliambulatori	Nuclci Cure Primarie	CUP e Medicup	Centro Salute Mentale	Strutture Residenziali e Semiresiden- psichiatriche	SERT struttura residenziale	Centri per Disabili	Nuclci per Demenze	Casa protette	Centri diurni per anziani	RSA	Casa della Salute
Guastalla	1	1	1	2	1	1		3		1	1	1	
Luzzara	1			1					1	1	1		
Reggiolo	1			1				1		1	1		1
Novellara	1		1	2				1		1	1		1
Gualtieri				2						1	1		
Boretto				1			1			1	1		1
Brescello	1		1	1						1	1		1
Poviglio				1						1	1		

DISTRETTO DI SCANDIANO

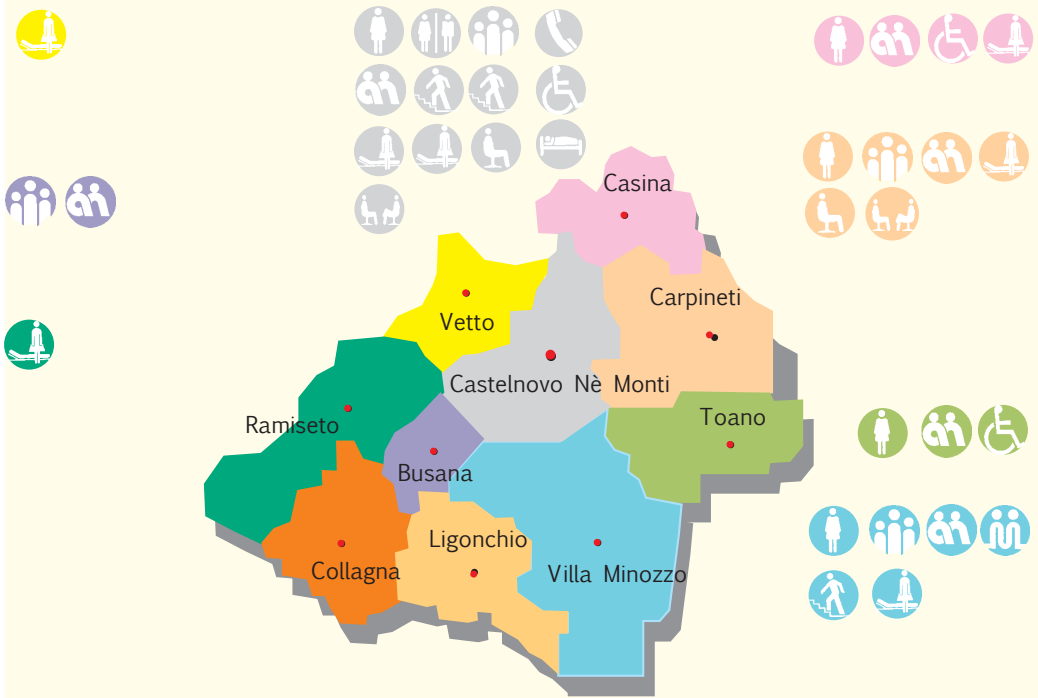


MAPPA DELLE STRUTTURE

Nel Distretto di Scandiano 14 farmacie offrono il servizio Farmacup													
	Consultori Salute donna	Polikliambulatori	Nuclei Cure Primarie	CUP	Centro Salute Mentale	Strutture Residenziali e Semi-residen. psichiatriche	SERT	Centri per Disabili	Nuclei per Demenze	*Case protette	Centri diurni per anziani	RSA	Casa della Salute
Scandiano	1	1	1	1	1	2	1	3		2	2	1	
Viano													
Rubiera	1	1	1	1						1	2		1
Casalgrande	1		1				1	2		2	1		
Castellarano	1	1	1	1				1		1	1		
Baiso													

* 14 posti per residenti nel Distretto di Scandiano a Le Esperidi di Vezzano e 10 posti a Villa Bertani di Correggio

DISTRETTO DI CASTELNOVO NE' MONTI



MAPPA DELLE STRUTTURE

Nel Distretto di Castelnuovo ne' Monti 14 farmacie offrono il servizio Farmacup												
Castelnuovo ne' Monti	1	1	1	1	1	2	1	1		2	1	1
Casina	1				1			1		1		
Vetto										1		
Ramiseto										1		
Collagna												
Busana			1		1							
Ligonchio												
Villa Minozzo	1		1		1	1			1	1		
Toano	1				1			1				
Carpineti	1		1		1		1			1	1	



E. Poli, Ritratto di ricoverata, aristotipo, 1892.

Emilio Poli, assunto al San Lazzaro come guardarobiere nel 1872, venne presto impiegato come fotografo dal direttore A. Tamburini, che diede vita a un "Gabinetto fotografico" per ritrarre i pazienti e studiarne la fisionomia. Rispetto ad altre fotografie coeve, limitate al volto, queste raffigurano le donne a figura intera e all'aperto, in scene di vita comune.



E. Poli, *Ritratto di due ricoverate*, aristotipo, 1892.

Emilio Poli, assunto al San Lazzaro come guardarobiere nel 1872, venne presto impiegato come fotografo dal direttore A. Tamburini, che diede vita a un "Gabinetto fotografico" per ritrarre i pazienti e studiarne la fisionomia. Rispetto ad altre fotografie coeve, limitate al volto, queste raffigurano le donne a figura intera e all'aperto, in scene di vita comune.

Sezione 3

Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Premessa

- 3.1 Partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria
- 3.2 Universalità ed equità di accesso
 - 3.2.1 Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale
 - 3.2.2 La mediazione linguistico culturale
 - 3.2.3 Area materno-infantile
- 3.3 Centralità del cittadino
 - 3.3.1 La partecipazione dei cittadini nella valutazione dei servizi sanitari
 - 3.3.2 Le relazioni con le associazioni di volontariato
- 3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale
 - 3.4.1 Continuità assistenziale e dimissioni protette
 - 3.4.2 Ospedale-Territorio senza Dolore
 - 3.4.3 La rete ospedaliera
 - 3.4.4 Interventi strutturali
- 3.5 Promozione del cambiamento tecnologico, clinico e organizzativo

Premessa

- Le informazioni contenute in questa sezione sono organizzate in cinque aree:
- partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria;
 - universalità ed equità di accesso, in relazione a quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
 - centralità del cittadino, per favorire la valutazione dei servizi e la partecipazione alle scelte assistenziali dei cittadini, degli utenti e delle loro organizzazioni di rappresentanza;
 - qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale, come dovere di offrire prestazioni e servizi di elevata qualità tecnica, professionale e relazionale, nel rispetto dell'utilizzo razionale delle risorse;
 - promozione del cambiamento tecnologico, clinico e organizzativo nell'ottica del governo clinico.

Gli aspetti più significativi che costituiscono una peculiarità della realtà reggiana riguardano:

- il coinvolgimento di tutte le istanze locali nella programmazione sanitaria;
- la partecipazione dei cittadini alla valutazione della qualità dei servizi. In questo senso è di particolare stimolo il contributo fornito costantemente dai Comitati Consultivi Misti nel miglioramento continuo dell'organizzazione ai vari livelli;
- i molteplici rapporti sviluppati con le associazioni di volontariato, con i familiari, con i giovani che permettono di portare avanti insieme moltissime iniziative su diverse problematiche di salute;
- l'impegno costante nella ricerca continua di soluzioni coerenti tra problemi di salute / offerta dei servizi, nella appropriatezza e continuità delle cure e nell'attenzione ai risultati di salute.

3.1. Partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria

Per l'Azienda USL di Reggio Emilia, coerentemente con gli indirizzi regionali della legge 29/2004 e del Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008-2010, l'integrazione socio-sanitaria costituisce uno degli ambiti di lavoro cruciali in una logica di alleanza e coprogettazione con gli EE.LL., per migliorare la capacità di rispondere all'evoluzione della domanda socio-sanitaria.

In particolare, oltre allo sviluppo di servizi dedicati agli anziani, negli ultimi anni l'area della salute mentale e della tossicodipendenza e l'area della disabilità sono state oggetto di progettazione e confronto non solo interno, ma aperto ai contributi della comunità locale con particolare ascolto ai bisogni espressi dai pazienti, dalle loro famiglie e dalle associazioni di volontariato. Questi sono ambiti di particolare difficoltà per le famiglie, in cui le risposte più appropriate ed efficaci sono l'esito di una significativa sinergia tra l'azienda sanitaria, gli enti locali, il privato sociale, le associazioni di volontariato, per offrire servizi socio-sanitari integrati.

La partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria, a livello provinciale, si esprime nell'attività della Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale (CTSS) e a livello distrettuale principalmente nei Comitati di Distretto.

I principali argomenti trattati nel corso del 2011 dalla CTSS hanno riguardato: il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) e l'attribuzione delle risorse ai distretti, l'accreditamento dei servizi socio-sanitari, l'approvazione dei bilanci di esercizio, del bilancio di missione, dei bilanci di previsione delle aziende sanitarie della provincia, l'applicazione dei ticket sanitari per fasce di reddito.

Per quanto riguarda la programmazione a livello locale, i principali temi oggetto degli incontri dei Comitati di Distretto sono stati: la programmazione dei servizi rispetto all'assegnazione delle risorse del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, l'accreditamento dei servizi socio-sanitari, nuovi ticket sanitari in rapporto alle fasce di reddito, regolamento unico distrettuale dei servizi di assistenza domiciliare.

3.2. Universalità ed equità di accesso

Il tema dell'universalità dell'accesso è strettamente legato a quello della facilitazione dei percorsi e a quello dell'integrazione fra servizi. Per quanto riguarda gli interventi nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria, con particolare riferimento all'utilizzo del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) si rimanda alla sezione 7, dedicata a questo in modo specifico.

3.2.1. Facilitazione dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

È continuato l'impegno per facilitare l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale mediante la diffusione sempre più capillare dei punti di prenotazione. Il numero delle prenotazioni di esami e visite specialistiche effettuate presso le farmacie è passato da 259.687 nel 2010 a 272.264 nel 2011. Sono incrementate anche le prenotazioni effettuate dai Medici di Medicina Generale attraverso i CUP delle medicine di gruppo, passando da 75.195 nel 2010 a 79.006 nel 2011.

Il CUP telefonico provinciale (CUP TEL) per la prenotazione telefonica delle prestazioni sanitarie, attivato nel 2010, nel corso del 2011 ha effettuato 96.918 prenotazioni. Si prenotano attraverso il CUP TEL prestazioni appartenenti a tutte le branche specialistiche, con pochissime eccezioni, rappresentate dalle prestazioni di neurochirurgia, neuropsichiatria, oncologia, radioterapia, laboratorio (per le prestazioni di laboratorio è attivo l'accesso diretto in tutti i distretti della provincia). Non si prenotano le prestazioni di pre e post ricovero e le urgenze H24, per le quali si accede direttamente ai servizi. Le prenotazioni telefoniche si effettuano in un'ampia fascia oraria giornaliera che va dalle 8.00 alle 18.00 dal lunedì al venerdì.

3.2.2. La mediazione linguistico culturale

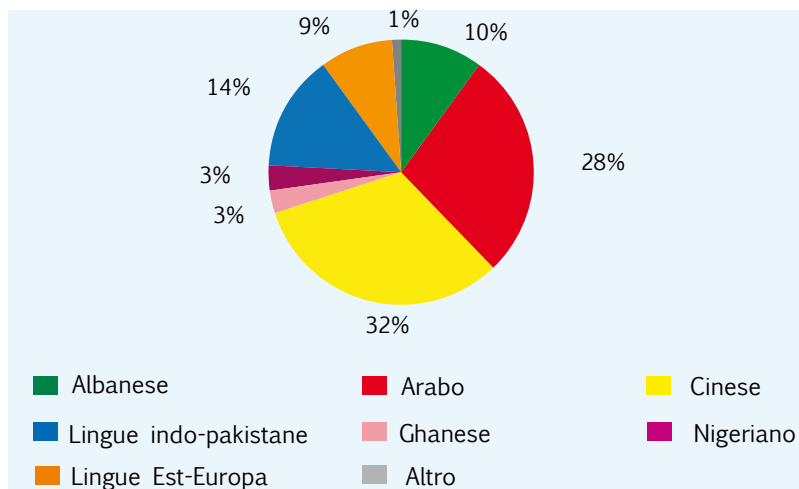
Per migliorare l'accesso della popolazione immigrata ai servizi sanitari la strategia aziendale complessiva è finalizzata, da una parte a migliorare la capacità di tutta l'organizzazione di rispondere in modo efficace alle sfide del pluralismo culturale, e dall'altra a mettere in grado i cittadini immigrati di utilizzare in modo appropriato i servizi e gestire efficacemente la propria condizione di salute nei nuovi contesti di vita. Le azioni di miglioramento sostenute riguardano:

- il superamento delle barriere linguistiche e culturali attraverso un servizio strutturato e coordinato di mediazione interculturale in grado di servire tutto il territorio;
- l'integrazione delle "competenze inter-culturali" con quelle professionali ed organizzative attraverso una formazione del personale sia trasversale che specifica degli ambiti lavorativi;
- il miglioramento dell'accesso ai servizi e alle strutture ospedaliere mediante la produzione di materiale informativo in lingua, la predisposizione di segnaletica multilingue.

Il servizio di mediazione interculturale è coordinato centralmente a livello aziendale e copre la totalità dei servizi delle due aziende sanitarie della provincia, attraverso la collaborazione con cooperative del territorio specializzate in materia di immigrazione.

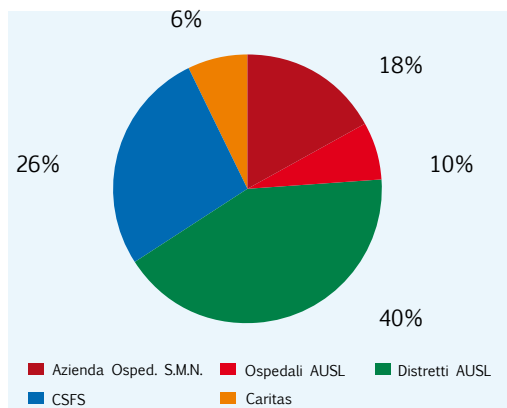
Le mediatrici e i mediatori interculturali presenti in modo sistematico e continuativo nei servizi sono 20 e coprono le lingue più diffuse quali cinese, arabo, francese, inglese, russo, albanese, hindi, urdu e punjabi, ma vi è la possibilità di ampliare l'offerta per richieste meno frequenti, come per la lingua bengalese, tamil, turca, swahili, bangla. Le lingue maggiormente richieste sono quella cinese (32%), quella araba (28%), le lingue indo-pakistane (hindi, urdu e punjabi 14%), quella albanese (10%), le lingue dei paesi dell'Est-Europa (9%) e quelle africane (nigeriane e ghanesi 6%).

Grafico n. 140. **Lingue maggiormente richieste**



Nel 2011 sono state utilizzate 13.194 ore, in particolare: 4.143 ore, pari al 32% del totale, sono state utilizzate presso il Centro per la Salute della Famiglia Straniera (CSFS) e l'Ambulatorio Querce di Mamre della Caritas, che forniscono assistenza sanitaria di base e specialistica agli immigrati irregolari; 5.391 ore, pari al 40% del totale, sono state utilizzate nei servizi distrettuali (soprattutto salute donna, salute infanzia e salute mentale); 1.265 ore, pari al 10% del totale, sono state utilizzate dagli ospedali dell'Azienda USL e 2.396 ore, pari al 18% del totale, sono state utilizzate presso l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia nella quale il servizio è attivo quotidianamente.

Grafico n. 141. **Utilizzo in ore del servizio di mediazione interculturale**

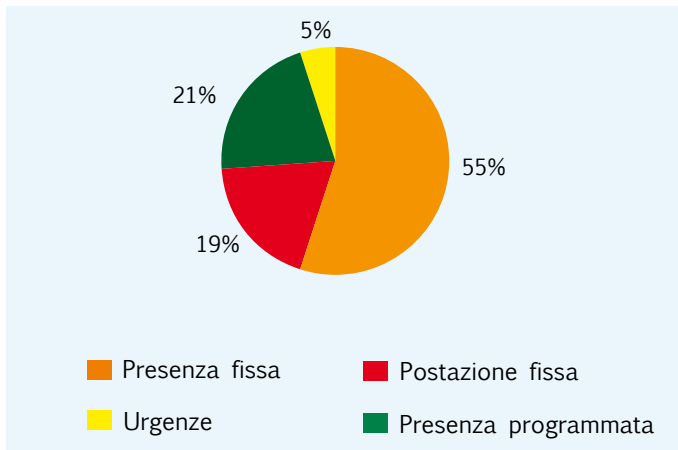


Per quello che riguarda le tipologie di intervento utilizzate si nota che la presenza fissa, attiva nei servizi territoriali con maggiore accesso di utenza immigrata, e la postazione fissa, attiva all'interno degli ospedali, costituiscono il 74% dell'attività complessiva e garantiscono ad operatori sanitari e utenti stranieri un servizio sul quale fare affidamento in modo stabile.

La presenza programmata, utilizzata soprattutto dai servizi territoriali per interventi formativi/informativi con le comunità, per attività clinico/assistenziali o per incontri di coordinamento delle attività tra operatori e mediatrici, copre il 21% delle ore di attività totali.

L'intervento urgente, pari al 5% dell'attività complessiva, e quello telefonico, sono utilizzati principalmente nelle unità operative che necessitano del pronto intervento delle mediatrici (nido, sala parto, ostetricia e ginecologia).

Grafico n. 142. **Distribuzione dell'attività di mediazione per tipologia di intervento**



Percorso Migrant Friendly Hospital (MFH) aziendale

Dopo aver effettuato nel 2010 una rilevazione tra gli operatori di tutti i distretti in merito alle esigenze e difficoltà riscontrate nel rapporto con l'utenza immigrata, nel 2011 è stato realizzato in ciascun distretto un percorso formativo con l'obiettivo di fornire agli operatori sanitari conoscenze e strumenti per gestire le difficoltà quotidiane nel campo della comunicazione interculturale e migliorare la capacità di affrontare in team le situazioni problematiche. Hanno partecipato complessivamente circa 400 operatori di diversa professionalità: medici, infermieri, ostetriche, assistenti sanitari, amministrativi, personale di front-office.

Collaborazioni

Nel corso del 2011 è proseguita la collaborazione con l'Università di Modena e Reggio Emilia nell'ambito delle attività di ricerca che prevedono il monitoraggio e l'analisi della struttura del discorso nelle interazioni operatore/paziente che coinvolgono il mediatore interculturale.

Inoltre, è stata organizzata, nell'ambito del progetto "svezzamento etnico" finalizzato ad investigare le modalità e le abitudini alimentari nella prima infanzia nei principali gruppi etnici del nostro territorio (indiani, cinesi, magrebini), una giornata formativa per i pediatri di libera scelta allo scopo di analizzare i dati raccolti nei due anni precedenti.

Infine è proseguito il progetto regionale "Sviluppo di un sistema di monitoraggio relativo agli interventi sanitari a favore dei cittadini immigrati", in collaborazione con l'Assessorato Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna, al fine di promuovere la realizzazione delle azioni e degli obiettivi del programma triennale 2009-2011 per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri. In particolare nel 2011 è stato progettato un percorso formativo con l'obiettivo di fornire indicazioni regionali in materia di assistenza sanitaria rivolta all'utenza immigrata. Obiettivi specifici sono: lo sviluppo di competenze individuali ed organizzative per sostenere

le strategie regionali, l'aumento della consapevolezza e della conoscenza dei professionisti sanitari sul tema del superamento delle barriere nell'accesso ai servizi da parte delle persone immigrate e il miglioramento della comunicazione interculturale e dell'empowerment del cittadino nella relazione di cura.

Progetto equità

All'interno del progetto regionale equità, di cui l'Azienda USL di Reggio Emilia è capofila, sono stati realizzati nel 2011 strumenti di lavoro e sono state individuate esperienze con cui confrontarsi e trasferibili.

Inoltre nel 2011 è stato pianificato un percorso di Area Vasta Emilia Nord con l'obiettivo di individuare e trasferire buone pratiche volte a garantire equità di accesso e di trattamento nei servizi di prevenzione, di promozione della salute e di comunità, con particolare attenzione agli immigrati e ai detenuti.

3.2.3. Area materno-infantile

La DGR 533/2008 "Linee di indirizzo alle aziende sanitarie in merito al programma percorso nascita" impegna le aziende sanitarie regionali su 11 obiettivi, in parte di miglioramento, in parte totalmente innovativi, come gli obiettivi 1 e 2 sulla diagnostica prenatale e l'obiettivo 11 sul controllo del dolore in travaglio di parto, cui fa riferimento anche la DGR 1921/2007 "Linee Guida alle aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna per il controllo del dolore in travaglio di parto".

Sono almeno tre i livelli applicativi del percorso nascita: provinciale, di area vasta e regionale.

Per il livello provinciale la direttiva prevede che il piano attuativo sia concordato dalle due aziende sanitarie che insistono sul territorio. La Provincia di Reggio Emilia, già nel 2007, aveva attivato il Programma Interaziendale Materno Infantile (PIAMI), in staff alle direzioni sanitarie, con compiti di programmazione e valutazione delle attività e dei percorsi clinico-assistenziali, con particolare riferimento ai diversi aspetti della clinical governance. Il programma è articolato in numerosi coordinamenti di specialità, nonché in due commissioni dedicate alla salute infanzia e alla salute donna. Nell'ambito del PIAMI è stato elaborato il piano attuativo per il percorso nascita.

Per il livello inter-provinciale è stato costituito dalle Direzioni Generali dell'AVEN un gruppo multidisciplinare che ha il compito di valutare e condividere le migliori pratiche ed esperienze, nonché di monitorare lo stato di avanzamento e l'omogeneità dei piani attuativi provinciali. Nel 2011 il gruppo di lavoro si è occupato, in particolare, dell'attuazione della linea guida nazionale sulla gravidanza fisiologica ed ha proposto un progetto di modernizzazione per migliorare la gestione della gravidanza fisiologica da parte dell'ostetrica.

Per il livello regionale l'Azienda USL di Reggio Emilia partecipa con propri professionisti ai lavori della Commissione Tecnico-Scientifica regionale che, rinnovata nel mandato e nella composizione, ha il compito di valutare l'attuazione

della DGR 533 e proseguire nei lavori di analisi e programmazione dei bisogni e dell'appropriatezza dell'offerta, inserendo anche nuove tematiche relative, in particolare, all'assistenza neonatale ed alla continuità assistenziale ospedale-territorio.

Salute infanzia

La componente pediatrica si articola in quattro ambiti: la pediatria di libera scelta, la pediatria di comunità, la pediatria ospedaliera e la neuropsichiatria e disabilità infantile.

Obiettivo strategico del programma materno-infantile è coordinare e integrare le diverse competenze specialistiche nell'ambito dei percorsi clinico-assistenziali, di diagnosi e cura, prevenzione delle malattie e promozione della salute che riguardano i bambini e le loro famiglie.

I percorsi integrati tra i diversi servizi territoriali ed ospedalieri sono finalizzati a garantire la valutazione multidimensionale dei bisogni, la continuità assistenziale, la facilitazione dell'accesso alle prestazioni socio-sanitarie.

A questo proposito dal 2008 si è consolidato il modello di presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale che riguarda l'assistenza al bambino cronico e con bisogni speciali.

Una funzione che caratterizza la pediatria di comunità è quella vaccinale: negli ultimi anni sono stati proposti, secondo il calendario per le vaccinazioni infantili, nuovi vaccini come l'antimeningococcico, l'antipneumococcico, l'anti HPV (per la prevenzione del tumore del collo dell'utero) e l'antivaricella. Nel 2011 si conferma un minor ricorso all'assistenza ospedaliera, seppure con una riduzione più contenuta rispetto a quella registrata nel 2010.

Tabella n. 117. **Distribuzione dei ricoveri in regime ordinario, DH, OBI, trend 2009-2011**

	2009			2010			2011		
	ORD	DH	OBI	ORD	DH	OBI	ORD	DH	OBI
Pediatria aziendale	588	-	215	502	26	153	451	49	164
Guastalla	258	18	318	243	15	208	278	5	164
Castelnovo Monti	846	18	533	745	41	361	729	54	328
Totale casi	1.397			1.147			1.111		

ORD = regime di ricovero ordinario, DH = day hospital, OBI = osservazione breve intensiva

Considerando tra gli episodi assistenziali il ricovero ordinario, il ricovero in day hospital e l'OBI, nel 2011 nelle due sedi pediatriche dell'Azienda USL (Guastalla e Castelnovo Monti), che costituiscono l'Unità Operativa di Pediatria aziendale, i casi trattati sono stati complessivamente 1.111, rispetto ai 1.147 del 2010 (-3,1%).

Nell'ambito della prevenzione secondaria, accanto agli ormai consolidati screening infantili visivo ed ecografico per la displasia dell'anca, dal 2008 è attivo lo screening uditivo neonatale nella rete dei punti nascita della provincia, prima esperienza attivata a livello regionale. Tale screening viene effettuato presso i punti nascita della rete ospedaliera e la pediatria di comunità nel caso di Correggio (centri spoke), attraverso un esame strumentale di semplice esecuzione (TEOAE otoemissioni acustiche). I casi sospetti o accertati vengono inviati al secondo livello (hub) presso l'unità operativa semplice interaziendale per la cura delle malattie dell'orecchio all'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia.

Lo screening della displasia dell'anca viene attuato nelle diverse sedi distrettuali, mediante l'esecuzione entro il primo trimestre di vita di una ecografia osteo-articolare. I casi sospetti o accertati vengono inviati all'ambulatorio di secondo livello per la diagnosi e il trattamento.

Lo screening visivo, in particolare per la diagnosi precoce dell'ambliopia, viene effettuato da personale tecnico ortottista nelle scuole materne della provincia al 4° anno di vita. I casi sospetti o accertati vengono inviati all'ambulatorio di secondo livello per la diagnosi e il trattamento.

Nell'ambito della tutela della salute in età infantile, oltre alla promozione dell'allattamento al seno esclusivo, sono proseguiti i progetti relativi all'astensione dal fumo di sigaretta nei luoghi frequentati dai bambini (baby no smoke), la posizione supina nel sonno nel primo anno di vita per la prevenzione della morte in culla, la lettura ad alta voce ai bambini fin dai primi mesi di vita (Progetto "Nati per leggere"). Quest'ultimo progetto ha vinto recentemente il premio nazionale alla Fiera del libro di Torino.

Tutte le azioni descritte sono contenute nella campagna nazionale di comunicazione "genitori più" riportata nelle linee di indirizzo del Ministero della Salute.

Salute donna

La componente salute donna è articolata in due coordinamenti: ginecologia e ostetricia ospedaliera e consultori familiari. Nell'ambito salute donna è rilevante l'attività di prevenzione secondaria riconducibile ai due screening per la diagnosi precoce dei tumori della cervice uterina e della mammella, per i quali si rimanda alla sezione 2. paragrafo 2.3.2. Assistenza collettiva in ambiente di vita e lavoro. Per quanto riguarda i parti effettuati, nell'ultimo anno si è confermato il trend in calo (pari al -1,4% rispetto al 2010), per quanto più contenuto rispetto al calo già registrato nell'anno precedente (pari al -6%), con diverso andamento nell'ambito dei quattro ospedali del presidio aziendale. In particolare, si segnala l'incremento dei parti presso l'Ospedale di Guastalla motivato, dal gennaio 2011, dall'offerta gratuita della parto-analgesia. Nel 2011 sono stati effettuati 194 parti in analgesia, pari al 25,4% dei parti vaginali complessivi della struttura. Si tratta per il 47,5% di donne residenti nel Distretto di Guastalla, per il 35% di donne residenti nel resto della provincia e per il 17% provenienti da fuori provincia o fuori regione.

In tutti i punti nascita del presidio aziendale vengono garantite metodiche di controllo del dolore non farmacologiche nel travaglio e nel parto fisiologico, nel rispetto della naturalità e demedicalizzazione della nascita.

Tabella n. 118. **Distribuzione dei parti nel presidio ospedaliero dell'Azienda USL di Reggio Emilia, trend 2009-2011**

Ospedale	2009	2010	2011
Guastalla	809	859	894
Montecchio	946	747	705
Scandiano	708	691	709
Castelnovo Monti	252	250	207
Presidio ospedaliero	2.715	2.547	2.515

3.3. Centralità del cittadino

In linea con gli orientamenti regionali, l'Azienda USL di Reggio Emilia riconosce al cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute, un ruolo attivo di partecipazione alla definizione dell'organizzazione dei servizi sanitari e della loro valutazione.

3.3.1. La partecipazione dei cittadini nella valutazione dei servizi sanitari

Migliorare la qualità dei servizi attraverso la lettura e la comprensione dei bisogni degli utenti rappresenta una tensione costante dell'Azienda USL di Reggio Emilia. A tal fine ha consolidato negli anni un sistema di monitoraggio periodico del grado di soddisfazione degli utenti, sia del ricovero ospedaliero che dei servizi territoriali, per il miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati.

Il coinvolgimento dei cittadini nell'attività di valutazione e verifica si esprime in modo istituzionale attraverso i Comitati Consultivi Misti, che oltre ad iniziative specifiche da loro individuate, affrontano la lettura delle segnalazioni dei pazienti, raccolte e gestite dagli uffici URP distrettuali, analizzano i report della qualità percepita e propongono azioni di miglioramento.

I Comitati Consultivi Misti

I Comitati Consultivi Misti (CCM), presenti in ogni distretto dell'Azienda USL, sono organismi a composizione mista, formati in misura maggioritaria dai rappresentanti delle associazioni di tutela e di volontariato impegnate nel settore socio-sanitario, e in misura minoritaria da operatori dell'Azienda USL. Questa composizione eterogenea è stata voluta dalla normativa regionale per facilitare disponibilità, ascolto ed interscambio tra le due componenti (cittadini e azienda).

I Comitati Misti distrettuali, riuniti in un coordinamento aziendale, lavorano in connessione con gli URP dei distretti e avanzano proposte concrete di analisi dei fenomeni, di soluzione dei problemi, di verifica dei risultati, con l'obiettivo di contribuire in modo positivo al miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi.

I temi principali affrontati dal coordinamento aziendale nel 2011 sono stati:

- l'aggiornamento della carta dei servizi;
- le nuove modalità per certificare il diritto all'esenzione ticket per reddito;
- la verifica da parte dei CCM in ciascun distretto delle barriere architettoniche nelle strutture sanitarie aziendali e analisi delle risultanze a livello distrettuale e aziendale con la collaborazione del servizio tecnico per attuare azioni di superamento delle stesse;
- la presentazione della nuova procedura aziendale per la raccolta, gestione e monitoraggio dei reclami presentati dai cittadini;
- l'analisi dei risultati sulla rilevazione della qualità percepita negli ospedali e nelle strutture territoriali;
- la presentazione da parte del Direttore Generale dell'Azienda USL della normativa relativa ai nuovi ticket sanitari introdotti dalla manovra finanziaria autunnale e le modalità organizzative adottate per la raccolta da parte dei cittadini delle dichiarazioni sul reddito;
- la presentazione da parte della Presidente del Comitato Utenti e Familiari della Salute Mentale delle attività svolte in questo ambito;
- la partecipazione ad un incontro della Commissione provinciale Sicurezza Sociale di presentazione delle funzioni e delle attività svolte dai CCM dell'Azienda USL di Reggio Emilia.

Gli stessi temi, oltre ad altri argomenti di pertinenza specificatamente locale, sono stati affrontati a livello distrettuale. Il Direttore Generale ha partecipato in ciascun distretto ad un incontro dei CCM.

L'ascolto e la partecipazione degli utenti al miglioramento dei servizi sanitari

L'Azienda USL di Reggio Emilia ha adottato da tempo strumenti per l'ascolto dell'utente e la partecipazione dei cittadini nella valutazione della qualità dei servizi erogati, quali: questionari di soddisfazione del ricovero ospedaliero e di gradimento dei servizi territoriali e scheda di segnalazione dei cittadini.

La qualità percepita nelle strutture ospedaliere e territoriali

Per quanto riguarda la valutazione del gradimento dei servizi sanitari aziendali nel 2011 sono state aggiornate le due procedure aziendali relative alle strutture ospedaliere e alle strutture territoriali. Per quanto riguarda le strutture di ricovero, vengono somministrati questionari di soddisfazione in tutti i reparti, nell'hospice di Guastalla, nella struttura riabilitativa di Albinea, nei Pronto Soccorso, nei Servizi di radiologia. Inoltre nel 2011 sono stati sperimentate due nuove tipologie di questionario: per i dh oncologici e per il day service della cataratta. Per quanto riguarda il gradimento dei servizi territoriali, vengono utilizzati questionari specifici per ciascuna tipologia di servizio che interessano le seguenti aree:

- salute mentale e dipendenze patologiche: Centri di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, strutture residenziali, Centri Diurni, Ser.T.;
- area della disabilità: Servizio per i disabili adulti;
- area materno-infantile: consultori familiari, ambulatori di pediatria di comunità;
- sanità pubblica: Servizi di igiene pubblica, medicina legale, Servizio di prevenzione

e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPSAL), Servizio igiene degli alimenti e della nutrizione (SIAN), medicina dello sport;

- assistenza farmaceutica;
- poliambulatori;
- riabilitazione: ambulatori di recupero e rieducazione funzionale.

La rilevazione è continuativa nelle degenze ospedaliere, nei dh oncologici, nell'hospice di Guastalla, nella struttura riabilitativa di Albeina, nell'SPDC e nelle residenze della salute mentale; mentre per gli altri servizi la rilevazione è effettuata in un periodo dell'anno e il tempo varia a seconda della frequenza dell'utenza al servizio. L'elaborazione e la produzione dei report specifici, con il confronto distrettuale, è annuale ed i risultati vengono inviati ai diversi livelli di responsabilità (unità operative, dipartimenti, direzioni sanitarie ospedaliere, direzione sanitaria aziendale), ai Comitati Consultivi Misti e ai Direttori di Distretto. Questi dati costituiscono oggetto di analisi a livello aziendale, negli incontri delle unità operative e di dipartimento; vengono valutati dai Comitati Consultivi Misti assieme alle segnalazioni dei cittadini. Da queste analisi, sia dal punto di vista dell'organizzazione e degli operatori, che dal punto di vista dei cittadini, emergono azioni e/o progetti di miglioramento che si inseriscono nel processo continuo di attenzione alla qualità dei servizi offerti.

Si riporta a titolo di esempio la tabella di sintesi dei risultati 2011 del presidio ospedaliero aziendale. Complessivamente sono stati compilati 6.505 questionari, corrispondenti al 31,1% dei dimessi nell'anno. Questo dato è superiore ai due anni precedenti, in cui era stato raggiunto il 26%, ed in netto miglioramento rispetto al passato in cui ci si attestava sul 19%.

Tabella n. 119. **Qualità percepita - Giudizi complessivi di stabilimento ospedaliero - Anno 2011**

Domande	Castelnuovo M. 1.387		Correggio 404		Guastalla 1.770		Montecchio 1.063		Scandiano 1.881		Complessivo 6.505	
	Pos.	Neg.	Pos.	Neg.	Pos.	Neg.	Pos.	Neg.	Pos.	Neg.	Pos.	Neg.
Accoglienza	>95%		>95%		>95%		>95%		>95%		>95%	
Pulizia della camera	>95%		>90%	5,3%	>95%		>95%		>95%		>95%	
Pulizia del bagno	>95%		>90%	5,2%	>95%		>90%		>95%		>95%	
Pulizia di ambienti comuni (corridoi e sale d'attesa)	>95%		>95%		>95%		>95%		>95%		>95%	
Cambio biancheria	>95%		>95%		>95%		>95%		>95%		>95%	
Pasto	>90%	7,2%	86,8%	13,2%	>90%	8,5%	>90%	8,6%	>90%	5,7%	>90%	7,8%
Organizzazione della giornata (visite mediche, pasti, pulizia)	>95%		>95%		>95%		>95%		>95%		>95%	
Orari di visita dei famigliari	>95%		>95%		>95%		>90%	5,8%	>95%		>95%	
Educazione e gentilezza del personale medico	>95%		>95%		>95%		>95%		>95%		>95%	
Disponibilità all'ascolto del personale medico	>95%		>95%		>95%		>95%		>95%		>95%	
Disponibilità a fornire spiegazioni del personale medico	>95%		>95%		>95%		>95%		>95%		>95%	
Educazione e gentilezza del personale infermieristico	>95%		>95%		>95%		>95%		>95%		>95%	
Disponibilità all'ascolto del personale infermieristico	>95%		>95%		>95%		>95%		>95%		>95%	
Tempestività di intervento alle chiamate del personale infermieristico	>95%		>95%		>95%		>95%		>95%		>95%	
Accuratezza nelle prestazioni assistenziali infermieristiche	>95%		>95%		>95%		>95%		>95%		>95%	
Educazione e gentilezza del personale ausiliario	>95%		>95%		>95%		>95%		>95%		>95%	
Accuratezza nelle prestazioni assistenziali del personale ausiliario	>95%		>95%		>95%		>95%		>95%		>95%	
Informazioni su cure ed esami effettuati durante la degenza	>95%		>95%		>95%		>95%		>95%		>95%	
Rispetto dell'intimità/riservatezza	>95%		>95%		>95%		>95%		>95%		>95%	
Attenzione alla sua sofferenza	>95%		>95%		>95%		>95%		>95%		>95%	
Giudizio complessivo sul ricovero	>95%		>95%		>95%		>95%		>95%		>95%	

Legenda: Pos. = valutazioni positive, cioè "buono" + "soddisfacente"; Neg. = valutazioni negative, cioè "insoddisfacente" + "pessimo".

La valutazione dei giudizi espressi nelle domande dei questionari, a livello complessivo di presidio ospedaliero aziendale, quindi sui 6.505 questionari, evidenzia quale punto di debolezza, benché con valori non elevati di giudizi negativi, cioè “insoddisfacente” + “pessimo” > 5%, i pasti (7,8%).

Particolarmente utile per alcuni spunti volti al miglioramento è sempre la lettura dei report della singola unità operativa ospedaliera e dei servizi territoriali.

Progetto Interaziendale NasceRE

L'obiettivo 7 della delibera regionale 533/2008 affronta il seguente tema: “Favorire il processo di ascolto dell'opinione delle donne e delle coppie che hanno accesso ai servizi per il percorso nascita, mediante l'adozione di strumenti e modalità di indagine specifici”.

Nel 2011 si è concluso il progetto interaziendale NasceRE, realizzato in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia e con l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, che aveva l'obiettivo di migliorare i servizi legati al percorso nascita attraverso lo sviluppo di un percorso di progettazione partecipata che coinvolgesse utenti, operatori e dirigenti nella triplice prospettiva di valutazione dell'esistente, elaborazione dei problemi e produzione di orientamenti rispetto alle possibili soluzioni. Il progetto è stato avviato nel 2009 e ha visto nel 2010 la realizzazione di un Open Space Technology (incontro di riflessione aperto alla cittadinanza e agli operatori sanitari), di focus group con operatori e cittadini e di interviste a responsabili di strutture nell'ambito materno-infantile provinciale. I risultati sono stati condivisi con le Direzioni dell'Azienda USL, dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia e con il Programma interaziendale materno-infantile. A seguito del progetto è proseguita la collaborazione con il Forum delle donne della Provincia di Reggio Emilia per sviluppare idee e azioni che consentano di recuperare nella comunità quelle istanze che esulano risposte di tipo sanitario, al fine di contribuire fattivamente nel realizzare una società che sostenga e faciliti realmente la maternità.

Raccolta, analisi e gestione delle segnalazioni

Complessivamente nel 2011 sono state presentate 682 segnalazioni, a fronte delle 740 del 2010.

La maggioranza delle segnalazioni è pervenuta da cittadini (632), mentre le restanti da associazioni di tutela dei cittadini.

Gli aspetti che possono essere oggetto di reclamo da parte dei cittadini sono classificati nelle seguenti macrocategorie tematiche: aspetti strutturali, informazione, aspetti organizzativi burocratici, tecnico/professionali, umanizzazione e relazione, aspetti alberghieri e comfort, tempi, aspetti economici, adeguamento alla normativa, altro.

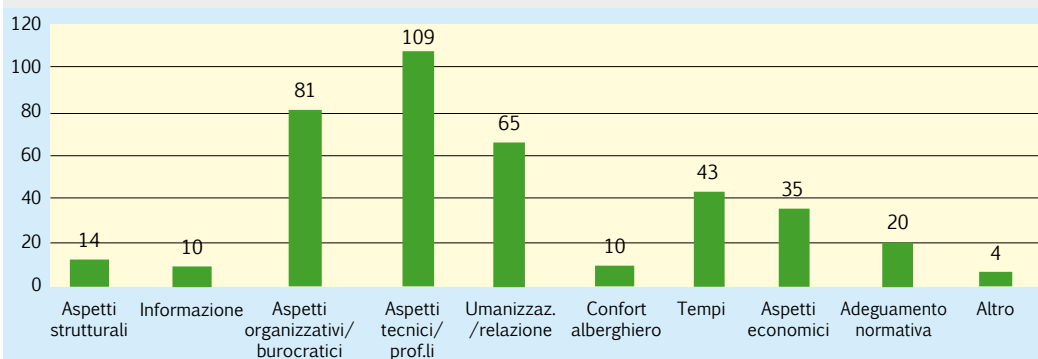
Tabella n. 120. **Tipologia delle segnalazioni pervenute agli URP dei distretti nel 2011**

Distretti	Elogi	Impropri	Reclami	Rilievi	Suggerimenti	Totale
Castelnovo Monti	68	1	34	10	13	126
Correggio	17	1	54	2	3	77
Guastalla	14	0	51	5	5	75
Montecchio	9	0	85	0	1	95
Reggio Emilia	24	0	79	0	3	106
Scandiano	69	0	88	29	17	203
Totale AUSL Reggio Emilia	201	2	391	46	42	682

Tabella n. 121. **Reclami ed elogi, andamento dal 2009 al 2011**

Distretti	Reclami			Elogi		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Castelnovo Monti	38	31	34	41	60	68
Correggio	54	59	54	18	13	17
Guastalla	89	68	51	4	25	14
Montecchio	90	108	85	39	30	9
Reggio Emilia	168	106	79	10	25	24
Scandiano	67	50	88	69	74	69
Totale AUSL Reggio Emilia	506	422	391	181	227	201

Grafico n. 143. **Reclami 2011 per macrocategorie**



Nel corso del 2011, gli aspetti tecnico/professionali sono stati il principale oggetto di reclamo, seguiti dagli aspetti organizzativi e burocratici e dall'umanizzazione e relazione, a conferma del trend manifestato negli anni precedenti.

3.3.2. Le relazioni con le associazioni di volontariato

Oltre alle diverse iniziative svolte con i Comitati Consultivi Misti, l'Azienda USL di Reggio Emilia si connota per una collaborazione consolidata e diffusa con le associazioni di volontariato e con i familiari dei pazienti su moltissime problematiche complesse di salute. La Provincia di Reggio Emilia è particolarmente ricca di associazioni di volontariato impegnate in diversi ambiti (disabilità, patologie oncologiche, malattie croniche, patologie neurologiche, ecc.). Si riportano di seguito le principali attività che vengono svolte in alcuni ambiti di particolare rilevanza.

Coinvolgimento dei giovani in attività di volontariato

I progetti di volontariato giovanile "Gancio Originale" e "Stanza di Dante"

Gancio Originale è un progetto attivo dal 1991, svolto in collaborazione con numerose scuole elementari, medie e superiori della provincia. Le attività, coordinate da psicologi ed educatori professionali, con l'aiuto di studenti delle scuole medie superiori e di adulti, consistono in interventi di supporto all'apprendimento per ragazzi con difficoltà scolastiche e in altre attività di gruppo, quali laboratori, finalizzate allo sviluppo delle capacità relazionali. Una delle peculiarità di Gancio Originale consiste nel contributo offerto da diversi studenti delle scuole superiori nel percorso di supporto ai ragazzi più giovani. Gli psicologi e il personale volontario sono formati e supervisionati da parte degli psicologi dell'Azienda USL di Reggio Emilia.

210

La Stanza di Dante, presente nelle scuole di ogni ordine e grado, è un luogo di accoglienza per i migranti in età evolutiva appena giunti a Reggio Emilia, in cui si impara la lingua italiana e si fanno i primi passi di ambientamento insieme ad altri studenti volontari. La Stanza di Dante, confermata e implementata negli Istituti Superiori come esperienza di peer education, dove chi aiuta è coetaneo o quasi di chi viene aiutato, ha adeguato i suoi modelli e le metodologie di lavoro alle esigenze dei più piccoli. Volontari italiani e stranieri degli Istituti Superiori affiancano i bambini e i ragazzi, adattando le attività e i giochi alle esigenze di mediazione linguistica e culturale.

Dal 2006 si evidenzia sempre di più che i ragazzi che hanno usufruito della Stanza di Dante come "utenti" negli anni passati, sono diventati volontari per aiutare loro compagni e bambini più piccoli, ricevendo e producendo molte gratificazioni e rinforzi.

Si rimanda alla Sezione 8, dedicata ai Servizi per la Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, per i dati di attività.

Gli Sportelli Psicologici Scolastici (Free Student Box)

Anche il Progetto Free Student Box si avvale dell'importante contributo del volontariato giovanile. Si tratta di sportelli psicologici scolastici aperti a studenti, genitori e insegnanti con lo scopo di intercettare il disagio il più precocemente possibile, poterlo trattare a vari livelli a seconda dei problemi e bisogni specifici e, nei casi maggiormente connotati in senso sanitario, inviare ai servizi competenti. A questi sportelli si aggiunge lo sportello virtuale www.freestudentbox.it.

Il Progetto Free Student Box si muove in un'ottica di prossimità con percorsi il più possibile accessibili ai bisogni dei ragazzi e ha finalità di promozione della salute e di prevenzione del disagio psicologico.

Gli sportelli sono gestiti da psicologi e gli studenti "peer", che aderiscono volontariamente al progetto, spesso a partire da una loro precedente esperienza in Gancio Originale, svolgono attività di promozione degli sportelli nel loro istituto e di facilitazione all'accesso degli sportelli stessi.

Si rimanda alla Sezione 8 per i dati di attività.

Il coinvolgimento dei familiari e delle loro associazioni nell'area della salute mentale

Il lavoro nella salute mentale ha come obiettivo prioritario la valorizzazione degli utenti e dei famigliari non solo come portatori di specifici bisogni, ma anche come persone competenti e come risorse. Il ruolo di associazioni di volontariato, di utenti e di famigliari è quindi fondamentale per condividere con i servizi progetti e iniziative, in particolare nel campo della socialità e della lotta allo stigma e al pregiudizio.

Anche nel 2011 è stato attivo, come da indicazioni regionali, il Comitato Utenti Famigliari (CUF) che ha definito la sua rappresentanza presso la Consulta regionale e partecipato ai suoi lavori; all'attività del Comitato Utenti Famigliari hanno partecipato anche rappresentanti del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche.

Iniziativa con le associazioni di famigliari di bambini con disturbi neuropsichiatrici

Sono stati organizzati corsi di parent training offerti a tutti i genitori di bambini e ragazzi con disturbi autistici della provincia e incontri di gruppo per i fratelli.

L'impegno dell'Associazione AUT AUT ha permesso di realizzare iniziative pubbliche di informazione, sensibilizzazione, raccolta di fondi e l'erogazione di interventi integrativi per i minori e le famiglie. Tali iniziative hanno visto la presenza frequente dei rappresentanti dell'Azienda USL di Reggio Emilia.

Hanno avuto luogo anche incontri con Enti (Amministrazione Provinciale, Comune di Reggio Emilia, Ufficio Scolastico Provinciale) organizzati o richiesti da AUT AUT, a cui si è partecipato, portando informazioni, condividendo progetti e iniziative formative (per insegnanti, educatori, studenti).

È stato progettato un corso di formazione per facilitatore dell'inserimento lavorativo dell'autistico e del disabile intellettivo. Tale corso è stato proposto da AUT AUT e progettato insieme al Centro Servizi Piccole e Medie Imprese (PMI), con la collaborazione dell'Ufficio Scolastico Provinciale, del Comune di Reggio Emilia, della Provincia di Reggio Emilia e del Servizio Sociale di Scandiano.

Con le associazioni AUT AUT, ABA-RE, Ring 14 e GIS sono stati organizzati incontri di confronto e progettazione degli interventi, nell'ottica del superamento della sperimentaltà e di una maggior equità nelle risposte.

Si è collaborato a un corso di formazione sul metodo ABA promosso da Ring 14 a favore di insegnanti, educatori, genitori.

A Rubiera è proseguita la collaborazione con il gruppo di genitori con il quale

si sta gestendo, insieme al Comune e alle cooperative sociali, il progetto “Skizzo”, laboratori atelieristici per bambini normodotati con inserimento di bambini disabili.

Sempre in collaborazione con l’Associazione AUT AUT, a Guastalla, è continuata l’esperienza dell’atelier di arti espressive “La Cometa” per bambini e ragazzi autistici.

Sono stati realizzati incontri con le associazioni della disabilità, nel Distretto di Reggio Emilia, per informare sull’andamento delle attività socio-sanitarie e su temi specifici quali campi gioco estivi, integrazione scolastica. Incontri su questi temi sono stati fatti anche nel Distretto di Montecchio.

Iniziative con le associazioni di famigliari e di utenti dei Servizi di salute mentale adulti

Nel campo della salute mentale adulti è proseguita l’attività con utenti e familiari nella realizzazione dei seguenti progetti:

- progetto Residenzialità e Semiresidenzialità Partecipata, nell’ambito del quale sono state sviluppate le attività rivolte agli utenti dei gruppi-appartamento;
- attività dei Gruppi UFO (gruppi di utenti, famigliari e operatori) che condividono il “fare assieme” e sostengono la cultura della ripresa. Sono state effettuate diverse iniziative, fra cui il lavoro dei gruppi “Sede” e “Recovery” per costruire opportunità di scambi con il territorio e pacchetti formativi per famigliari e cittadini. In particolare, si sono condivise strategie per favorire lo sviluppo di opportunità di socializzazione in vista dell’apertura del polo dei Servizi di salute mentale di via Petrella a Reggio Emilia. Infine, è stata organizzata una vacanza a Montioni (LI), in collaborazione con l’Associazione Comunicare di Piombino;
- Auto Mutuo Aiuto (AMA): è proseguita l’attività dei gruppi di Auto Aiuto in diverse sedi dell’Azienda USL; la competenza per esperienza è di particolare importanza nel campo della salute mentale e i gruppi di auto aiuto rappresentano una risorsa fondamentale;
- facilitatori sociali: attività svolta da utenti specificamente formati che svolgono servizio di facilitazione nei confronti di altre persone affette da problemi psichici; valorizza la “competenza per esperienza” degli utenti;
- progetto regionale “Teatro e salute mentale”, che ha visto l’attività di diverse compagnie teatrali di utenti dei Servizi di salute mentale di Reggio Emilia e di Scandiano (Festina Lente) e di ricoverati in OPG (Compagnia dell’OPG), con la realizzazione di numerosi spettacoli anche fuori dal territorio provinciale. Un laboratorio teatrale è stato attivato anche a Castelnovo Monti;
- l’Orchestra Sinfonica dell’Arca di Guastalla ha tenuto rappresentazioni teatrali in diverse occasioni, compresa la “Settimana europea della fotografia”; sono stati effettuati laboratori teatrali ed è stato realizzato il Progetto Danza ed espressività corporea (Altrarte Teatro);
- attività della Corale Kàntele (di S. Polo), con la partecipazione di utenti, operatori e volontari. Nel 2011 sono state effettuate quattro esibizioni a Reggio Emilia, Canossa, Carpi e Cavriago;
- esperienza di una radio internet (Radio TAB) gestita da un gruppo di utenti del Servizio di salute mentale di Reggio Emilia in collaborazione con alcuni volontari

- e l'emittente K Rock. Il gruppo di Radio TAB ha partecipato a numerose iniziative di promozione della salute mentale e di lotta allo stigma ed ha realizzato nel 2011 il Progetto Accoglienza nei confronti di 4 persone ricoverate in OPG;
- avvio della partecipazione al progetto "Valutazione della qualità dei Servizi di Salute Mentale", ricerca multicentrica di valutazione dei servizi da parte di utenti, famigliari e operatori;
 - iniziative del Cybercafé, del Progetto House in collaborazione con il Circolo Bisamar e con l'Associazione Sostegno & Zucchero;
 - corsi di ballo, yoga, cucina, aperti agli utenti dei servizi;
 - vacanze e soggiorni in località di villeggiatura per utenti dei servizi di salute mentale;
 - iniziative con l'apporto di giovani del Servizio Civile Volontario.

Iniziative di lotta al pregiudizio

- La Settimana della Salute Mentale: nel 2011 è stata realizzata la VI edizione in collaborazione fra Azienda USL, Centro di Documentazione di Storia della Psichiatria, Comune di Reggio Emilia, associazioni di utenti e di familiari e numerosi altri enti. Si tratta di un'occasione di sensibilizzazione sui temi della salute e della malattia mentale e di lotta allo stigma;
- incontri con la scuola insieme alle associazioni di volontariato per sensibilizzare gli studenti delle superiori sui temi della salute e della malattia mentale: è proseguito il Progetto Oltre lo Stigma, che ha coinvolto 8 classi dell'Istituto Psicosociopedagogico e dell'Istituto Professionale di Reggio Emilia e altri incontri sono stati effettuati con le scuole superiori di Correggio (IRC Einaudi) e Scandiano (Polo scolastico Gobetti);
- seminari, presentazioni di libri, incontri, altre iniziative di sensibilizzazione e di confronto aperte a utenti, familiari e operatori e alla cittadinanza organizzate con le Associazioni Sostegno & Zucchero, Orlando furioso, Noi e le voci, Briciole, LIDAP. Va inoltre segnalata la consolidata esperienza di "Chiarori del bosco" a Castelnuovo Monti che ha visto la partecipazione di utenti, operatori e volontari.

Iniziative con le associazioni di famigliari e utenti con problemi di dipendenze patologiche

Da parte del Programma Dipendenze Patologiche e dei Ser.T. nel 2011 è proseguita in modo costante la collaborazione con le associazioni di volontariato (AA-AL/ANON-ACAT) per quanto riguarda le problematiche alcolcorrelate e il Comitato Cittadino Antidroga per gli interventi a favore di tossicodipendenti, anche nell'ambito del Comitato Utenti Famigliari (CUF) Salute Mentale di cui le associazioni fanno parte.

Inoltre le associazioni forniscono il loro contributo nella realizzazione di interventi di sensibilizzazione nel territorio provinciale, attraverso la partecipazione a tavoli di lavoro specifici e ad incontri pubblici sul tema e collaborano alla stesura di materiale informativo inerente le problematiche alcolcorrelate.

3.4. Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale

3.4.1. Continuità assistenziale e dimissioni protette

In tutti i distretti dell'Azienda USL sono attivi percorsi di dimissioni protette tra ospedali e reti territoriali. La dimissione delle persone non autosufficienti è preceduta da una valutazione multidimensionale che individua, insieme alla famiglia, il progetto di vita e di cure più adeguato ai bisogni evidenziati. Se nel progetto viene individuato il mantenimento a domicilio, esistono protocolli consolidati per favorire anche la mobilità.

Le procedure di dimissione sono concordate presso ciascuna struttura ospedaliera con la direzione distrettuale ed i servizi territoriali di riferimento. È previsto un monitoraggio annuale del rispetto delle procedure e delle dimissioni protette attivate che vengono misurate mediante un indicatore di performance (Casi segnalati dal reparto e presi in carico al SID entro 72 ore/Casi presi in carico al SID, segnalati e non dal reparto, per 100). Viene attribuito a ciascuna unità operativa ospedaliera un obiettivo rispetto a uno standard e l'indicatore viene pesato e partecipa alla valutazione della performance annuale collegata in quota parte alla remunerazione del salario di risultato. In questo modo vengono evidenziati tutti i casi che non rispettano la procedura di dimissione protetta e per ciascuno di questi vengono analizzate le caratteristiche degli utenti, le criticità ed i problemi emersi, le motivazioni organizzative e strutturali. Nell'ambito della procedura di dimissione protetta il ruolo di case management viene svolto nelle diverse unità operative dal coordinatore infermieristico, in collaborazione con l'assistente sociale che si coordina con i professionisti del territorio.

Per accelerare i tempi di dimissione in alcuni ospedali (Guastalla, Castelnuovo Monti) sono state attivate unità di valutazione geriatrica (UVG) ospedaliere. Nel 2011 anche l'Ospedale di Montecchio ha iniziato questa esperienza di UVG ospedaliera. La conoscenza del paziente e delle condizioni cliniche facilita la valutazione dei bisogni e la definizione del piano assistenziale.

Si segnala, inoltre, la procedura "Dimissione protetta e percorso di prima presa in carico dei bambini con patologia cronica e/o bisogni speciali", assunta quale parte integrante dei percorsi di presa in carico dei disabili nell'ottica di individuare all'interno dei servizi forme organizzative che favoriscano i processi e le azioni d'integrazione fin dalla nascita o, addirittura, dalla pre-nascita.

3.4.2. Ospedale-Territorio senza Dolore

Alla fine del 2010 è stata aggiornata la composizione del Comitato Ospedale e Territorio senza Dolore (COTsD) che, già dal 2006, aveva incluso la componente territoriale al proprio interno, con l'inserimento di un medico ed un infermiere per ciascun dipartimento ospedaliero, ed un medico ed un infermiere per ciascun dipartimento cure primarie ed hospice, al fine di perseguire una maggiore integrazione ospedale e territorio.

Nell'insediamento del nuovo comitato, oltre alla presentazione e condivisione degli obiettivi regionali per l'anno 2011, sono stati presentati i seguenti documenti:

- dossier 195/2010 relativo alla giornata del sollievo 2009 (con presentazione anche dei dati aziendali di quell'indagine già elaborati nel corso del 2010);
- report regionale sull'utilizzo degli oppioidi relativo all'anno 2009, con i consumi sia di ambito ospedaliero che territoriale;
- linee guida regionali per il trattamento del dolore in ambito internistico;
- Legge 38/2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" e delibere applicative regionali.

Il comitato si è suddiviso in sottogruppi per lavorare sulle seguenti tematiche.

Area internistica:

- monitoraggio del dolore nei pazienti non collaboranti;
- informatizzazione del monitoraggio del dolore e definizione di indicatori.

Area chirurgica:

- aggiornamento dei protocolli di trattamento del dolore post-operatorio nelle principali tipologie di interventi;
- divulgazione dei report sull'utilizzo degli oppioidi nelle unità operative, dei dati relativi alle rilevazioni del dolore post-operatorio e dei dati relativi ai questionari sul trattamento dello stesso.

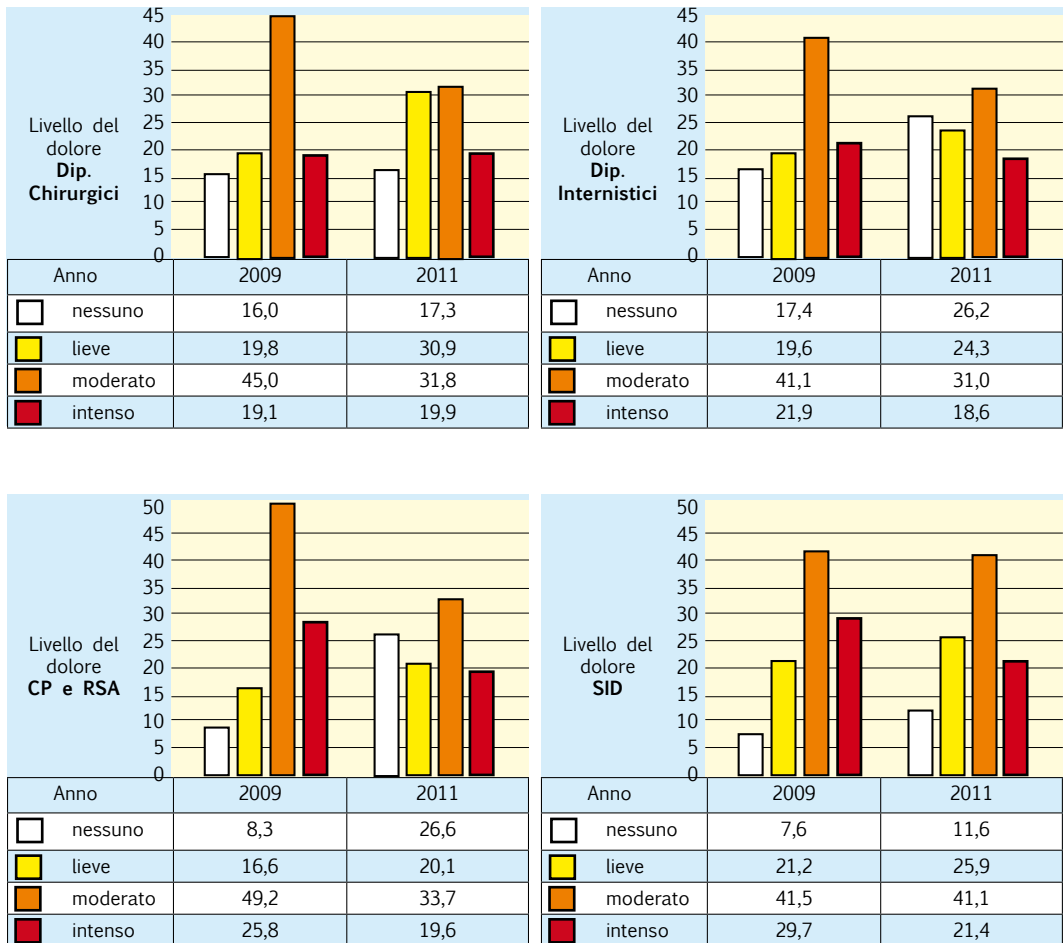
Area territoriale:

- monitoraggio del dolore nei pazienti collaboranti, nei pazienti non collaboranti nelle strutture territoriali e nell'assistenza domiciliare;
- elaborazione di uno strumento ad hoc per la valutazione, gestione e monitoraggio del dolore negli hospice.

Nel 2011 l'Azienda USL di Reggio Emilia, inoltre, ha partecipato alla giornata nazionale del sollievo con la somministrazione dei questionari rivolti al paziente ricoverato presso le strutture ospedaliere e hospice, le strutture territoriali (case protette e RSA) e nell'ambito dell'assistenza domiciliare (SID).

Sono stati compilati 533 questionari nelle strutture ospedaliere e 319 in ambito territoriale.

Grafico n. 144. Risposte alla domanda sul “termometro della sofferenza”, confronto 2009-2011



3.4.3. La rete ospedaliera

L'Azienda USL di Reggio Emilia ha la gestione diretta del Presidio ospedaliero provinciale costituito dai cinque ospedali dei Distretti di Castelnovo Monti, Correggio, Guastalla, Montecchio e Scandiano, che contribuiscono con l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia ed il privato accreditato alla dotazione complessiva di posti letto provinciali. Oltre alle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione in regime di ricovero, gli ospedali del presidio concorrono in modo significativo all'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali per utenti esterni. L'Azienda USL svolge, inoltre, un ruolo di committenza verso l'Azienda Ospedaliera e le case di cura private stipulando annualmente un accordo di fornitura per l'erogazione di prestazioni a favore dei cittadini residenti nella provincia.

Nel corso di questi anni l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliera hanno consolidato forme d'integrazione in rete mediante percorsi clinico-assistenziali condivisi, a garanzia di elevati livelli di qualità delle prestazioni, di continuità della cura, di semplificazione dei percorsi di accesso e sviluppo di forme alternative al ricovero.

Le due aziende, in coerenza con le linee d'indirizzo regionali, hanno attivato le seguenti forme organizzative di integrazione tra le strutture ed i servizi:

1. i dipartimenti interaziendali (emergenza-urgenza e diagnostica per immagini);
2. i programmi interaziendali (cardiologico, gastroenterologico, materno-infantile, nefrologico, trasfusionale, screening, riabilitativo, medicina di laboratorio);
3. le reti interaziendali (ortopedia e traumatologia);
4. gruppi di lavoro ad hoc.

I programmi sono strutture di coordinamento in staff alle Direzioni Sanitarie che garantiscono un'integrazione funzionale sulla programmazione, organizzazione e valutazione dei percorsi clinico-assistenziali nel territorio provinciale.

Nell'anno 2011 sono proseguite nel presidio ospedaliero provinciale le azioni di riorganizzazione e consolidamento avviate negli anni precedenti, oltre a nuove azioni volte a rispondere a bisogni assistenziali emergenti, riguardo alla dotazione di posti letto nella rete provinciale ed in particolare per la lungodegenza e riabilitazione; all'appropriatezza del setting assistenziale (Osservazione Breve Intensiva, day service, day surgery); alla gestione efficiente e flessibile dei comparti operatori per il rispetto dei tempi di attesa per alcuni interventi (protesica programmata, cataratta, chirurgia oncologica); all'applicazione dei percorsi clinico assistenziali integrati, attraverso protocolli e percorsi per:

1. la gestione dell'urgenza e la centralizzazione del trauma grave;
2. il trattamento dello STEMI (infarto miocardico ST sopra) tramite angioplastica primaria secondo il progetto PRIMA-RER;
3. la trombolisi dell'ictus ischemico nell'ambito degli indirizzi regionali sulla stroke care;
4. la centralizzazione della gravidanza a rischio ed il trasporto in utero;
5. la gestione in ambito riabilitativo dei pazienti con gravi cerebrolesioni acquisite o patologia respiratoria;
6. la chirurgia ortopedica e traumatologica, programmata ed in urgenza, secondo il modello hub & spoke;
7. la gestione e la centralizzazione, quando necessario, delle emorragie digestive;
8. la gestione delle malattie emorragiche congenite.

Sono stati, inoltre, gestiti percorsi di disease management per la cronicità: gestione integrata del diabete, scompenso cardiaco, paziente oncologico e insufficienza respiratoria cronica.

Nel 2011 nella rete cardiologica provinciale è proseguito l'utilizzo del protocollo e dei percorsi per la gestione dell'angioplastica "on-line" che prevede l'effettuazione di un'angioplastica coronarica contestualmente ad una coronarografia diagnostica programmata.

Diagnostica per immagini

Nel 2011 è proseguito il trend in aumento della produzione istituzionale con 273.712 prestazioni rispetto alle 268.705 del 2010.

Si segnala la realizzazione del principale obiettivo di innovazione tecnologica con la conclusione nel 2011 del progetto di digitalizzazione della rete mammografica, che ha visto l'acquisto di 11 nuove apparecchiature collocate nei diversi ospedali della provincia, compresa l'Azienda Ospedaliera.

Nel 2011 è andato a regime l'ampliamento della fascia di età dello screening del tumore della mammella offerto annualmente alle donne tra i 45 e 49 anni e biennialmente nella fascia di età tra 70 e 74 anni con una produzione di mammografie di screening passate da 21.678 nel 2010 a 23.644 nel 2011 (+9,1%). Si è consolidata la differenziazione dell'accesso per le prime mammografie cliniche rispetto ai controlli con un significativo miglioramento dei tempi di attesa, rispettando lo standard regionale previsto (60 giorni).

Sono aumentate, inoltre, le prestazioni a maggior complessità, quali la TAC per i pazienti ricoverati passate da 10.098 a 10.599. Si è sostanzialmente mantenuta l'offerta per i pazienti ambulatoriali con il rispetto in tutte le sedi dei tempi di attesa entro lo standard dei 60 giorni.

Anche per la Risonanza Magnetica si è registrato un aumento della produzione con il pieno utilizzo delle due apparecchiature degli ospedali di Guastalla e Scandiano e l'andata a regime della risonanza aperta a basso campo a Castelnuovo Monti. L'attività per interni e quella offerta a Cup sono passate da 7.628 nel 2010 a 9.283 nel 2011 (+22%).

Grazie al sistema PACS, si è consolidato il servizio di guardia radiologica aziendale espletato con una turnistica a rotazione tra tutte le sedi ospedaliere del presidio aziendale.

Presso l'Ospedale di Guastalla, per la particolare complessità della casistica trattata nell'area chirurgica, la guardia è integrata da una pronta disponibilità medica che consente di eseguire esami con contrasto anche nei turni di guardia festivi e notturni.

Sistema dell'emergenza - urgenza

Il sistema interaziendale provinciale dell'emergenza-urgenza, secondo le logiche organizzative della rete hub e spoke, integra le attività dell'emergenza-urgenza territoriale (servizi di automedica) con le funzioni di pronto soccorso e accettazione ospedaliera, secondo un modello assunto dalla Regione Emilia-Romagna come riferimento.

Emergenza territoriale

L'attività di emergenza territoriale copre integralmente il territorio della Provincia di Reggio Emilia mediante 6 postazioni di automedica collocate presso gli ospedali della provincia. Il sistema viene integrato da un mezzo di soccorso avanzato di assistenza infermieristica (AIRE) nel Distretto di Reggio Emilia e dagli interventi di elisoccorso.

Tabella n. 122. **Interventi dei mezzi di soccorso avanzato (MSA) dal 2007 al 2011**

MSA	2007	2008	2009	2010	2011
Automedica	8.212	7.456	7.102	7.232	7.520
AIRE	1.510	1.586	1.636	1.601	1.654
Elisoccorso	560	424	354	330	316
Totale	10.282	9.476	9.092	9.163	9.490

Rispetto al 2010, gli interventi dei Mezzi di Soccorso Avanzato (MSA) in provincia nel 2011 sono ulteriormente aumentati di circa il 4%, riposizionandosi sui livelli del 2008 (anno a cui risale la revisione dei criteri di attivazione del mezzo da parte della centrale operativa).

Tabella n. 123. **Interventi dell'automedica nei distretti della provincia (escluso Reggio Emilia) dal 2007 al 2011**

Distretti	2007	2008	2009	2010	2011
Scandiano	1.159	1.066	1.055	1.068	1.116
Guastalla	1.021	957	943	940	973
Correggio	1.017	959	943	919	998
Montecchio	1.032	918	881	918	949
Castelnovo Monti	506	372	430	422	437
Totale	4.735	4.272	4.252	4.267	4.473

Questa tabella indica la situazione in ogni distretto della provincia: nel corso del 2011 si è registrato un aumento del numero dei servizi pari a circa il 5%, più significativo rispetto alle modeste oscillazioni per ogni sede registrate negli anni precedenti.

Tabella n. 124. **Numero di pazienti soccorsi sul territorio dall'automedica nei distretti della provincia (escluso Reggio Emilia) e inviati direttamente ad ospedali hub dal 2007 al 2011**

2007	2008	2009	2010	2011
1.273	1.215	1.127	1.166	1.214

Non si sono registrate variazioni significative degli invii diretti dal territorio verso ospedali con caratteristiche di "hub" negli ultimi due anni, indice di verosimile consolidamento dei percorsi.

*Centrale operativa 118*Tabella n. 125. **Numero di emergenze gestite dal 2007 al 2011 dalla centrale operativa 118**

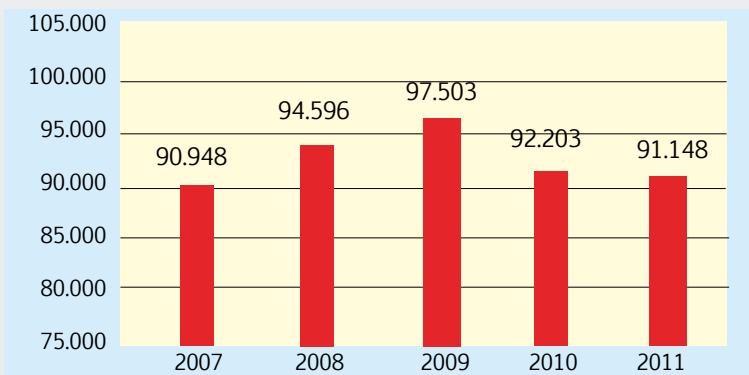
2007	2008	2009	2010	2011
37.041	39.046	39.632	40.430	40.318

Sostanzialmente sovrapponibile al valore registrato nel 2010 il numero delle emergenze gestite dalla centrale operativa 118 nel corso del 2011, con una media giornaliera di 110 interventi.

*Trasporti interospedalieri urgenti*Tabella n. 126. **Numero di trasporti a partenza dagli ospedali della provincia (spoke) verso ospedali hub dal 2007 al 2011**

2007	2008	2009	2010	2011
2.309	2.631	2.792	2.908	3.322

Confermata la tendenza al progressivo aumento del numero annuale dei trasporti interospedalieri urgenti a partenza dagli ospedali della provincia (spoke) verso ospedali a più elevata intensità di cura (hub), a testimonianza del consolidamento del modello regionale.

*Pronto Soccorso*Grafico n. 145. **Accessi ai Pronto Soccorsi del Presidio dell'Azienda USL dal 2007 al 2011**

Dopo una lieve flessione nel 2007, è ripreso il trend incrementale degli accessi di pronto soccorso del presidio ospedaliero, sia nel 2008 (+4%), che nel 2009 (+3% rispetto all'anno precedente). Nel 2010 si è invece riscontrato un calo del 5,4% rispetto al 2009, che si è assestato nel 2011 (-1,1% sul 2010).

È possibile che il calo degli accessi negli ultimi due anni sia stato determinato dall'introduzione delle nuove modalità di pagamento del ticket per le prestazioni rese dal pronto soccorso non più legate al codice colore, ma alla patologia, oltre che all'esito dell'assistenza in ricovero o in Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.).

Tabella n. 127. **Tasso di utilizzo del Pronto Soccorso in ambito provinciale (compresa l'Azienda Ospedaliera)**

Anno	2007	2008	2009	2010	2011
Popolazione residente	510.124	519.459	525.329	530.388	530.388*
Accessi in PS	166.137	170.375	172.709	165.584	162.135
Tasso di utilizzo	32,6%	32,8%	32,9%	31,2%	30,6%

*popolazione al 01/01/2011

Tabella n. 128. **Andamento 2011 degli accessi nei PS/PPIO**

	Castelnovo Monti	Correggio	Guastalla	Montecchio	Scandiano	AUSL
Accessi	14.167	13.096	22.232	21.167	20.486	91.148
Media giornaliera	38,81	35,88	60,91	57,99	56,13	249,72
% casi ricoverati	11,7%	7,4%	13,4%	8,3%	8,6%	10,0%
% trasferiti ad altri ospedali	2,3%	2,2%	1,1%	1,6%	2,1%	1,8%
% codici rosso e giallo su totale accessi	10,6%	17,6%	20,3%	29,2%	23,8%	21,3%

PPIO: Postazione primo intervento ospedaliero

Nel 2011 la percentuale di ricoveri sul numero degli accessi, per il presidio ospedaliero provinciale è del 10,0%, inferiore al dato dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia (14,9%) e alla media regionale (14%). Occorre considerare che l'Azienda Ospedaliera è l'hub di riferimento per molti casi complessi (politrauma, infarto del miocardio, ictus ischemico, ecc.), con una maggiore concentrazione di casistica pesante (codici rossi e gialli). Inoltre va considerata la quota di pazienti trasferiti presso altra sede che rappresenta all'incirca il 2% di tutti gli accessi.

Tabella n. 129. **Andamento 2009 - 2011 dei casi inseriti in Osservazione Breve Intensiva (OBI)**

	Castelnovo Monti	Correggio	Guastalla	Montecchio	Scandiano	AUSL
% OBI su accessi PS nel 2009	1,4%	0,8%	1,5%	1,4%	5,3%	2,2%
% OBI su accessi PS nel 2010	1,4%	1,6%	1,8%	1,6%	5,8%	2,5%
% OBI su accessi PS nel 2011	1,4%	1,4%	2,0%	1,6%	5,6%	2,6%

Il modello OBI dell'Azienda USL di Reggio Emilia prevede la gestione integrata del paziente tra il Dipartimento di Emergenza-Urgenza ed il Dipartimento internistico di ciascun ospedale.

Area critica

Da anni sono attivi i percorsi assistenziali nella logica della rete hub e spoke per quanto attiene:

1. il trattamento con angioplastica primaria dell'infarto miocardico ST sopra (progetto regionale PRIMA-RER);
2. il trattamento trombolitico dell'ictus ischemico;
3. la centralizzazione del trauma grave secondo le logiche di area vasta (SIAT: Sistema Integrato Assistenza Trauma Grave) e secondo il protocollo interaziendale del Dipartimento di Emergenza-Urgenza.

Nel 2011 è stato diffuso ed implementato il percorso interaziendale per la gestione dell'emorragia digestiva.

È stata garantita la trasmissione e la refertazione a distanza per i tracciati elettrocardiografici dalle automediche operative sul territorio alla sede ospedaliera del laboratorio di emodinamica presso la cardiologia dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia. Questo consente di ridurre i tempi di centralizzazione dei pazienti con infarto miocardico acuto (IMA), attivando percorsi di accesso cosiddetti "fast" alle sale di emodinamica, accelerando notevolmente i tempi di intervento per una patologia che richiede la massima tempestività.

Questa modalità di telemedicina è attiva anche nei Pronto Soccorsi del presidio ospedaliero che sono stati dotati di strumenti analoghi a quelli già disponibili sulle automediche, con l'obiettivo di ridurre i tempi di intervento (tempo door-balloon), fondamentali per i risultati clinici in questa patologia (time is muscle).

Si è consolidato, presso tutti i dipartimenti internistici, il modello organizzativo per intensità di cure che prevede aree di degenza monitorizzate per l'assistenza ai pazienti in condizioni più critiche (cardiopatici, stroke, insufficienza respiratoria). Nelle medesime aree si sono affinate le tecniche di ventilazione assistita non invasiva, trattamento che consente di ridurre i ricoveri presso le terapie intensive e l'utilizzo della ventilazione invasiva.

Area Chirurgica

Gli obiettivi per il 2011, in continuità con i progetti di riorganizzazione del Piano Attuativo Locale, sono stati definiti a partire dall'analisi del contesto (andamento dei flussi dei pazienti all'interno e all'esterno del sistema curante provinciale con

particolare riferimento alla mobilità attiva e passiva, mission delle nostre strutture orientate a rispondere ai bisogni di base della popolazione residente, rapporto con l'Azienda Ospedaliera nella logica hub e spoke, ecc.), tenendo conto:

- delle competenze distintive e delle vocazioni per le singole strutture in un sistema di rete provinciale,
- dei requisiti dell'accreditamento,
- della sostenibilità in termini di allocazione delle risorse e dell'efficienza nel loro utilizzo.

In ambito organizzativo i dipartimenti chirurgici hanno consolidato i modelli di programmazione e gestione flessibile dei comparti operatori, in particolare per quanto attiene il rispetto dei tempi di attesa per la chirurgia oncologica, protesica ed oculistica. È, inoltre, proseguito il progetto di informatizzazione dei comparti operatori con l'implementazione del referto operatorio informatizzato e l'iniziale introduzione della lista operatoria informatizzata.

La definizione di appropriatezza nell'ambito del governo clinico è: "fare la cosa giusta al paziente giusto nel tempo giusto, nel posto giusto e con il giusto consumo di risorse", che è traducibile in appropriatezza clinica, tempestività, appropriatezza organizzativa, efficienza e quindi efficacia, sicurezza, qualità dell'assistenza.

Per quanto attiene la tempestività nell'area del ricovero in ambito chirurgico è fondamentale il monitoraggio ed il rispetto dei tempi d'attesa per gli interventi chirurgici di cataratta, chirurgia oncologica (mammaria, polmonare, gastroenterica), protesi d'anca e intervento di frattura di femore nell'anziano.

Per garantire il raggiungimento degli obiettivi di produzione, nel rispetto dei tempi d'attesa, è stata attivata presso ogni sede ospedaliera, in ambito dipartimentale, una programmazione multidisciplinare dell'attività chirurgica e dell'utilizzo delle sale operatorie secondo logiche di priorità affidata ai dipartimenti chirurgici per i quali la gestione della risorsa sala operatoria rappresenta la competenza distintiva.

Contestualmente si è continuato a lavorare per una migliore appropriatezza organizzativa, per ricondurre al setting assistenziale più adeguato i principali interventi chirurgici (regime ordinario, day hospital, chirurgia ambulatoriale).

Riguardo alla sicurezza sono stati attivati progetti per l'individuazione ed il trattamento del rischio clinico. Le aree di intervento individuate riguardano l'identificazione del paziente, la prescrizione terapeutica, la prevenzione delle infezioni della ferita chirurgica. In particolare nel 2011 è proseguito il progetto denominato "Sale Operatorie sicure" che vede coinvolti tutti i dipartimenti chirurgici con un lavoro multidisciplinare e multiprofessionale finalizzato a dare attuazione alle raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria emanate dal Ministero della Salute e dalla Regione Emilia-Romagna, articolate in 16 obiettivi. È inoltre proseguito il progetto regionale "SOS.net" con l'utilizzo sistematico della check list per la sicurezza nei comparti operatori di Scandiano e Montecchio. Sono infine state aggiornate le linee guida per la profilassi della trombosi venosa profonda.

Chirurgia generale

Le unità operative di chirurgia generale negli ultimi anni hanno affinato la propria funzione di riferimento per quanto attiene gli interventi a maggiore numerosità, con una particolare attenzione alla chirurgia oncologica mammaria e del grosso intestino, alla videolaparoscopia di base, alla day surgery, alla proctologia. In particolare alcuni ospedali hanno ulteriormente sviluppato una competenza distintiva relativamente ad alcune tipologie di interventi: chirurgia

oncologica a Guastalla (intestino, mammella, tiroide), chirurgia ambulatoriale a Correggio, day surgery e chirurgia di parete a Scandiano, chirurgia del pavimento pelvico a Montecchio. Presso l'Ospedale di Castelnovo Monti, stante la situazione logistica, si è mantenuto un modello generalista per rispondere ai bisogni del territorio, in stretta integrazione con la chirurgia dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, al fine di garantire l'acquisizione e il mantenimento di un'adeguata "competence" professionale in relazione alla casistica trattata. Nel 2011 è stata attivata la guardia chirurgica presso l'Ospedale di Guastalla per migliorare la risposta all'urgenza in area nord (Distretti di Correggio e Guastalla), così come previsto dal Piano Attuativo Locale.

Nel 2011 sono stati effettuati nel complesso oltre 250 interventi di chirurgia oncologica colon rettale e mammaria, oltre 400 interventi di chirurgia proctologica per la patologia emorroidaria, circa 400 colecistomie videolaparoscopiche e circa 700 interventi di chirurgia di parete (prevalentemente ernie inguinali).

Urologia

Nel 2011 l'attività specialistica svolta dall'unità operativa complessa aziendale di urologia che opera in regime di degenza ordinaria presso l'Ospedale di Guastalla, in day hospital presso l'Ospedale di Montecchio e ambulatoriale a Correggio, ha prodotto 847 ricoveri in regime ordinario e di day hospital, con 22 interventi di prostatectomia per tumore.

L'unità operativa garantisce, inoltre, per questa area territoriale con un bacino di utenza di circa 190.000 abitanti, tutta l'attività specialistica e strumentale ambulatoriale (visite, esami endoscopici, ecografie, biopsie). Nel 2011 è stata sviluppata, in particolare, l'attività endourologica.

Ortopedia

La pianificazione dell'attività ortopedica ha tenuto conto, negli ultimi anni, della centralizzazione per la traumatologia maggiore (presso l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia), già attiva da tempo, dei dati di mobilità e dei bisogni secondo logiche di autosufficienza della rete. Una criticità riguarda il reperimento di professionisti sul mercato.

Per far fronte alle criticità di sistema e per una migliore pianificazione dell'offerta in ambito provinciale ha operato la rete funzionale interaziendale dell'ortopedia e traumatologia, con particolare attenzione alla traumatologia ed alla chirurgia protesica elettiva. Le ortopedie del presidio ospedaliero dell'Azienda USL di Reggio Emilia hanno effettuato 2.326 ricoveri in regime ordinario e 1.353 in day hospital.

Sono state garantite, in un'ottica di potenziamento dell'attività per il contenimento dei tempi di attesa, oltre 11.000 visite specialistiche con prenotazione CUP. Si segnala, tra la chirurgia elettiva, la protesi d'anca con oltre 200 interventi/anno, e la particolare attenzione rivolta agli interventi per frattura di femore in anziani ultrasessantacinquenni, che nel 2011 sono stati 361, di cui circa il 45% è stato operato entro le 48 ore dal ricovero, nel rispetto delle indicazioni di letteratura per migliorare gli esiti. Un altro intervento ad alta numerosità, effettuato prevalentemente in regime ambulatoriale, è il tunnel carpale con circa 1.500 interventi/anno.

Si segnala infine la specifica convenzione stipulata con l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna per prestazioni di "ortopedia pediatrica" (visite ambulatoriali e attività chirurgica) espletate presso l'Ospedale di Guastalla a partire da marzo

2011. Nel 2011 è stata garantita attività ambulatoriale e una seduta operatoria al mese per un totale di 151 ore di consulenza, 136 pazienti prenotati presso i due ambulatori attivati, 28 ore di sala operatoria e 29 pazienti operati.

Ginecologia

Per la parte ostetrica si rimanda al paragrafo 3.2.3. inerente l'area materno-infantile, salute donna.

Per la parte ginecologica, ogni ospedale ha consolidato una propria competenza distintiva nell'ambito della rete provinciale, in particolare Guastalla per quanto attiene la chirurgia oncologica e Montecchio la uroginecologia e la chirurgia del pavimento pelvico.

Per quanto riguarda l'Ospedale di Castelnovo Monti è continuato il progetto di collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia per garantire livelli assistenziali di qualità ed un'adeguata competenza clinica in relazione alla numerosità limitata del case mix. Il progetto prevede, oltre ad una collaborazione diretta tra professionisti, anche periodi di formazione e aggiornamento con stage presso l'Azienda Ospedaliera. Nel 2011 sono stati oltre 4.000 i ricoveri ordinari, di cui il 44% ha riguardato interventi chirurgici. I ricoveri in day hospital sono stati circa 2.000, di cui circa il 78% ha riguardato DGR chirurgici. In ambito ambulatoriale sono state effettuate oltre 7.000 ecografie ostetrico-ginecologiche, circa 1.450 colposcopie e 13.700 visite specialistiche, con prenotazione CUP.

Endoscopia digestiva

Dal 2009 è stata potenziata la struttura complessa di endoscopia digestiva dell'area sud montana (Distretti di Scandiano, Montecchio e Castelnovo Monti), istituita nel 2007, con un team di professionisti che garantisce in queste sedi ospedaliere tutta l'attività clinica endoscopica. Nel 2010 è stata istituita l'unità operativa di endoscopia digestiva aziendale che nel 2011 ha acquisito anche l'attività del Distretto di Correggio. A Guastalla l'attività endoscopica continua ad afferire alla chirurgia generale. Nell'endoscopia digestiva viene svolta sia attività clinica che di screening per il tumore del colon-retto.

Il contesto provinciale si caratterizza per alcuni rilevanti aspetti, tra loro strettamente interconnessi:

1. un'organizzazione in rete interaziendale dei servizi endoscopici che fa riferimento al programma interaziendale di gastroenterologia ed endoscopia digestiva;
2. lo screening del carcinoma del colon-retto, con il 2° livello endoscopico gestito attraverso un pool di professionisti delle due aziende;
3. il proseguimento dell'audit strutturato relativo alla pancoloscopia.

Questo ha comportato una ridefinizione complessiva dell'offerta presso tutti i servizi di endoscopia della provincia con sedute aggiuntive dedicate allo screening, oltre ad un incremento dell'attività diagnostica. Per un dettaglio dei dati relativi allo screening del tumore del colon-retto si rimanda alla sezione 2, paragrafo 2.3.2.

Nel 2011 si è sostanzialmente confermato il dato di attività del 2010 (12.365 esami endoscopici complessivi nel 2011 vs 12.481 dell'anno precedente), che era progressivamente aumentato negli anni precedenti (11.830 esami endoscopici effettuati nel 2009). In tutti i distretti risultano rispettati i tempi d'attesa previsti dalla regione (60 giorni).

L'informatizzazione in rete dei servizi, oltre a garantire una refertazione uniforme

in ambito provinciale, consente di estrarre dati relativamente alla performance delle diverse unità operative, con indicatori di processo e di esito riguardanti la completezza dell'esame, preparazione del paziente, esami pre-operatori, sedo-analgesia, biopsie, asportazione di polipi, profilassi antibiotica, sterilizzazione degli endoscopi, ecc.

L'audit periodico consente, inoltre, di uniformare le procedure ed i comportamenti dei professionisti in termini di qualità, appropriatezza e sicurezza della prestazione per il paziente.

Oculistica

L'unità operativa complessa aziendale di oculistica ha consolidato l'offerta di prestazioni, sia per quanto attiene l'attività chirurgica, che l'attività clinica specialistica.

Per quanto riguarda l'attività chirurgica, vengono trattate alcune delle più frequenti patologie quali cataratta, glaucoma, strabismo, affezioni della palpebra e degli annessi.

La ricca dotazione tecnologica e strumentale consente di svolgere indagini diagnostiche e trattamenti riabilitativi con ambulatori dedicati al glaucoma, alla retina, all'ortottica, alla terapia laser.

Nel 2011 gli interventi di cataratta sono stati 2.034, effettuati esclusivamente in regime ambulatoriale.

Sono stati inoltre effettuati 565 interventi su palpebra e annessi, 64 pazienti sono stati trattati con iniezioni intravitreali per il trattamento della maculopatia e sono stati effettuati 260 trattamenti laser. Gli esami strumentali effettuati sono stati complessivamente oltre 8.000, considerando campimetrie, fluorangiografie, oftalmoscopia OCT e day service per il glaucoma, con un aumento del 7% rispetto ai 7.460 esami del 2010.

Area internistica

Nell'ambito delle degenze internistiche aziendali l'introduzione di modalità di gestione dei pazienti alternativa al ricovero, quali l'OBI e il day service, associate all'introduzione di aree monitorizzate polispecialistiche e delle lungodegenze, hanno configurato un modello basato su livelli di intensità di cura e sull'appropriatezza di setting clinico assistenziale connotando le "Unità Internistiche Multidisciplinari", al cui interno trovano collocazione funzioni specialistiche quali la cardiologia, la pneumologia, la geriatria, la diabetologia, l'oncologia per una gestione integrata del percorso dei pazienti.

I principali ambiti di attività riguardano:

1. accesso: integrazione con il Pronto Soccorso/Emergenza Territoriale;
2. ruolo dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI);
3. percorsi diagnostici: utilizzo del day service – specialistica ambulatoriale;
4. percorsi terapeutici: selezione dei DH internistici;
5. degenze: orientamento all'acuzie e aree di monitoraggio dei pazienti critici;
6. lungodegenza internistica;
7. servizi specialistici: oncologia DH, diabetologia ambulatoriale.

*Oncologia*Tabella n. 130. **Day hospital oncologici per chemioterapia**

	2007	2008	2009	2010	2011
Guastalla	386	332	287	272	279
Correggio	198	162	169	124	104
Montecchio	106	97	104	85	90
Scandiano	132	160	153	166	197
Castelnovo Monti	124	144	130	131	138
Totale	946	895	843	778	808

Dopo il calo registrato nel 2010, nel 2011 i ricoveri in day hospital per chemioterapia sono risultati 808, con un dato stabile per Guastalla, in incremento a Castelnovo Monti e Montecchio, ma soprattutto a Scandiano, in calo a Correggio.

È proseguito nel 2011 l'impegno, nell'ambito del rischio clinico e della sicurezza del paziente, relativo ai processi di prescrizione informatizzata, preparazione e somministrazione dei farmaci chemioterapici ed è continuata l'implementazione di un programma informatico unico su tutto il presidio ospedaliero per la registrazione e l'archiviazione di dati. Questo consente di disporre di informazioni più complete e approfondite relativamente alla qualità e agli esiti della terapia, insieme agli audit messi in atto per valutare l'appropriatezza delle prescrizioni.

Diabetologia

La diabetologia è la disciplina medica che meglio si adatta nell'assistenza al paziente al regime ambulatoriale. Negli ultimi anni si è sviluppato un modello assistenziale secondo la filosofia del disease management che prevede la gestione integrata del paziente diabetico in stretta collaborazione tra il Medico di Medicina Generale (MMG) e lo specialista diabetologo.

Il diabete è una malattia cronica ad alta diffusione nella popolazione che richiede un approccio globale in ambito di promozione di adeguati stili di vita, diagnosi precoce, monitoraggio del trattamento, prevenzione delle complicanze. Per questo i servizi di diabetologia hanno sviluppato competenze sempre più rispondenti al bisogno del paziente ed in particolare relativamente alla prevenzione ed alla gestione delle complicanze (neuropatia, retinopatia, cardiopatia, nefropatia, piede diabetico). Sono stati attivati percorsi clinici preferenziali per questi pazienti che richiedono una competenza professionale elevata in relazione alla complessità della malattia. In particolare è stata attivata una collaborazione tra i servizi di diabetologia e la nefrologia dell'Azienda Ospedaliera, in considerazione dell'incidenza della complicanza renale in corso di malattia diabetica e dei costi in termini di qualità di vita, sociali ed economici che comporta il trattamento dialitico nella nefropatia diabetica terminale. Questa collaborazione è finalizzata a costruire un percorso di individuazione precoce, trattamento appropriato e monitoraggio adeguato della complicanza, con l'obiettivo di rallentarne o arrestarne l'evoluzione.

Per quanto riguarda la retinopatia diabetica sono attivi percorsi di monitoraggio periodico del paziente e l'unità operativa di oculistica aziendale rappresenta il riferimento per la stadiazione ed il trattamento della complicanza (centro per la retinopatia diabetica).

Nel 2011 è stato riorganizzato il coordinamento interaziendale delle diabetologie che si è posto l'obiettivo di uniformare le modalità di applicazione del percorso assistenziale nei 6 distretti aziendali e garantire la prescrizione appropriata dei presidi sanitari.

Nel 2011 i dati di attività evidenziano 27.187 diabetici noti ai servizi di diabetologia, pari al 5,1% della popolazione residente. 8.041 diabetici sono in gestione integrata, pari al 29,6% del totale, in carico a 288 MMG (85% del totale). Circa 1.000 pazienti all'anno entrano nel percorso. Dal 2005 al 2011 sono raddoppiate le nuove diagnosi e la diagnosi precoce è aumentata dal 36 al 46%.

È stato avviato il Registro di Patologia per il Diabete che permetterà di monitorare questa popolazione annualmente e di verificare l'andamento dei diabetici in gestione integrata.

Area riabilitativa

L'Ospedale di Correggio dispone di numerosi servizi in ambito riabilitativo: oltre alle degenze, ambulatori diagnostici, fisiatrici, neurologici e di logopedia, palestre riabilitative, idroterapia con piscine, un laboratorio per l'analisi del cammino, un appartamento riabilitativo, spazi dedicati alla socializzazione e alla terapia occupazionale. Dal 2010 ha modificato e completato la sua dotazione strutturale con l'utilizzo dei nuovi spazi messi a disposizione dal nuovo edificio resosi disponibile nell'ambito dell'ampliamento/ristrutturazione dell'Ospedale di Correggio.

Si tratta di servizi a disposizione della degenza neuroriabilitativa e dei pazienti esterni.

Il reparto di riabilitazione intensiva neurologica, comprendente i posti letto GRACER (GRAVi CERebro lesioni acquisite), accoglie pazienti della Provincia di Reggio Emilia, ma anche di altre province della Regione Emilia-Romagna, rappresentando il punto di riferimento per l'Area Vasta Emilia Nord.

La riabilitazione respiratoria dal 2010 ha modificato la sua collocazione, avvalendosi di 6 posti letto in open space e di 6 posti letto in stanze di degenza a 2 posti letto ed ha continuato a ricevere pazienti dimessi, in particolare, dalle strutture di terapia intensiva.

Dal 1 dicembre 2011 sono stati formalizzati 40 posti letto di riabilitazione estensiva ospedaliera presso la struttura riabilitativa di Albinea, riservati ai residenti della provincia, in particolare del Distretto di Reggio Emilia, dimessi dall'Azienda Ospedaliera o dalle strutture del privato accreditato, ma anche del Distretto di Montecchio.

Tabella n. 131. **Dati di attività 2011 del Dipartimento di Riabilitazione**

	Ospedale di Correggio				Residenza Riabil. di Albinea	Totale
	Riabilitazione neurologica (PL 10)	GRACER (PL 20)	Riabilitazione respiratoria (PL 12)	Riabilitazione estensiva (PL 15)	Riabilitazione estensiva (PL 40)	PL 97
Dimessi	55	20	138	153	417	783
Giornate di degenza	3.734	5.483	3.704	4.649	12.392	29.962
Degenza media gg	57,9	89,5	23,6	28,5	29,7	
Indice di occupazione	112,7	79,7	89,4	89,1	89,9	
Mobilità attiva	15	10	18			

PL = posti letto

Lungodegenza

La dotazione limitata di posti letto ospedalieri dedicati alla lungodegenza e riabilitazione estensiva in ambito provinciale ha determinato lo sviluppo di un modello integrato in rete strutturato sui percorsi clinico assistenziali dei pazienti. In particolare è stato organizzato un sistema interaziendale di presa in carico del paziente da riabilitare che coinvolge le due aziende sanitarie pubbliche della provincia e le strutture del privato accreditato. Il presidio ospedaliero dell'Azienda USL gestisce un cruscotto di posti letto presso le sedi ospedaliere di Scandiano, Correggio e la Residenza Sanitaria Riabilitativa di Albinea, con l'obiettivo di ottimizzare i percorsi di dimissione, l'utilizzo dei posti letto e la qualità dei trattamenti riabilitativi.

Le lungodegenze di Guastalla, Montecchio e Castelnovo Monti (e in misura minore Scandiano) sono invece orientate prevalentemente all'assistenza del paziente internistico.

Tabella n. 132. **Ricoveri lungodegenza 2011**

Indicatori	Guastalla	Montecchio	Scandiano	Castelnovo Monti	Presidio ospedaliero
Posti letto	24	19	24	18	85
Indice di occupazione	94,6	93,1	57,6	97,4	90,8
Dimessi	341	403	289	382	1.415
Giornate di degenza	8.046	6.720	4.913	8.480	28.159
Degenza media gg	9,8	14,8	16	20,3	19,9

Rispetto al 2010 i dati complessivi del presidio ospedaliero, pur con rilevanti differenze tra le diverse sedi, indicano:

- un aumento dei dimessi (+6,9%);
- una lieve riduzione delle giornate di degenza (0,7%);
- una aumento dell'indice di occupazione media, passato dal 83,5% al 90,8%;
- una riduzione della durata della degenza passata da 21,4 a 19,9.

Attività del presidio ospedaliero aziendale anno 2011

Tabella n. 133. **Principali indicatori di attività del presidio ospedaliero provinciale**

Indicatori	Montecchio	Guastalla	Correggio	Scandiano	Castelnovo Monti	Presidio ospedaliero
Dimessi ordinari	4.555	6.522	1.685	4.205	2.954	19.921
Dimessi dh	1.252	2.360	199	2.731	1.028	7.570
Dimessi totali	5.807	8.882	1.884	6.936	3.982	27.491
DRG chirurgici	2.796	3.674	70	3.372	1.658	11.570
% DRG chirurgici su DRG totali	48,1%	41,4%	3,7%	48,6%	41,6%	42,1%
Accessi PS	21.167	22.232	13.096	20.486	14.167	91.148
% ricoveri * su accessi PS	8,3%	13,4%	7,4%	8,6%	11,7%	10,0%
Numero parti	705	894	-	709	207	2.515
Numero sedute dialitiche	5.153	5.201	1.771	4.411	4.136	20.672
Esami di laboratorio **	-	1.828.399		-	-	1.828.399
Esami radiologici	57.659	73.210	41.755	63.822	37.266	273.712
Esami endoscopia digestiva	2.607	2.718	2.736	3.054	1.250	12.365

* Si intendono i ricoveri presso gli ospedali del presidio provinciale, al netto dei trasferimenti in altra sede.
 ** Il laboratorio di Guastalla processa gli esami anche della sede di Correggio ed i laboratori di Montecchio, Scandiano e Castelnovo Monti afferiscono all'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia.

Il numero di ricoveri complessivi risulta essere in calo, tendenza rilevata anche a livello regionale. Per i ricoveri internistici questo può essere spiegato attraverso una maggiore presa in carico a livello territoriale ed un più appropriato utilizzo del setting ospedaliero. Per quanto riguarda i ricoveri chirurgici, il calo è in parte dovuto al passaggio di alcune procedure al livello ambulatoriale o all'utilizzo di metodiche alternative. Per quanto riguarda i parti, in linea con l'andamento regionale e nazionale, si riscontra un calo delle nascite rispetto agli anni precedenti.

Nell'Ospedale di Correggio nel 2011 è stata sospesa l'attività chirurgica di day surgery per i lavori in corso di ristrutturazione delle sale operatorie.

3.4.4. Interventi strutturali

Gli interventi strutturali eseguiti sugli immobili aziendali perseguono i seguenti obiettivi:

- riorganizzare le strutture sanitarie in termini logistici e funzionali;
- realizzare o riorganizzare strutture ambulatoriali nell'ottica di ampliare l'attività ai nuclei di cure primarie in un unico ambito organizzativo: Case della Salute;
- predisporre, nelle strutture ospedaliere, i locali per la gestione delle emergenze antincendio;
- adeguare le strutture sanitarie alle prescrizioni delle norme regionali per l'accreditamento;
- prevedere e riqualificare spazi necessari per l'esercizio della libera professione;
- adeguare le strutture e gli impianti tecnologici in materia di prevenzione incendi ed in materia di sicurezza in generale.

Si riportano di seguito i principali investimenti che hanno interessato le strutture ospedaliere.

Castelnuovo Monti

“Ospedale S. Anna”

- Adeguamento delle strutture esistenti alle norme di accreditamento: pediatria, ostetricia, blocco parto, medicina, ortopedia, chirurgia, day hospital, riabilitazione. Ristrutturazione e riorganizzazione del piano dei poliambulatori e realizzazione di ambulatori per la libera professione, importo complessivo €. 10.800.000. Al 31/12/2011 sono state ultimate la pediatria e la lungodegenza ed iniziate le demolizioni del 2° piano (poliambulatori).
- Realizzazione del nuovo edificio per la Risonanza Magnetica Nucleare per un costo di €. 1.900.000. Le sistemazioni esterne sono state ultimate nei primi mesi del 2011.
- Lavori di ripristino delle facciate dell'ospedale per un costo di € 500.000. I lavori sono stati ultimati nel 2011.

Correggio

“Ospedale S. Sebastiano”

Realizzazione del progetto di “Riassetto della struttura ospedaliera di Correggio per la formazione di un centro per la riabilitazione post-acuta” che comprende il completamento delle strutture in ampliamento e la ristrutturazione completa dei fabbricati storici esistenti per la loro conversione ad attività ambulatoriale ed il conseguente adeguamento alle norme di accreditamento, €. 25.244.000. Sono stati posati i nuovi solai di copertura delle parti di edifici ex Pronto Soccorso ed ex Radiologia. È proseguita l'esecuzione di aperture e di nuove porte su strutture portanti, a tutti i piani, con l'inserimento di architravi in acciaio. Sono stati consolidati tutti gli archi di fondazione del seminterrato.

Guastalla

“Ospedale Civile”

- Lavori di ampliamento e ristrutturazione - 1° stralcio funzionale, 2° Lotto. Importo complessivo dei lavori: €. 9.151.000. È stato acquisito il certificato di collaudo

e i 14 posti letto della libera professione sono stati collaudati entro i termini fissati.

- Adeguamento delle strutture esistenti alle norme di accreditamento: pronto soccorso, rianimazione, cardiologia e degenze di medicina e chirurgia. Realizzazione di ambulatori per la libera professione: €. 14.327.000. Sono proseguiti lavori di realizzazione della nuova Terapia Intensiva.

Montecchio

Distretto

“Centro distrettuale di prevenzione e medicina di comunità”, €. 11.402.000. È stata posata e gettata la seconda parte del primo solaio e sono state eseguite tutte le opere in cemento armato in elevazione del piano primo.

“Ospedale E. Franchini”

Ampliamento, riorganizzazione e riassetto funzionale della struttura ospedaliera. L'importo complessivo dell'appalto è di €. 22.935.000. Sono stati completati gli 11 ambulatori per la libera professione ed è in corso di formalizzazione il collaudo tecnico-amministrativo. È stata completata la ristrutturazione del corpo ottagonale. Sono terminati i lavori nell'atrio antistante alla Cardiologia. È iniziato il consolidamento strutturale ai piani terra, 1° e 2° del blocco B.

Reggio Emilia

Distretto

- Realizzazione di una nuova struttura residenziale per la psichiatria che comprenderà le attuali strutture di Pulce, Casa Gialla, Via Ortolane e Scuollette, €. 11.307.000. Sono state ultimate le controsoffittature a tutti i piani. È stata completata la facciata esterna del giardino d'inverno e il pavimento interno.
- Manutenzione straordinaria alla Casa Colonica di Via Bocconi a San Maurizio per il nuovo Ser.T, €. 995.000. I lavori sono stati conclusi nel 2011.
- Realizzazione di un magazzino farmaceutico e deposito per attività connesse all'area logistica delle aziende sanitarie dell'Area Vasta Emilia Nord: i lavori sono terminati.

Scandiano

Distretto

Ristrutturazione e recupero dell'edificio adiacente a Villa Valentini, €. 1.661.000. I lavori sono stati ultimati.

“Ospedale C. Magati” di Scandiano

- Riorganizzazione funzionale e strutturale finalizzata all'accreditamento che prevede: razionalizzazione dei percorsi orizzontali e verticali, adeguamento alberghiero dei reparti più carenti, adeguamento impiantistico generale secondo gli standard normativi, realizzazione di degenze ed ambulatori per l'attività di libera professione. Ristrutturazione e riordino funzionale dei locali per l'inserimento della nuova Risonanza Magnetica Nucleare e sostituzione della TAC. Importo complessivo €. 9.965.000. I lavori sono ultimati.

- Ristrutturazione di locali adibiti a spogliatoi, centrale di sterilizzazione, farmacia e adeguamento della lungodegenza, €. 1.316.000. I lavori sono ripresi nel 3° trimestre 2011, dopo l'espletamento della gara della sterilizzazione. Sono iniziati i lavori di ristrutturazione dei locali che ospiteranno la nuova centrale di sterilizzazione.

Interventi di manutenzione e per la sicurezza

Interventi di Manutenzione

Complessivamente nel 2011 per attività di manutenzione sono stati eseguiti lavori per un importo di €. 2.571.600, di cui per le strutture ospedaliere €. 1.978.800 e per i distretti €. 592.800.

Tabella n. 134. **Interventi di manutenzione realizzati nel 2011**

Distretto	Sede	Importi degli interventi
Reggio Emilia	Sede Centrale	342.000
	Distretto	87.600
Castelnovo Monti	Ospedale	463.200
	Distretto	50.400
Correggio	Ospedale	150.000
	Distretto	81.600
Guastalla	Ospedale	338.400
	Distretto	106.800
Montecchio	Ospedale	186.000
	Distretto	106.800
Scandiano	Ospedale	499.200
	Distretto	159.600

Interventi per la sicurezza

Complessivamente nel 2011 per attività di manutenzione per la sicurezza degli edifici sono stati eseguiti lavori per un importo di €. 2.382.000, di cui per le strutture ospedaliere €. 1.861.200 e per i distretti €. 520.800.

Tabella n. 135. **Interventi di manutenzione per la sicurezza degli edifici nel 2011**

Distretto	Sede	Importi degli interventi
Reggio Emilia	Sede Centrale	19.200
	Distretto	6.000
Castelnovo Monti	Ospedale	315.600
	Distretto	56.400
Correggio	Ospedale	0
	Distretto	26.400
Guastalla	Ospedale	447.600
	Distretto	201.600
Montecchio	Ospedale	570.000
	Distretto	38.400
Scandiano	Ospedale	508.800
	Distretto	192.000

Complessivamente l'azienda ha investito nell'esercizio 2011, per attività di manutenzione, un importo pari a €. 4.953.600.

3.5. Promozione del cambiamento tecnologico, clinico e organizzativo

Il governo clinico

Costituisce una scelta strategica dell'Azienda USL di Reggio Emilia la costituzione di uno Staff della Direzione Sanitaria "Programma per lo sviluppo organizzativo del governo clinico", che rappresenta lo strumento della direzione per integrare in modo organico le funzioni aziendali che supportano direttamente l'organo "Collegio di Direzione" per l'assolvimento del proprio mandato.

Tra i diversi modelli culturali che hanno tentato di sistematizzare il governo clinico, l'Azienda USL di Reggio Emilia ha adottato quello proposto da Chambers e Wakley nel 2000, l'"albero del governo clinico". Il governo clinico viene rappresentato come un albero con quattro radici, un tronco e sei rami. Il concetto è che solo se le radici sono profonde il tronco crescerà robusto e potrà dare frutti.

Le radici sono:

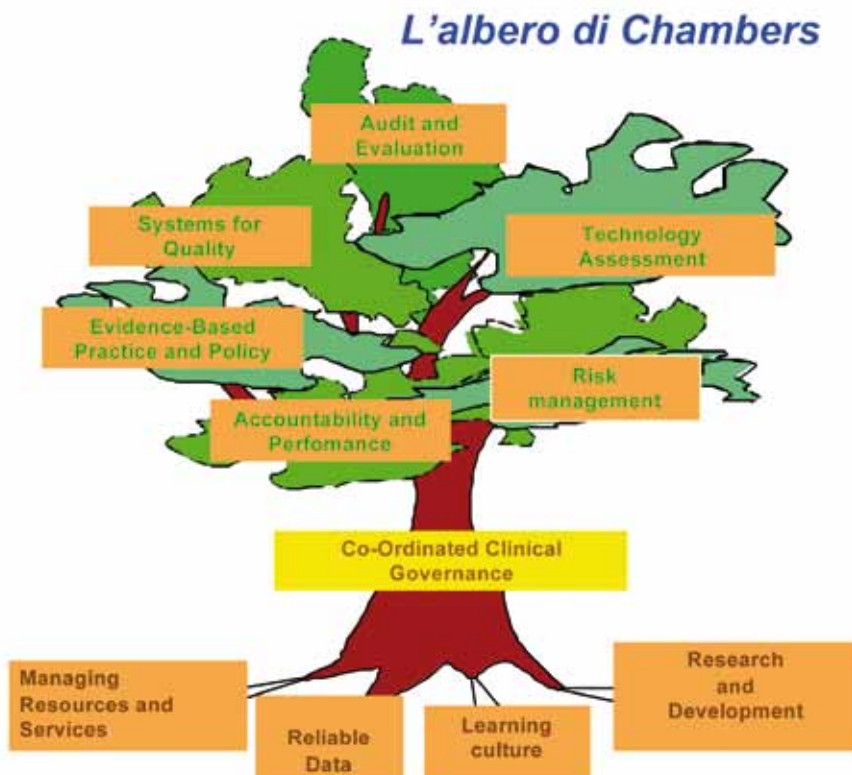
1. un sistema manageriale efficiente con risorse e servizi ben organizzati;
2. la disponibilità di dati ed informazioni affidabili;
3. una cultura diffusa ed orientata all'apprendimento e al miglioramento;
4. funzioni di ricerca e sviluppo innovativi.

I rami sono:

1. evidence-based practice and policy;
2. accountability and performance;
3. risk management;
4. audit and evaluation;

5. system for quality;
6. technology assessment.

Un settimo ramo che merita attenzione è la health communication, disciplina e funzione ormai indispensabile per un buon governo clinico.



Il governo clinico rappresenta l'approccio fondamentale allo sviluppo, alla gestione e alla valutazione della qualità complessiva dei servizi resi. Il governo clinico si realizza nell'esercizio della responsabilità del miglioramento continuo dei servizi erogati e nella salvaguardia di alti standard assistenziali da parte dei professionisti e dell'organizzazione. Perciò ridefinisce e orienta tutte le dimensioni della qualità nella convinzione che il servizio offerto esplicita i suoi livelli di accettabilità su più dimensioni, da quella tecnica a quella relazionale, organizzativa, economica e ambientale.

Il governo clinico propone una vista processuale dell'organizzazione con la consapevolezza che il servizio è il risultato di processi di lavoro intesi come sequenza di attività interconnesse e finalizzate per le quali agiscono professionisti, si utilizzano tecnologie sia hard (macchine) che soft (linee guida, procedure assistenziali), si consumano risorse, si adottano metodologie di lavoro conseguenti.

Programma per lo sviluppo organizzativo del governo clinico

Il Programma per lo sviluppo organizzativo del governo clinico costituisce una risorsa tecnica di integrazione organizzativa nel coordinamento delle attività di supporto al governo clinico delle varie articolazioni aziendali: sicurezza e conformità strutturale, gestione del rischio clinico, qualità e accreditamento, impatto sociale, formazione e ricerca-innovazione.

La responsabilità del governo clinico è di ogni livello organizzativo e professionale e in primo luogo della filiera di responsabilità della produzione con un ruolo di direzione e di governo da parte del Direttore Sanitario. La struttura di staff è impegnata nel raggiungimento degli obiettivi di miglioramento della qualità dei servizi offerti, favorendo il consolidamento di una rete di professionisti, dedicati a tempo parziale all'accREDITamento (facilitatori e auditor), alla formazione (progettisti), all'impatto sociale (referenti per la qualità percepita dagli utenti), alla gestione del rischio clinico (referenti rischio clinico), alla sicurezza, che operano nei dipartimenti e nelle strutture operative di appartenenza intervenendo direttamente per il miglioramento della qualità dei processi clinico assistenziali ed organizzativi. Queste figure danno supporto ai direttori di dipartimento e di SOC, ai responsabili infermieristici e tecnici di dipartimento ed ai coordinatori infermieristici e tecnici che hanno la responsabilità di mantenere e migliorare la qualità delle prestazioni, dei servizi, dei processi all'interno delle loro strutture, in quanto responsabili a vario titolo del "governo clinico". In questo modo la responsabilità degli operatori sanitari si esplica non solo nell'attività clinico assistenziale, ma anche nell'organizzazione e nella revisione sistematica della qualità dei servizi, nel miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni e nella garanzia di continuità dell'assistenza, potendo contare sulle opportunità della formazione, del confronto continuo con i cittadini e con le "buone pratiche" espresse in altre organizzazioni sia regionali che nazionali e internazionali, della ricerca e della sperimentazione di nuove e migliori pratiche.

Gestione del rischio clinico

Area di attività che affronta prioritariamente i rischi per gli utenti e per i cittadini collegabili all'attività assistenziale e, in collaborazione con altre aree o strutture, gli altri rischi ad esso legati in rapporto consequenziale come danni economici, giuridici, di immagine. Questa area svolge l'attività sia tramite interventi direttamente orientati alla riduzione del rischio, sia supportando le strutture organizzative ai diversi livelli nell'adozione di strumenti di gestione del rischio nell'ambito delle attività clinico-assistenziali. Le attività di riduzione del rischio si fondano sulla diffusione della cultura della sicurezza e sulla cura della relazione con il cittadino.

Tabella n. 136. **Principali ambiti di attività e risultati inerenti la sicurezza delle cure - anno 2011**

Ambiti	Temi	Criteri e indicatori disponibili	Fonte	Riferimenti normativi
Sorveglianza e Monitoraggio	Infezioni correlate all'assistenza (ICA)	<p><i>Igiene delle mani:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> comportamenti individuali: consumo globale di prodotti idralcolici per l'igiene delle mani di 5,6 litri per 1.000 giornate di degenza. Questo dato, anche se in crescita, non raggiunge ancora lo standard internazionale; è oggetto di attento monitoraggio e interventi di sensibilizzazione agli operatori e di miglioramento continuo. interventi organizzativi aziendali: punteggio di 317,5 della griglia di autovalutazione dell'OMS per l'adesione a una corretta igiene delle mani. Questo dato ci colloca nella fascia immediatamente inferiore a quella ottimale, livello intermedio-consolidato. <p><i>Infezioni del sito chirurgico:</i> dal 2011 è stato esteso a tutte le unità operative chirurgiche il monitoraggio delle infezioni del sito chirurgico (progetto SICHER). Da fine 2011 la rilevazione non è più a campione, ma è il 100% degli interventi oggetto di sorveglianza, grazie all'introduzione della scheda informatizzata. I dati sono condivisi con i professionisti nei singoli dipartimenti.</p> <p><i>Infezioni delle vie urinarie:</i> dal 2010, in tutti i dipartimenti internistici, viene effettuata la rilevazione semestrale della prevalenza, associata a informazioni sull'appropriatezza del cateterismo vescicale e del trattamento antibiotico. I dati sono condivisi con i professionisti nei singoli dipartimenti.</p>	Azienda USL Reggio Emilia	<p>DGR 732/2011 Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del servizio sanitario regionale per l'anno 2011</p> <p>DGR 1706/09 Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio</p>
	Sinistri/Contenzioso	<p>Adesione al database contenzioso regionale e SIMES: la Regione Emilia-Romagna ha istituito un database per la registrazione delle informazioni relative ai sinistri. Rispetto ai due indicatori monitorati, si riportano i dati per il triennio 2009-2011:</p> <ol style="list-style-type: none"> % missing (informazioni mancanti) per quattro variabili rilevanti nella descrizione del sinistro. L'indicatore risulta 9,7% rispetto alla media regionale del 7,6%. % di sinistri eligibili per la chiusura, ma non ancora chiusi. L'indicatore risulta 10,6% rispetto alla media regionale del 4,6%. 	Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale (ASSR)	<p>Raccomandazioni Ministero</p> <p>Programma regionale</p>

Ambiti	Temi	Criteri e indicatori disponibili	Fonte	Riferimenti normativi
Sorveglianza e Monitoraggio	Sicurezza in sala operatoria	Il progetto SOS.net promuove l'uso di una checklist nella pratica chirurgica che permette di verificare sistematicamente l'adozione delle principali misure di sicurezza. La checklist è stata introdotta nel 2011 negli Ospedali di Scandiano e Montecchio. L'indicatore regionale “% interventi eligibili per i quali è stata utilizzata la checklist”, calcolato su base aziendale, è 37,3% (media regionale 16,4%). Nella lettura del dato occorre inoltre tenere presente che gli Ospedali di Guastalla e Castelnovo Monti sono inseriti dal 2012.	ASSR	Raccomandazioni Ministero 2009
	Emo-vigilanza	Nel 2011 è stata aggiornata e presentata capillarmente la procedura aziendale per la gestione delle trasfusioni in ospedale che comprende la scheda di segnalazione secondo gli indirizzi nazionali di emovigilanza. Inoltre le unità operative sono sensibilizzate e utilizzano anche il sistema di Incident Reporting che ha permesso di migliorare le indicazioni per la sicurezza.	Azienda USL Reggio Emilia	Piano regionale sangue e plasma 2008-2010
	Uso appropriato e sicuro dei farmaci	L'Azienda partecipa alle attività dei gruppi regionali sul rischio clinico da farmaci e alla sperimentazione locale degli strumenti innovativi proposti. Per quanto riguarda l'uso appropriato degli antibiotici, nel 2011 è stata condotta una verifica sull'adesione alla linee guida sul trattamento delle infezioni delle vie urinarie con i medici di medicina generale.	Azienda USL Reggio Emilia	Linee di indirizzo regionali
	Dispositivi medici	Oltre all'attività istituzionale della commissione aziendale sui dispositivi medici, sono stati approfonditi nel 2011 aspetti relativi a dispositivi potenzialmente coinvolti nella genesi/prevenzione di infezioni, quali disinfettanti, materiali per medicazioni, accessi vascolari.	Azienda USL Reggio Emilia	
	Cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie	Nel 2011 sono state segnalate 268 cadute di pazienti ricoverati nel presidio ospedaliero aziendale. Il trend in aumento (256 nel 2010, 227 nel 2009) è giustificato da una crescente sensibilità verso la segnalazione.	Azienda USL Reggio Emilia	Raccomandazioni Ministero
	Sistemi RIS-PACS	Nel corso della prima implementazione del sistema RIS-PACS presso il Dipartimento Interaziendale di Diagnostica per immagini dal 2003 sono stati implementati diversi sistemi per la correzione ed il controllo degli errori	Azienda USL Reggio Emilia	DGR 1706/09

Ambiti	Temi	Criteri e indicatori disponibili	Fonte	Riferimenti normativi
		al fine di ridurre il rischio clinico, a cui si è aggiunto dal 2010 un sistema di segnalazione via RIS di un errore. In particolare vengono monitorati i seguenti tipi di errore: assegnazione immagini ad un altro paziente, errore sulla lateralità, errore sui dati del paziente al primo accesso, errore immagini sullo stesso paziente.		
Gestione eventi critici	Avversi / Sentinella / Sinistri	Vengono effettuati interventi di analisi approfondita (RCA) per tutti gli eventi sentinella. Nel 2011 sono stati effettuati incontri di tutoraggio dell'area rischio clinico con alcune unità operative per l'analisi di eventi avversi segnalati con il sistema di Incident Reporting.	Azienda USL Reggio Emilia	DM 11/12/2009 Monitoraggio degli eventi avversi in sanità Linee di indirizzo regionali
Tracciabilità pazienti e prevenzione errori di identificazione	Utilizzo di sistemi di identificazione informatizzati	Tutte le unità operative di degenza adottano un braccialetto unico a livello aziendale per l'identificazione del paziente durante il ricovero. È inoltre in uso da alcuni anni l'utilizzo di un braccialetto con barcode per l'identificazione informatizzata dei pazienti ai fini del controllo della prescrizione e somministrazione dei farmaci nelle unità operative dei dipartimenti internistici e di riabilitazione.	Azienda USL Reggio Emilia	DGR 1706/09

Sicurezza e conformità strutturale

Struttura costituita dal Servizio Prevenzione e Protezione, Ufficio Medico Competente e Settore Ingegneria Clinica, persegue gli obiettivi di sicurezza con una visione di processo per garantire un miglioramento della sicurezza per l'utenza, i dipendenti, l'ambiente e l'organizzazione. L'attività svolta è finalizzata alla sicurezza e igiene del lavoro previsti dalla normativa specifica, all'autorizzazione delle attività sanitarie, allo sviluppo del Sistema di Gestione Ambientale, alla corretta acquisizione delle tecnologie sanitarie in una prospettiva di health technology assessment. Si rimanda alla sezione 4.3 dove sono riportati alcuni dati relativi all'attività del 2011.

Qualità e accreditamento

In accordo con la programmazione dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, nel corso del 2011 sono state effettuate le verifiche regionali ai fini dell'accreditamento istituzionale (DGR 327/2004) per le seguenti strutture:

- Dipartimento Interaziendale di Emergenza-Urgenza
- Dipartimento Chirurgico di Castelnovo Monti
- Dipartimento Internistico di Castelnovo Monti
- Dipartimento Riabilitativo aziendale

La preparazione alle visite regionali ha previsto numerosi incontri con le strutture dipartimentali orientati ai cambiamenti organizzativi in un'ottica di implementazione

della qualità e di adeguamento ai criteri qualitativi regionali.

Particolare attenzione è stata posta sia alla verifica di conformità agli aspetti contenuti nelle raccomandazioni ministeriali/regionali relative alla gestione del rischio clinico e sia all'adozione, da parte degli operatori, di pratiche per la promozione della sicurezza e prevenzione dei rischi.

È stato programmato ed attuato il piano 2011 degli audit interni orientato a verificare l'adeguato mantenimento e miglioramento del sistema di gestione per la qualità.

In merito all'accreditamento delle strutture di soccorso /trasporto infermi per le 22 associazioni di volontariato (ANPAS e CRI) convenzionate con l'azienda, è stato fornito supporto alle associazioni per la predisposizione delle domande e della documentazione necessaria. Nel contempo, in collaborazione con la CO 118, sono stati realizzati incontri formativi per tutte le associazioni di volontariato ANPAS e CRI, al fine di supportarle nell'adeguamento ai criteri di qualità.

È proseguita nel 2011 la messa a punto del sistema di valutazione delle performance per tutte le strutture aziendali accreditate, relativamente agli indicatori e standard qualitativi previsti dai requisiti specifici regionali. In tal modo, i responsabili delle strutture dipartimentali, possono monitorare il raggiungimento degli standard regionali per la qualità dell'assistenza, identificare punti di forza e di debolezza e, conseguentemente predisporre azioni di miglioramento per le prestazioni erogate.

Nel 2011 l'Azienda USL di Reggio Emilia ha partecipato alle iniziative promosse dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, in particolare al gruppo di lavoro "Equality assessment" per l'implementazione di metodologie e strumenti per valutare la promozione dell'equità nelle aziende sanitarie e al gruppo di lavoro "Percorsi clinico assistenziali" per lo sviluppo di strumenti utili a valutare i percorsi clinico-assistenziali in occasione delle visite di verifica per l'accreditamento.

Attività di Audit clinico retrospettivo

Nel 2011 l'Audit clinico retrospettivo è stato applicato quale strumento per la valutazione della qualità nella compilazione e tenuta della documentazione sanitaria. Nei primi mesi del 2011 è stata completata l'analisi del terzo quadrimestre 2010. La seconda metà dell'anno e i primi mesi del 2012 hanno visto impegnati gli auditor nell'analisi della documentazione sanitaria del primo e del secondo semestre 2011 che ha interessato 3.543 cartelle cliniche, pari all'11% della produzione totale dell'anno 2011.

Con l'applicazione dei provvedimenti d'attuazione alla Legge 38/2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", la Regione Emilia-Romagna ha reso obbligatoria la rilevazione giornaliera del dolore. Dopo una fase di informazione/formazione rivolta ai professionisti, nell'elenco degli indicatori di governo clinico di tutte le unità operative aziendali, è stato aggiunto l'indicatore "rilevazione giornaliera del dolore".

Per questo indicatore nel secondo semestre 2011, le unità operative dei Dipartimenti Internistici e le unità operative del Dipartimento di Riabilitazione hanno registrato un valore rispettivamente pari all'84% e al 98,1%.

Per le unità operative dei Dipartimenti Chirurgici questo nuovo indicatore

si aggiunge ad un'altro relativo al dolore, precedentemente e periodicamente monitorato: “% di cartelle cliniche con evidenza della valutazione del dolore post-operatorio nelle prime 24 ore dopo l'intervento”, che per il secondo semestre 2011 risulta pari al 95,5%. Il nuovo indicatore “rilevazione giornaliera del dolore”, per lo stesso periodo si attesta all' 81,3%.

La valutazione dei risultati ha messo in evidenza per alcuni indicatori valori delle precedenti rilevazioni costantemente in linea con gli standard di riferimento, per esempio l'indicatore “pazienti con infarto miocardico acuto e con prescrizione di aspirina alla dimissione”, che conferma costantemente il valore del 100%.

Questo ha creato le condizioni per attivare un lavoro di revisione con modifiche e/o introduzione di nuovi indicatori, attraverso il confronto con i professionisti, partendo dai requisiti specifici definiti dai documenti dell'accreditamento e tenendo conto degli indicatori da monitorare definiti dalla normativa nazionale e /o da quella regionale.

Impatto sociale

Area di attività che monitora in modo sistematico il grado di soddisfazione dei cittadini che accedono alle strutture sanitarie dell'Azienda USL, sia ospedaliera che territoriali, sperimenta nuove modalità di coinvolgimento dei cittadini nella partecipazione al miglioramento dei servizi sanitari (es. Open Space Technology), partecipa al coordinamento aziendale dei Comitati Consultivi Misti, segue la redazione di documenti istituzionali, collabora a progetti aziendali (es. profili di cura dei NCP), partecipa a gruppi interaziendali (es. prevenzione cardiovascolare) e regionali (es. osservatorio regionale per la qualità percepita, bilancio di missione, prevenzione cardiovascolare).

Si rimanda al paragrafo 3.3.1 dove vengono riportati alcuni risultati 2011 relativi all'ascolto e alla partecipazione dei cittadini al miglioramento dei servizi sanitari, con particolare attenzione alla qualità percepita.

Formazione

La formazione concorre allo sviluppo delle competenze professionali e tecniche e alla valorizzazione delle risorse umane, anche attraverso la valutazione dei professionisti per l'individuazione di percorsi di sviluppo individuale. Mantiene rapporti istituzionali con la Regione Emilia-Romagna, con l'Università e con altri enti di formazione.

Si rimanda alla sezione 4, paragrafo 4.6 dove vengono riportati i principali dati di attività del 2011.

Ricerca e innovazione

È tra le funzioni assegnate alle aziende sanitarie dalla Legge regionale 29/04 che prevede che le aziende acquisiscano le competenze e le infrastrutture necessarie che le mettano in grado, da una parte, di valutare e accogliere in modo tempestivo, efficace e sostenibile le innovazioni che la ricerca propone e, dall'altra, di orientare le applicazioni delle innovazioni verso i bisogni assistenziali prioritari

Si rimanda alla sezione 6 dedicata completamente a questo ambito.



G. Fantuzzi, *Corridoio*, gelatina a sviluppo, 1900.

La fotografia venne realizzata dal reggiano Giuseppe Fantuzzi, fotografo professionista, per l'album approntato per l'esposizione internazionale di Parigi del 1900, dove il San Lazzaro vinse la Medaglia d'oro.

Si tratta del corridoio di uno dei reparti femminili, presidiato a intervalli regolari da infermiere (nella fotografia se ne vedono quattro).

Sezione 4

Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

Premessa

- 4.1 La “Carta d'identità del personale”
- 4.2 Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa
- 4.3 Gestione del rischio e sicurezza
- 4.4 Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali
- 4.5 Sistema di valutazione delle competenze e sviluppo professionale
- 4.6 Formazione
 - 4.6.1 Formazione interna
 - 4.6.2 Aree tematiche prioritarie del PAF 2011
 - 4.6.3 L'E-Learning e lo sviluppo delle reti
 - 4.6.4 Formazione esterna
 - 4.6.5 Convenzioni e tirocini
 - 4.6.6 Scuole
- 4.7 Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze

Premessa

In questa sezione vengono descritte le scelte e azioni che l'Azienda sviluppa per valorizzare il capitale professionale.

Preliminarmente alle informazioni contenute in questa sezione, in apertura si riportano alcuni dati che descrivono il profilo del personale di cui l'Azienda si avvale.

Gli aspetti affrontati nella sezione riguardano:

- 4.1. la "carta d'identità" del personale;
- 4.2. la partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa;
- 4.3. la gestione del rischio e la sicurezza;
- 4.4. la ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali;
- 4.5. il sistema di valutazione delle competenze e lo sviluppo professionale;
- 4.6. la formazione;
- 4.7. la struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze.

4.1. La "carta d'identità" del personale

Tipologia contrattuale

Il personale dipendente dell'Azienda USL di Reggio Emilia al 31/12/2011 ammonta a 4.125 persone, il personale convenzionato (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali, Medici dell'Emergenza Territoriale e Medici degli Istituti di Detenzione) è costituito da 726 persone.

Categorie di personale dipendente

Delle 4.125 persone che costituiscono il personale dipendente, il 75,2% è costituito da donne.

Tabella n. 137. **Personale dipendente al 31/12/2011 per categoria e per genere**

Categoria personale	Maschi	Femmine	Totale	%Maschi	%Femmine
Dirigenti medici e veterinari	337	283	620	54,4	45,6
Altri dirigenti (sanitari-APT)	39	102	141	27,7	72,3
Personale infermieristico	232	1.414	1.646	14,1	85,9
Personale tecnico sanitario	37	76	113	32,7	67,3
Personale della prevenzione	66	30	96	68,8	31,3
Personale della riabilitazione	45	246	291	15,5	84,5
Personale OTA - OSS	51	293	344	14,8	85,2
Ausiliari specializzati	4	3	7	57,1	42,9
Personale amministrativo	71	467	538	13,2	86,8
Altro personale	139	190	329	42,2	57,8
Totale	1.021	3.104	4.125	24,8	75,2

Sezione 4 Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

La categoria "Altro personale" comprende tutto il personale del ruolo tecnico non sanitario e non già descritto in altre voci. Si tratta quindi di periti, geometri, operatori CED, elettricisti, magazzinieri, autisti, operatori di centralino e portineria, operatori tecnici di cucina, imbianchini, idraulici, operatori tecnici di farmacia, fattorini.

Si riporta di seguito il dettaglio del personale dipendente per macroarticolazioni aziendali.

Tabella n. 138. **Personale dipendente al 31/12/2011 nel Presidio Ospedaliero, nei Distretti e Dipartimenti di Cure Primarie**

Categoria personale	Presidio Ospedaliero					Distretti e Dip. Cure Primarie				
	M	%M	F	%F	Totale	M	%M	F	%F	Totale
Dirigenti medici e veterinari	198	56,4	153	43,6	351	12	33,3	24	66,7	36
Altri dirigenti (sanitari-APT)	0	0,0	2	100	2	1	20,0	4	80,0	5
Personale infermieristico	106	12,1	772	87,9	878	43	9,1	430	90,9	473
Personale tecnico sanitario	34	32,7	70	67,3	104	1	25,0	3	75,0	4
Personale della prevenzione	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0
Personale della riabilitazione	24	21,4	88	78,6	112	6	18,8	26	81,3	32
Personale OTA - OSS	33	13,0	221	87,0	254	3	8,6	32	91,4	35
Ausiliari specializzati	1	25,0	3	75,0	4	0	0,0	0	0,0	0
Personale amministrativo	3	6,4	44	93,6	47	17	9,9	154	90,1	171
Altro personale	18	30,0	42	70,0	60	13	17,8	60	82,2	73
Totale	417	23,0	1.395	77,0	1.812	96	11,6	733	88,4	829

245

Tabella n. 139. **Personale dipendente al 31/12/2011 nei Servizi Centrali**

Categoria personale	Servizi Centrali				
	M	%M	F	%F	Totale
Dirigenti medici e veterinari	4	36,4	7	63,6	11
Altri dirigenti (sanitari-APT)	13	32,5	27	67,5	40
Personale infermieristico	2	7,7	24	92,3	26
Personale tecnico sanitario	1	50,0	1	50,0	2
Personale della prevenzione	3	75,0	1	25,0	4
Personale della riabilitazione	1	12,5	7	87,5	8
Personale OTA - OSS	0	0,0	0	0,0	0
Ausiliari specializzati	2	100	0	0,0	2
Personale amministrativo	33	15,3	182	84,7	215
Altro personale	90	57,7	66	42,3	156
Totale	149	32,1	315	67,9	464

Tabella n. 140. **Personale dipendente al 31/12/2011 nei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Sanità Pubblica, Farmaceutico**

Categoria personale	Dip. di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche					Dip. di Sanità Pubblica					Dip. Farmaceutico				
	M	%M	F	%F	Tot.	M	%M	F	%F	Tot.	M	%M	F	%F	Tot.
Dirigenti medici e veterinari	37	38,9	58	61,1	95	86	67,7	41	32,3	127	0	0,0	0	0,0	0
Altri dirigenti (sanitari-APT)	16	28,6	40	71,4	56	5	55,6	4	44,4	9	4	13,8	25	86,2	29
Personale infermieristico	76	33,9	148	66,1	224	5	13,2	33	86,8	38	0	0,0	7	100	7
Personale tecnico sanitario	1	100	0	0,0	1	0	0,0	2	100	2	0	0,0	0	0,0	0
Personale della prevenzione	0	0,0	0	0,0	0	63	68,5	29	31,5	92	0	0,0	0	0,0	0
Personale della riabilitazione	14	10,1	125	89,9	139	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0
Personale OTA - OSS	15	27,8	39	72,2	54	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	1	100	1
Ausiliari specializzati	0	0,0	0	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	1	100	0	0,0	1
Personale amministrativo	4	16,7	20	83,3	24	10	15,9	53	84,1	63	4	22,2	14	77,8	18
Altro personale	5	27,8	13	72,2	18	7	70,0	3	30,0	10	6	50,0	6	50,0	12
Totale	168	27,5	443	72,5	611	176	51,6	165	48,4	341	15	22,1	53	77,9	68

Come si evince dalle tabelle, il personale del Presidio Ospedaliero costituisce il 43,9% di tutto il personale dipendente, seguito dal personale dei Distretti e Dipartimenti di Cure Primarie (20,1%) e dal personale del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze patologiche (14,8%). Rientra nel Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche anche l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

Tabella n. 141. **Personale dipendente al 31/12/2011 per macrostruttura, genere e orario intero e parziale**

Macrostruttura	Maschi					Femmine				
	Orario intero	% Orario intero	Tempo parziale	% Tempo parziale	Tot.	Orario intero	% Orario intero	Tempo parziale	% Tempo parziale	Totale
Presidio Ospedaliero	408	97,8	9	2,2	417	1213	87,0	182	13,0	1.395
Dip. di Salute Mentale	160	95,2	8	4,8	168	373	84,2	70	15,8	443
Distretti e Dip. Cure Primarie	86	89,6	10	10,4	96	569	77,6	164	22,4	733
Dip. di Sanità Pubblica	172	97,7	4	2,3	176	149	90,3	16	9,7	165
Dipartimento Farmaceutico	14	93,3	1	6,7	15	46	86,8	7	13,2	53
Servizi Centrali	133	89,3	16	10,7	149	262	83,2	53	16,8	315
Totale	973	95,3	48	4,7	1.021	2.612	84,1	492	15,9	3.104

Il personale dipendente a orario intero costituisce l'86,9% del totale dei dipendenti; la percentuale dei dipendenti a orario intero negli uomini è più alta di quella delle donne (mediamente 95,3% vs 84,1%).

Tabella n. 142. Personale dipendente al 31/12/2011 per fasce d'età e genere

Età	M	%M	F	%F	Totale
≤ 35	160	22,7	546	77,3	706
36-44	238	19,9	955	80,1	1.193
45-54	374	23,6	1.210	76,4	1.584
55-64	249	38,9	391	61,1	640
≥ 65	0	0,0	2	100	2
Totale	1.021	24,8	3.104	75,2	4.125

In entrambe i sessi, la fascia d'età più rappresentata è 45-54 anni, corrispondente al 38,4% complessivamente del totale dei dipendenti (contro un 37,7% dell'anno precedente), di cui per le donne costituisce il 76% e per gli uomini il 24%; mentre per le altre fasce d'età si possono notare differenze di genere: nelle donne la fascia successiva è costituita da coloro che rientrano nel range d'età 36-44, mentre per gli uomini è la fascia 55-64 anni.

Tabella n. 143. Personale dipendente al 31/12/2011 per categorie e macrostrutture, con la distinzione del personale assunto a tempo indeterminato e determinato

Categoria personale	tot.	di cui a tempo det.	Presidio Ospedaliero		DSM-DP		Distretti e Dip. Cure Primarie		Dip. Sanità Pubblica		Dip. Farmaceutico		Servizi Centrali	
			tempo indet.	tempo det.	tempo indet.	tempo det.	tempo indet.	tempo det.	tempo indet.	tempo det.	tempo indet.	tempo det.	tempo indet.	tempo det.
Dirigenti medici e veterinari	620	29	332	19	90	5	32	4	126	1	0	0	11	0
Altri dirigenti (sanitari-APT)	141	29	2	0	45	11	2	3	7	2	23	6	33	7
Personale infermieristico	1.646	122	821	57	215	9	418	55	38	0	7	0	25	1
Personale tecnico sanitario	113	6	98	6	1	0	4	0	2	0	0	0	2	0
Personale della prevenzione	96	3	0	0	0	0	0	0	89	3	0	0	4	0
Personale della riabilitazione	291	11	105	7	136	3	32	0	0	0	0	0	7	1
Personale OTA - OSS	344	19	241	13	49	5	34	1	0	0	1	0	0	0
Ausiliari specializzati	7	0	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0
Personale amministrativo	538	23	45	2	24	0	156	15	62	1	18	0	210	5
Altro personale	329	25	60	0	18	0	68	5	10	0	10	2	138	18
Totale	4.125	267	1.708	104	578	33	746	83	334	7	60	8	432	32

Complessivamente il personale a tempo determinato costituisce il 6,5% di tutto il personale dipendente. Il 45,7% di tutto il personale a tempo determinato è costituito da personale infermieristico, ciò è spiegabile dall'alto tasso di lunghe assenze di questo personale a tempo indeterminato che viene sostituito da personale a tempo determinato e dal fatto che il personale infermieristico, a differenza di altri profili professionali che generalmente non vengono sostituiti, è la categoria a cui viene data priorità per le sostituzioni. Le lunghe assenze sono per lo più dovute a:

- maternità;
- incarichi a tempo determinato presso altre aziende sanitarie;
- aspettative di varia natura.

Tabella n. 144. **Personale dipendente al 31/12/2011 per genere, con la distinzione del personale assunto a tempo indeterminato e determinato e a orario intero e parziale**

Categoria personale	Maschi				Femmine			
	a tempo indeterminato		a tempo determinato		a tempo indeterminato		a tempo determinato	
	a orario intero	a tempo parziale	a orario intero	a tempo parziale	a orario intero	a tempo parziale	a orario intero	a tempo parziale
Dirigenti medici e veterinari	320	0	17	0	263	8	12	0
Altri dirigenti (sanitari-APT)	32	0	7	0	78	2	22	0
Personale infermieristico	203	7	22	0	1.078	236	99	1
Personale tecnico sanitario	35	0	2	0	59	13	4	0
Personale della prevenzione	63	2	1	0	28	0	1	1
Personale della riabilitazione	37	4	4	0	168	71	6	1
Personale OTA - OSS	38	2	11	0	251	34	8	0
Ausiliari specializzati	1	3	0	0	2	1	0	0
Personale amministrativo	51	14	5	1	356	94	10	7
Altro personale	112	12	12	3	158	22	9	1
Totale	892	44	81	4	2.441	481	171	11

Per quanto riguarda il personale a tempo parziale, costituito da 540 persone (13,1% del personale dipendente), il 91,1% è costituito da donne. Questo evidenzia come la scelta del tempo parziale sia quasi completamente femminile, a conferma del fatto che l'impegno nella cura della famiglia sia ancora prevalentemente a carico delle donne. Negli ultimi anni si registra un aumento delle richieste di part-time motivate da esigenze familiari legate alla cura degli anziani.

Mobilità del personale dipendente nel corso dell'anno 2011

La tabella relativa al personale in uscita (pensionamenti, dimissioni volontarie, trasferimenti ad altre aziende) evidenzia che la quota più rilevante riguarda i dirigenti medici e veterinari (30% del totale delle uscite), seguito dal personale infermieristico (22,1%). Il 50,7% delle uscite è costituito da pensionamenti.

Tabella n. 145. **Uscite del personale dipendente a tempo indeterminato nel 2011**

Categoria personale	Pensionamenti	Dimissioni volontarie	Trasferimenti ad altre aziende	Totale
Dirigenti medici e veterinari	21	7	14	42
Altri dirigenti (sanitari-APT)	5	2	2	9
Personale infermieristico	10	13	8	31
Personale tecnico sanitario	0	0	3	3
Personale della prevenzione	1	0	3	4
Personale della riabilitazione	5	0	0	5
Personale OTA - OSS	2	3	6	11
Ausiliari specializzati	1	0	0	1
Personale amministrativo	15	2	2	19
Altro personale	11	4	0	15
Totale	71	31	38	140

Tabella n. 146. **Assunti a tempo indeterminato nel 2011**

Categoria personale	Concorso pubblico	Centro per l'impiego / collocamento mirato	Trasferimenti da altre aziende	Trasferimenti da altre aziende SSR	Totale
Dirigenti medici e veterinari	31	0	0	2	33
Altri dirigenti (sanitari-APT)	4	0	0	0	4
Personale infermieristico	20	0	0	3	23
Personale tecnico sanitario	11	0	0	0	11
Personale della prevenzione	1	0	0	0	1
Personale della riabilitazione	9	0	0	0	9
Personale OTA - OSS	4	0	0	0	4
Ausiliari specializzati	0	0	0	0	0
Personale amministrativo	17	2	1	1	21
Altro personale	3	2	1	0	6
Totali	100	4	2	6	112

Le principali categorie di personale assunto nel 2011 riguardano medici e veterinari (29,5% del totale delle assunzioni a tempo indeterminato) e personale infermieristico (20,5%).

La modalità di assunzione tramite concorso pubblico continua ad essere la principale (89,3%).

Tabella n. 147. **Trasferimenti interni nel 2011**

Categoria personale	Trasferimenti tra distretti	Trasferimenti tra servizi intra distrettuali	Trasferimenti tra sedi di lavoro stesso servizio	Totale
Dirigenti medici e veterinari	11	2	5	18
Altri dirigenti (sanitari-APT)	10	0	3	13
Personale infermieristico	31	26	55	112
Personale tecnico sanitario	3	0	0	3
Personale della prevenzione	0	0	0	0
Personale della riabilitazione	3	1	16	20
Personale OTA - OSS	8	2	4	14
Ausiliari specializzati	0	1	0	1
Personale amministrativo	6	8	6	20
Altro personale	11	2	0	13
Totali	83	42	89	214

Il 52,3% del totale dei trasferimenti interni riguarda personale infermieristico. Tale personale è caratterizzato da un'elevata mobilità interna, sia volontaria che dovuta ad accertamenti di idoneità parziale o inidoneità al profilo professionale di inquadramento.

250

4.2. **Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa**

Le persone costituiscono la risorsa fondamentale per lo svolgimento delle attività ed il perseguimento della mission aziendale. La promozione della partecipazione, la valorizzazione del capitale umano, lo sviluppo delle competenze idonee a garantire il fare bene le cose giuste sono valori perseguiti. La valorizzazione del "capitale umano" trova concretizzazione in alcuni percorsi organizzativi, quali l'ascolto dei punti di vista dei professionisti per costruire le decisioni, la promozione dello sviluppo delle competenze e delle specificità di ognuno, l'assegnazione di precise responsabilità attraverso la definizione di contratti per la dirigenza e di obiettivi specifici per tutti i professionisti.

Le dimensioni dell'ascolto e l'attenzione ai tempi di sviluppo organizzativo sono elementi essenziali del governo di una realtà complessa come un'azienda sanitaria, dove la componente professionale è determinante.

Gli strumenti adottati per favorire la partecipazione sono riconducibili:

- alla diffusione delle informazioni attraverso i mezzi della comunicazione quali intranet, documenti di programmazione istituzionali aperti alle osservazioni dei professionisti;
- al percorso per la definizione dei piani delle azioni e del budget annuale che vede fasi di coinvolgimento ampie;
- ai gruppi di lavoro su tematiche sia tecniche che organizzative (es. coordinamenti di specialità, gruppi per gli audit clinici);

- ai contratti individuali dei dirigenti con responsabilità di gestione dove si evidenziano competenze e impegni specifici nella direzione dell'ascolto e dello scambio reciproco con i collaboratori.

Per quanto riguarda la struttura delle responsabilità nelle diverse articolazioni organizzative e gestionali dell'Azienda USL di Reggio Emilia, la scelta di fondo è stata quella di creare un sistema di responsabilità diffuse.

La richiesta aziendale verso questi dirigenti, definita nei contratti individuali d'incarico, è non solo di assicurare la responsabilità sul versante dei risultati della propria struttura, ma anche di essere responsabili dello sviluppo professionale dei collaboratori.

Un ruolo importante è rappresentato dal Collegio di Direzione, organo dell'azienda, che partecipa alle scelte strategiche aziendali e alle riorganizzazioni dei dipartimenti e degli staff della Direzione Sanitaria che sono un supporto anche al Collegio stesso. Il Collegio di Direzione è organizzato in "esecutivi" su tre temi ritenuti prioritari: formazione, gestione del rischio, ricerca e innovazione.

Altro organismo di partecipazione dei professionisti di livello dipartimentale è il Comitato di Dipartimento, che opera secondo il regolamento aziendale e tra i propri compiti ha quello di proporre alla Direzione Generale la scelta per i direttori di dipartimento.

4.3. Gestione del rischio e sicurezza

La gestione della sicurezza è orientata sia ai lavoratori che agli utenti, sviluppando le sinergie con il processo di autorizzazione delle attività sanitarie. La sicurezza degli ambienti di lavoro aziendali costituisce un obiettivo strategico dell'Azienda USL di Reggio Emilia. Si riportano di seguito, per i principali settori di attività, gli interventi realizzati nell'anno 2011.

Sicurezza delle attività e delle strutture: è stata mantenuta l'attività di aggiornamento della valutazione dei rischi, con la produzione di 23 documenti di valutazione dei rischi relativi ad edifici, 13 di valutazione dei rischi di strutture ospedaliere o territoriali, 2 valutazioni per rischi specifici.

Autorizzazione all'esercizio di strutture sanitarie: sono state predisposte 9 domande di autorizzazione, sono state supportate 5 visite ispettive per 7 autorizzazioni concesse.

Tecnologie sanitarie: sono stati effettuati 500 collaudi di accettazione, 567 dichiarazioni di fuori uso, 3.369 verifiche di sicurezza, 29 collaborazioni per lo sviluppo di capitolati e 48 pareri su acquisti o manutenzioni. È attivo un appalto orientato al tempestivo intervento sulle apparecchiature in caso di guasto, con personale dedicato su diversi ospedali dell'azienda, riducendo sensibilmente i tempi di fermo macchina.

Sistema di Gestione Ambientale: ha come obiettivi il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dei processi che riguardano gli aspetti ambientali delle attività e delle strutture, quali la gestione dei rifiuti sanitari pericolosi e degli assimilati agli urbani, il controllo chimico e microbiologico della qualità delle acque distribuite nelle strutture ospedaliere, gli aspetti di uso razionale dell'energia (migliori

strategie di approvvigionamento, monitoraggio dell'uso dell'energia elettrica e termica, risparmio idrico). Per ulteriori informazioni di dettaglio si rimanda alla sezione 2, paragrafo 2.2.4. Impatto ambientale.

Sorveglianza sanitaria: l'attività è indirizzata sia ai dipendenti che agli altri lavoratori soggetti per legge (es. tirocinanti, specializzandi). Per quanto riguarda i dipendenti, l'interpretazione dei dati concernenti la sorveglianza sanitaria non può prescindere dalla conoscenza del sistema di gestione della movimentazione sicura dei pazienti SpoSo-Poletti sviluppato all'interno dell'azienda, che prevede di esprimere il giudizio di idoneità non solo alla mansione, ma a tutto il profilo professionale considerato, visitando quindi anche il personale non a rischio significativo. Il costante miglioramento dell'ambiente di lavoro ottenuto, sia con investimenti pari a 2,5 milioni di euro, sia con aspetti inerenti l'organizzazione e la formazione, permette ancora di offrire un setting adeguato ai lavoratori con limitazioni rispetto alla movimentazione manuale dei pazienti (MMP), senza per questo incidere negativamente rispetto alla qualità e continuità dell'assistenza sanitaria. Per quanto riguarda gli altri lavoratori, l'attività di inserimento in sicurezza di tutti i lavoratori prevede l'informazione strutturata, la formazione secondo percorsi differenziati sulla professione, la sorveglianza sanitaria completa di esami di laboratorio.

Tabella n. 148. **Limitazioni sui dipendenti totali e per personale infermieristico e OSS/OTA**

	2009	2010	2011
N dipendenti	4.076	4.139	4.125
N limitazioni o inidoneità	425	437	428
% su totale dipendenti	10,4%	10,6%	10,4%
N infermieri	1.502	1.497	1.492
N limitazioni	249	264	255
% su totale infermieri	16,6%	17,6%	17,1%
% su totale infermieri per MMP	13,9%	14,8%	14,1%
N OSS/OTA	386	407	406
N limitazioni OSS/OTA	102	102	98
% su totale OSS/OTA	26,4%	25,1%	24,1%
% su totale OSS/OTA per MMP	22,0%	21,9%	20,7%

L'andamento generale delle inidoneità è sostanzialmente invariato negli ultimi anni; si osserva una situazione di leggero incremento per quanto attiene il personale infermieristico, mentre per gli OSS/OTA si osserva un miglioramento.

Formazione sulla sicurezza del lavoro

È proseguita l'importante attività di formazione alla sicurezza e salute sul lavoro, sia per i neo-lavoratori che per i dipendenti, sui principali aspetti di sicurezza per lavoratori, pazienti e visitatori: antincendio, movimentazione pazienti, primo soccorso, infezioni ospedaliere. È proseguita inoltre la formazione al ruolo

per la sicurezza per lavoratori, neo-lavoratori, dirigenti, preposti, per un totale di 1.920 lavoratori coinvolti nel 2011, 7.865 ore-uomo di formazione, pari quasi a due ore per lavoratore.

Gestione degli infortuni: nel 2011 sono stati trattati 184 infortuni (comprensivi di quelli in franchigia fino a 3 giorni); gli incidenti a rischio infettivo registrati sono stati 81, di cui 4 con prognosi di uno o più giorni.

Si osserva un lieve aumento dell'indice di incidenza negli ultimi 3 anni (Indice di Incidenza = % infortuni su numero dipendenti), mentre per i giorni persi non si osserva un andamento definito.

Il dato può risentire di una diminuzione fisiologica dovuta al mancato riconoscimento di un certo numero di eventi da parte dell'ente assicuratore INAIL.

Grafico n. 146. **Indice di incidenza 2007-2011**

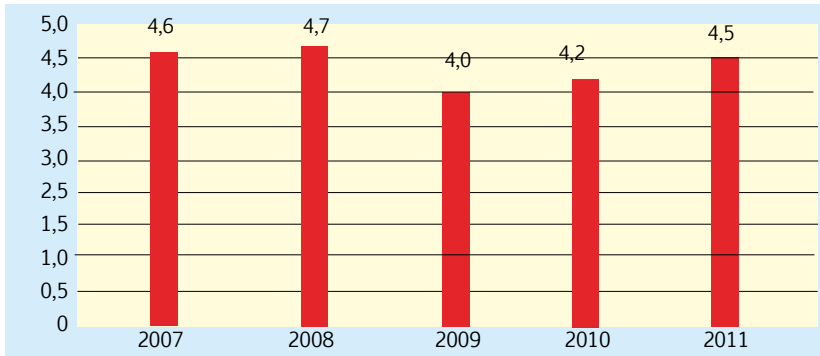


Grafico n. 147. **Totale giorni persi per infortunio 2007-2011**

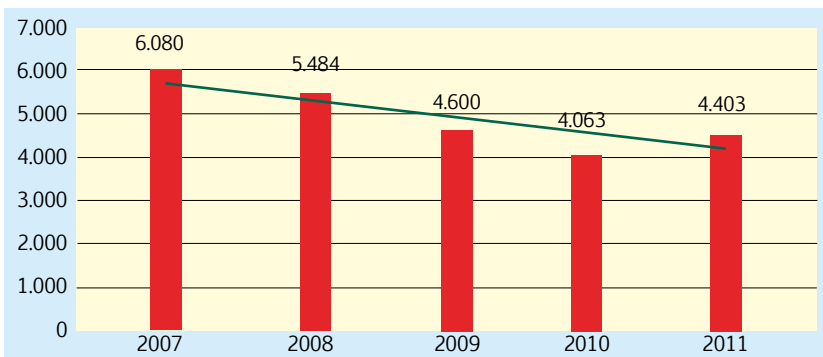
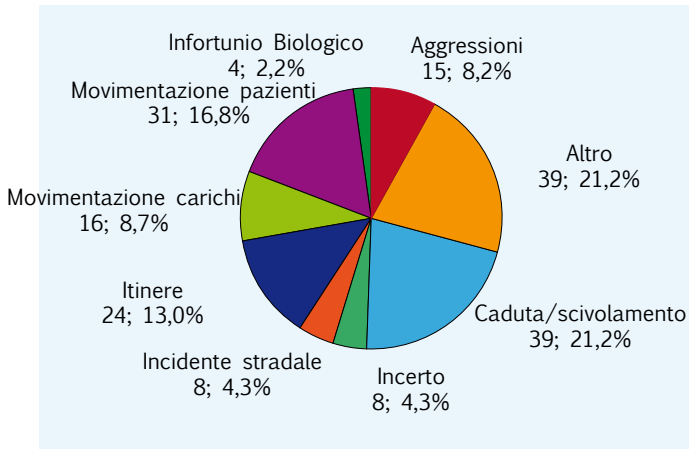
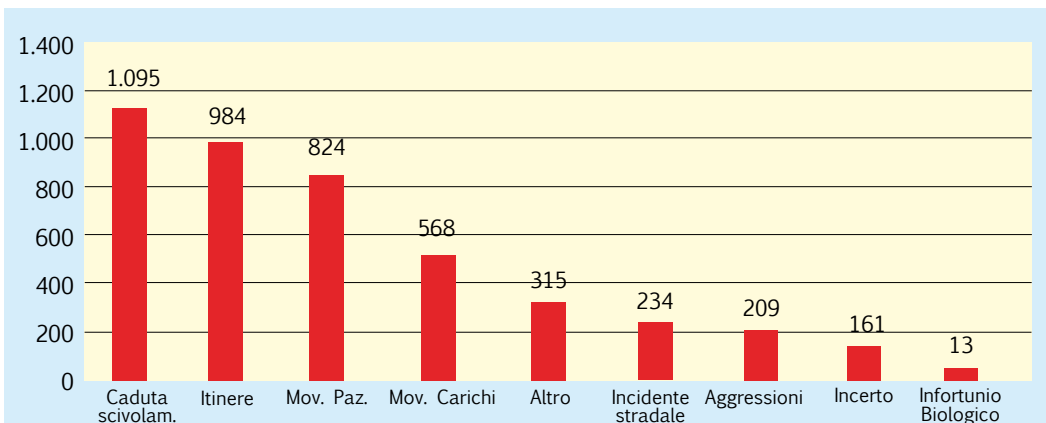


Grafico n. 148. **Infortuni anno 2011**Grafico n. 149. **Giorni persi per tipologia di infortunio anno 2011**

254



4.4. Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali

In coerenza al mandato aziendale la Direzione Infermieristica e Tecnica Aziendale attraverso le sue articolazioni (Direzione Infermieristica e Tecnica di Presidio Ospedaliero, Cure Primarie, Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Responsabili Infermieristici e Tecnici Dipartimentali, Coordinatori Infermieristici e Tecnici Dipartimentali) ha perseguito:

- lo sviluppo del ruolo e delle competenze professionali dei manager, appartenenti alle professioni sanitarie e collocati ai diversi livelli della linea gerarchica, funzionale allo scopo di esercitare compiutamente le aree di responsabilità migliorando la capacità di incidere sul contesto organizzativo;
- lo sviluppo del ruolo e delle competenze dei professionisti afferenti all'area delle professioni sanitarie e degli operatori tecnici e socio-sanitari, indirizzate all'adozione di pratiche assistenziali basate sulle evidenze scientifiche;
- l'ideazione e la realizzazione di progetti di ricerca e di innovazione organizzativa volti alla verifica e revisione sistematica dell'assistenza erogata con lo scopo di mantenere e ove possibile migliorare i percorsi assistenziali anche tramite l'ottimizzazione dell'allocazione delle risorse disponibili;
- il miglioramento e/o mantenimento dei livelli di assistenza erogati, sia nei termini di varietà, completezza e numerosità dei percorsi assistenziali garantiti, ed il contestuale utilizzo appropriato delle risorse.

In particolare si segnalano tra le iniziative più significative:

- la sperimentazione di un sistema informativo utile a verificare la qualità dell'assistenza infermieristica, mediante la raccolta sistematica di dati indispensabili alla misurazione di indicatori. I dati derivano dalla rivisitazione e adeguamento del flusso informativo delle schede di dimissione ospedaliera (flusso SDO);
- a seguito dell'ultimazione dei lavori di ristrutturazione di molte unità operative e servizi ospedalieri, il completamento delle riallocazioni e contestuale revisione organizzativa dei percorsi assistenziali;
- la revisione delle attività e delle modalità organizzative del Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche (LACC) dell'Ospedale di Guastalla ed ulteriore sviluppo del sistema Point of Care Testing;
- la revisione del percorso assistenziale di gestione della gravidanza fisiologica da parte dell'ostetrica ed implementazione di percorsi facilitati per la gestione dell'emergenza ostetrica;
- la prosecuzione dell'applicazione del sistema di prescrizione, somministrazione e controllo della terapia presso i dipartimenti chirurgici aziendali;
- l'ampliamento della rete provinciale delle cure palliative con:
 - il completamento dell'individuazione e della formazione di infermieri prevalentemente dedicati alle cure palliative e fra questi in ogni distretto la nomina di un referente cure palliative;
 - l'attivazione congiunta (MMG, infermiere, palliativista) della prima visita di presa in cura e documentazione del piano di assistenza individuale (P.A.I.)

nella scheda territoriale;

- l'implementazione della scheda clinico-assistenziale integrata con strumenti specifici di gestione delle cure palliative;
- la promozione e partecipazione a momenti periodici di incontro in tutte le realtà locali fra professionisti del territorio e dei day hospital oncologici, finalizzato ad una precoce intercettazione dei casi che necessitano di essere inseriti in programmi di cure palliative; nonché tra professionisti del territorio e delle Unità Internistiche Multidisciplinari (UIMD) e lungodegenze per la condivisione delle modalità di presa in carico precoce e dei progetti di assistenza dei pazienti in dimissione per garantirne la continuità assistenziale;
- la progettazione ed implementazione del punto unico di accesso (P.U.A.) presso il Distretto di Reggio Emilia;
- la sperimentazione di due ambulatori a gestione infermieristica per pazienti affetti da scompenso cardiaco e diabete;
- la revisione e sperimentazione della scheda territoriale integrata: unico documento sanitario multidisciplinare utilizzato presso i servizi infermieristici aziendali, i Nuclei di Cure Primarie e l'Hospice.

4.5. Sistema di valutazione delle competenze e sviluppo professionale

La verifica e valutazione dei dirigenti rappresenta il rispetto delle disposizioni normative e contrattuali vigenti in materia e della contrattazione integrativa aziendale e contribuisce all'incontro tra le finalità, la cultura, la vision, l'assetto dell'organizzazione ed i valori, i bisogni e le competenze del professionista, in una modalità di diagnosi organizzativa e confronto fra le parti nell'ambito del governo delle politiche del personale.

La valutazione riguarda la dimensione delle competenze e dei comportamenti professionali ed acquista significato nella misura in cui riesce ad agire sulla qualità dell'offerta al cittadino, evidenziando i punti di forza e le aree di miglioramento dell'azione professionale.

La valutazione sostiene il patrimonio delle risorse umane aziendali orientandone i comportamenti nell'area tecnico specialistica, organizzativa – gestionale e relazionale ed elaborando strategie e programmi per il mantenimento, il miglioramento e la valorizzazione delle competenze dei professionisti.

Nell'anno 2011 si è realizzato il percorso di valutazione delle competenze e di autovalutazione per i dirigenti con incarico professionale e i responsabili di Struttura Semplice (SOS) a seguito di un affinamento degli strumenti (scheda di valutazione delle competenze, curriculum vitae, scheda autovalutazione) pubblicati sull'intranet aziendale per favorirne una maggiore trasparenza e condivisione.

Nella sessione di valutazione ed autovalutazione sono state compilate dai dirigenti (professional e responsabili SOS) rispettivamente 550 schede di valutazione delle competenze e 334 schede di autovalutazione attraverso l'utilizzo del programma informatico e-valuation.

Il sistema informatico offre la possibilità di governare i percorsi di valutazione aziendali delle competenze, accedere allo storico delle valutazioni effettuate, raccogliere ed aggiornare la banca dati dei curriculum professionali presenti in azienda ed esportare e stampare tutti i documenti.

Nell'anno 2011 è avvenuta anche la valutazione del personale a cui è stata attribuita la posizione organizzativa (biennio 2010-2011); sono state quindi compilate dai diretti superiori di unità operativa/dipartimento/distretto/direzione le schede di valutazione di 73 persone titolari di posizione organizzativa. Le posizioni organizzative sono un'opportunità ed uno strumento per la qualificazione e valorizzazione dei servizi attraverso il riconoscimento di precise competenze professionali necessarie in punti rilevanti del sistema organizzativo. La valutazione delle posizioni organizzative ha cadenza biennale.

La verifica e valutazione delle attività professionali viene effettuata inoltre dal Collegio Tecnico nei confronti:

- dei dirigenti ad ogni scadenza di incarico (incarico professionale, incarico di struttura semplice, incarico di struttura complessa),
- dei dirigenti neoassunti al termine del quinquennio,
- dei dirigenti per un'eventuale equiparazione,
- dei dirigenti per l'attribuzione di un'indennità di esclusività (5 e 15 anni).

La valutazione delle competenze è uno degli elementi raccolti e presi in esame dal Collegio Tecnico insieme alla scheda di autovalutazione, al curriculum professionale e a tutta la documentazione legata alla natura dell'incarico ricoperto (report inerenti reclami ed elogi, qualità percepita dagli utenti, obiettivi di budget, ecc.) ed utile a determinare la redazione di un giudizio sulle attività svolte e sui risultati raggiunti dai professionisti.

Le attività dei Collegi Tecnici atte ad ottemperare gli adempimenti previsti per la verifica e valutazione delle attività professionali e dei risultati raggiunti per l'Area della Dirigenza hanno interessato un totale di 58 professionisti.

Tabella n. 149. **Verifica delle attività professionali e dei risultati raggiunti**

	Area Dirigenza	n. dirigenti valutati da Collegi Tecnici	n. Collegi Tecnici realizzati
Direttori SOC	Med - Vet	10	31
	SPTA	0	
Responsabili di SOS	Med - Vet	10	
	SPTA	1	
Dirigenti professionisti	Med - Vet	33	
	SPTA	4	
	Totale	58	

258

A seguito dei provvedimenti amministrativi conseguenti la verifica e valutazione da parte dei Collegi Tecnici sono stati attivati i percorsi per la raccolta degli obiettivi specifici da inserire nei contratti di rinnovo degli incarichi di natura gestionale e per le nuove assegnazioni, garantendo la sottoscrizione dei contratti individuali per i direttori di Struttura Complessa (SOC) e per i responsabili di Struttura Semplice.

Tabella n. 150. **Contratti di incarico gestionale per direttori di struttura complessa e responsabili di struttura semplice**

	Area Dirigenza	Rinnovi	Assegnazioni
Direttori SOC	Med - Vet	10	11
	SPTA	0	1
Responsabili SOS	Med - Vet	10	11
	SPTA	1	0
		21	23

Dossier formativo

Nel corso del 2011 è stata avviata la sperimentazione del dossier formativo quale strumento di programmazione e valutazione del percorso formativo del singolo operatore e del gruppo di cui fa parte (équipe o network professionale), correlato al profilo professionale ed alla posizione organizzativa. L'articolazione del percorso prevede una fase di programmazione che tiene conto della definizione degli obiettivi di struttura di interesse formativo, della individuazione delle competenze da sviluppare e della programmazione formativa annuale a cui seguirà una fase di declinazione di un set di competenze tecniche. La sperimentazione avviata sta coinvolgendo il Dipartimento di Sanità Pubblica attraverso la definizione delle competenze da sviluppare per ogni singola articolazione del dipartimento.

4.6. Formazione

La formazione, componente essenziale del disegno del governo clinico, costituisce uno strumento fondamentale per lo sviluppo professionale e tecnico.

In un'ottica di interazione e collaborazione con altre istanze istituzionali, vengono mantenuti stretti rapporti con la regione, con l'università, con istituzioni che sviluppano azioni formative. Di particolare importanza è il rapporto con l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia per la condivisione di patrimoni comuni, quali la biblioteca medica interaziendale, centro di documentazione per il governo clinico delle aziende sanitarie della Provincia di Reggio Emilia, e per la progettazione di azioni comuni.

L'attività formativa ha come riferimento costante gli obiettivi aziendali, sia per quanto riguarda lo sviluppo di nuove attività/servizi, sia per favorire azioni di miglioramento e di manutenzione a servizi ed attività già consolidati.

I progetti formativi vengono programmati e condivisi in incontri dipartimentali con i professionisti che hanno incarichi di natura gestionale, mantenendo forte l'attenzione fra gli obiettivi di struttura e lo sviluppo delle competenze necessarie a raggiungerli.

Tutta l'offerta formativa è realizzata senza nessuna forma di sostegno economico derivante da sponsorizzazioni. Garantire ai professionisti la correttezza dell'informazione scientifica riteniamo sia un dovere etico dell'azienda.

4.6.1 Formazione interna

La sede di definizione della progettazione formativa annuale aziendale è il Piano Formativo Aziendale (PAF) che, attraverso incontri con i dipartimenti e i servizi, raccoglie e definisce la progettualità articolata nelle tre aree di programmazione formativa individuale, di gruppo e aziendale, seguendo le tipologie formative della formazione sul campo, dell'audit, della formazione residenziale e della formazione online.

La formazione per l'individuo raccoglie tutte le iniziative che hanno come obiettivo lo sviluppo di competenze specifiche del singolo professionista. L'analisi dei bisogni formativi discende dall'autovalutazione e dal sistema di valutazione

delle competenze. Il documento di riferimento è il piano di sviluppo individuale, dove il direttore di struttura definisce e condivide con il professionista, sulla scorta della valutazione, le competenze critiche e/o gli ambiti di innovazione sui quali investire le risorse formative. A questa cornice fanno riferimento le iniziative di formazione esterna (corsi prodotti da soggetti diversi dall'Azienda USL di Reggio Emilia), la partecipazione a master, perfezionamenti universitari, nonché la partecipazione a corsi dell'Azienda USL di Reggio Emilia dedicati allo sviluppo delle competenze trasversali. L'approvazione è del direttore di struttura complessa o, nel caso del comparto del responsabile infermieristico e tecnico di dipartimento, e del responsabile della formazione. La valutazione delle ricadute formative è determinata dalla valutazione delle competenze ex post la frequenza ai corsi.

La formazione per il gruppo raccoglie tutte le iniziative formative che vengono progettate a livello dipartimentale necessarie a sviluppare le competenze per il raggiungimento degli obiettivi di lavoro della propria struttura di appartenenza. L'analisi dei bisogni è sviluppata prevalentemente attraverso il percorso metodologico del problem solving (definizione del problema, analisi delle cause, valutazione delle cause affrontabili con la formazione). La progettazione si realizza in corsi di formazione residenziale o in formazione sul campo. L'approvazione è del direttore di struttura complessa o, nel caso del comparto del responsabile infermieristico e tecnico di dipartimento, ed è concertata in un incontro annuale con il responsabile della formazione. Per la formazione sul campo, oltre alla valutazione di gradimento, è prevista una valutazione di ricaduta (livelli di effettiva realizzazione di quanto definito negli obiettivi formativi).

La formazione per l'azienda raccoglie tutte le iniziative formative dedicate al raggiungimento di obiettivi relativi a:

- obblighi di legge (es. formazione sulla sicurezza);
- sviluppo di competenze necessarie a sostenere progetti aziendali (es. percorsi del paziente con malattia cronica, cure palliative, ecc.);
- acquisizione di tecniche e metodi per la garanzia della qualità (es. accreditamento);
- sviluppo di competenze in tema di governo clinico (es. Evidence Based Medicine, gestione del rischio, innovazione e ricerca, ecc.);
- sviluppo di competenze gestionali (es. valutazione delle competenze, gestione dei gruppi di lavoro, ecc.).

Il Collegio di Direzione, come previsto dalla legge regionale 29/2004, partecipa alla definizione del programma formativo aziendale.

Comitato Scientifico

Nel 2012 l'Azienda USL di Reggio Emilia verrà accreditata alla funzione di Provider ECM, funzione per la quale è richiesta l'istituzione del Comitato Scientifico, composto da esperti di più professioni sanitarie, e l'individuazione del coordinatore scientifico. Nel 2011 è stata disposta la nomina dei componenti il comitato stesso che ha la funzione di validare il piano formativo aziendale, assicurare il monitoraggio generale degli eventi relativamente alla qualità scientifica, esaminare i risultati delle valutazioni dei singoli eventi, anche ai fini della loro eventuale riproposizione in relazione alla qualità dei contenuti e delle evidenze scientifiche.

Rete dei referenti della formazione

Nell'ambito dei dipartimenti aziendali, sono stati individuati alcuni professionisti quali referenti della formazione con le funzioni di supporto, monitoraggio e connessione tra le istanze formative rilevate all'interno del dipartimento e lo Staff Sviluppo Risorse Umane. I referenti della formazione hanno come riferimento gli obiettivi formativi aziendali e dipartimentali, conoscono le tecniche e gli strumenti tipici della formazione, nonché le regole per la realizzazione di eventi formativi.

Sono stati progettati percorsi formativi ad hoc per lo sviluppo del modello di valutazione dell'impatto organizzativo della formazione. È stato intrapreso, inoltre, un percorso di sviluppo culturale e metodologico, poiché la formazione aziendale è considerata uno strumento per conseguire gli obiettivi strategici di medio e lungo periodo.

Biblioteca medica interaziendale

Sono stati ulteriormente sviluppati i rapporti con la biblioteca medica interaziendale, che ha sede presso l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, attraverso incontri informativi e formativi orientati alla corretta fruizione, da parte degli utenti aziendali, del patrimonio presente, con particolare riferimento alle riviste scientifiche online, nonché di biomedicina generale e specialistica. Il data base pubblicazioni interaziendale consente di consultare la raccolta delle citazioni di articoli, monografie, abstract, prodotti dai professionisti delle due aziende sanitarie pubbliche provinciali, pubblicati in cartaceo o in elettronico dall'anno 2000.

4.6.2. Aree tematiche prioritarie del PAF 2011

Le aree tematiche prioritarie, appropriatezza, comunicazione e integrazione ospedale-territorio, hanno interessato e coinvolto i diversi settori organizzativi aziendali.

Appropriatezza

1. Governo Clinico: già iniziato l'anno precedente, si pone come percorso culturale teso a sensibilizzare il personale sanitario con funzioni di responsabilità sulle tematiche inerenti la clinical governance, con particolare attenzione alla conoscenza della filosofia, dei filoni tematici e degli strumenti (sistemi qualità, HTA, auditing, accountability, valutazione della performance, outcome assessment, ecc.), alla condivisione del linguaggio e alla disseminazione delle conoscenze di base, prodromi a conoscenze più approfondite nell'ambito del risk management, dell'audit clinico, dei percorsi clinico-assistenziali.

2. Audit clinici retrospettivi: percorsi formativi con la finalità di migliorare le conoscenze relative all'EBM e ai criteri di rilevazione dei dati, l'acquisizione di modalità di lavoro di gruppo, di confronto con gli auditor e con i professionisti delle unità operative, la capacità di lettura, discussione e analisi dei dati raccolti e degli indicatori elaborati, la capacità di analisi delle criticità e la programmazione di un piano di miglioramento.

3. Miglioramento nella sicurezza-gestione farmaci: percorso formativo del Dipartimento di Riabilitazione inerente l'analisi delle criticità e la costruzione di un

progetto di miglioramento sulla gestione dei farmaci in monodose.

Comunicazione

1. Le competenze comunicative e relazionali nell'area dell'emergenza, con l'obiettivo di conoscere gli ostacoli a una buona comunicazione, sviluppare competenze relazionali, migliorare le capacità comunicative nelle varie fasi: accoglienza, cura e dimissione dei pazienti, nonché riflettere e gestire la componente emotiva nell'emergenza.

2. L'empowerment del malato e del caregiver: outdoor esperienziale con la finalità di saper riconoscere la presa in carico come momento fondamentale nel percorso di cura, saper utilizzare la comunicazione quale strumento per sostenere e facilitare il percorso di cura, migliorare la sinergia e l'approccio di équipe nella gestione del percorso di cura, migliorare la capacità di ascolto e comprensione dei bisogni del paziente, migliorare la capacità di gestione dello stato d'animo proprio e del paziente e delle situazioni di emergenza e "concozione".

3. Il lavoro di équipe e la qualità dei processi organizzativi, con la finalità di sviluppare la sinergia e l'integrazione interprofessionale, le competenze organizzative e la capacità di gestione delle criticità, nonché sviluppare modalità di comunicazione efficace nell'équipe e con i pazienti.

4. La squadra vincente, percorso formativo che si propone di approfondire le caratteristiche ed i fattori che determinano il successo di un team di lavoro e di consentire la sperimentazione delle modalità e delle tecniche più appropriate per contribuire alla realizzazione di una squadra vincente.

5. La relazione con il paziente 1° livello, per approfondire tecniche di coinvolgimento del paziente nel percorso cura.

6. La relazione con il paziente 2° livello, con la finalità di implementare gli strumenti per migliorare lo stato d'animo del paziente per velocizzare il processo di guarigione.

7. La gestione dello stato d'animo e dell'atteggiamento mentale del paziente, con l'obiettivo di fornire agli operatori sanitari strumenti per cambiare in modo rapido lo stato d'animo e l'atteggiamento mentale del paziente, rendendo in questo modo più efficaci le cure e riducendo il tempo di eventuale degenza.

8. Parlare in pubblico, con l'obiettivo di acquisire conoscenze e competenze per gestire una comunicazione in pubblico.

9. Tecniche di comunicazione finalizzate alla buona gestione delle riunioni, con l'obiettivo di acquisire strumenti per una efficace gestione delle riunioni.

10. Laboratorio di gestione del conflitto, con la finalità di approfondire gli aspetti specifici dell'approccio metodologico alla gestione del conflitto e rafforzare le capacità di auto osservazione, osservazione e ascolto.

11. Processo ad Amleto: affrontare la complessità del proprio quotidiano professionale attraverso l'approfondimento della teoria della complessità, della leadership, del management, dell'etica, del potere e la responsabilità.

12. Creatività e innovazione, con l'obiettivo di sviluppare conoscenze e competenze finalizzate all'individuazione di modalità innovative per la soluzione di problemi nella propria realtà professionale.

13. Dire, fare, comunicare, con il fine di acquisire conoscenze e competenze nell'ambito della comunicazione efficace.

14. Arte e dolore, con la finalità di acquisire conoscenze nell'ambito della gestione del dolore attraverso l'arte, il rapporto arte-cervello; l'arte come strumento terapeutico della gestione del dolore.

15. Percorso formativo sul consenso informato al fine di acquisire conoscenze sui contenuti e le modalità di condivisione con il paziente del processo clinico-assistenziale, sulle modalità di attivazione dell'amministratore di sostegno e la conoscenza della procedura aziendale per il consenso informato.

Sicurezza

È stato avviato un processo di valutazione dell'impatto organizzativo, con il Settore Sicurezza e Conformità Strutturale, che ha portato all'elaborazione di un calendario annuale di offerte formative. Si sta implementando l'utilizzo di un software dedicato per una migliore gestione della formazione in tema di sicurezza. In particolare l'attività formativa ha interessato i seguenti aspetti:

- formazione obbligatoria dei lavoratori in materia di sicurezza del lavoro rispondente ai requisiti minimi di qualità;
- sviluppo di competenze aziendali per far fronte a situazioni di emergenza incendio e formazione del personale che gestisce il sistema operativo di controllo emergenza incendio;
- formazione di base su igiene e sicurezza del personale amministrativo con riferimento alle figure previste dal Decreto legislativo 81/08;
- valutazione dei rischi nei dipartimenti territoriali al fine di declinare gli obblighi dei dirigenti e preposti;
- gestione del rischio nella movimentazione manuale dei pazienti;
- formazione per preposti: il ruolo del preposto dal punto di vista legislativo ed aziendale al fine di condividere ed approfondire le tematiche riguardanti ruolo e responsabilità;
- formazione per la sorveglianza sanitaria. Illustrazione e discussione del modulo per la rilevazione infortuni e quasi eventi da movimentazione pazienti;
- diffondere conoscenze sul tema della gestione ambientale e dello sviluppo sostenibile: cambiamenti climatici, energia, mobility, rifiuti e acquisti verdi.

Percorsi formativi nell'ambito della gestione del rischio clinico

È continuata l'attività formativa già avviata negli anni precedenti, confermando l'attenzione formativa in tema di:

1. Incident Reporting, con l'obiettivo di implementare la conoscenza della procedura dell'incident reporting, essere in grado di individuare e trattare gli eventi avversi, conoscere e sperimentare l'applicazione degli strumenti d'analisi, programmare azioni correttive e progetti di miglioramento.

2. Infezioni Ospedaliere, con l'obiettivo di conoscere la procedura relativa alla gestione delle infezioni ospedaliere e saper effettuare correttamente l'isolamento del paziente.

3. La gestione delle trasfusioni, al fine di conoscere la procedura relativa alla

gestione delle trasfusioni; confrontarsi rispetto alle problematiche gestionali legate alla trasfusione di sangue ed emoderivati.

4. Rischio infettivo, con la finalità di conoscere le misure per evitare l'esposizione a rischio biologico occupazionale e per intervenire a seguito di un'avvenuta esposizione.
5. Il rischio clinico associato alla gestione dei farmaci, al fine di esaminare la letteratura internazionale e condividere le linee di indirizzo in tema di rischio clinico associato alla gestione dei farmaci.

Inoltre, sono stati organizzati percorsi formativi, con il coinvolgimento dei settori interessati, inerenti i temi della contenzione fisica, della gestione del paziente con catetere vescicale, della responsabilità civile e tutela per colpa grave.

Integrazione Ospedale-Territorio

- condivisione con gli specialisti delle modalità diagnostiche e della terapia delle infezioni più frequenti nella pratica clinica (otiti, sinusiti, ecc.);
- condivisione del percorso dell'insufficienza renale cronica con i medici di medicina generale ed i nefrologi;
- i percorsi di cura e le malattie (infettive) nell'immigrato, con la finalità di condividere le problematiche relative alla migrazione, favorire l'integrazione tra competenze e professionalità che affrontano il problema della gestione delle patologie emergenti legate alla multi etnicità;
- politerapia nel paziente anziano, al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva terapeutica e ridurre gli effetti collaterali e le interazioni;
- ecocolordoppler ed ecografie in urgenza differita, con l'obiettivo di condividere le indicazioni ed i limiti dell'ecocolordoppler TSA e le indicazioni alle indagini ecografiche in urgenza differita, migliorare l'appropriatezza prescrittiva e ridurre le liste di attesa;
- la lombalgia, con l'obiettivo di favorire e sviluppare una gestione corretta e integrata del mal di schiena ed affrontare le criticità diagnostico/terapeutiche;
- terapia nel dolore oncologico; farmaci e terapia off label, al fine di migliorare le competenze professionali sui nuovi farmaci per il dolore oncologico e la terapia off label;
- il dolore non oncologico, al fine di condividere l'approccio clinico al dolore cronico non oncologico e le scale di valutazione, le evidenze sulla terapia farmacologica e non farmacologica;
- la gestione del paziente con disturbi cognitivi, al fine di implementare un approccio multiprofessionale per definire una diagnosi corretta e programmare una gestione adeguata del paziente con declino cognitivo;
- il percorso scompenso cardiaco, confronto tra ospedale e territorio con riferimento alle nuove linee guida tra gli attori coinvolti nella gestione del percorso di cura dello scompenso cardiaco;
- leucemie, linfomi, anemie e gammopatie e la gestione del paziente epatopatico/cirrotico, condivisione del percorso diagnostico e terapeutico degli MMG nelle principali patologie ematologiche ed epatopatiche;
- fornire indicazioni evidence-based circa l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci PPI;

- cure palliative e relazione con il paziente morente, nel 2011 è stato ridefinito l'impianto della formazione in coerenza allo sviluppo della rete di cure palliative secondo un modello diffuso di competenza come sintetizzato di seguito.

Tabella n. 151. **Cure palliative - modello di erogazione diffusa**

livelli	Operatori e funzioni	Formazione ed esperienza
Primo livello	MMG ed infermieri dei diversi contesti di cura (strutture residenziali, domicilio, ecc.) Nello svolgimento dell'assistenza individuano i pazienti in fase avanzata della malattia oncologica e non ed applicano i principi delle cure palliative	Formazione di base/ sensibilizzazione per una diffusa conoscenza della cultura medico-infermieristica in tema di cure palliative
Secondo livello	MMG ed infermieri esperti Nei vari setting di cura offrono consulenza e supporto ai colleghi nella gestione delle cure palliative e del fine vita	Formazione con approfondimento delle conoscenze sugli aspetti clinico-assistenziali, sulla gestione delle situazioni critiche ed esperienza maturata sul campo
Terzo livello	Medici ed infermieri referenti Svolgono funzione di responsabilità nell'organizzazione delle cure palliative (racordo, facilitazione percorsi, coordinamento locale, ecc.) e di consulenza avanzata	Formazione avanzata finalizzata a sviluppare un elevato grado di competenza per affrontare la clinica, l'organizzazione, la formazione in cure palliative

Per quanto riguarda l'Hospice Area Nord sono proseguiti i percorsi di sviluppo di competenze e supporto formativo dedicati agli operatori attraverso la supervisione dei casi clinici, effettuata con docenti esterni, oltre alla supervisione psicologica dell'équipe.

All'interno del Dipartimento Internistico di Guastalla-Correggio, con la partecipazione dei professionisti dell'Hospice Area Nord, è stata mantenuta una formazione-intervento di sensibilizzazione ai temi della gestione del fine vita in ospedale, finalizzata alla segnalazione tempestiva dei casi che possono beneficiare dell'ingresso in hospice, all'introduzione di schede di valutazione/documentazione specifiche del fine vita, alla discussione periodica di casi con la supervisione di un esperto.

In ambito provinciale la formazione multiprofessionale ed interdisciplinare ha sviluppato i seguenti temi:

- sviluppo di competenze in cure palliative per medici che eserciteranno come inter pares, infermieri prevalentemente dedicati nei SID, medici di continuità assistenziale;
- il consenso in cure palliative;
- il tocco-massaggio dolce come strumento di relazione e cura con il paziente.

4.6.3. L'E-Learning e lo sviluppo delle reti

Nel 2011, pur continuando la collaborazione fra Azienda USL, Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia e Centro e-learning dell'Università di Modena e Reggio Emilia (CEA) per la produzione di corsi di formazione a distanza, video-documentazione di tecniche operatorie ed eventi formativi, è iniziato un nuovo processo che vede coinvolte le aziende sanitarie dell'Area Vasta Emilia Nord nella condivisione della stessa piattaforma informatica. Il nuovo assetto per l'erogazione della formazione online ottimizzerà le singole proposte formative aziendali che potranno essere fruite attraverso la piattaforma condivisa.

I seguenti percorsi formativi sono stati resi disponibili a tutti i professionisti sul portale "Formazione biomedica delle Aziende Sanitarie di Reggio Emilia":

- Sicurezza online, finalizzato a far conoscere gli obblighi previsti dalla normativa per ricoprire i ruoli di dirigente e di preposto, per quanto attiene agli aspetti di salute e sicurezza sul lavoro (D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.);
- Accredimento: cosa, dove e perché, con lo scopo di far acquisire conoscenze e competenze sui temi della qualità e dell'accREDITamento, per supportare e facilitare le proprie strutture nello sviluppo e applicazione di un sistema qualità che risponda agli obiettivi aziendali e sia conforme a quanto richiesto dall'accREDITamento istituzionale della Regione Emilia-Romagna;
- Casi clinici dell'Ospedale di Scandiano, con l'obiettivo di rivisitare criticamente alcuni dei casi clinici più impegnativi e complessi con la collaborazione di diverse figure specialistiche. In particolare, casi clinici inerenti la patologia epatica, focalizzando l'attenzione sulla sindrome epato-renale e la ascite refrattaria, le tecniche diagnostiche ed i trattamenti più efficaci; casi clinici inerenti lo scompenso cardiaco cronico, i diversi approcci terapeutici e il corretto uso dei farmaci nelle diverse situazioni.
- Introduzione all'EBM, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia.

Tabella n. 152. **Numero corsi/seminari organizzati per macro area**

DIREZIONE GENERALE	13
DIREZIONE SANITARIA	32
DIREZIONE INFERMIERISTICA	9
DIARTIMENTO AMMINISTRATIVO	9
STAFF	76
PROGRAMMA CURE PRIMARIE	75
PROGRAMMA DEMENZE	5
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE - REGGIO EMILIA	64
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE - GUASTALLA	30
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE - CORREGGIO	15
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE - MONTECCHIO	10
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE - SCANDIANO	1
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE - CASTELNOVO MONTI	8
OSPEDALE GUASTALLA	59

OSPEDALE CORREGGIO	19
OSPEDALE MONTECCHIO	27
OSPEDALE SCANDIANO	53
OSPEDALE CASTELNOVO MONTI	16
EMODIALISI	8
DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA	52
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	86
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE - SERT	15
DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	22
AREA SOCIALE	7
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	28
EMERGENZA URGENZA	11
DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE	47

Tabella n. 153. **Numero totale dei crediti ECM acquisiti nell'anno da personale dipendente, suddiviso per tipologia di iniziativa interna**

corsi	101.173
formazione sul campo	15.973
convegni	176
FAD	495
totale	117.817

Tabella n. 154. **Numero totale dei crediti ECM acquisiti nell'anno da personale convenzionato, suddiviso per tipologia di iniziativa interna**

corsi	18.950
formazione sul campo	3.262
convegni	6
FAD	330
totale	22.548

Tabella n. 155. **Totale crediti erogati a personale esterno, che ha partecipato a iniziative di formazione aziendale**

corsi	22.543
formazione sul campo	2.534
convegni	124
FAD	465
totale	25.666

Tabella n. 156. **Andamento Piano Formativo Aziendale 2011**

	Programmati	Eventi	n° edizioni	totale (eventi + riedizioni)	partecipazioni
corsi e convegni	745	533	436	969	22.141
formazione sul campo	360	254	74	329	3.074
FAD	10	10	0	10	328
totale	1.115	797	510	1.308	25.543

Tabella n. 157. **Confronto eventi realizzati anno 2010 -2011**

	N° eventi (ediz.) realizzati Anno 2010	N° eventi (ediz.) realizzati Anno 2011
corsi e convegni	621	969
formazione sul campo	390	329
FAD	1	10
totale	1.012	1.308

4.6.4. Formazione esterna

Al fine di rispondere in modo coerente con gli obiettivi formativi aziendali sono stati individuati criteri autorizzativi per l'accesso a percorsi formativi esterni all'Azienda USL di Reggio Emilia:

- corsi dedicati allo sviluppo di competenze necessarie a sostenere il raggiungimento di obiettivi aziendali;
- corsi dedicati allo sviluppo di competenze necessarie a sostenere cambi di ruolo o di mansioni del professionista richiedente;
- valutazione sul curriculum formativo del richiedente.

Sono state individuate priorità in considerazione dell'Ente organizzatore (Istituto Superiore di Sanità, Regione, Aziende Sanitarie Pubbliche, Università) e delle caratteristiche dell'evento (Convegni, Seminari, ecc.).

4.6.5. Convenzioni e tirocini

Nel 2011 sono state sostenute le iniziative di tirocinio formativo e di orientamento per agevolare l'apprendimento e lo sviluppo di nuove competenze per i dipendenti che si sono iscritti a percorsi formativi e a studenti, laureati, specializzandi, mediante la conoscenza diretta del mondo del lavoro sanitario.

Tabella n. 158. **Tirocini attivati nel 2011**

Tirocinanti /Specializzandi nel 2011	Numero
Tirocinanti corsi di laurea, Enti di Formazione, Scuole di Psicoterapia, Scuole Superiori	287
Tirocinanti OSS	206
Tirocinanti corsi di laurea UNIMORE	343
Tirocinanti corso regionale di formazione specifica MMG	10
Medici in formazione specialistica	20
Totale	866

I mutamenti in atto, sia nel mondo sanitario, sia in quello della formazione, richiedono forme di "sinergie" fra diverse istituzioni nell'elaborare nuove metodologie e tecniche formative idonee a preparare i giovani per lavorare in organizzazioni sempre più complesse. A tal proposito, sono attive numerose convenzioni con Università, Istituti Scolastici e Scuole di formazione a livello nazionale per consentire i tirocini formativi presso l'Azienda USL di Reggio Emilia a studenti/laureati che richiedono di fare un tirocinio o un periodo di specializzazione.

Tabella n. 159. **Convenzioni attive nel 2011**

Convenzioni con Università	Convenzioni con Scuole Superiori	Convenzioni con Scuole di Psicoterapia	Convenzioni con Enti di Formazione e Croce Rossa	Totale
45	5	37	4	91

Inoltre, si è lavorato sul confronto e la creazione di sinergie con i Servizi Tirocini e Convenzioni delle altre aziende dell'Area Vasta Emilia Nord, soprattutto a seguito del Decreto Legge 13 agosto 2011 n. 138, Art.11 che ha cambiato alcune regole rispetto i tirocini non curricolari e le frequenze volontarie.

4.6.6. Scuole

Oltre al corso di laurea in Fisioterapia, dell'Università di Modena e Reggio Emilia - Facoltà di Medicina e Chirurgia che afferisce alla II Classe della Riabilitazione per quanto riguarda la suddivisione delle Lauree Sanitarie triennali, l'Azienda USL di Reggio Emilia sostiene dall'a.a. 2011/2012, con finanziamento regionale pro-capite rispetto al numero degli studenti, anche i corsi di laurea in Tecnica e Riabilitazione Psichiatrica, Logopedia e Terapista occupazionale. Il numero attuale degli studenti del corso di Fisioterapia è di 30, mentre il corso in Tecnica e Riabilitazione Psichiatrica ne presenta 14, il corso di Logopedia 10 e di Terapista occupazionale 15, per ogni anno. Nell'anno 2011 il corso di laurea in Fisioterapia, in collaborazione con gli altri 3 corsi di laurea in Terapia occupazionale, Logopedia, tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, ha organizzato un corso "Tutor di tirocinio" per tutti i tutor di tirocinio (guide al tirocinio) della Classe della Riabilitazione aperto anche alle aziende sanitarie modenesi, che continueranno ad accogliere tirocinanti, anche se il corso afferisce alla sede di Reggio Emilia. Solo per le guide al tirocinio del corso di laurea in Fisioterapia sono stati organizzati 2 corsi di 4 ore per l'approfondimento degli obiettivi in area neurologica e ortopedica. Il corso di laurea in Fisioterapia è stato anche promotore di un convegno sulle problematiche del rachide, che ha visto una grande partecipazione anche da altre aziende sanitarie regionali.

4.7. Struttura delle relazioni con il personale dipendente e con le sue rappresentanze

Le relazioni sindacali aziendali si svolgono su tre tavoli corrispondenti alle aree contrattuali del comparto sanità, cui corrispondono tre distinti contratti collettivi nazionali di lavoro:

- area comparto sanità (tutti gli operatori non dirigenti);
- area della dirigenza medica e veterinaria;
- area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa (S.P.T.A.).

La partecipazione sindacale, attraverso gli strumenti dell'informazione, concertazione e consultazione, nel corso del 2011 si è realizzata in occasione dell'attivazione di nuovi servizi, del potenziamento di quelli esistenti, delle ristrutturazioni/riorganizzazioni delle sedi aziendali, delle riorganizzazioni orientate ad un uso più razionale delle risorse e all'ottenimento di economie di scala.

La contrattazione a livello aziendale, quale elemento centrale del sistema di relazioni sindacali per l'attuazione ed applicazione degli istituti demandati dalla contrattazione collettiva nazionale, nel corso del 2011 ha riguardato principalmente la contrattazione degli istituti che, per loro natura, hanno cadenza contrattuale annua. Di seguito si riportano i principali accordi sottoscritti in ciascuna area contrattuale.

Area Comparto

1) Accordi sulla determinazione dei fondi contrattuali.

Si è proceduto all'approvazione dei fondi contrattuali per l'anno 2010 ed alla determinazione provvisoria dei fondi contrattuali per l'anno 2011, al fine di quantificare le risorse finanziarie disponibili per la contrattazione integrativa aziendale.

2) Accordi sulle progressioni orizzontali.

Si è proceduto al riconoscimento delle progressioni orizzontali, i cui presupposti di sussistenza previsti dagli accordi aziendali vigenti si sono verificati nel corso dell'anno 2010, ma con effetti giuridici ed economici applicabili a partire dal 1.1.2011. I benefici economici derivanti dagli accordi sottoscritti hanno riguardato complessivamente 424 dipendenti per un totale di €. 309.600,00 su base annua.

3) Accordi sull'applicazione dell'intesa regionale in materia di utilizzo delle risorse regionali incentivanti la flessibilità nelle aziende del Servizio Sanitario Regionale (SSR)

Si è proceduto all'applicazione dell'intesa, sottoscritta dall'Assessore regionale alle politiche per la salute e dalle segreterie regionali delle OO.SS. rappresentative dell'area comparto in data 20.9.2011, con la quale sono state individuate risorse resisi disponibili nell'esercizio 2010 da destinare all'incentivazione e riconoscimento di obiettivi di flessibilità organizzativa raggiunti dal personale dell'area comparto delle aziende del SSR. I benefici economici derivanti dagli accordi sottoscritti hanno riguardato 3.226 dipendenti per un totale di €. 381.500,00.

Area Dirigenza Medica e Veterinaria

1) Accordo sull'orario di lavoro in attuazione delle linee generali di indirizzo della Regione Emilia-Romagna, applicative dell'art. 5 del CCNL 17.10.2008 e dell'art. 9 del CCNL 3.11.2005.

2) Accordi sulla determinazione dei fondi contrattuali e salario di risultato.

Si è proceduto all'approvazione dei fondi contrattuali per l'anno 2010 e alla quantificazione delle risorse disponibili per il conguaglio del salario di risultato.

La ripartizione delle risorse disponibili agli aventi titolo è stata effettuata in base ai seguenti criteri:

- conguaglio delle quote di acconto erogate in corso d'anno al raggiungimento degli obiettivi di budget;
- distribuzione di ulteriori quote annue sulla base del valore della posizione ricoperta, dei resti e della quota destinata ai progetti particolari ed alle assegnazioni individuali differenziate, in base ai criteri definiti negli accordi sindacali.

I benefici economici derivanti dagli accordi sottoscritti hanno riguardato complessivamente 517 medici per un totale di €. 1.090.724,00 e 74 veterinari per un totale di €. 148.178,00.

3) Accordo sulla ripartizione del fondo aziendale di perequazione della libera professione.

In applicazione dell'art. 57 del CCNL 8/6/2000, si è proceduto a quantificare le risorse finanziarie disponibili, derivanti dagli introiti di attività libero professionale intramuraria per l'anno 2010 e a ripartirle tra i medici aventi titolo, in base ai criteri definiti nell'accordo stesso. I benefici economici derivanti dall'accordo sottoscritto hanno riguardato complessivamente 53 medici per un totale di €. 133.000,00.

Area Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa

1) Accordo sull'orario di lavoro in attuazione delle linee generali di indirizzo della Regione Emilia-Romagna, applicative dell'art. 5 del CCNL 17.10.2008 e dell'art. 9 del CCNL 3.11.2005.

2) Accordi sulla determinazione dei fondi contrattuali e salario di risultato.

Si è proceduto all'approvazione dei fondi contrattuali per l'anno 2010 e alla quantificazione delle risorse disponibili per il conguaglio del salario di risultato. La ripartizione delle risorse disponibili agli aventi titolo è stata effettuata in base ai seguenti criteri:

- conguaglio delle quote di acconto erogate in corso d'anno al raggiungimento degli obiettivi di budget;
- distribuzione di ulteriori quote annue alle diverse figure professionali e sulla base del valore della posizione ricoperta;
- assegnazioni individuali differenziate in base ai criteri definiti negli accordi sindacali.

I benefici economici derivanti dagli accordi sottoscritti hanno riguardato complessivamente 119 dirigenti per un totale di €. 296.262,00.

3) Accordo sul progetto di contenimento della spesa farmaceutica per gli anni 2011 - 2012.

In analogia con quanto già concordato negli anni precedenti e in base a quanto stabilito dal vigente CCNL della dirigenza S.T.P.A., è stato approvato il progetto per il contenimento della spesa farmaceutica territoriale, da realizzarsi attraverso una maggiore appropriatezza della prescrizione farmaceutica, la promozione di

un utilizzo razionale dei farmaci e la messa a regime di sistemi di distribuzione economicamente più convenienti. A fronte del contenimento di spesa stimato, si prevede l'integrazione del fondo del salario di risultato, sia per l'anno 2011 che per l'anno 2012, per un importo pari a €. 91.000,00 da distribuire al personale direttamente coinvolto nel progetto (24 farmacisti).



G. Fantuzzi, *Tennis*, gelatina a sviluppo, 1910.

La fotografia venne realizzata da Giuseppe Fantuzzi, per l'album approntato per l'esposizione internazionale di Bruxelles del 1910, in aggiunta a quelle già realizzate nel 1900.

L'attività fisica era raccomandata già dall'800 come una cura del "trattamento morale"; il campo si trovava in prossimità del Villino Svizzero (sullo sfondo), destinato alle degenti facoltose.



G. Fantuzzi, *Palestra di ginnastica, gelatina a sviluppo, 1910.*

La fotografia venne realizzata da Giuseppe Fantuzzi, per l'album approntato per l'esposizione internazionale di Bruxelles del 1910, in aggiunta a quelle già realizzate nel 1900.

L'attività fisica era raccomandata già dall'800 come una cura del "trattamento morale"; il campo, come si può vedere dalla fotografia, si trovava alle spalle del padiglione Esquirol.

Sezione 5

Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

Premessa

- 5.1 La comunicazione per l'accesso ai servizi
- 5.2 La comunicazione per le scelte di interesse per la comunità
- 5.3 La comunicazione interna aziendale
- 5.4 Attività convegnistica aziendale

Premessa

L'azienda USL di Reggio Emilia adotta una strategia di comunicazione che vede tra i suoi principali obiettivi la chiarezza e la comprensibilità delle informazioni per l'accesso ai servizi e per la comunicazione interna ed esterna, in un'ottica di trasparenza e di partecipazione, nonché più in generale per la comunicazione istituzionale.

A partire dal 2009, in particolare, si è avviata una riflessione sul tema della Health Literacy (HL), di cui si tratta nel paragrafo 5.1., con la finalità di aumentare la comprensibilità delle comunicazioni ai cittadini, a partire da quelle scritte.

I temi dell'Health Literacy coinvolgono tutti coloro che si occupano di promozione e salvaguardia della salute, di prevenzione delle malattie, di assistenza sanitaria.

Comunicare in modo comprensibile una diagnosi, una terapia, la preparazione ad un esame, si traduce in ricadute positive sia per l'organizzazione che per i pazienti, costituendo un elemento fondamentale del percorso di cura.

Questa sezione illustra in particolare la strategia di comunicazione adottata dall'Azienda, in riferimento ai seguenti ambiti:

- la comunicazione per l'accesso ai servizi;
- la comunicazione per le scelte di interesse della comunità;
- la comunicazione interna aziendale.

La sezione si conclude con l'elenco dei convegni organizzati dall'Azienda USL di Reggio Emilia nel 2011.

5.1. La comunicazione per l'accesso ai servizi

Il percorso regionale e aziendale per l'applicazione dei principi dell'Health Literacy

La Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, con la Determinazione n. 8543 del 12/07/2011, ha costituito il gruppo di lavoro "Applicazione dei principi e delle pratiche della Health Literacy", con il compito di favorire, in particolare, la comprensibilità e la chiarezza del linguaggio, scritto e parlato, sia nella relazione operatore sanitario-cittadino, che nella redazione di materiale informativo.

Il coordinamento del gruppo è stato affidato all'Azienda USL di Reggio Emilia.

Per Health Literacy (HL) si intende "il grado in cui le persone hanno la capacità di ottenere, processare e comprendere le informazioni sanitarie di base ed i servizi necessari per prendere decisioni appropriate in campo sanitario". Competenze di HL sono richieste per il dialogo e la discussione, per leggere le informazioni sanitarie, per interpretare le istruzioni, per utilizzare apparecchiature medicali per uso personale o familiare (come un misuratore della glicemia o un termometro), per calcolare i tempi di assunzione e il dosaggio dei farmaci. La HL rappresenta una sfida per i professionisti per comunicare in modo più chiaro e trasparente con i pazienti, adattando l'informazione ai destinatari con linguaggi semplici e comprensibili, cercando di superare le barriere sistemiche che la ostacolano (livello di alfabetizzazione). Nelle fasi di revisione o nuova redazione dei testi del materiale informativo (locandine, opuscoli, campagne, ecc.), viene prestata particolare attenzione all'applicazione e alla diffusione dei principi

della Health Literacy. L'importanza dell'applicazione di questi principi viene ormai riconosciuta a livello nazionale ed internazionale.

Tra i mandati del gruppo di lavoro regionale rientrava l'organizzazione di un percorso formativo sui temi della Health Literacy, dedicato a professionisti sanitari e comunicatori delle aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna.

Tale percorso formativo si è sviluppato nell'arco di due settimane (novembre 2011 e gennaio 2012), in collaborazione con l'Harvard School of Public Health di Boston. Il corso ha previsto quindi due gruppi composti rispettivamente da:

- gruppo A: 2 professionisti sanitari (preferibilmente un medico ed un infermiere) che operano nell'ambito dell'assistenza al paziente oncologico.
- gruppo B: 2 comunicatori per ogni azienda sanitaria della Regione Emilia-Romagna, di cui uno dell'Ufficio relazioni con il pubblico.

I 74 professionisti, divisi nei due gruppi, hanno partecipato ad entrambe le settimane di formazione. I temi affrontati dal Gruppo Comunicatori hanno riguardato la comunicazione centrata sulla comunità, in particolare:

- competenze di literacy;
- competenze ed esigenze: analisi delle aspettative;
- miglioramento dello scambio comunicativo;
- come produrre, rivedere e valutare la comprensibilità del materiale informativo;
- l'individuazione ed il coinvolgimento del pubblico target (Comitati Consultivi Misti e altri);
- le barriere dell'ambiente (ambiente senza vergogna).

I temi affrontati dal Gruppo Sanitari hanno riguardato la Health Literacy nei contesti sanitari. In particolare:

- competenze di literacy;
- competenze ed esigenze: analisi delle aspettative (quali conoscenze / competenze diamo per scontato che i pazienti abbiano);
- miglioramento dell'interazione (la tecnica del teach back, ask me 3, incoraggiare le domande);
- come creare un ambiente "shame free", senza vergogna.

Materiale informativo

Per quanto riguarda le campagne informative a carattere regionale, è proseguita la collaborazione con l'Assessorato regionale alle politiche per la salute. La centralizzazione delle principali campagne consente di ottenere contenuti e immagini uniformi in tutto il territorio regionale.

Per quanto riguarda la comunicazione per l'accesso ai servizi, nel 2011, oltre alla produzione di materiale informativo, è proseguita la revisione degli opuscoli informativi dei servizi territoriali e ospedalieri.

In collaborazione con i Comitati Consultivi Misti, si è provveduto al rinnovo della Carta dei Servizi aziendale, che si integra in modo dinamico con gli opuscoli dei servizi territoriali e ospedalieri.

Uffici Relazioni con il Pubblico

Nel corso del 2011 l'attività degli URP si è concentrata in modo particolare sulle seguenti aree:

- aggiornamento della Banca Dati IAP (Informazioni Accesso Prestazioni);

- gestione dei reclami e implementazione della banca dati regionale sui reclami;
- collaborazione alle iniziative di rilevazione del gradimento nei servizi territoriali;
- collaborazione con gli URP dei Comuni e con le associazioni di volontariato al fine di favorire la diffusione di notizie e iniziative di interesse pubblico, utilizzando gli strumenti informativi a disposizione (comunicati stampa, news, internet e intranet);
- gestione e coordinamento delle attività dei Comitati Consultivi Misti distrettuali.

Sito internet

Nel 2011 le visite sono state 106.730, per una media di circa 300 al giorno; per quanto riguarda i visitatori unici, ovvero le persone diverse che si sono collegate, questi sono stati 45.877, circa 150 al giorno.

In linea con quanto accaduto negli anni precedenti, tra le sezioni del sito maggiormente visitate si trovano:

- le News in homepage;
- lo spazio “Bandi e gare”;
- la sezione “Ricerca personale”, in cui è possibile trovare recapiti dei dipendenti, inclusi i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta;
- la sezione “Relazioni con il pubblico”, dove si trovano sedi e recapiti degli uffici URP insieme ad alcuni materiali di interesse;
- prenotazione della visita per la commissione patenti;
- iscrizione al corso per alimentaristi.

Nel 2011 sono stati implementati nuovi servizi interattivi:

1) “Stampa e disdetta” di una prenotazione: in questa sezione le persone possono stampare la propria prenotazione di un esame o di una visita senza recarsi fisicamente al CUP e utilizzare la stampa anche per il pagamento alle casse automatiche, per il pagamento online con carta di credito o presso gli sportelli bancari del tesoriere;

2) “MyCup”, un software che permette di prenotare esami direttamente dal cellulare;

3) “Pagonline”, portale regionale per il pagamento di servizi e prestazioni con carta di credito.

Il sito, in particolare la sezione delle News, è stato costantemente aggiornato per dare visibilità alle notizie più importanti.

In settembre ha preso il via la riprogettazione del sito, sia nei suoi aspetti grafici, che in merito all’organizzazione dei contenuti. Il portale nuovo si integrerà totalmente con il database IAP già esistente, per consentire di mantenere le modalità attuali di inserimento ed aggiornamento delle informazioni.

5.2. La comunicazione per le scelte di interesse della comunità

È proseguito l’impegno per la produzione di documenti di programmazione e rendicontazione per la Regione Emilia-Romagna e la Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale, con particolare riferimento al bilancio di missione.

Il bilancio di esercizio, il bilancio di missione e il bilancio di previsione, elaborati seguendo gli stessi principi di tutti i documenti aziendali, ovvero leggibilità e chiarezza espositiva uniti ad un linguaggio non specialistico, sono consultabili anche sul sito internet aziendale. Viene data a questi documenti ampia diffusione interna attraverso una distribuzione capillare ai servizi aziendali, ed esterna a tutti gli interlocutori istituzionali.

Ufficio Stampa

Nel 2011 sono stati realizzati 142 comunicati ed organizzate 3 conferenze stampa; a questo proposito è utile ricordare che le attuali modalità di comunicazione privilegiano l'utilizzo della posta elettronica e dei siti web, riducendo di conseguenza il ricorso a momenti di incontro come le conferenze stampa.

Sul versante televisivo è in atto una stretta collaborazione con le emittenti locali, Telereggio in particolare, attraverso la presenza settimanale di diversi professionisti alla trasmissione del mattino "Buongiorno Reggio" (ogni lunedì per la durata di circa 10 minuti, con telefonate in diretta) ed a "Il Medico e il Cittadino", in onda al mercoledì sera in prima serata. Per questa seconda trasmissione, è proseguito il coordinamento del comitato di redazione, istituito nel 2007 da Telereggio, responsabile della programmazione della trasmissione e composto da operatori dell'emittente televisiva, professionisti dell'Azienda Ospedaliera e dell'Azienda USL di Reggio Emilia.

Nel 2011 sono stati inoltre realizzati con l'emittente Telereggio alcuni servizi, denominati "Le strade della salute", della durata di circa 15 minuti. Le puntate rappresentano un vero e proprio viaggio all'interno della sanità pubblica reggiana, per conoscere meglio realtà e prospettive del sistema sanitario provinciale, con l'obiettivo di documentare il lavoro quotidiano di medici e personale delle due aziende sanitarie reggiane. In particolare, delle 12 puntate complessive realizzate nel periodo novembre 2011 - marzo 2012, 6 sono state dedicate agli ospedali aziendali, con la presentazione per ogni ospedale di alcuni reparti/servizi, e 6 a diversi servizi territoriali.

Tabella n. 160. **Le strade della salute, puntate andate in onda da novembre 2011 a marzo 2012**

Ospedale San Sebastiano di Correggio	Riabilitazione Oculistica
Ospedale Sant'Anna di Castelnovo Monti	Radiologia Lungodegenza e medicina
Ospedale Civile di Guastalla	Urologia Hospice
Ospedale Franchini di Montecchio	Ostetricia-Ginecologia Uroginecologia Comparto operatorio
Ospedale Magati di Scandiano	Dipartimento internistico Ortopedia
RSR di Albinea	Lungodegenza e medicina Riabilitazione Centro Disturbi Cognitivi

Luoghi di prevenzione
Casa della Salute Spallanzani e Medicina di gruppo di Reggio Emilia
Casa della Salute di Brescello
Presentazione dei 3 programmi di screening per la prevenzione dei tumori (mammella, utero e colon-retto)
I servizi per la salute mentale
Le dipendenze patologiche

280

Tabella n. 161. **Argomenti trattati da “Il Medico e il Cittadino” da gennaio a dicembre 2011**

Mal di schiena
Emergenza-Urgenza
Patologie ano-rettali
Reumatologia
Vertigini
Endoscopia
Problemi del sonno
Menopausa
Disturbi comportamento alimentare
Cardiologia-aritmie
Epilessia
Oculistica
Audiologia
Primi anni di vita del bambino
SLA

Anziani e farmaci
Donazione organi
Fisioterapia e riabilitazione
Disturbi psichiatrici giovanili
Alzheimer
Angiologia
Tumori
Attività fisica adattata
Mal di testa e vertigini
Malattie genetiche infantili
Diabete
Insufficienza respiratoria
Prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse
Urologia
Contracezione

Tabella n. 162. **Argomenti trattati da “Buongiorno Reggio” da gennaio a dicembre 2011**

Adozioni (per 2 puntate)
Cure palliative in geriatria
Le cadute nell'anziano
Medicina sportiva
Cure palliative in neurologia
Medicina sportiva per 2 puntate
Mamme nel pallone (depressione post-partum)
Cure palliative nell'insufficienza respiratoria
“Bimbo sicuro, bimbo siluro”: corretto trasporto in auto del bambino
Consultorio e menopausa
Consultorio e gravidanza
Assistenza domiciliare e cure palliative
Veterinaria
Stili di vita sani - Luoghi di prevenzione
Conservazione dei farmaci
Piccolo pronto soccorso in famiglia
Hospice- corso volontari
Farmaci generici
Cure palliative e collaborazione con i familiari
Automedicazione - Interazione fra farmaci e erbe
Giornata mondiale Alzheimer
Nuovi Ticket aggiornamenti
Psiconcologia
Affido
Corretta conservazione degli alimenti a basse temperature per uso domestico
I funghi spontanei: come raccogliarli e consumarli
La vaccinazione antinfluenzale
Cure palliative e aspetti psicologici
AIDS per 2 puntate
Disdetta prenotazioni
Donazione del sangue cordonale
Nascere in ospedale a Montecchio

5.3. La comunicazione interna aziendale

Intranet – Penelope Web

Nel 2011 Penelope ha registrato un totale di oltre 3.500.000 visite, per una media di circa 3 accessi al giorno per ogni utente, in linea con quanto registrato negli anni precedenti. Il dato è del tutto normale, se si considera che in tutti i PC di cui è dotata l'Azienda il browser Internet Explorer ha come home page la pagina iniziale di Penelope Web. Scendendo nel dettaglio delle pagine maggiormente visitate:

- le prime per numero di visite sono state “La mia Home” e “La mia Home – Servizi individuali” (pagine dedicate ai singoli utenti, in cui si può visualizzare il proprio cartellino e scaricare il modulo CUD): considerate insieme, le due sezioni hanno registrato più di 390.000 visite (oltre 32.000 al mese), con un discreto aumento rispetto al 2010 - dovuto al fatto che dal 2011 il modulo CUD non viene più spedito a casa dei dipendenti, ma deve essere obbligatoriamente scaricato dal portale;
- tra le sezioni dedicate ai diversi Servizi aziendali, invece, la più visitata è stata quella del Servizio Gestione Giuridica del Personale, con oltre 93.000 contatti, dovuti presumibilmente alla disponibilità nelle pagine di documenti importanti per i colleghi (ad esempio, moduli per missioni, richiesta ferie, congedi);
- la bacheca annunci “DiTuttoDiPiù” (spazio virtuale in cui ognuno può segnalare eventi o piccole compravendite) con 46.354 visite;
- le pagine del Dipartimento di Sanità Pubblica (39.183 visite);
- la sezione dedicata agli Applicativi Sanitari aziendali (30.489).

Nel corso dell'anno il portale interno è stato tenuto costantemente aggiornato con le informazioni di interesse aziendale. Sono state pubblicate in tutto oltre 130 News.

Per quanto riguarda invece gli strumenti di comunicazione Web 2.0 (per programmare, discutere, condividere, collaborare, co-produrre), dopo la migrazione di Penelope sono iniziate alcune esperienze pilota, in cui i nuovi strumenti sono stati utilizzati nella gestione di situazioni diverse, alcune ordinarie ed altre eccezionali:

- calendario dedicato alla propria Area/Servizio, in cui pubblicare autonomamente informazioni (assenze, riunioni, ecc.) da condividere coi colleghi. Lo strumento è stato adottato da diversi servizi, sia per la prenotazione di aule che per rendicontare ferie/ assenze/missioni, ecc.;
- forum autocertificazione ticket per reddito: si è rivelato molto utile per fornire supporto agli operatori di front office (circa 200 dipendenti abilitati con oltre 3.000 visite nel mese di maggiore utilizzo), in cui le persone più esperte dell'argomento fornivano assistenza tempestiva rispondendo alle domande di chi stava lavorando allo sportello;
- gestione ed elaborazione di documenti direttamente online in maniera condivisa, con Office. Questo permette di modificare un file senza doverlo scaricare ogni volta sul proprio PC e rende superfluo l'invio di uno stesso documento via mail a tutti coloro che ci lavorano. Ad oggi, strumenti simili sono stati adottati dalla

Direzione Infermieristica per la raccolta dati sulle Case Protette e in alcuni Distretti per la gestione della formazione e delle missioni.

5.4. Attività convegnistica aziendale

Nel 2011 sono stati organizzati 9 convegni (13 nel 2010) e 6 inaugurazioni. Hanno partecipato ai convegni dell'Azienda USL complessivamente 1.315 (1.808 nel 2010) professionisti, tra interni ed esterni.

Tabella n. 163. **Convegni 2011**

1	I venerdì reggiani per l'Adolescenza 4 febbraio 2011 - Centro Loris Malaguzzi, Reggio Emilia
2	Il rachide: problemi chirurgici e riabilitativi, una sfida per l'èquipe curante 11 febbraio 2011 - Aula Pietro Manodori, Reggio Emilia
3	Insieme per comprendere. Gruppi di auto mutuo aiuto: una via per ritrovarsi 11/12/13 marzo 2011 - Hotel Classic, Reggio Emilia
4	Attualità e prospettive della medicina interna nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale 14 aprile 2011 - Hotel Classic Reggio Emilia
5	La prossimità in montagna. 10 anni di esperienze con i giovani nell'educativa di strada 29 settembre 2011 - Teatro Bismantova, Castelnovo Monti
6	Traiettorie oltre le sbarre. Migrazione e salute nel contesto di detenzione 30 settembre 2011 - Sala Galloni, Reggio Emilia
7	Dai dati alle politiche: la salute degli immigrati in Emilia-Romagna e a Reggio Emilia 25 ottobre 2011 - Aula Magna Università, Reggio Emilia
8	Le nuove dimensioni della relazione di cura nei contesti pluriculturali 15 novembre 2011 - Sala A Conferenze Terza Torre - Bologna, Convegno regionale
9	Il percorso clinico assistenziale per le donne con tumore al seno 3 dicembre 2011 - Hotel Classic, Reggio Emilia

Tabella n. 164. **Inaugurazioni 2011**

29 aprile	Presentazione nuova sede Servizio a Bassa Soglia Reggio Emilia
2 giugno	Inaugurazione mostre Ospedale San Sebastiano di Correggio
18 giugno	Inaugurazione ambulatorio stomizzati Ospedale Sant'Anna di Castelnovo Monti
14 luglio	Presentazione DH Oncologico Ospedale di Guastalla
26 novembre	Presentazione reparti ristrutturati Ospedale Franchini di Montecchio
21 dicembre	Presentazione reparti ristrutturati Ospedale Sant'Anna di Castelnovo Monti



G. Fantuzzi, *Officina dei lattonieri*, gelatina a sviluppo, 1900.

La fotografia venne realizzata dal reggiano Giuseppe Fantuzzi, fotografo professionista, per l'album approntato per l'esposizione internazionale di Parigi del 1900, dove il San Lazzaro vinse la Medaglia d'oro.

Nelle officine del San Lazzaro venivano impiegati come lavoranti gli stessi pazienti, anche con scopi terapeutici (ergoterapia).

Sezione 6

Governo della ricerca e innovazione

Premessa

- 6.1 Attività dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione
 - 6.1.1 Attività svolte nel 2011
 - 6.2 Sviluppo di un ambiente culturale favorevole
 - 6.2.1 Attività rivolte al personale sanitario
 - 6.2.2 Accessibilità all'informazione e documentazione scientifica
 - 6.3 Documentazione delle attività di ricerca aziendali
 - 6.4 Garanzie di trasparenza
 - 6.4.1 L'anagrafe delle attività di ricerca
 - 6.4.2 Il ruolo del Comitato Etico

Premessa

Nel 2011 l'Azienda USL di Reggio Emilia ha continuato il percorso di sviluppo delle condizioni organizzativo/gestionali per l'esercizio del governo ed indirizzo delle attività di ricerca e innovazione. In primo luogo si è lavorato sulla messa a punto di tecniche e metodologie che consentano una tracciabilità sistematica delle iniziative di ricerca; in secondo luogo si è investito sull'affinamento delle modalità di coordinamento e di indirizzo della ricerca e dell'innovazione tecnologica allo scopo di rendere la loro programmazione maggiormente coerente agli obiettivi aziendali; in terzo luogo è stata rafforzata la capacità dell'infrastruttura aziendale di fornire un supporto informativo e metodologico ai professionisti nella realizzazione dei progetti di ricerca. Le attività condotte sono descritte nell'ambito di quattro aree principali:

- 6.1 attività dell'infrastruttura per la ricerca e innovazione;
- 6.2 sviluppo di un ambiente culturale favorevole;
- 6.3 documentazione delle attività di ricerca aziendali;
- 6.4 garanzie di trasparenza.

Nella parte finale di questa sezione vengono presentati e commentati gli esiti del censimento annuale delle attività di ricerca realizzate nell'Azienda USL di Reggio Emilia mettendo in evidenza le principali aree tematiche di intervento, le discipline e i dipartimenti coinvolti, le fonti di finanziamento, le forme di collaborazione con le altre strutture del sistema sanitario ed i risultati ottenuti.

6.1. Attività dell'infrastruttura per la ricerca e l'innovazione

Il nuovo atto aziendale dell'Azienda USL di Reggio Emilia individua nello Staff Ricerca e Innovazione l'infrastruttura preposta a svolgere queste funzioni inserendola all'interno del "Programma aziendale per il Governo Clinico" che fa capo alla Direzione Sanitaria. Questo programma rappresenta lo strumento della Direzione per integrare in modo organico le funzioni aziendali che supportano direttamente il "Collegio di Direzione" per l'assolvimento del proprio mandato.

Dal punto di vista operativo, si è optato per un modello organizzativo che rendesse possibile l'integrazione fra i diversi livelli di competenza del processo della ricerca:

- il Board aziendale della Ricerca e il Collegio di Direzione per la definizione delle priorità e la valutazione delle proposte;
- lo Staff Ricerca e Innovazione per il coordinamento generale del percorso e per le connessioni interne (Collegio di Direzione e Dipartimenti) ed esterne con l'Area Vasta Emilia Nord e la Regione;
- l'Unità di Epidemiologia per il supporto tecnico-scientifico, l'elaborazione dati e le analisi statistiche.

All'interno di questa cornice organizzativa, lo Staff Ricerca e Innovazione svolge, da una parte, la funzione di coordinamento generale delle attività e di connessione con i vari stakeholder e, dall'altra, un ruolo di supporto e di monitoraggio delle attività di ricerca che coinvolgono i dipartimenti aziendali. Più nello specifico, garantisce:

- lo sviluppo di piani aziendali della ricerca attraverso il coinvolgimento dei dipartimenti aziendali e del Collegio di Direzione nella fase d'individuazione e selezione delle attività per quanto riguarda la ricerca sanitaria, sociale e l'innovazione tecnologica e organizzativa, in linea con le scelte strategiche aziendali;
- la tracciabilità delle attività di ricerca (anagrafe della ricerca) compresi gli aspetti economici ed amministrativi, la diffusione e trasferibilità dei risultati;
- le attività per la creazione di un ambiente favorevole alla ricerca e nello specifico gestire attività di formazione, assicurare l'accesso alla documentazione scientifica e favorire la creazione di network professionali aziendali e interaziendali;
- la partecipazione alla stipula di convenzioni per la ricerca tra l'Azienda USL e le Università del territorio;
- il coordinamento del Board della Ricerca.

Per ciò che riguarda invece il supporto al percorso dei progetti che rientrano nel Piano Aziendale della Ricerca, supporta i professionisti nella presentazione e realizzazione dei progetti di ricerca, favorendo l'accesso alla fonte di finanziamento più adeguata: bandi regionali, nazionali e internazionali, fondo aziendale e interaziendale.

Lo Staff Ricerca e Innovazione collabora all'esterno con l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale (ASSR) che ha funzioni di indirizzo complessivo e di coordinamento di attività progettuali, con l'Area Vasta Emilia Nord (AVEN), con le Aziende Ospedaliere di Parma, Modena e Reggio Emilia e le altre aziende territoriali.

Nel 2010, per rafforzare la sinergia fra l'Azienda USL e il costituendo IRCCS in oncologia presso l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, è stata istituita una infrastruttura della ricerca interaziendale al fine di coordinare lo sviluppo di percorsi progettuali nell'ambito dell'oncologia in un'ottica di miglioramento dei modelli assistenziali, dell'appropriatezza delle cure e della rispondenza ai bisogni dei pazienti, in una dimensione di integrazione ospedale-territorio.

Un altro ambito di attività dello Staff Ricerca e Innovazione riguarda lo sviluppo d'iniziative di promozione della salute nella cornice Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH). Obiettivo del progetto HPH è coinvolgere le aziende sanitarie in un processo che metta in grado le persone e le comunità di aumentare il livello di controllo sulla propria salute ed esserne promotrici attive. La rete HPH rappresenta, infatti, un importante riferimento per sviluppare strategie, programmi e buone pratiche di empowerment dei pazienti, del personale e della comunità. L'Azienda USL di Reggio Emilia, tramite lo Staff Ricerca e Innovazione è responsabile del Centro Regionale di Coordinamento della Rete HPH.

In particolare l'attività di ricerca dell'Azienda USL di Reggio Emilia si è concentrata sul tema della riduzione delle disparità nell'accesso ai servizi sanitari per quelle fasce della popolazione dove le diversità socio-culturali si trasformano in barriere formali e informali, inserendo tali iniziative nella cornice progettuale dei Migrant-Friendly Hospitals and Health Services, di cui l'Azienda USL di Reggio Emilia è coordinatrice a livello internazionale. In questo ambito, nel 2011, l'Azienda USL di Reggio Emilia ha coordinato il progetto di sviluppo degli "Standard di equità nell'assistenza sanitaria per gli immigrati", quale strumento di monitoraggio dell'equità di accesso ai servizi e qualità delle cure per la popolazione immigrata.

6.1.1. Attività svolte nel 2011

Nel 2011 l'Azienda USL di Reggio Emilia ha partecipato alle iniziative promosse dall'Osservatorio Regionale (ORI) e dal PriER (Programma regionale ricerca e innovazione). Di particolare interesse per la nostra azienda sono risultate essere quelle iniziative finalizzate allo sviluppo di metodi condivisi e standardizzati sia di valutazione delle innovazioni tecnologiche e delle loro implicazioni nei contesti aziendali, sia di progettazione della ricerca sui servizi sanitari e i modelli clinico-assistenziali. A questo scopo, l'Azienda USL di Reggio Emilia si è impegnata a collaborare con quelle iniziative promosse dall'ORI finalizzate a sperimentare sistemi innovativi di adozione delle nuove tecnologie. Oggi la nostra azienda si avvale di una modalità di selezione e valutazione delle piccole/medie tecnologie basata sull'Health Technology Assessment, attraverso l'utilizzo di una specifica scheda di segnalazione delle proposte che permette di valutarne sia l'appropriatezza clinica che l'impatto organizzativo ed economico. Simile attenzione è rivolta alla selezione delle proposte di adozione di dispositivi medici. Ogni proposta di nuova acquisizione viene, infatti, valutata da una commissione interdisciplinare che ne determina l'idoneità e l'inserimento in un apposito registro.

Nel 2011 è stato attivato un percorso di coinvolgimento dei dipartimenti e programmi aziendali, finalizzato a sviluppare il primo Piano aziendale della ricerca; questo ha consentito di avviare un confronto con le altre aziende di Area Vasta al fine di coordinare le proposte progettuali interaziendali relative ai bandi regionali e nazionali della ricerca.

Nel 2011 sono stati presentati alcuni progetti sia ai bandi regionali di Modernizzazione e al Programma Regione-Università, sia i bandi nazionali di Ricerca Finalizzata e AIFA, sia ai bandi europei. In particolare si segnalano i seguenti progetti presentati al Bando per il Fondo regionale di Modernizzazione 2011-2013:

1. costruzione e consolidamento di un modello assistenziale per intensità di cure negli ospedali del presidio ospedaliero provinciale dell'Azienda USL di Reggio Emilia;
2. realizzazione, nelle Case della Salute, di ambulatori a gestione infermieristica per pazienti affetti da scompenso cardiaco;
3. trasferimento di buone pratiche di contrasto alle iniquità in riferimento agli utenti nei servizi sanitari, socio-sanitari e di comunità;
4. miglioramento della gestione della gravidanza fisiologica nelle Aziende dell'Area Vasta Emilia Nord;
5. trial clinico per valutare l'efficacia della tomo sintesi mammografica nel percorso di screening del tumore della mammella della Provincia di Reggio Emilia nella fascia di età 45-74 anni.

6.2. Sviluppo di un ambiente culturale favorevole

6.2.1. Attività rivolte al personale sanitario

Allo scopo di sostenere il governo della ricerca e dell'innovazione, nel 2011 è stata realizzata un'attività formativa rivolta agli operatori per favorire l'utilizzo delle banche dati e della biblioteca medica in supporto allo sviluppo delle competenze

nell'ambito del progetto web community finanziato con i fondi di Modernizzazione e sviluppato congiuntamente all'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia. Nel corso del 2011 sono stati realizzati i seguenti corsi formativi.

Tabella n. 165. **Tipologia dei corsi 2011**

Tipologia di corso	Partecipanti Azienda USL
La ricerca bibliografica su MEDLINE e PUBMED	5
Dalla biblioteca alla rete	92
The cochrane library and the clinical evidence	3
Gestire l'AUDIT clinico nell'Azienda Sanitaria	28
Totale partecipanti ai corsi	128

Nell'ambito delle iniziative di umanizzazione degli ospedali, si segnala il progetto "Nati per Leggere", un'iniziativa che coinvolge i Pediatri di Libera Scelta, i Bibliotecari e le aziende sanitarie pubbliche della Provincia di Reggio Emilia. Obiettivo del progetto è la diffusione della lettura al bambino fin dalla più tenera età, come momento importante per la sua crescita. Nel 2011 tutti gli ambulatori dei Pediatri di Libera Scelta sono stati attrezzati con uno scaffale contenente libri per bambini appositamente selezionati dal personale delle biblioteche della provincia.

6.2.2. Accessibilità all'informazione e documentazione scientifica

289

Gli operatori sanitari hanno la possibilità di accedere alle conoscenze e informazioni scientifiche mediante i servizi della Biblioteca Medica e Centro di Documentazione per il Governo Clinico delle aziende sanitarie della Provincia di Reggio Emilia. La Biblioteca Medica è specializzata in biomedicina ed è rivolta sia al personale delle due aziende, che a utenti esterni interessati a frequentarla per motivi di studio e di ricerca (es. Medici di Medicina Generale).

Il patrimonio della Biblioteca Medica è accessibile mediante i seguenti cataloghi:

- Bibliofind, il catalogo informatizzato (OPAC) su cui è possibile effettuare ricerche relative alle raccolte della biblioteca;
- TDNet, il sistema informatizzato che contiene l'elenco delle riviste attive, cartacee ed elettroniche, in dotazione alla Biblioteca e che permette di accedere direttamente alle riviste elettroniche, anche in full text.

Tabella n. 166. **Accessi alla Biblioteca Medica**

Profili personali per i periodici TDNet	Anno 2011
Profili aperti di My TDNet*	32
Alerts**	40
TOCs***	2.967

* Creazione di profili di interesse personale

** Invio, in posta elettronica, degli indici di un gruppo selezionato di riviste

*** Indici consultati su TDNet

Tabella n. 167. **Dati di consultazione - Anno 2011**

Ricerca per	Numero
Periodico	4.416
Articolo	596
Autore	8
Editore	159
Aggregatori	0
Soggetto	82
Altro	1.277
Totale	6.538
Accessi agli e-journals nell'anno 2011	416

Tabella n. 168. **Accessi alle Banche Dati - Anno 2011**

Images.MD	290
Codifa / L'informatore Farmaceutico	nr
The Cochrane Library	494
CINAHL Cumulated Index to Nursing & Allied health Literature - Cilea	150
Journal Citation Reports	202
EMBASE The Excerpta Medica Database - ELSEVIER	nr

290

Sul sito della Biblioteca Medica sono raccolti, in un database, articoli, monografie o parti di monografie, contributi a convegni, documenti di interesse comune (es. linee guida, Consensus Conference, ecc.), scritti dai professionisti delle due aziende sanitarie pubbliche della Provincia di Reggio Emilia, pubblicati in cartaceo o in elettronico dall'anno 2000.

Tabella n. 169. **Raccolte negli anni 2008-2011**

Pubblicazioni	155
In collaborazione tra le due aziende	34
Autori Azienda USL	74

Tabella n. 170. **Distribuzione degli autori per distretti**

Castelnovo Monti	4
Correggio	12
Guastalla	18
Montecchio	11
Reggio Emilia	15
Scandiano	14

6.3. Documentazione delle attività di ricerca aziendali

Nel corso del 2011 sono stati censiti 136 progetti di ricerca, di cui 60 già in corso dall'anno precedente, 38 appena iniziati e 38 conclusi durante l'anno. I criteri di selezione utilizzati rispecchiano quelli indicati dal gruppo di lavoro regionale sull'anagrafe dei progetti di ricerca promosso dal PriER (Programma regionale ricerca e innovazione).

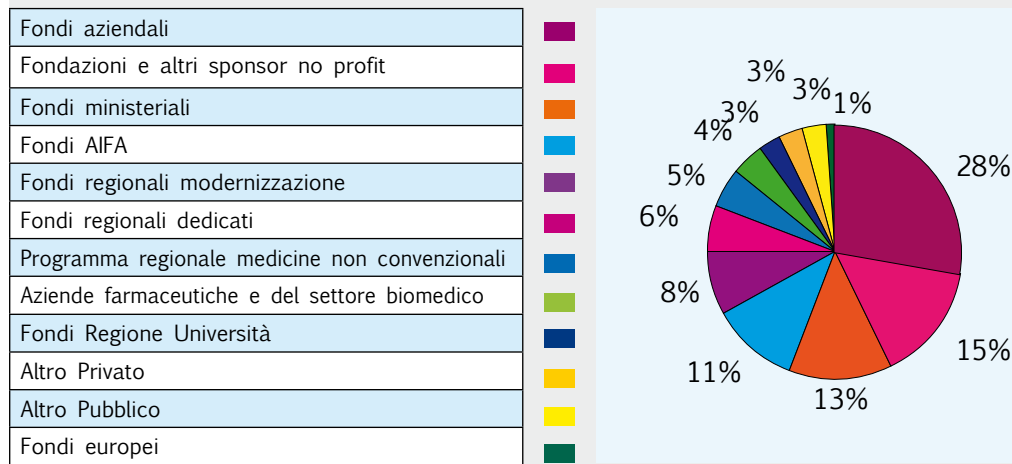
Tabella n. 171. **Progetti suddivisi per struttura proponente**

	Numero	%
Dipartimento internistico	45	34%
Staff delle direzioni	27	20%
Dipartimento di Sanità Pubblica	14	10%
Programma/Dipartimento Cure Primarie	12	9%
Dipartimento di Riabilitazione	11	8%
Dipartimento Farmaceutico	8	6%
Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche	6	4%
Dipartimento Chirurgico	5	4%
Direzione Infermieristica e Tecnica	4	3%
Dipartimento di Diagnostica per immagini	2	1%
Area Vasta Emilia Nord (AVEN)	2	1%
Programma Demenze	0	0%
Totale	136	100%

291

Si nota un coinvolgimento di quasi tutti i dipartimenti aziendali, infatti, non solo l'attività di ricerca ha contraddistinto i dipartimenti ospedalieri, ma anche i dipartimenti territoriali.

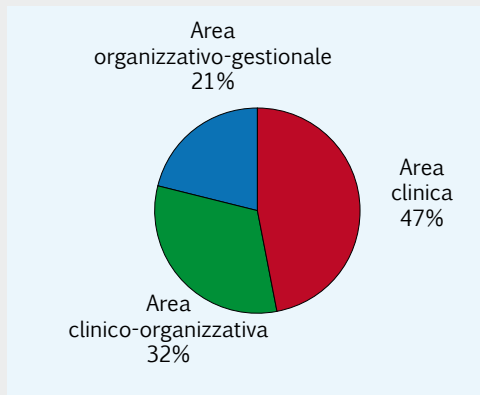
Grafico n. 150. **Distribuzione dei progetti di ricerca in rapporto alla fonte di finanziamento**



Il 28% ha usufruito di fondi interni all'azienda e il 6% di fondi dedicati regionali, in quest'ultimo caso si tratta di progetti proposti dall'Azienda USL cui

la Regione ha riconosciuto una forma di finanziamento per la loro realizzazione. Una grossa parte di finanziamenti proviene da fondi messi a disposizione da bandi regionali, nazionali ed europei. Il 15% dei progetti sono stati realizzati grazie al contributo di Fondazioni e altri sponsor non profit, mentre solo il 4% della ricerca è stata realizzata con finanziamenti di sponsor del settore farmaceutico e biomedico.

Grafico n. 151. **Progetti di ricerca per ambito prevalente**



Il numero di progetti realizzati nel campo della ricerca clinico-organizzativa (32%) ed organizzativo-gestionale (21%) conferma l'orientamento della nostra azienda verso la ricerca sui servizi sanitari, piuttosto che sulla ricerca strettamente bio-medica. Tuttavia, anche la ricerca clinica, il più delle volte centrata sulla valutazione dell'efficacia di interventi clinici, si dimostra un ambito importante di lavoro.

292

Grafico n. 152. **Progetti di ricerca per disegno della ricerca**

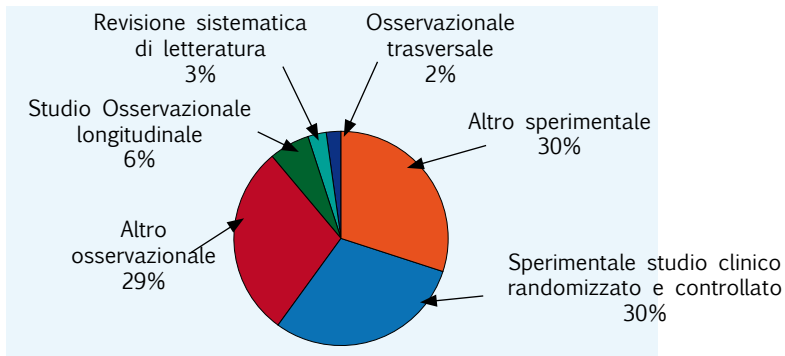


Tabella n. 172. **Progetti di ricerca per area progettuale**

	Numero	%
Efficacia interventi clinici	55	40%
Analisi sui percorsi clinico assistenziali e miglioramento qualità	39	29%
Analisi sui modelli organizzativi, gestione risorse e sistemi informativi	14	10%
Sanità pubblica	13	10%
Analisi dei servizi al cittadino, accessibilità e disuguaglianze	12	9%
Ricerca di base pre-clinica	3	2%
Eziologia delle malattie	0	0%
Dispositivi medici	0	0%
Totale	136	100%

L'analisi dei progetti suddivisa per aree progettuali consente di individuare quattro aree tematiche principali in cui si polarizza l'attività di ricerca nella nostra azienda:

1. la ricerca sui servizi sanitari e sociali, sui modelli clinico-assistenziali, sui percorsi integrati ospedale-territorio e sui servizi al cittadino;
2. la ricerca sull'efficacia, appropriatezza e sicurezza delle prestazioni cliniche;
3. la ricerca sui modelli organizzativi e di gestione delle risorse, sulla valutazione d'impatto delle nuove tecnologie e sui sistemi informativi;
4. la ricerca sulle diseguaglianze, sull'equità di accesso e di sanità pubblica;

1. Area della ricerca sui servizi sociali e sanitari e sui percorsi assistenziali.

In quest'area troviamo importanti progetti finalizzati a sviluppare e valutare modalità assistenziali innovative, modelli organizzativi integrati di offerta dei servizi fra ospedale e territorio e della presa in carico complessiva del paziente. Molti progetti riguardano l'area oncologica e sono orientati al miglioramento dei percorsi clinico-assistenziali del paziente.

2. Area della ricerca sull'efficacia e sicurezza delle prestazioni cliniche.

Troviamo qui progetti che si pongono come obiettivo la riduzione della variabilità nell'assistenza per migliorare appropriatezza, efficacia e sicurezza del paziente nei luoghi di cura, con particolare riferimento all'implementazione di un sistema globale della gestione del rischio clinico, integrando le modalità già attivate per lo sviluppo della qualità.

3. Area della ricerca sui modelli organizzativi, gestionali e sistemi informativi.

Troviamo qui progetti di ricerca finalizzati allo sviluppo organizzativo, alla razionalizzazione delle risorse economiche e allo sviluppo di sistemi informativi integrati, con particolare riferimento alle attività del Dipartimento Farmaceutico, dei Dipartimenti di Cure Primarie e del coordinamento AVEN.

4. Area della ricerca sulle diseguaglianze, equità di accesso e sanità pubblica.

Appartengono a questa area tematica progetti condotti dal Dipartimento di Sanità Pubblica (Unità di Epidemiologia), dal Dipartimento Farmaceutico e dagli staff Ricerca e Innovazione e Programmazione e Controllo. In questa area segnaliamo l'avvio nel 2011 di due nuovi progetti finanziati dalla Comunità Europea e riguardanti la promozione della salute, la comunicazione e l'informazione nei confronti di migranti e minoranze etniche.

Si riporta di seguito la descrizione di alcuni progetti di ricerca attivati nel 2011, suddivisi per area progettuale.

Tabella n. 173. **Area della ricerca sui servizi sanitari e sociali, sui modelli clinico-assistenziali, sui percorsi integrati ospedale-territorio e sui servizi al cittadino. Alcuni esempi**

Titolo	Struttura di riferimento	Breve descrizione	Fonte di finanziamento	Disciplina
Sviluppo, attivazione e verifica di un modello di gestione del follow-up condotto dal MMG in donne con tumore della mammella diagnosticato in fase precoce e curato radicalmente	Staff delle Direzioni	Lo studio si propone di valutare la sostenibilità organizzativa del modello in termini di impatto sulle strutture, sulle competenze degli operatori e sulla qualità della vita delle pazienti. Inoltre si propone di valutare la fattibilità dello Studio clinico controllato e randomizzato finalizzato a verificare l'efficacia di un follow-up condotto dal MMG verso il medico specialista.	Fondi regionali modernizzazione	Oncologia
Non-compliance e resistenza all'aspirina nella fase acuta di recidiva di ictus cerebrale ischemico - Prot. ASA-res	Dipartimento internistico	Scopo dello studio è definire una più precisa stima della non-compliance quale causa di fallimento terapeutico dell'ASA su un campione rappresentativo di pazienti con recidiva di stroke ischemico.	Fondi aziendali	Medicina Interna
Studio Osservazionale "Osservatorio epidemiologico nutrizione e accrescimento" proposto dalla Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP)	Programma Dipartimenti cure primarie	L'obiettivo principale dello studio è quello di osservare, descrivere e raccogliere dati relativi alle abitudini alimentari e all'accrescimento di un campione di circa 20.000 bambini italiani seguiti longitudinalmente e a intervalli regolari dalla nascita sino al compimento dei 3 anni di età. L'obiettivo secondario è creare un database permanente dell'accrescimento e dello stato nutrizionale di un campione di bambini italiani seguiti longitudinalmente dalla nascita a 6 anni di età, registrando informazioni utili, oltre che per le potenziali implicazioni in termini di salute pubblica, anche per lo sviluppo di curve longitudinali dell'accrescimento per la popolazione italiana.	Fondazioni e altri sponsor no profit	Pediatria
Lo Stiff-knee gait nel paziente emiplegico: un nuovo approccio alla identificazione delle cause mediante Gait Analysis	Dipartimento Riabilitazione	Lo Stiff-knee gait è il disturbo del cammino più frequente in pazienti con emiplegia e determina un incremento dell'instabilità e del rischio di caduta e un forte aumento della fatica necessaria ad effettuare gli spostamenti. Lo scopo dello studio è quello di identificare e misurare le cause che determinano lo Stiff-knee gait.	Fondi aziendali	Medicina Riabilitativa

Tabella n. 174. **Area della ricerca sull'efficacia, appropriatezza e sicurezza delle prestazioni cliniche. Alcuni esempi**

Titolo	Struttura di riferimento	Breve descrizione	Fonte di finanziamento	Disciplina
Effetti della dose degli agenti stimolanti l'eritropoiesi su esiti cardio-cerebrovascolari, qualità di vita e costi in emodialisi. The Clinical Evaluation of the DOSe of Erythropoietins (C.E. DOSE) trial	Dipartimento internistico	1. valutare il rapporto tra dose ed effetto con una focalizzazione specifica su markers biochimici al fine di meglio comprendere determinanti/ predittori di una variabilità individuale di risposta alla terapia con ESA rispetto all'efficacia e alla sicurezza; 2. produrre informazioni mirate per guidare e monitorare in modo efficiente la terapia a partire da dosi minori; 3. valutare l'efficacia comparativa di due differenti strategie terapeutiche basate sull'utilizzo di un dosaggio minimale o massimale di ESA relativamente a esiti clinici.	Fondi AIFA	Nefrologia
“Elevate Early LEvosimendan Vs usual care in Advanced chronic hearT failurE”	Dipartimento internistico	Obiettivo primario è valutare, in pazienti con scompenso cardiaco cronico avanzato, l'efficacia del trattamento infusionale per 24 ore con levosimendan o diuretico al rilievo di segni precoci di riacutizzazione su ricoveri e accessi in pronto soccorso durante 12 mesi di follow-up. Obiettivi Secondari: valutare gli effetti degli interventi sullo stato funzionale, la qualità di vita, il profilo neuroormonale e la funzione renale.	Fondi aziendali	Medicina Interna
Valutazione della qualità dei Servizi di Salute Mentale: un percorso di analisi condivisa con pazienti in qualità di valutatori	Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche	Obiettivo è definire un modello di programmazione delle attività dei Servizi psichiatrici condiviso con gli stakeholder (pazienti, familiari e professionisti).	Fondi ministeriali	Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
Obesità e sovrappeso nei bambini 3-14 anni assistiti dai Pediatri di Libera Scelta	Programma / Dipartimenti cure primarie	Lo scopo dello studio è quello di introdurre nella pratica clinica: <ul style="list-style-type: none"> · l'utilizzo del BMI percentile da parte del Pediatra come strumento diagnostico e di consapevolezza del problema obesità e sovrappeso dei propri assistiti; · l'utilizzo della pratica del counseling quale strumento di sostegno alle famiglie. Questo intervento di “Sostegno al cambiamento” delle abitudini alimentari e dell'attività motoria dei bambini e delle famiglie svolto nell'ambito delle Cure Primarie, può contribuire a mantenere stabile o migliorare il BMI percentile nei bambini sovrappeso. 	Fondi aziendali	Pediatria

Valutazione di efficacia del Tai Chi Chuan sul controllo dell'equilibrio e della deambulazione in pazienti affetti da Morbo di Parkinson	Dipartimento Riabilitazione	Una revisione sistematica del 2004 evidenzia che la pratica del Tai Chi Chuan (TCC) porta ad un miglioramento dell'equilibrio con conseguente riduzione del rischio di caduta in soggetti anziani neurologicamente integri. Lo scopo è quello di valutare l'efficacia di un trattamento con TCC sul controllo dell'equilibrio e della deambulazione in pazienti affetti da malattia di Parkinson.	Fondazioni e altri sponsor no profit	Neurologia
--	-----------------------------	---	--------------------------------------	------------

Tabella n. 175. **Area della ricerca sui modelli organizzativi e di gestione delle risorse e sui sistemi informativi. Alcuni esempi**

Titolo	Struttura di riferimento	Breve descrizione	Fonte di finanziamento	Disciplina
Valutazione della fattibilità dell'invio postale del test per la ricerca del sangue occulto fecale nei comuni montani per lo screening del colon retto	Staff delle Direzioni	Il territorio montano ricomprende un'area geografica piuttosto ampia, seppure il bacino di utenza interessato dallo screening del colon retto, ad eccezione dei comuni di Castelnuovo Monti, non sia molto rilevante (8500 utenti nel distretto). La distribuzione dei kit per l'esecuzione del test per la ricerca del sangue occulto fecale avviene soltanto in 2 comuni: Carpineti (per il solo comune di Carpineti) e a Castelnuovo Monti (per i rimanenti 9 comuni montani. Si vuole valutare la fattibilità dell'invio postale del kit al fine di verificarne l'applicabilità nel programma di screening.	Fondi aziendali	Sanità pubblica
Dal progetto pilota di utilizzo del test per il DNA di papillomavirus umano come test primario di screening per i precursori del cancro cervicale allo studio di fattibilità regionale	Staff delle Direzioni	I risultati ottenuti da questo studio nel contesto reggiano, caratterizzato da una solida organizzazione e da risultati da anni positivi e ormai stabili in tutti i progetti di screening oncologico, saranno utilizzati per stimarne la fattibilità su scala regionale con: - la valutazione dell'impatto organizzativo - la valutazione dei costi conseguenti	Fondi regionali dedicati	Sanità pubblica

Tabella n. 176. **Area della ricerca sulle diseguaglianze, sull'equità di accesso e di sanità pubblica. Alcuni esempi**

Titolo	Struttura di riferimento	Breve descrizione	Fonte di finanziamento	Disciplina
Progetto "Insieme nella Cura" - Fondo Europeo per l'Integrazione dei Cittadini di Paesi Terzi 2007-2013	Staff delle Direzioni	Il progetto si pone i seguenti obiettivi: - accessibilità, da parte delle donne migranti che operano nel settore della cura, ai servizi operanti nel territorio e alla conoscenza delle opportunità di sviluppo professionale ed occupazionale; - sviluppo di una relazione fiduciaria con le istituzioni e con i servizi pubblici locali; - riduzione dei rischi di maltrattamenti, discriminazioni, negazione di diritti.	Fondi europei	Comunicazione e informazione
COST ADAPT - Adapting European health systems to diversity (ADAPT)	Staff delle Direzioni	Si fonda sui risultati del COST Action IS0603 (Health and Social Care for Migrants and Ethnic Minorities' HOME) che hanno preso in esame sia le ineguaglianze sanitarie, che la gestione delle stesse, nei migranti e nelle minoranze etniche. ADAPT proseguirà in questa direzione identificando gli ostacoli nel tradurre una simile conoscenza nell'azione, facendo leva sui cambiamenti. Team interdisciplinari avranno il compito di identificare i restringimenti e le mancate opportunità, mentre la natura pan-europea del COST fornirà un'opportunità unica per identificare i fattori utili nel gestire le strategie e l'implementazione. I risultati saranno importanti per giungere ad una strategia di azione efficace e nell'organizzazione del cambiamento, non solo in termini di salute ma anche in altri aspetti della policy pubblica.	Fondi europei	Promozione della salute
Studio prostate cancer survival patients	Dipartimento Sanità Pubblica	Obiettivo generale di tale studio è quello di analizzare le pratiche diagnostico-terapeutiche per il tumore della prostata in specifiche aree italiane e valutarne l'impatto sulla sopravvivenza.	Altro pubblico	Sanità pubblica

Trial di valutazione del programma "Paesaggi di Prevenzione" (PdP) per la prevenzione dell'abitudine tabagica, dell'abuso di alcol e per il miglioramento delle abitudini nutrizionali e la promozione dell'attività fisica negli studenti di 12-13 e 14-15 anni delle scuole secondarie di primo e secondo grado della Regione Emilia-Romagna	Dipartimento Sanità Pubblica	Lo studio intende verificare se l'intervento scolastico denominato "Paesaggi di Prevenzione" (PdP) somministrato a studenti di un gruppo di scuole, determini un aumento del numero di studenti che migliorano il loro stile di vita (non iniziano a fumare; non hanno episodi di abuso di alcol; migliorano la loro dieta e aumentano l'attività fisica) dopo un anno dall'intervento, rispetto agli studenti di scuole, selezionate come controllo, in cui non viene somministrato questo intervento.	Altro privato	Promozione della salute
--	------------------------------	---	---------------	-------------------------

La ricerca nell'Azienda USL di Reggio Emilia copre un ampio spettro delle principali discipline mediche e si polarizza principalmente attorno ad alcune aree disciplinari.

Tabella n. 177. Ricerca per discipline prevalenti

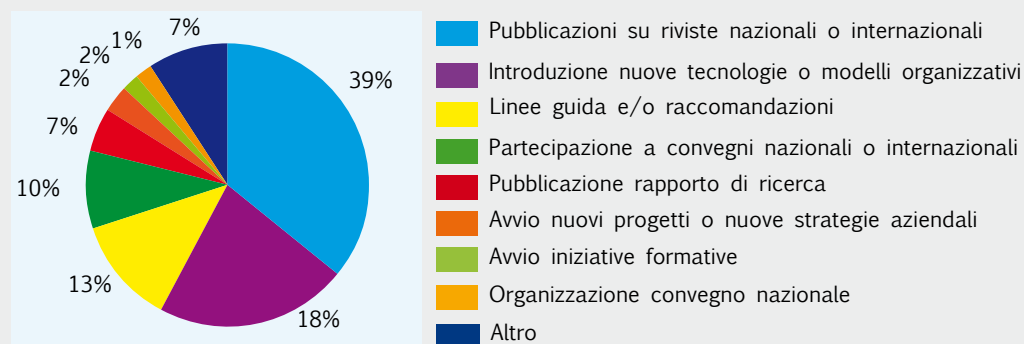
	Numero	%
Oncologia	27	20%
Sanità Pubblica	21	15%
Organizzazione sanitaria e management	13	10%
Promozione della Salute	8	6%
Medicina interna	8	6%
Risk management	7	5%
Medicina riabilitativa	7	5%
Salute mentale - Tossicodipendenze	5	4%
Diabetologia	5	4%
Ostetricia e Ginecologia	5	4%
Nefrologia	5	4%
Formazione e comunicazione	4	3%
Pediatria	4	3%
Diagnostica per immagini	3	2%
Comunicazione e Informazione	3	2%
Neuropsichiatria infantile	2	1%
Malattie infettive	2	1%
Malattie respiratorie	2	1%
Neurologia	2	1%
Psicologia	1	1%
Anestesia e Rianimazione	1	1%
Chirurgia cardiovascolare	1	1%
Totale	136	100%

27 progetti condotti nel 2011 hanno riguardato l'Oncologia, a testimonianza di un sempre maggiore impegno in questa area di intervento anche sul piano della ricerca. Gli altri ambiti disciplinari maggiormente trattati riguardano la Sanità Pubblica, l'Organizzazione sanitaria e Management, la Promozione della Salute e la Medicina interna, il Risk Management e la Medicina Riabilitativa.

Tabella n. 178. **Ricerca per rapporti di collaborazione**

Progetti suddivisi per rapporti di collaborazione	Numero	%
Aziende sanitarie di altre regioni	54	39%
Aziende sanitarie della regione	28	21%
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia	15	11%
Dipartimenti aziendali	12	9%
Università	10	7%
Servizi / Unità operative aziendali	9	7%
Aziende sanitarie di altre nazioni	7	5%
Provincia	1	1%
Totale	136	100%

La maggior parte dei progetti di ricerca del 2011 è stata sviluppata valorizzando le partnership e le collaborazioni esterne con aziende sanitarie ed istituti di ricerca di altre regioni, ed in alcuni casi di altre nazioni europee. Infatti, solo 9 progetti su 136 sono stati realizzati internamente alla singola unità operativa, mentre 12 progetti sono stati realizzati sempre all'interno dell'Azienda, ma con la collaborazione di diversi dipartimenti. Ne consegue che la gran parte delle attività di ricerca è stata condotta in collaborazione con altre istituzioni: aziende sanitarie di altre regioni e aziende della Regione Emilia-Romagna. Inoltre si sottolinea il buon livello di collaborazione sviluppato con l'Azienda Ospedaliera e con le università del territorio.

Grafico n. 153. **Principali prodotti e modalità di diffusione degli esiti della ricerca**

Per i 136 progetti della nostra azienda è stato possibile individuare diverse tipologie di output. Nella maggior parte dei casi, gli esiti delle ricerche sono stati divulgati sia mediante articoli pubblicati su riviste di livello nazionale ed internazionale o rapporti di ricerca, sia mediante la partecipazione a convegni nazionali e internazionali. In particolare, nel caso della ricerca "Sistema di monitoraggio relativo agli interventi sanitari a favore dei cittadini immigrati", condotta in collaborazione coi Servizi Distrettuali della Regione è stato organizzato un convegno di livello nazionale "Diversità come normalità: equità di accesso come sfida nei servizi sanitari e socio-sanitari", dove sono stati presentati e

discussi i risultati del progetto con operatori, ricercatori e responsabili dei servizi provenienti da altre regioni italiane. Inoltre, la rilevanza di molti progetti ha portato in alcuni casi all'introduzione di nuovi modelli organizzativi all'interno dell'azienda, alla predisposizione di linee guida e all'avvio di nuovi progetti o nuove strategie aziendali.

Un'ultima informazione interessante concerne il numero di progetti che hanno visto il coinvolgimento di tirocinanti di diverse Università, soprattutto afferenti a quella di Reggio Emilia e Modena. Risultano infatti 20 i tirocinanti coinvolti nel corso del 2011, nel 15% dei progetti della nostra Azienda.

6.4. Garanzie di trasparenza

6.4.1. L'anagrafe delle attività di ricerca

Da alcuni anni l'Azienda USL di Reggio Emilia partecipa sia al progetto regionale finalizzato all'attivazione di un'anagrafe informatizzata delle attività di ricerca, sia all'attività dell'Osservatorio Regionale dell'Innovazione (ORI). Da una parte si vuole realizzare un censimento sistematico dei progetti di ricerca che garantisca una visione unitaria e che sia funzionale allo sviluppo dei piani aziendali della ricerca; dall'altra si vuole avviare un sistema di raccolta delle informazioni relative alle alte tecnologie sanitarie che consenta lo sviluppo di piani aziendali di adozione di tecnologie innovative.

L'obiettivo principale dell'anagrafe della ricerca regionale è quello di conoscere la tipologia quali-quantitativa delle attività di ricerca che vengono svolte nelle aziende sanitarie e consentire di individuare le aree di maggior o minor interesse. Un simile approccio consente inoltre di identificare quelle aree nelle quali si potrebbe investire per sviluppare sinergie interaziendali in una dimensione di Area Vasta, quelle potenzialmente ripetitive e da coordinare, permettendo così di avere una visione unitaria di tutta l'attività di ricerca sia essa preclinica, clinica, studi osservazionali o ricerca sui servizi sanitari che viene intrapresa a livello regionale. Le principali informazioni raccolte dall'anagrafe della ricerca per ogni progetto riguardano le informazioni generali, il finanziamento e i costi di previsione e rendicontazione, le aziende che partecipano, le finalità, il disegno dello studio, l'ambito del progetto, l'area tematica, lo stato di avanzamento del progetto e gli output della ricerca.

Nel 2011 gli sviluppi dell'anagrafe regionale hanno visto la nostra azienda impegnata sia nella conclusione dell'inserimento di tutti i progetti attivati nel 2009, sia nel perfezionamento della qualità dei dati raccolti: si è infatti realizzata nella seconda parte del 2011, insieme all'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, un controllo di qualità sulla compilazione delle schede inserite nel database regionale: a seguito di questa attività si è svolto un confronto ed una riflessione sui criteri di classificazione della ricerca per rendere questo strumento omogeneo ed efficace.

L'obiettivo ultimo è quello di inserire i progetti in tempo reale: infatti per il 2012 è previsto il recupero e l'inserimento dei progetti relativi agli anni 2010 e 2011, che nel frattempo stiamo tenendo aggiornati e monitorati.

6.4.2. Il ruolo del Comitato Etico

Nel 2007 è stato costituito un unico Comitato Etico provinciale per le due aziende sanitarie, in coerenza con il D.M. del 12 Maggio 2006 e secondo le indicazioni dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale in merito alla loro riorganizzazione. I 67 studi approvati nel 2011 dal Comitato Etico provinciale, che coinvolgono unità operative dell'Azienda USL di Reggio Emilia riguardano principalmente l'oncologia, la medicina interna, l'ostetricia e la ginecologia e la diabetologia.

Grafico n. 154. **Comitato Etico - Studi per disegno della ricerca**

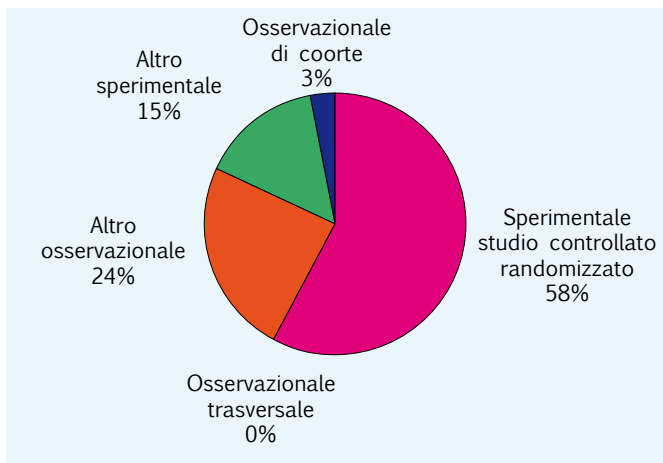
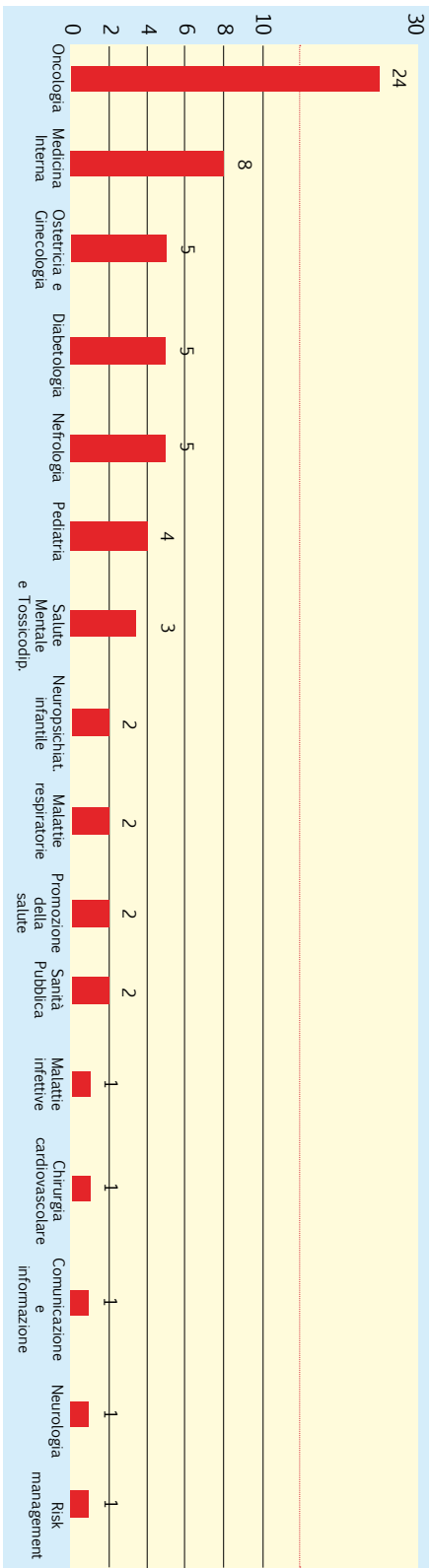


Tabella n. 179. **Comitato Etico - Studi per area progettuale - Anno 2011**

	Numero	%
Efficacia interventi clinici	37	56%
Analisi su percorsi clinico-assistenziali e miglioramento qualità	24	36%
Sanità Pubblica	3	4%
Ricerca di base pre-clinica	3	4%
Totale	67	100%

Grafico n. 155. Comitato Etico - Studi per disciplina





G. Fantuzzi, *Officina dei falegnami, gelatina a sviluppo, 1900.*

La fotografia venne realizzata dal reggiano Giuseppe Fantuzzi, fotografo professionista, per l'album approntato per l'esposizione internazionale di Parigi del 1900, dove il San Lazzaro vinse la Medaglia d'oro.

Nelle officine del San Lazzaro venivano impiegati come lavoranti gli stessi pazienti, anche con scopi terapeutici (ergoterapia).



G. Fantuzzi, *Officina dei calzolari*, gelatina a sviluppo, 1900.

La fotografia venne realizzata dal reggiano Giuseppe Fantuzzi, fotografo professionista, per l'album approntato per l'esposizione internazionale di Parigi del 1900, dove il San Lazzaro vinse la Medaglia d'oro.

Nelle officine del San Lazzaro venivano impiegati come lavoranti gli stessi pazienti, anche con scopi terapeutici (ergoterapia).

Sezione 7

L'integrazione socio-sanitaria

- 7.1 La costruzione del sistema integrato di servizi sociali e sanitari
 - 7.1.1 Il processo di accreditamento delle strutture socio-sanitarie
 - 7.1.2 Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA)
 - 7.1.3 Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza
- 7.2 I servizi per gli anziani
 - 7.2.1 Domiciliarità e residenzialità
 - 7.2.2 Il programma aziendale demenze
 - 7.2.3 Il ricorso al ricovero ospedaliero
- 7.3 Area della disabilità
 - 7.3.1 Disabilità e Piani distrettuali per la Salute e il Benessere Sociale
 - 7.3.2 FRNA e disabilità
 - 7.3.3 Il consolidamento e lo sviluppo della rete dei servizi territoriali
 - 7.3.4 FRNA e disabilità nella minore età
 - 7.3.5 L'inserimento nel mondo del lavoro
 - 7.3.6 Accertamento della disabilità
 - 7.3.7 I percorsi della gravissima disabilità acquisita

7.1. La costruzione del sistema integrato di servizi sociali e sanitari

Il 2011, ultimo anno della programmazione triennale 2009-2011, ha visto un particolare impegno nel favorire il miglioramento dell'integrazione istituzionale, gestionale e professionale. Si ricordano di seguito le priorità espresse dall'Atto di Indirizzo, elaborato dall'Ufficio di Supporto ed approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria:

- l'attenzione alla comunità come organismo complesso in cui interagiscono le dinamiche sociali del territorio che contribuiscono al processo di programmazione e di valutazione, in un sistema di rete che da anni rappresenta per la nostra provincia un punto di eccellenza;
- la promozione del benessere come componente dell'attività di assistenza;
- la ricerca dell'equità per garantire appropriatezza nelle risposte e nella distribuzione delle risorse.

7.1.1. Il processo di accreditamento delle strutture socio-sanitarie

Nel 2010 si è avviato il percorso di accreditamento delle strutture socio-sanitarie. Tre servizi del Distretto di Guastalla (una ex Casa Protetta e una ex RSA, oggi chiamate CRA, e un CD) hanno ottenuto la concessione di accreditamento provvisorio nel dicembre 2011.

Tabella n. 180. **Accreditamenti concessi al 31.12.2011**

Distretto	Montecchio		Reggio Emilia		Guastalla		Correggio		Scandiano		Castelnovo Monti		territorio AUSL	
Istituzione competente	Unione Val d'Enza		Comune Reggio Emilia		Unione bassa pianura reggiana		Unione pianura reggiana		Unione Tresinaro Secchia		Comune Castelnovo Monti		Totale per tipologia	
Tipologia servizio	N° servizi	N° posti	N° servizi	N° posti	N° servizi	N° posti	N° servizi	N° posti	N° servizi	N° posti	N° servizi	N° posti	N° servizi	N° posti
CRA	5	222	13	822	11	360	7	228	6	197	7	201	49	2.030
CD	6	165	15	265	8	87	6	77	6	81	2	25	43	700
CSRR	1	15	4	51	0	0	1	5	2	31	0	0	8	102
CSRD	2	31	8	116	3	53	1	19	3	45	3	34	20	298
AD	8	-	6	-	8	-	2	-	5	-	3	-	32	-
TOT distret.	22	433	46	1.254	30	490	17	329	22	354	15	260	152	3.130

Legenda: La DGR sull'accREDITAMENTO dei servizi socio-sanitari ha denominato le residenze e semiresidenze per anziani e disabili con i seguenti acronimi:

CRA = Casa Residenza Anziani, comprende le ex Case Protette ed RSA;

CD = Centro Diurno per anziani;

CSRR = Centro Socio Riabilitativo Residenziale per disabili;

CSRD = Centro Socio Riabilitativo Diurno per disabili;

AD = Assistenza Domiciliare

Complessivamente sono stati accreditati 2.030 posti di residenza per anziani, 700 posti in centro diurno anziani, 32 servizi di assistenza domiciliare, 102 posti residenziali per disabili e 298 posti in centro diurno disabili.

Nel 2011 sono stati definiti e sottoscritti i contratti di servizio con i gestori accreditati, per aree omogenee e con la definizione dei livelli di assistenza sanitaria necessari per le diverse tipologie di servizi. L'Azienda USL ha sviluppato, in vista dell'accreditamento definitivo, percorsi di adeguamento progressivo agli standard richiesti, favorendo il sostegno al raggiungimento dell'unitarietà gestionale comprensiva dell'assistenza infermieristica e riabilitativa.

Su tutto il territorio provinciale è stato applicato il sistema omogeneo di tariffe, il cui impatto finanziario è ricompreso nella programmazione 2011 del FRNA ed è relativo al secondo semestre dell'anno, in quanto i contratti di servizio stipulati hanno trovato decorrenza dal 1 luglio 2011.

I servizi accreditati riguardano in modo prevalente, sia in termini di strutture che di posti, i servizi per anziani (64,9% posti residenziali e 22,4% posti semiresidenziali), a seguire i servizi per disabili (3,3% posti residenziali e 9,5% semiresidenziali).

I posti a contratto di servizio sono inferiori ai posti accreditati per consentire, nelle future programmazioni locali, sia ipotesi di sviluppo rispetto alla rete storica, sia la sostenibilità economica negli anni.

Le concessioni di accreditamento riguardano soggetti gestori dei servizi diversificati per natura giuridica:

- Soggetti pubblici quali Comuni, Consorzi tra Comuni, Istituzioni e Aziende Speciali;
- Soggetti Privati quali Cooperative Sociali, Associazioni, Fondazioni, Enti religiosi e Privati profit;
- Soggetti che gestiscono, ad oggi, servizi con modalità gestionali miste.

Tabella n. 181. Accreditalenti concessi al 31.12.2011 per natura dei Soggetti gestori

	Gestioni Pubbliche	Gestioni Private	Gestioni Miste	Totale per servizi	% sulla tipologia di servizi Gestioni Pubbliche	% sulla tipologia di servizi Gestioni Private	% sulla tipologia di servizi Gestioni Miste
CRA	12	24	13	49	24%	49%	27%
CD	21	9	13	43	49%	21%	30%
CSRR	1	5	2	8	13%	63%	25%
CSRD	3	13	4	20	15%	65%	20%
AD	11	3	18	32	34%	9%	56%
Totale su gestioni	48	54	50	152	32%	36%	33%

La nostra provincia registra una quota di gestioni pubbliche pari al 65% del totale dei servizi. Di questa percentuale complessiva, attualmente, il 33% è gestita congiuntamente con la cooperazione sociale. Il tempo indicato per il completamento degli assetti gestionali unitari, che coincidono con il termine dell'accreditamento transitorio in vista del successivo accreditamento definitivo, è di tre anni.

7.1.2. Fondo Regionale per la Non autosufficienza (FRNA)

Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza è finalizzato allo sviluppo ed alla qualificazione della rete integrata di servizi flessibili, distribuiti in modo omogeneo nei vari territori, indirizzati ai bisogni delle persone non autosufficienti e di chi, accanto a loro, vive e se ne prende cura. Si fonda sugli indirizzi strategici del Piano Sociale e Sanitario Regionale e rappresenta una parte importante del processo di sviluppo del welfare. La gestione della funzione amministrativa tecnico-contabile del FRNA è assegnata dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) all'Azienda USL. I criteri del riparto tra i distretti del FRNA 2011 sono stati mantenuti uguali agli anni precedenti:

- finanziamento servizi anziani su popolazione ≥ 75 anni (di seguito definiti >74);
- finanziamento servizi disabilità su popolazione 15-64 anni;
- finanziamento servizi grave disabilità acquisita sulle previsioni dei casi in carico.

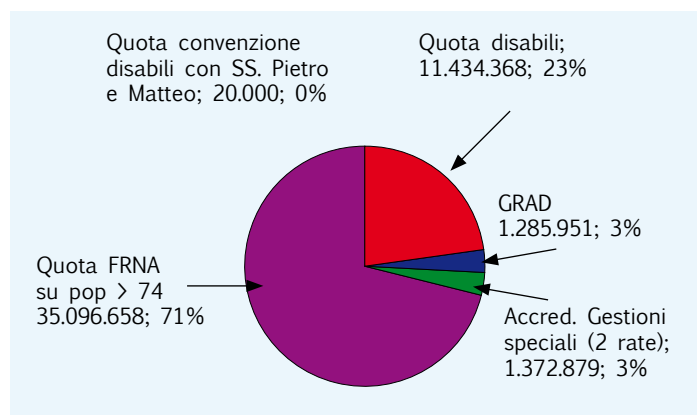
Tabella n. 182. **Risorse FRNA 2011 riparto della CTSS di Reggio Emilia**

Ambito distrettuale	Risorse ripartite agli ambiti distrettuali					
	Quota FRNA su pop > 74	Quota disabili	GRAD	Quota convenzione disabili con SS. Pietro e Matteo	Accreditamento Gestioni speciali (2 rate)	TOTALE FRNA
Montecchio	4.139.613	1.337.482	139.884	2.339	14.022	5.633.340
Reggio Emilia	14.482.377	4.851.252	549.045	8.485	989.054	20.880.214
Guastalla	4.916.738	1.561.346	275.996	2.731	241.654	6.998.465
Correggio	3.587.444	1.193.354	70.795	2.087	53.151	4.906.832
Scandiano	4.533.453	1.787.613	194.553	3.127	41.356	6.560.101
Castelnovo M.	3.437.033	703.321	55.678	1.230	33.642	4.230.904
Totale 2011	35.096.658	11.434.368	1.285.951	20.000	1.372.879	49.209.856

Nella voce Accreditamento Gestioni speciali sono ricomprese 2 rate pari a complessivi € 1.372.879, composte da finanziamenti erogati in periodi diversi. La prima quota è stata suddivisa all'atto della ripartizione FRNA 2011 (€ 1.254.000); la seconda, derivante da economie regionali (€ 118.879) e destinata al riequilibrio delle gestioni speciali, è stata ripartita a progettazione già conclusa. Il criterio di ripartizione è basato sui residenti >74 anni.

Tabella n. 183. **Risorse 2011 per gestioni speciali, riparti della CTSS ai distretti sulla popolazione anziana residente**

Distretti	Accreditamento quota aggiuntiva per gestioni speciali 1 ^a rata	Accreditamento quota aggiuntiva per gestioni speciali 2 ^a rata
Montecchio	0	14.022
Reggio Emilia	940.000	49.054
Guastalla	225.000	16.654
Correggio	41.000	12.151
Scandiano	26.000	15.356
Castelnovo Monti	22.000	11.642
Territorio provinciale Reggio Emilia	1.254.000	118.879

Grafico n. 156. **Distribuzione percentuale del FRNA per tipologia di interventi**

Nella disponibilità di finanziamento dei servizi per l'anno 2011 sul Fondo Regionale Non Autosufficienza all'assegnazione dell'anno, vanno aggiunte le risorse derivanti da accantonamenti dei sei distretti degli anni precedenti.

Tabella n. 184. **Totale risorse disponibili 2011: assegnato 2011 e trascinato 2010, per distretto**

Distretti	FRNA assegnato 2011	trascinamenti al 31.12.2010	totale disponibilità 2011
Montecchio	5.633.340	840.122	6.473.462
Reggio Emilia	20.880.214	1.640.478	22.520.692
Guastalla	6.998.465	1.288.002	8.286.467
Correggio	4.906.832	1.695.866	6.602.698
Scandiano	6.560.101	1.750.793	8.310.894
Castelnovo Monti	4.230.904	892.912	5.123.816
TOTALE 2011	49.209.856	8.108.173	57.318.029

Programmazione FRNA

La Regione Emilia-Romagna ha mantenuto il finanziamento degli interventi sulla rete storica consolidata, sviluppando, contemporaneamente, l'utilizzo del FRNA su interventi / servizi di sostegno alla domiciliarità ed alla presa in carico con un'attenta programmazione.

Nella tabella successiva vengono riportati i finanziamenti di area socio-sanitaria per servizi, suddivisi per le fonti di finanziamento/titolarietà di competenza. L'orizzonte finanziario riguarda l'impegno preventivo per l'anno 2011, i finanziamenti da FRNA costituiscono la parte prevalente di sostegno, seguiti dal finanziamento del Servizio Sanitario, dalla spesa dei comuni e dalla spesa degli utenti fruitori dei servizi.

Tabella n. 185. Preventivo di programmazione 2011 per le maggiori fonti di finanziamento

	Totale	%
Risorse comuni	18.217.228	17,1
Risorse del Fondo sociale regionale	65.806	0,1
Risorse da altri enti e soggetti pubblici	388.684	0,4
Risorse da altri soggetti privati (fondazioni, ecc.)	307.600	0,3
Da contribuzione utenti	13.695.413	12,9
Risorse da FRNA	49.412.099	46,5
Risorse da Fondo nazionale per la NA	1.621.317	1,5
Risorse da Fondo nazionale per la famiglia	15.126	0,0
Risorse AUSL da FSR per prestazioni sanitarie	22.630.869	21,3
Totale	106.354.142	100,0

Distribuzione FRNA per ambito distrettuale

Le assegnazioni sono state attribuite, ad eccezione della gravissima disabilità acquisita, che è stata ripartita sulle situazioni presenti e preventivabili, in base alla popolazione target residente al 1.1.2010.

Tabella n. 186. Popolazione residente per distretto (15-64 anni per criteri disabili e >74 anni anziani)

Popolazione al 01/01/2010	Montecchio	Reggio Emilia	Guastalla	Correggio	Scandiano	Castelnovo Monti	Provincia
> 74 anni	6.275	21.953	7.453	5.438	6.872	5.210	53.201
15-64 anni	40.089	145.409	46.799	35.769	53.581	21.081	342.728

Le quote distrettuali rispecchiano l'incidenza del dato demografico (anziani popolazione >74 anni; disabilità popolazione in fascia 15-64 anni). Come negli anni precedenti, il distretto a maggiore presenza di popolazione anziana, sul totale della popolazione, è quello appenninico (Castelnovo Monti), quello a minore presenza è il distretto della zona delle ceramiche (Scandiano).

Grafico n. 157. Distribuzione percentuale del FRNA per aree distrettuali

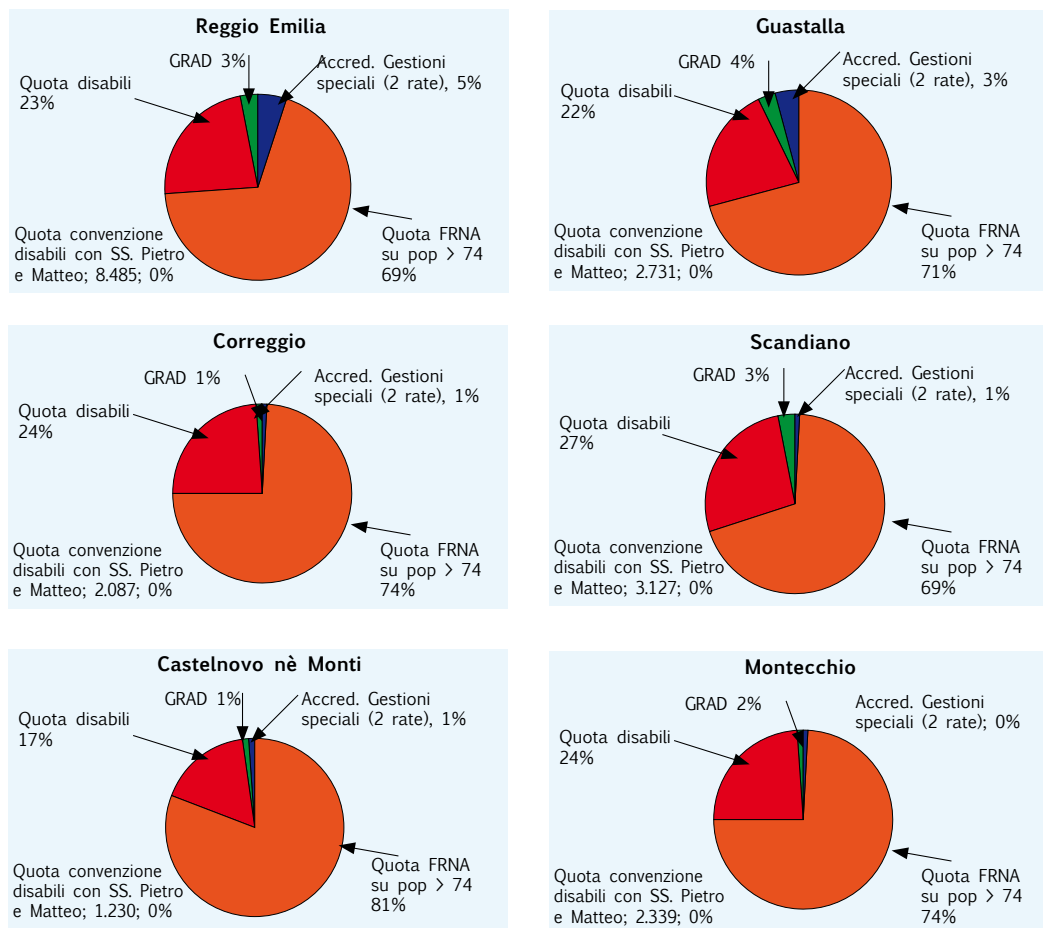
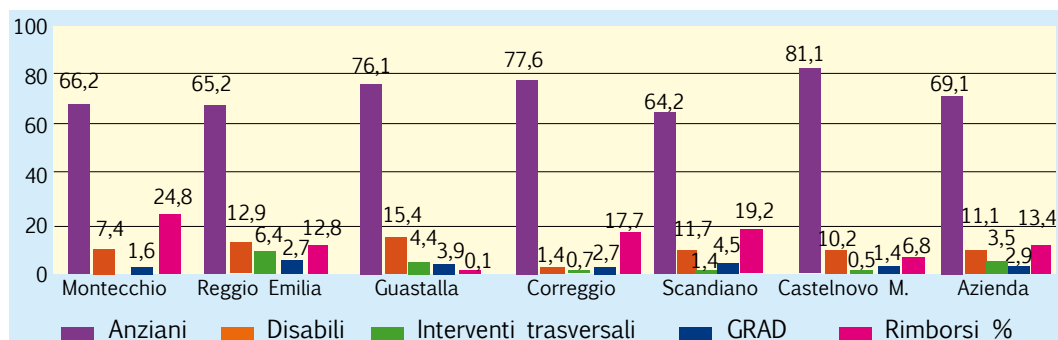


Grafico n. 158. Distribuzione percentuale di spesa del FRNA per aree di intervento nei distretti e aziendale. Anno 2011



7.1.3. Il Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza

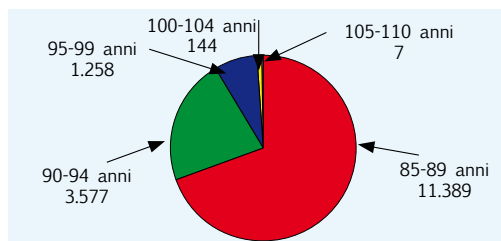
Nel 2010 il Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (FNA) segna l'ultima annualità, non essendo stato riconfermato dalla finanziaria nazionale. Le risorse dei fondi nazionali che figurano nella programmazione 2011 sono pertanto costituite dalle sole risorse derivanti dai trascinamenti del 2010. Nel 2011 la Regione Emilia-Romagna, al fine di sostenere i servizi, ha stanziato una quota aggiuntiva per un importo complessivo di 461,6 milioni di euro.

7.2. I servizi per gli anziani

L'indagine di Passi d'Argento, sistema di sorveglianza sulla qualità della vita delle persone con più di 65 anni, individua tre pilastri per l'invecchiamento attivo: essere risorsa e partecipare alla vita sociale; rimanere in buona salute; usufruire di cure e tutele e avere un reddito adeguato. I pensionati in Provincia di Reggio Emilia sono 172.000, pari al 30% della popolazione, ma gli importi delle pensioni sono piuttosto modesti, € 1.000 in media per i lavoratori dipendenti, € 750 per gli autonomi (da Rapporto 2011 sulla coesione sociale nella Provincia di Reggio Emilia, CCIA). La dimensione dei servizi si trova in prospettiva a dover coniugare 3 fattori: il progressivo accrescimento della classe anziana con speranza di vita in aumento, ma accompagnata anche da pesanti fragilità; la condizione di crescente impoverimento sociale ed economico; la tenuta di un sistema di welfare in crescente difficoltà. Tra le persone di età superiore a 74 anni, circa il 30% ha più di 84 anni.

312

Grafico n. 159. Anno 2011 Classi quinquennali di età della popolazione residente >84 anni



Il processo di accreditamento e la contrattualizzazione dei servizi per la popolazione anziana, con oneri a carico del FRNA, disegna una mappa di offerta provinciale importante.

Tabella n. 187. **Posti CRA accreditati dai distretti e posti acquisiti in contratto di servizio. Anno 2011**

ANZIANI	Montecchio	Reggio Emilia	Guastalla	Correggio	Scandiano	Castelnuovo Monti	Azienda USL
Popolazione residente >74 anni al 1.1.2011	6.396	22.335	7.628	5.611	7.068	5.295	54.333
posti accreditati CRA	222	822	360	228	197	201	2.030
posti accreditati CRA per uso distretto	0	808	335	200	0	0	
indice CRA accreditati su pop. pesata distretto	3,5	3,6	4,4	3,6	2,8	3,8	3,7
posti contrattualizzati	194	733	274	185	223	186	1.795
indice contrattualizzati su pop. pesata	3,0	3,3	3,6	3,3	3,2	3,5	3,3
posti accreditati CD	165	265	87	77	81	25	700
indice accreditati su pop. pesata	2,6	1,2	1,1	1,4	1,1	0,5	1,3
posti CD contrattualizzati	79	193	61	60	81	20	502
indice contrattualizzati su pop. pesata	1,2	0,9	0,8	1,1	1,1	0,4	0,9

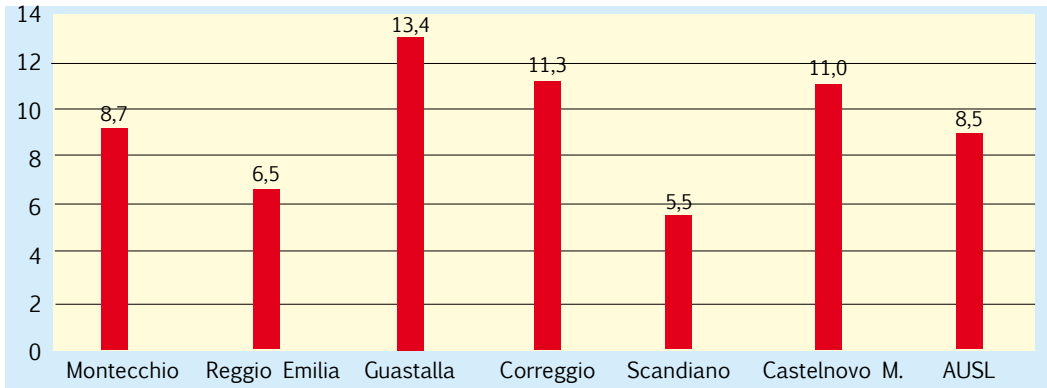
La rete dei servizi residenziali è ampia e consente l'accREDITamento di posti anche per territori extra-provinciali.

7.2.1. Domiciliarità e residenzialità

Negli anni precedenti sono state ricercate nuove soluzioni di appoggio alla scelta del mantenimento a domicilio (posti di sollievo, tipologie di servizi leggeri e flessibili, quali appartamenti con servizi ed ampliamenti dei centri diurni), in modo congiunto alla tutela del mantenimento/qualificazione della rete residenziale.

In coerenza con gli indirizzi della programmazione triennale, si è salvaguardato l'indice di posti letto sulla popolazione target, pari al 3,3 a livello aziendale (rispetto al 3% previsto dal livello regionale), con qualche aggiustamento in corso d'anno.

Nell'anno 2011 l'impegno più rilevante è stato indirizzato a monitorare la sostenibilità programmatoria pluriennale e la sua compatibilità con l'impatto tariffario dei contratti di servizio, nonché gli impegni di fornitura dell'assistenza sanitaria. L'accesso ai punti della rete per non autosufficienti è collegato alla valutazione multidimensionale (UVG/UVM) ed alla predisposizione di un piano di assistenza individuale.

Grafico n. 160. **Persone con valutazione multidimensionale anno 2011**Tabella n. 188. **Popolazione anziana 2011: alcuni indicatori**

ANZIANI	Montecchio	Reggio Emilia	Guastalla	Correggio	Scandiano	Castelnovo Monti	Azienda USL
Popolazione residente >74 anni al 1.1.2011	6.396	22.335	7.628	5.611	7.068	5.295	54.333
N° persone valutate -UVG/UVM-	556	1.460	1.022	633	392	582	4.645
% persone valutate su pop. >74 anni	8,7	6,5	13,4	11,3	5,5	11,0	8,5
N° persone con progetto domiciliare 2011	308	1.990	508	154	304	512	3.776
% persone in progetto domiciliare su pop.>74	4,8	8,9	6,7	2,7	4,3	9,7	6,9
N° persone con Assegno di cura	210	685	250	182	309	269	1.905
di cui con contributo assistente familiare	59	254	63	87	72	43	578
% persone con Assegno di cura su pop. >74 anni	3,3	3,1	3,3	3,2	4,4	5,1	3,5
% contributi aggiuntivi ass. fam. su fruitori assegni di cura	28,1	37,1	25,2	47,8	23,3	16,0	30,3
N° persone in CD	165	473	108	90	153	38	1.027
% persone in CD su pop. >74 anni	2,6	2,1	1,4	1,6	2,2	0,7	1,9

Il mantenimento a domicilio

L'assistenza a domicilio è un servizio socio-sanitario organizzato per permettere alle persone di vivere il più possibile nel proprio ambiente, tra gli affetti e le identità sociali costruite nel corso della vita. È in rete con gli altri servizi sociali e sanitari, ospedalieri e territoriali, al fine di garantire la continuità delle cure e la presa in carico complessiva. L'impegno 2011 è stato orientato al supporto ed al

mantenimento degli obiettivi inseriti nelle progettazioni triennali dei 6 distretti e al sostegno di percorsi formativi socio-sanitari e degli strumenti per una valutazione interdisciplinare del bisogno e dell'efficacia dell'intervento attraverso procedure e protocolli condivisi su:

- programmi di dimissioni protette, per garantire la riorganizzazione delle persone e delle famiglie nella fase del rientro a domicilio nell'ambito di un progetto individuale di vita e di cure;
- protocolli per garantire la corretta erogazione del contributo aggiuntivo di € 160 mensili tesoro a qualificare e far emergere il lavoro di cura svolto da assistenti familiari;
- protocollo comune tra il Nuovo Ufficio di Piano (NUP), l'Azienda USL e il Centro per l'Adattamento dell'Ambiente Domestico (CAAD) provinciale;
- progettazioni volte a rafforzare il mantenimento a domicilio attraverso i ricoveri temporanei e di sollievo;
- iniziative di sostegno delle reti informali di solidarietà sociale verso i soggetti fragili;
- supervisione, consulenza, affiancamento, sostituzioni, tutoring per famiglie che si prendono cura direttamente o attraverso un'assistente familiare della persona non autosufficiente;
- attività su gruppi omogenei quali i caffè Alzheimer, il supporto allo sviluppo di gruppi di auto aiuto.

Assegno di cura

Tra le opportunità di sostegno alle famiglie che mantengono la persona anziana non autosufficiente presso il proprio domicilio, figura l'assegno di cura. È un contributo economico funzionale a garantire la permanenza nel proprio contesto sociale e affettivo ed è alternativo all'inserimento stabile in una residenza protetta. L'accesso al contributo tiene conto della situazione economica e patrimoniale (indicatore ISEE) del solo anziano.

Grafico n. 161. **Assegni di cura 2011 per numero di fruitori sulla popolazione >74 anni**

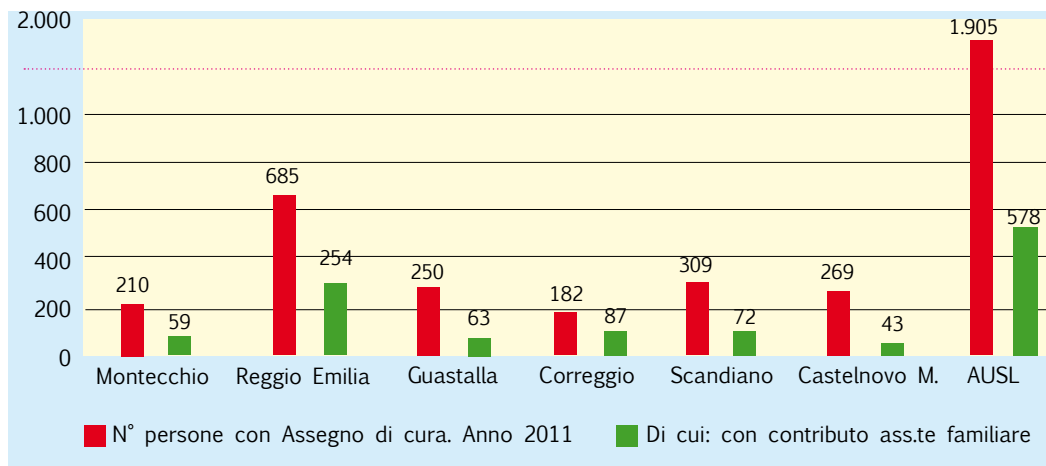
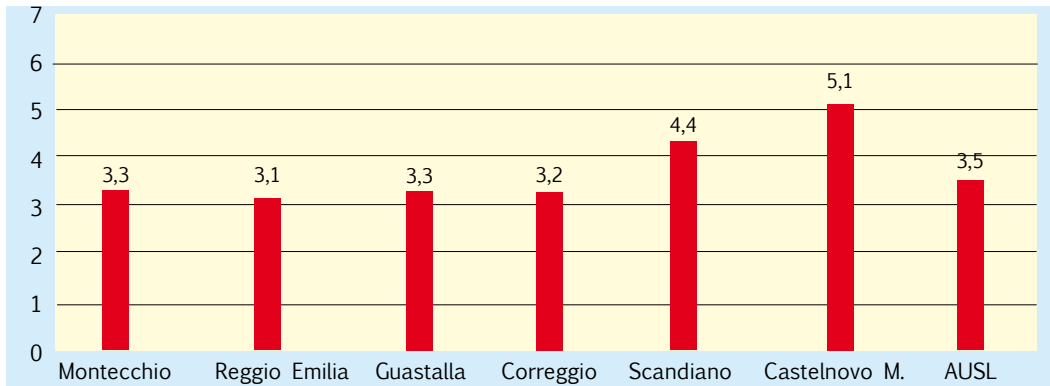
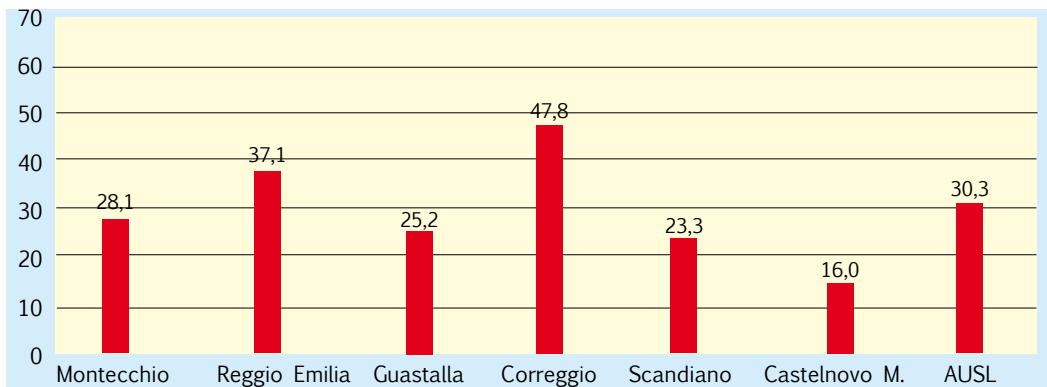


Grafico n. 162. **Distribuzione percentuale degli assegni di cura nel 2011 sulla popolazione >74 anni**



Qualora il piano di assistenza personalizzato venga assicurato anche attraverso l'apporto di assistenti familiari con un regolare contratto per almeno 20 ore settimanali e l'anziano presenti particolari situazioni di reddito, è previsto un ulteriore contributo economico mensile di € 160.

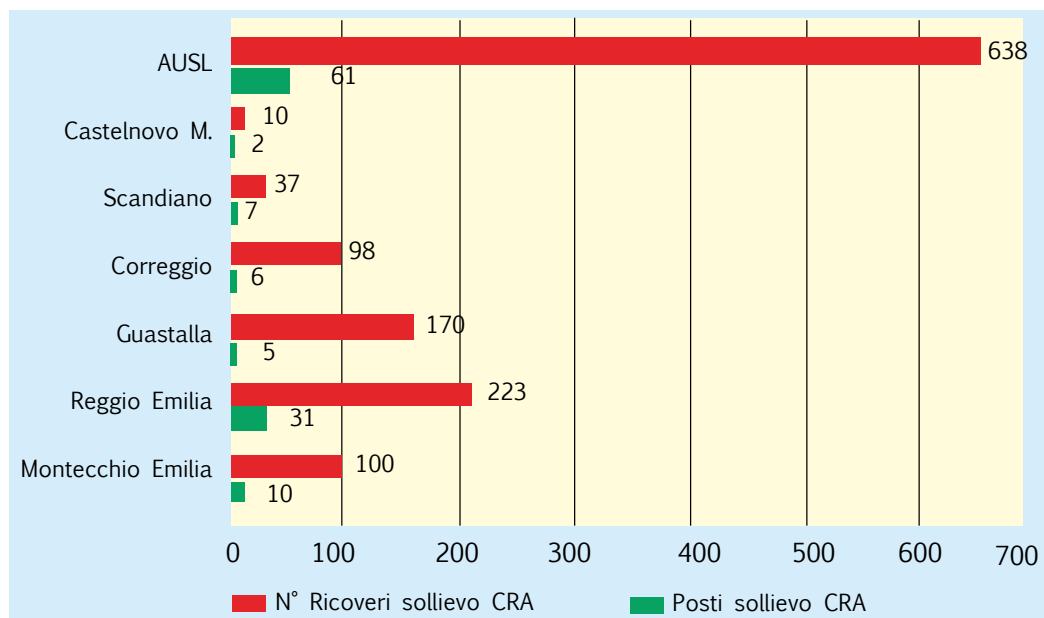
Grafico n. 163. **Distribuzione percentuale dei contributi aggiuntivi per assistenti familiari regolarizzate sugli assegni erogati**



Accoglienza temporanea di sollievo

È un'opportunità che può essere prevista nel Programma Individualizzato di vita e di cura per fornire supporto al mantenimento a domicilio. Le finalità principali:

- assicurare un'adeguata assistenza personale in situazioni di emergenza dovute a assenza improvvisa del caregiver principale;
- garantire un periodo di sollievo a chi assiste a domicilio quotidianamente persone non autosufficienti;
- accompagnare il caregiver nella ridefinizione della cura, qualora risultino modificate le condizioni dell'anziano.

Grafico n. 164. **Utenti e posti di sollievo per distretto - Anno 2011**

I posti di sollievo garantiscono un periodo di 30 giorni annui, anche non continuativi, ad un costo agevolato per il cittadino al fine di sostenere maggiormente la famiglia curante. La differenza del costo della retta è a carico del FRNA.

Questi posti sono dedicati a persone con condizioni socio-sanitarie medio gravi, mentre permane la possibilità di ricoveri anche di sollievo in RSA per persone con gravissima necessità assistenziale, tale da richiedere un'assistenza infermieristica sulle 24 ore.

A livello regionale l'accoglienza temporanea di sollievo continua ad essere uno degli interventi a sostegno del mantenimento a domicilio più presente nelle scelte di sviluppo dei territori e più utilizzato da parte dell'utenza.

Centri diurni

Il centro diurno è una struttura semi-residenziale che offre assistenza e cura attraverso progetti di socializzazione e animazione nelle ore giornaliere. È inserita nella rete del mantenimento a domicilio, perché si offre come risposta a persone anziane che vivono sole o con famigliari con scarsa disponibilità di tempo.

I centri diurni assicurano l'apertura su 6 giorni settimanali, ma è garantita anche la possibilità di prolungamento dell'orario giornaliero su richiesta e, in alcuni centri, è prevista anche l'apertura nei giorni festivi.

È possibile una certa flessibilità nella frequenza ed il suo utilizzo riguarda un numero di utenti molto superiore al numero dei posti, in ragione di frequenze differenziate (più persone nell'arco della giornata) per fornire risposte più flessibili ai bisogni presentati.

Grafico n. 165. **Indice % posti convenzionati in Centri Diurni su pop. pesata >74 anni - Anno 2011**

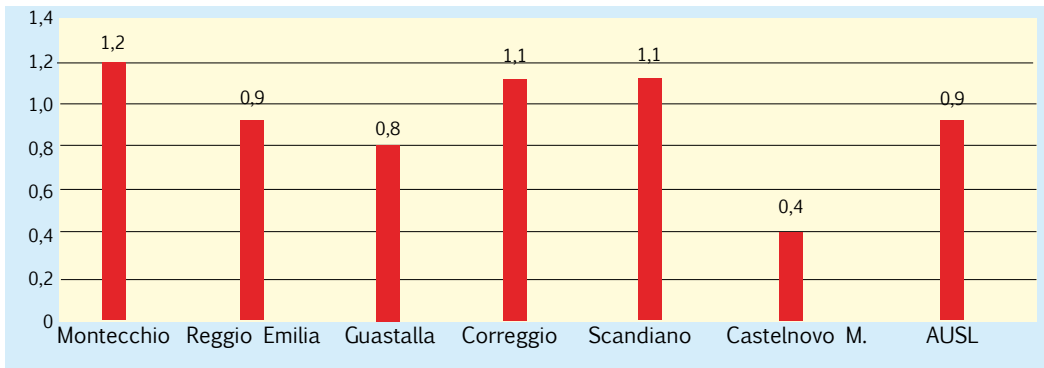
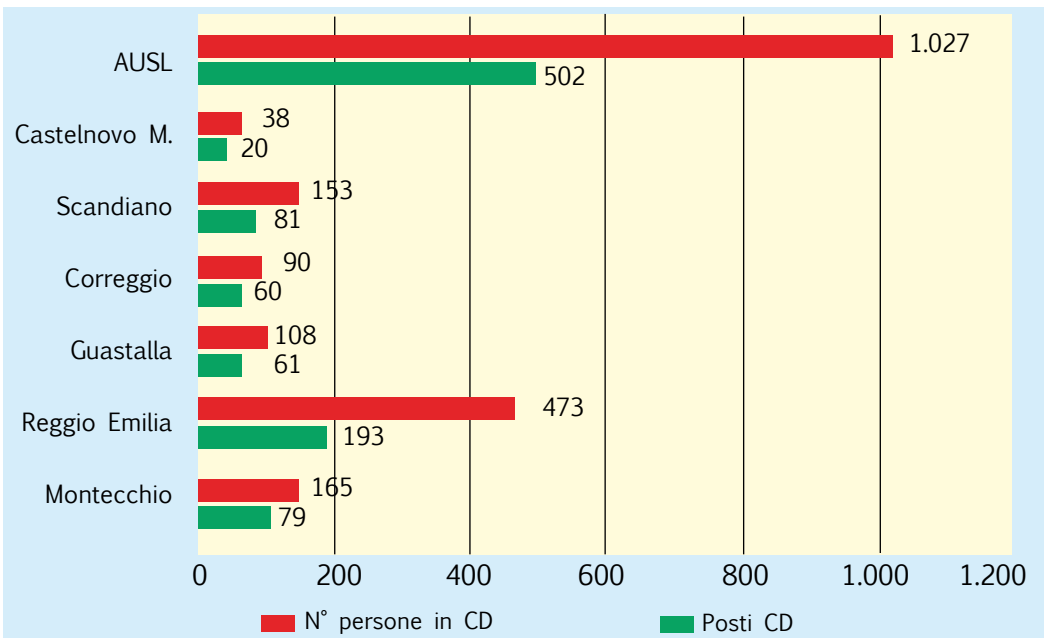


Grafico n. 166. **Raffronto posti/utenti in Centro Diurno per distretto - Anno 2011**



Residenzialità

Le residenze si fanno carico delle condizioni di solitudine, pesanti difficoltà assistenziali e di cura di persone non più assistibili a domicilio, al grave prezzo della separazione della persona anziana dal suo contesto familiare e sociale. L'offerta di strutture residenziali per anziani in Italia presenta una media di 2,3 posti ogni 100 anziani. L'Emilia-Romagna ha il 3%. Nel territorio di Reggio Emilia l'indice medio aziendale è il 3,3, comprensivo dei posti di nuclei temporanei, a valenza interdistrettuale, per soggetti dementi con elevati disturbi comportamentali e cognitivi. I posti di sollievo sono stati estrapolati dal calcolo dell'indice, come da indicazioni regionali, risultando soluzioni integrative al mantenimento a domicilio.

Le 5 RSA reggiane, una per distretto ad eccezione di Reggio Emilia, dove la RSA è stata trasformata in residenza riabilitativa e presenta 10 posti per situazioni gravi post dimissioni ospedaliere, mantengono le caratteristiche di offerta ad elevata intensità sanitaria.

Grafico n. 167. **Indice posti residenziali su pop. >74 anni, esclusi i sollievi**
Anno 2011

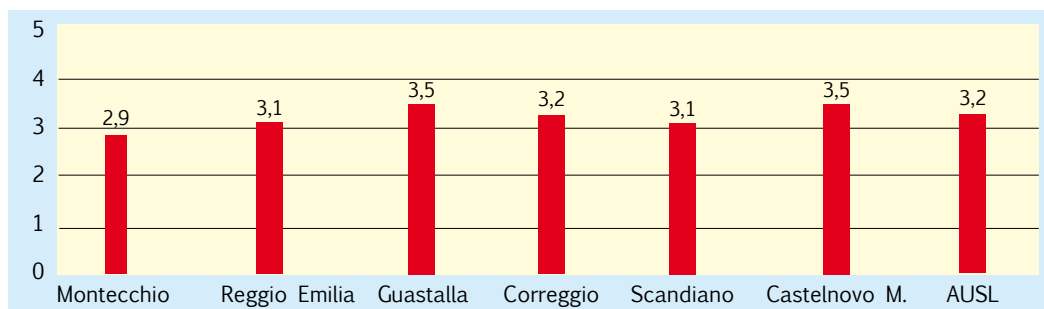
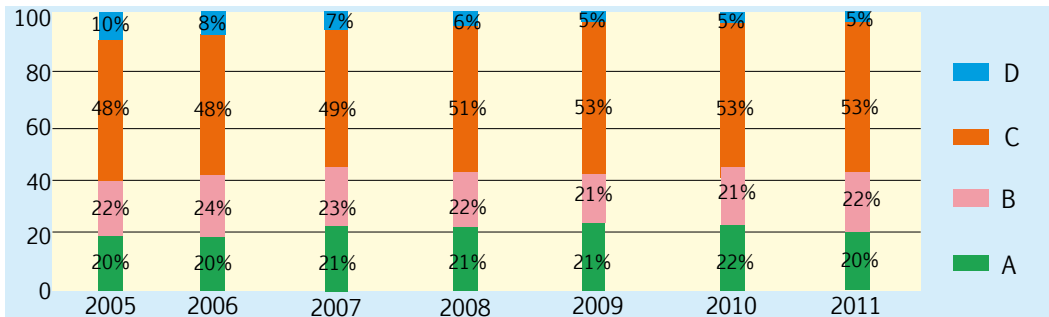


Tabella n. 189. **Posti residenziali per tipologia e per distretto**

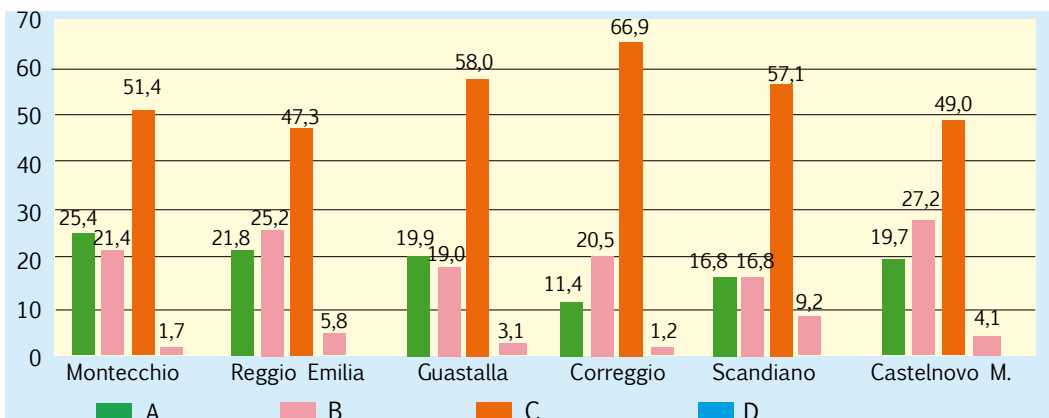
2011	Montecchio	Reggio Emilia	Guastalla	Correggio	Scandiano	Castelnovo Monti	Azienda USL
Popolazione residente >74 anni al 1.1.2011	6.396	22.335	7.628	5.611	7.068	5.295	54.333
posti residenze anziani continuativi	170	675	246	163	198	147	1.599
Posti Nuclei Speciali Temporanei Demenze (NSD)	0	17	8	0	0	7	32
Posti RSA	14		15	15	18	30	92
Posti post dimissione		10					10
totale posti CRA (Case protette+RSA+NSD)	184	702	269	179	216	184	1.734
indice su pop. pesata	2,9	3,1	3,5	3,2	3,1	3,5	3,2
posti sollievo Case Protette	10	31	5	6	7	2	61

Gravità delle persone anziane in case residenza

La valutazione delle condizioni socio-sanitarie delle persone in casa residenza indica il loro livello di gravità. La gravità è massima nelle classi A e B, a scendere fino alla classe D che nella serie storica evidenzia un decremento, ormai assestato sul 5% degli ospiti. Questo insieme di valutazioni costituisce il case mix, un indicatore che incide sull'intensità dell'assistenza sociale e sanitaria, determinando il numero degli addetti ed i costi a rimborso FRNA.

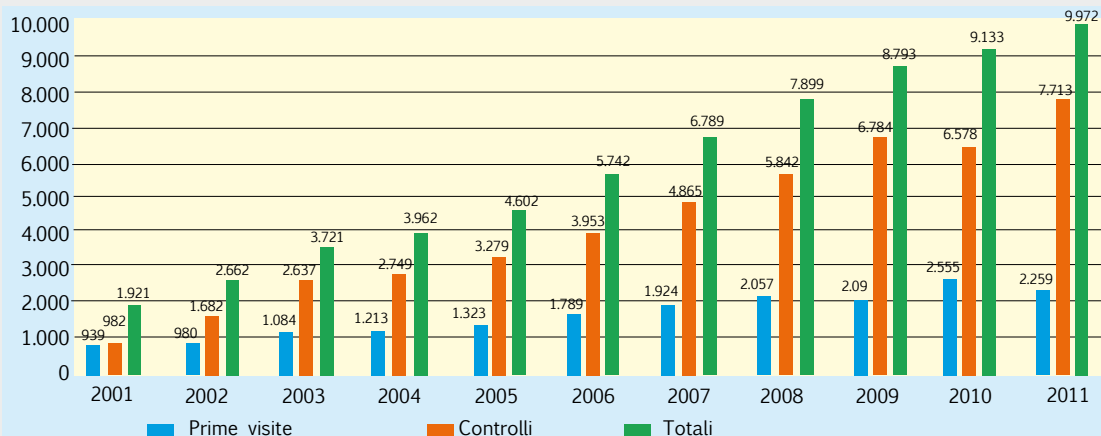
Grafico n. 168. **Case mix media aziendale % per classi di gravità 2005-2011**

La valutazione multidimensionale è volta a classificare le persone in casa protetta su posti convenzionati. Gli esiti riportati nel grafico riguardano 1.599 persone, inserite in modo continuativo in residenza. Gli ulteriori posti (93 di RSA e 32 di Nuclei Speciali Demenze) vengono utilizzati da diverse persone nell'anno.

Grafico n. 169. **Case mix per distretto % per classi di gravità 2011**

7.2.2. Il programma aziendale demenze

Il Rapporto Mondiale Alzheimer 2011 “I benefici di diagnosi e interventi tempestivi”, diffuso in contemporanea da Alzheimer’s Disease International (ADI), Alzheimer’s Association USA e Federazione Alzheimer Italia in occasione della XVIII Giornata Mondiale Alzheimer, denuncia che la maggior parte delle diagnosi di demenza attualmente viene effettuata con grave ritardo, provocando un altrettanto grave “ritardo nel trattamento”. Ciò limita molto l’accesso a informazioni, terapie, cura e sostegno e aggrava i problemi di tutti i soggetti coinvolti: malati, familiari, società e sistemi sanitari (<http://www.alzheimer.it/report2011.html>). Con DGR 2581/99 sono stati istituiti i centri per i disturbi cognitivi che rappresentano nel SSN i centri di riferimento nella diagnosi, terapia, presa in carico e gestione dei pazienti affetti da demenza e delle loro famiglie. Tali servizi si avvalgono della collaborazione di una qualificata rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali.

Grafico n. 170. **Visite dei centri disturbati cognitivi dal 2001 al 2011**

L'analisi dei dati relativi alla rete provinciale dei consultori, al centro esperto e all'unità operativa di neurologia dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia per la diagnosi ed il trattamento di questa patologia, mette in luce che il numero di prime visite è in controtendenza rispetto all'anno precedente, a fronte di un costante aumento di visite di controllo.

Assistenza a domicilio, in Casa Protetta e nei Centri Diurni

Nel 2011 i medici dei Centri Demenze hanno effettuato visite a domicilio, in Casa Protetta e nei Centri Diurni per garantire la continuità terapeutica a quei malati con disturbi cognitivo-comportamentali, per i quali il trasporto in ambulatorio poteva determinare uno scompenso di tipo comportamentale ed anche ai pazienti in fase avanzata di malattia e pertanto difficilmente trasportabili.

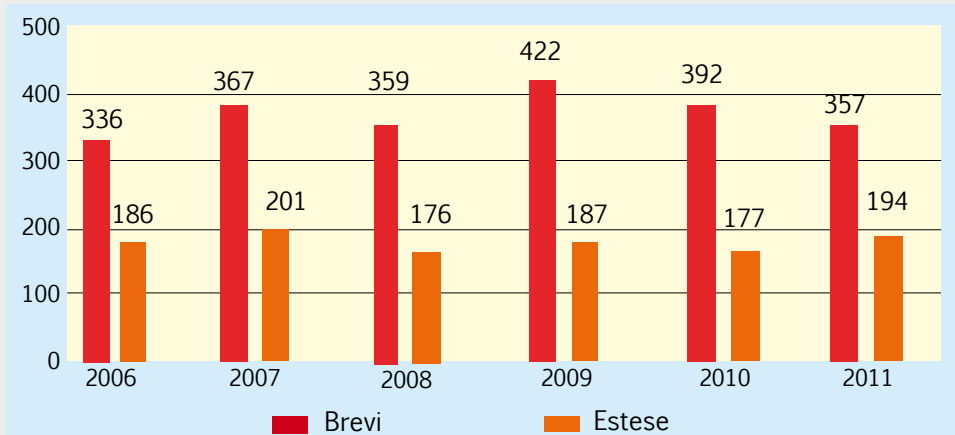
Tabella n. 190. **Visite effettuate dai medici dei Centri Demenza**

Centro	Visite al domicilio	Visite in Casa Protetta convenzionata e R.S.A	Visite in Casa Protetta non convenzionata	Visite presso Centro Diurno	Valutazioni comportamentali c/o Centro Demenze	Valutazioni comportamentali c/o Casa Protetta	Visite c/o Ospedali
Albinea	-	-	-	-	217	120	
Castelnovo M.	158	191	50	16	-	-	4
Correggio	20	6	8	-	-	-	2
Montecchio	76	140	158	34	-	298	7
Scandiano	113	228	38	63	-	-	-
Guastalla	16	70	14	8	-	-	-

Consulenze neuropsicologiche e psicologiche

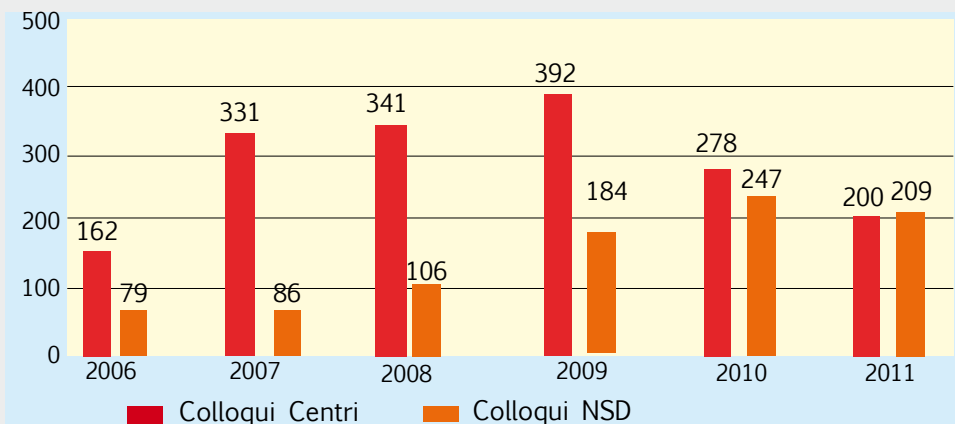
Nel corso del 2011 le valutazioni neuropsicologiche brevi presso i Centri distrettuali sono state 357, le valutazioni neuropsicologiche estese effettuate presso il Centro Esperto sono state 194, per un totale di 551 prestazioni.

Grafico n. 171. **Valutazioni neuropsicologiche dal 2006 al 2011**



Rispetto al passato si registra un lieve calo delle valutazioni “brevi” e un incremento di quelle “estese”. Queste ultime, effettuate dal Centro Esperto provinciale, sono riservate a pazienti con fragilità o compromissione cognitiva lieve, situazioni sempre più frequenti nella realtà dei centri. Il lavoro di valutazione rappresenta un compito oneroso in termini di tempo (circa 2-3 ore di somministrazione e richiede l’elaborazione dei dati e la loro refertazione).

Grafico n. 172. **Colloqui psicologici dal 2006 al 2011**



I colloqui effettuati ai caregiver di pazienti affetti da demenza sono stati 200, mentre i colloqui presso i Nuclei Speciali Demenze sono stati 209.

Attività di sostegno rivolta ai caregiver

Durante tutto l'anno, come per gli anni precedenti, è stata consistente la collaborazione con i Servizi Assistenza Anziani (S.A.A) e con l'Associazione Italiana Malattia di Alzheimer (A.I.M.A.), che si dedica ad attività complementari, in particolar modo rivolte al sostegno dei caregiver, nonché a progetti di stimolazione cognitiva e/o occupazionale, dedicati alle persone malate. Diverse sono state le iniziative intraprese, tra cui l'attività di Gruppi di Sostegno in vari distretti ed il proseguimento dell'attività del Centro di Ascolto presso le sedi di Albinea, Correggio e Scandiano. Nel secondo semestre del 2011 è stato inaugurato un nuovo centro di ascolto nel Distretto di Guastalla (presso la sede dell'AUSER).

Tra le attività di sostegno alla famiglia, oltre ai gruppi di sostegno, sono attivi 7 Caffè Incontro, spazi di incontro che riguardano i familiari e i malati, ove gli obiettivi generali sono: ottimizzare l'inclusione sociale dei partecipanti e l'integrazione fra Servizi. Gli incontri si avvalgono della possibilità di coinvolgere i professionisti dell'Azienda USL che operano sul territorio e nei Centri per i disturbi cognitivi di riferimento.

La partecipazione di questi professionisti alle riunioni del Caffè Incontro è considerata un'opportunità preziosa per continuare, in un clima più confidenziale ed informale, l'importante opera di presa in carico della famiglia.

Si tratta di occasioni di incontro in grado di:

- favorire elementi di solidarietà e trovare maggiori risorse per affrontare i problemi quotidiani legati all'assistenza e contrastare la "solitudine" in cui spesso le famiglie si trovano;
- favorire l'interazione interpersonale dei malati e mantenere il più a lungo possibile le loro funzioni sociali residue, attraverso attività di stimolazione cognitiva, di socializzazione e di supporto;
- fornire informazioni specifiche e supporto individuale e di gruppo ai famigliari del malato;
- creare attorno al Caffè una rete di altri soggetti che possano portare competenze.

Nel corso del 2011 sono stati organizzati momenti comuni ai Caffè di Reggio Emilia e provincia, in particolare un soggiorno di sette giorni a Tagliata di Cervia (dal 28/05 al 5/6/2011).

A Reggio Emilia i punti di apertura dei "Caffè Incontro" sono nei territori dei poli cittadini.

Altri sono situati nei Comuni del Distretto di Reggio Emilia ed in particolare: Bagnolo, Cadelbosco di Sopra, Castelnovo di Sotto, Albinea, Vezzano, Quattro Castella.

Le sedi in cui gli incontri si attuano sono i luoghi di comune frequentazione sociale, in particolare per il Caffè della zona collinare, il Centro Sociale di Montecavolo; per quello della bassa reggiana la Cooperativa del Tempo libero di Bagnolo.

Nel 2010 è iniziata l'attività del caffè Alzheimer anche nel Distretto di Correggio e nel secondo semestre del 2011 sono stati inaugurati due nuovi Caffè nel Distretto di Guastalla, a Paviglio e Reggiolo.

Tabella n. 191. **Sintesi per distretto dei Centri di Ascolto, Gruppi di Sostegno e Caffè Incontro**

Distretto	Centro di Ascolto	Gruppi di Sostegno	Caffè Incontro
Reggio Emilia	1	2	4
Correggio	1	2	1
Guastalla	1	1 Già attivo a Novellara	2
Montecchio	-	7	-
Scandiano	1 (sospeso in maggio 2011)	1	-

Tabella n. 192. **Gruppi di Sostegno**

Distretti	Comuni coinvolti	N. gruppi	N. Incontri	N. Partecipanti/gruppo
Reggio Emilia	Reggio Emilia,	1	11	6
	Albinea	1	11	5
Correggio	Correggio	1	11	6
	Fabbrico	1	11	7
Scandiano	Salvaterra	1	8	2
Montecchio	Montecchio	1	-	-
	Cavriago	1	10	6
	Bibbiano	1	10	7
	S. Ilario	1	11	10
	Campegine	1	11	6
	Gattatico	1	11	11
	San Polo	1	1	12
Totale		12	106	78

Tabella n. 193. **Caffè Incontro**

Luogo di incontro	Comuni coinvolti	N. gruppi	N. Incontri	N. Partecipanti
Caffè collina (centro sociale Montecavolo)	Albinea, Vezzano, Quattro Castella, Comuni Val D'Enza	1	22	Familiari: 6 Anziani: 4
Caffè bassa (Cooperativa del tempo libero-Bagnolo)	Bagnolo, Cadelbosco di sopra, Castelnuovo di sotto	1	22	Familiari: 15 Anziani: 6
Caffè Polo 5 (centro sociale Rosta)	Reggio Emilia	1	46	Familiari: 20 Anziani: 20
Caffè Polo 2 (centro sociale Casino dell'Orologio)	Reggio Emilia	1	11	Familiari: 12 Anziani: 6
Caffè Incontro di Correggio (centro sociale)	Correggio	1	11	Familiari: 12 Anziani: 10
Caffè Incontro di Poviglio (centro sociale)	Poviglio e comuni Val d'Enza	1	4	Familiari: 9 Anziani: 2
Caffè Incontro di Reggiolo (centro sociale)	Reggiolo	1	3	Familiari: 9 Anziani: 6
Totale		7	119	Familiari: 83 Anziani: 54

I Nuclei Speciali Demenze

La rete dei servizi residenziali e semiresidenziali rivolta ai pazienti affetti da deterioramento cognitivo comprende:

- Distretto di Reggio Emilia: 17 posti residenziali, di cui 7 presso il pensionato S. Giuseppe di Quattro Castella e 10 presso RETE Villa Erica di Reggio Emilia; 15 posti semiresidenziali presso il Centro Diurno Demenze;
- Area Sud (Distretti di Scandiano, Montecchio, Castelnovo Monti): 7 posti residenziali presso la Casa Protetta di Villa Minozzo;
- Area Nord (Distretti di Guastalla e Correggio): dal mese di agosto 2011 i 10 posti residenziali presso la Casa Protetta Buris Lodigiani di Luzzara, sono diventati 8 e i 5 posti semiresidenziali presso la medesima struttura di Luzzara, sono stati eliminati. 10 posti di Centro Diurno (non convenzionati) sono collocati presso il Comune di Novellara.

I pazienti ricoverati nel 2011 nei Nuclei Speciali Demenze sono stati 11 a Luzzara, 7 a Quattro Castella, 34 a Villa Minozzo e 34 presso il Nucleo di Villa Erica.

L'attività dei Nuclei Speciali a Reggio Emilia è stata definita in un documento a valenza provinciale di funzionamento e accesso ai Nuclei speciali presenti sul territorio.

Sinteticamente l'equipe di professionisti può svolgere funzioni che si articolano su tre dimensioni: quella con i familiari, quella con gli operatori del nucleo e quella con il paziente.

Se si focalizza l'attenzione al ruolo dello psicologo con riferimento al sostegno dei familiari dei pazienti ricoverati all'interno dei nuclei, è importante fare in modo che il tempo della dimissione del paziente coincida con una maggiore consapevolezza del familiare rispetto alla conoscenza della malattia, ad una progettualità per il futuro che tenga conto, sia delle caratteristiche cliniche del paziente, che degli equilibri che consentono alla famiglia di "reggere" più a lungo.

Ciononostante quando per la famiglia si prospetta una scelta di istituzionalizzazione definitiva del proprio congiunto malato, permane un problema costante la difficoltà di trovare posti disponibili in struttura, in quel determinato momento. Qualora poi la possibilità si realizzi, non sempre la qualità assistenziale di questa tipologia di pazienti (intesa anche come adeguamento ambientale in senso protesico) permette un'efficace personalizzazione degli interventi, dovuta sia alle caratteristiche organizzative che a una difficoltà degli operatori a leggere anche in chiave relazionale i comportamenti del paziente. È necessario quindi operare in più direzioni, continuando i percorsi di formazione agli operatori, attivi già da anni, e orientando l'operato nelle strutture con precise indicazioni nell'ambito del rinnovo delle convenzioni.

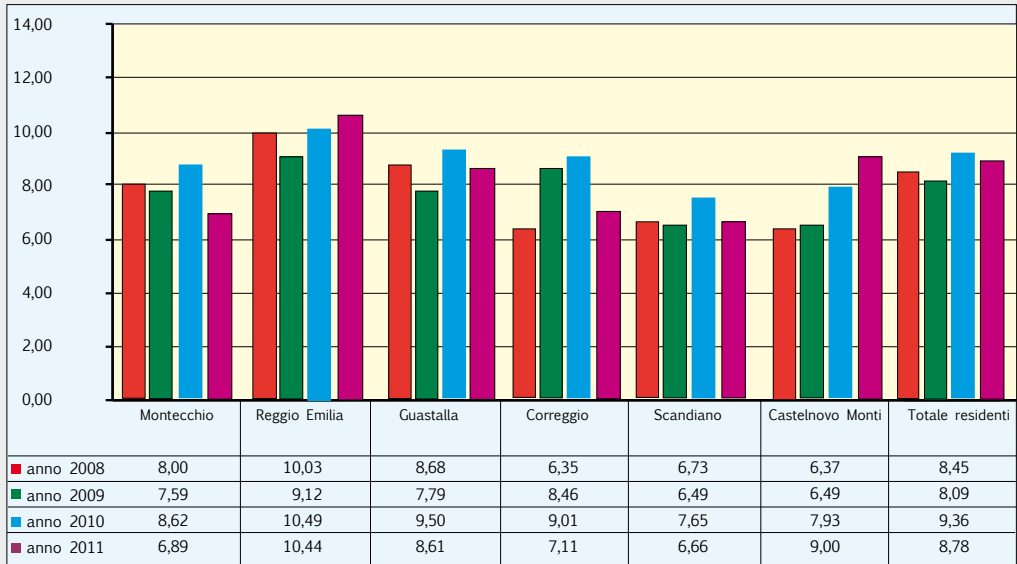
Attività di formazione /informazione sulle demenze

Consistente è stata nel corso del 2011 l'attività formativa/informativa rivolta ai Medici di Medicina Generale, ai Medici Specialisti ed al personale sanitario e socio-assistenziale. Complessivamente sono state realizzate 24 iniziative formative con la presenza di 378 partecipanti.

7.2.3. Il ricorso al ricovero ospedaliero

La popolazione anziana ha un utilizzo del ricovero ospedaliero superiore rispetto alle fasce d'età più giovani. Costituiscono cause frequenti di ricovero la frattura di femore o anca e l'ictus negli ultrasessantatrenni, mentre in generale aumenta il ricorso al ricovero per tutte le cause negli ultrasessantatrenni.

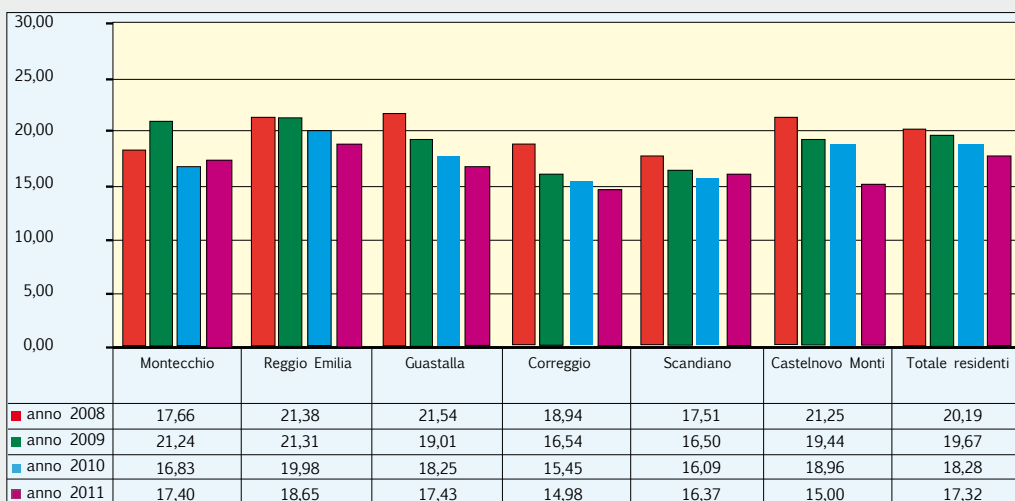
Grafico n. 173. Ricoveri in regione per frattura di anca o femore, popolazione residente > 64 anni - numero casi per 1.000 residenti



Si nota una situazione diversificata nei diversi distretti della provincia. Nell'anno 2011 tendenzialmente i ricoveri per questi eventi è in calo in tutti i distretti, con l'eccezione di Reggio Emilia dove risultano stabili e Castelnovo Monti dove risultano in incremento.

La letteratura scientifica riguardo questa patologia correlata all'età della popolazione, attribuisce una maggiore efficacia preventiva ad interventi di educazione sanitaria e promozione della salute rispetto a trattamenti clinici, diagnostici e terapeutici.

Grafico n. 174. Ricoveri in regione per ictus - popolazione residente > 64 anni, numero casi per 1.000 residenti

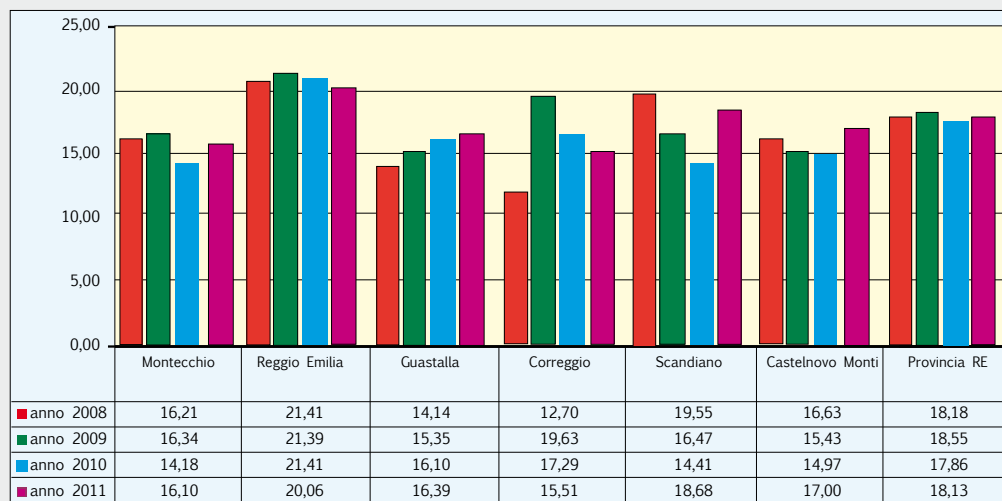


Dai dati si registra un calo tendenziale dei casi a livello provinciale, con andamenti differenziati tra i diversi distretti.

È attivo, nella rete ospedaliera integrata, il percorso del paziente con ictus ischemico eleggibile alla trombolisi mediante un protocollo operativo di centralizzazione dagli ospedali del territorio all'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia. Si tratta di una percentuale limitata di casi estremamente selezionati.

327

Grafico n. 175. Pazienti >74 anni con 3 o più ricoveri nei 12 mesi precedenti l'ultima ammissione. Anni 2008-2011



Si tratta degli anziani ultra74enni che hanno effettuato 3 o più ricoveri in ospedali della Regione Emilia-Romagna nei 12 mesi precedenti il loro ultimo ricovero nell'anno considerato.

Si notano significative differenze nei diversi distretti, mentre il dato complessivo sulla popolazione totale della provincia si mantiene sostanzialmente stabile negli ultimi quattro anni.

7.3. Area della disabilità

7.3.1. Disabilità e Piani distrettuali per la Salute ed il Benessere Sociale

Il 2011 ha visto i distretti impegnati nella implementazione del piano distrettuale per la salute ed il benessere a valenza triennale 2009-2011.

Per quanto concerne la disabilità, i Piani distrettuali e i relativi Piani Attuativi sono orientati al sostegno del disabile e della sua famiglia, attraverso l'assistenza domiciliare, l'informazione e consulenza per l'adattamento domestico, l'inserimento lavorativo, le attività per il tempo libero, l'accoglienza in residenze.

La presa in carico integrata socio-sanitaria della persona disabile è l'area sulla quale occorre investire maggiormente per garantire alle famiglie un accompagnamento adeguato nella rete dei servizi provinciali, fin dalla nascita del bambino disabile.

Nel 2010 si è avviato il percorso di accreditamento che nell'anno precedente aveva già previsto una valutazione di tutti i disabili in carico ai servizi territoriali ed inseriti in residenza e semiresidenza; tale valutazione è stata realizzata sulla base di una scheda regionale articolata su due aree: della "Valutazione funzionale" e della "Individuazione problemi comportamentali di particolare entità".

Tale valutazione, che ha permesso di collocare i disabili in carico ai servizi in cinque differenti categorie di bisogno:

- Persone con "disabilità lieve";
- Persone con "disabilità moderata";
- Persone con "disabilità severa";
- Persone con "disabilità completa";
- Persone con problemi di comportamento di particolare gravità,

rappresenta uno degli elementi fondamentali per la definizione delle tariffe applicate nei servizi accreditati.

A giugno 2011 tutti i distretti hanno provveduto a sottoscrivere i contratti di servizio con le strutture residenziali e semiresidenziali accreditate.

Tabella n. 194. **Posti accreditati e contrattualizzati in strutture semiresidenziali per disabili**

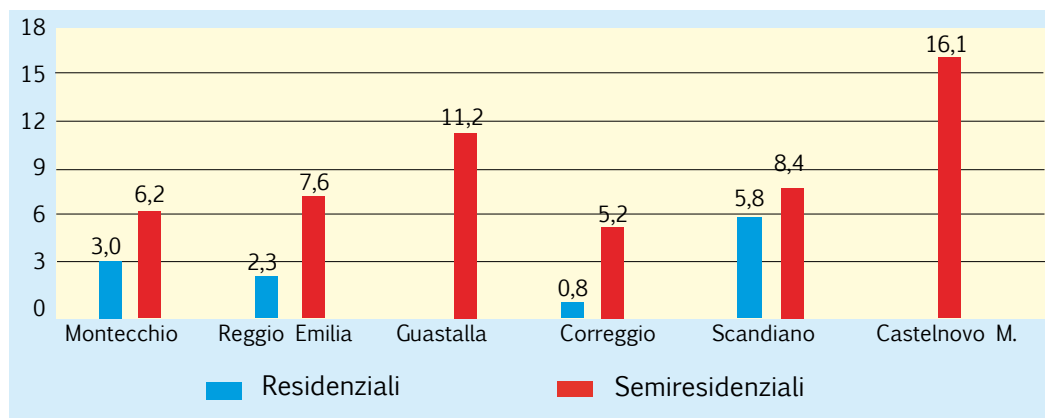
Distretto	Denominazione struttura	Comune	Posti accreditati	Posti contrattualizzati
Montecchio	C.S.R.D. "Beata vergine di Pontenovo"	San Polo D'Enza	15	14
Montecchio	C.D. il Quadrifoglio	Campegine	16	11
Reggio Emilia	S.D.A. il Villaggio	Reggio Emilia	18	18
Reggio Emilia	Podere Odoardina	Reggio Emilia	21	21
Reggio Emilia	C.D. Coniugi Tagliavini Ferrari	Reggio Emilia	15	15
Reggio Emilia	Centro Busetti	Reggio Emilia	18	18
Reggio Emilia	Centro Damiel	Castelnovo Sotto	15	11
Reggio Emilia	Comunità La Cava	Reggio Emilia	12	12
Reggio Emilia	Casa Famiglia della Carità Betania	Albinea	9	9
Reggio Emilia	La volpe e la rosa	Reggio Emilia	8	8
Guastalla	C.S.R. Diurno Sartoretti	Reggiolo	24	24

Guastalla	C.S.R. Diurno il Colibrì	Novellara	13	13
Guastalla	C.S.R. Diurno Anffas	Guastalla	16	16
Correggio	C.D. Arcobaleno	Correggio	19	19
Scandiano	C.A.D. Il castello	Scandiano	14	14
Scandiano	C.S.R. Diurno Benzi	Scandiano	16	16
Scandiano	C.S.R. Il mandorlo	Castellarano	15	15
Castelnovo M.	C.D. La rosa dei venti	Castelnovo M.	14	14
Castelnovo M.	C.D. Erica	Toano	10	10
Castelnovo M.	C.D. Arcobaleno	Casina	10	10
Totale			298	288

Tabella n. 195. **Posti accreditati e contrattualizzati in strutture residenziali per disabili**

Distretto	Denominazione struttura	Comune	Posti accreditati	Posti contrattualizzati
Montecchio	Residenziale il Quadrifoglio	Campegine	15	12
Reggio Emilia	Comunità la Cava	Reggio Emilia	18	13
Reggio Emilia	S.R.D.A. Coniugi Tagliavini Ferrari	Reggio Emilia	6	6
Reggio Emilia	C.S.R. Zorella	Quattro Castella	11	8
Reggio Emilia	La Manta	Reggio Emilia	16	7
Correggio	Centro resid. temporanea Arcobaleno	Correggio	5	3
Scandiano	C.S.R. Residenziale Stradora	Scandiano	13	13
Scandiano	C.S.R.R. Le Querce di Mamre	Casalgrande	18	18
Totale			102	80

Grafico n. 176. **Posti contrattualizzati per 10.000 abitanti (popolazione residente 15-64 anni al 1/1/2011)**



7.3.2. FRNA e disabilità

Coerentemente con le indicazioni strategiche regionali e in continuità con il percorso già avviato negli anni precedenti, nel 2011 si è operato per meglio qualificare ed estendere in maniera integrata ed equilibrata la rete dei servizi territoriali con particolare attenzione allo sviluppo degli interventi di mantenimento a domicilio, ivi compresi gli aspetti organizzativi relativi all'adattamento domestico.

Sono state definite, in modo condiviso con i distretti, le priorità di utilizzo del FRNA al fine di rendere il più possibile omogenei i criteri di integrazione socio-sanitaria.

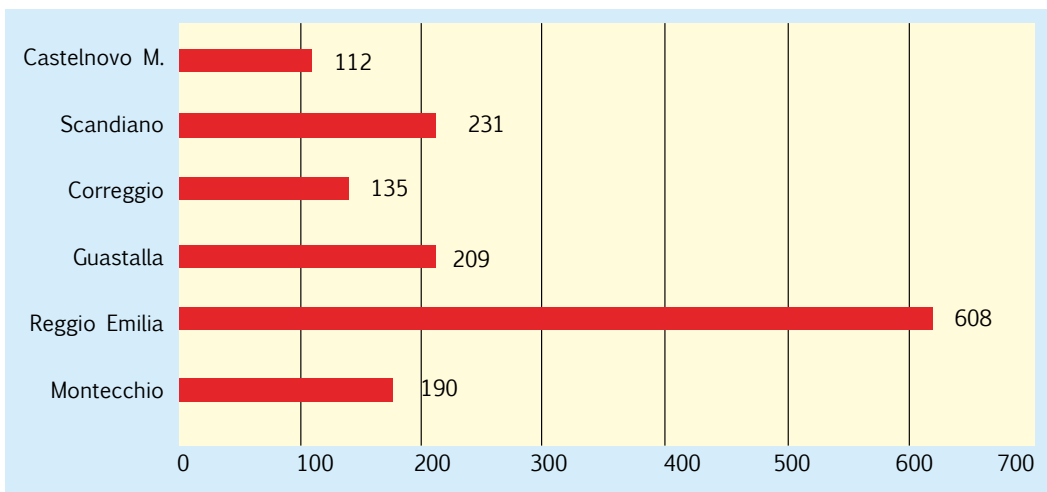
Tabella n. 196. **Risorse utilizzate nel 2009, 2010 e preventivo 2011**

Distretto	Consuntivo 2009	Consuntivo 2010	Preventivo 2011
Montecchio	1.492.189	2.323.110	1.568.760
Reggio Emilia	5.209.970	6.520.368	7.241.485
Guastalla	1.068.457	1.565.968	1.504.693
Correggio	569.744	802.284	1.094.750
Scandiano	2.084.146	2.141.077	2.332.945
Castelnovo Monti	786.225	812.613	902.338
Totale	11.210.731	14.165.420	14.644.971

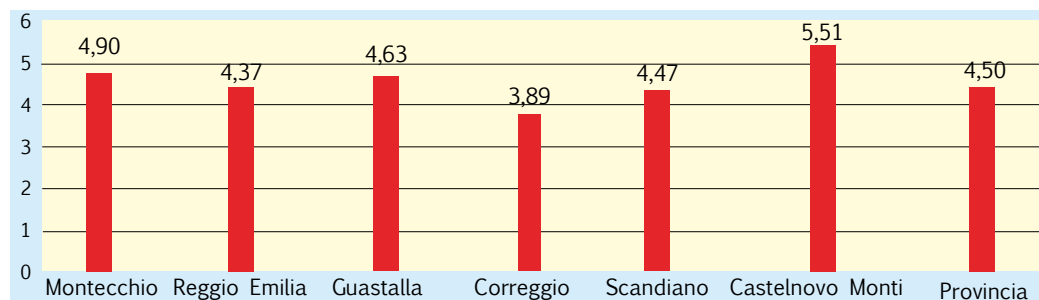
Fonte: Sistema regionale di monitoraggio on-line

7.3.3. Il consolidamento e lo sviluppo della rete dei servizi territoriali

Grafico n. 177. **Utenti disabili in carico ai servizi per ambito distrettuale**



Fonte: dati attività distrettuali Azienda USL

Grafico n. 178. **Incidenza sul totale della popolazione adulta (18-64 anni) - x 1.000 abitanti**

Fonte: dati attività distrettuali Azienda USL

L'offerta di accoglienza per adulti disabili nel 2011 sul territorio provinciale si è articolata nel seguente modo:

- a. Interventi e servizi a supporto dell'assistenza a domicilio. Nel 2011 si è consolidata l'offerta per garantire, tra i servizi di supporto al mantenimento a domicilio, oltre ai centri diurni, anche i centri socio occupazionali, destinati quindi a persone con gravità minori ed anche a ricoveri di sollievo per sostenere le famiglie nel lavoro di cura.

Tabella n. 197. **Supporto alla domiciliarità**

Distretto	Centri socio-occupazionali		Centri socio-riabilitativi diurni	
	n. posti	n. utenti	n. posti	n. utenti
Montecchio	0	0	32	24
Reggio Emilia	20	32	113	145
Guastalla	12	14	56	58
Correggio	2	11	19	22
Scandiano	33	34	45	53
Castelnovo Monti	2	14	34	45
Totale	69	105	299	347

Fonte: dati attività distrettuali Azienda USL

I percorsi di sostegno alla domiciliarità dedicati alle persone con disabilità comprendono anche interventi educativi individuali o di gruppo finalizzati a favorire l'acquisizione e/o il mantenimento delle abilità personali e sociali, nonché a favorire la vita indipendente e promuovere la partecipazione attiva alla vita sociale.

- b. Accoglienza in residenza. L'accoglienza residenziale prevede diversi livelli di gravità. Le strutture residenziali di livello alto sono i Centri Socio Riabilitativi Residenziali (CSRR). Le strutture residenziali di livello medio comprendono gruppi appartamento o nuove soluzioni sperimentali, a minor intensità assistenziale rispetto ai CSRR, che pur garantendo un progetto di vita tutelato, tendono a promuovere maggior autonomia.

Tabella n. 198. **Accoglienza in residenza**

Distretto	Strutture residenziali di livello alto		Strutture residenziali di livello medio	
	n. posti	n. utenti	n. posti	n. utenti
Montecchio	23	24	0	0
Reggio Emilia	48	53	5	38
Guastalla	4	4	2	2
Correggio	5	9	0	0
Scandiano	17	18	12	11
Castelnovo Monti	1	3	1	2
Totale	98	111	20	53

Fonte: dati attività distrettuali Azienda USL

7.3.4. FRNA e disabilità nella minore età

Nell'ambito dell'utilizzo del FRNA, è proseguita l'attenzione per le attività rivolte ai minori, che vede in stretta sinergia Servizi Sociali e Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. In particolare nel Distretto di Reggio Emilia, ma in maniera sempre più significativa anche negli altri distretti, si è avviata la valutazione multidimensionale per la minore età e la strutturazione di interventi, quali progetti, individualizzati e di gruppo, assegni di cura. Riguardo a quest'ultimo intervento si precisa che i distretti, a norma della Direttiva Regionale 1122 del 01/07/2002 "Direttiva per la formazione di progetti personalizzati finalizzati a favorire le condizioni di domiciliarità e le opportunità di vita indipendente dei cittadini in situazione di handicap grave (assegno di cura e sostegno)" e della DGR 509/2007 (Fondo regionale per la non autosufficienza) hanno esteso, in via sperimentale, anche nei casi di minori disabili, il sostegno ai nuclei familiari che mantengono nel proprio contesto di vita persone in situazione di handicap grave, anche attraverso l'erogazione di contributi economici (assegno di cura e sostegno) per le attività socio-assistenziali garantite dalla famiglia stessa o dai caregiver.

È proseguito il progetto aziendale per interventi educativi sulle abilità residue a favore di minori disabili, prevedendo sia progetti individualizzati che attività educative di gruppo.

Per quanto concerne lo sviluppo di attività di gruppo per ragazzi autistici, anche per quanto rientra nel FRNA, si sottolinea che buona parte di questa attività viene realizzata negli spazi della Cometa (Guastalla) e dell'Isola Felice (Scandiano) in stretta collaborazione con l'Associazione Aut Aut.

7.3.5. L'inserimento nel mondo del lavoro

L'ambito dell'inserimento nel mondo del lavoro ha visto nel 2011 la prosecuzione del Protocollo d'Intesa tra la Provincia di Reggio Emilia, l'Azienda USL, i Comuni dei Distretti di Castelnovo Monti, Guastalla, Montecchio, Reggio Emilia, Scandiano,

l'Unione dei Comuni del Distretto di Correggio, l'Inail di Reggio Emilia, i Consorzi delle Cooperative Sociali, siglato nel 2010, e che ha ridefinito gli obiettivi e l'assetto organizzativo dei servizi che si occupano dell'applicazione a livello provinciale della legge 68/99.

Sono proseguite le convenzioni per l'inserimento formativo/riabilitativo, non finalizzato ad assunzione, di persone disabili o svantaggiate (Cooperative Sociali di tipo B) ai sensi della legge 381/1991; tali convenzioni applicano di fatto le linee guida, scaturite dal percorso di progettazione condivisa tra Azienda USL e cooperazione sociale, per le quali si è avviato il confronto finalizzato alla revisione e ridefinizione del sistema dell'offerta di accoglienza degli utenti.

I percorsi individuati nelle citate convenzioni tendono a porre le basi, a livello aziendale, di un vero e proprio sistema di osservazione, valutazione e addestramento non finalizzato all'assunzione, specifico per l'utenza psichiatrica, basato su una forte collaborazione con la cooperazione sociale, e attuato attraverso la messa in campo delle competenze da questa espresse. Il principale obiettivo della collaborazione tra Servizi della Salute Mentale e cooperative di tipo B è quello di determinare gradualmente, attraverso il lavoro di supporto al processo di applicazione delle convenzioni, uno standard minimo di funzionamento qualitativo dei percorsi offerti, comune a tutte le cooperative convenzionate.

Il 2011 ha visto la partecipazione ad un progetto regionale di applicazione del modello IPS (Individual Placement and Support) con lo scopo di fornire, alle persone con gravi disturbi mentali, un supporto alla ricerca nell'ottenimento e nello svolgimento dell'impiego all'interno del mercato del lavoro competitivo. Sostanzialmente si tratta di un intervento riabilitativo centrato sull'utente per supportarlo nell'elaborare l'idea che un ottenere e mantenere un impiego, nel libero mercato del lavoro, sia possibile. Obiettivo ultimo è rendere l'utente, affetto da gravi disturbi mentali, un individuo indipendente e, soprattutto, integrato nella comunità d'appartenenza.

7.3.6. Accertamento della disabilità

Tabella n. 199. Istanze definite

Per quanto concerne l'espletamento delle procedure relative al riconoscimento della disabilità ex L.R. 4/08 (invalidità, cecità sordità e handicap) la tabella evidenzia una lieve flessione del volume di attività registrato nel 2011 rispetto al 2010, a seguito sia della diminuzione delle domande (a conferma di un trend in calo dall'entrata in vigore della legge 102/2009, che prevede l'inoltro delle domande all'INPS esclusivamente per via telematica), che della riduzione degli accertamenti di revisione di competenza dell'Azienda USL, per effetto di intervenute disposizioni INPS.

Distretto	2009	2010	2011
Montecchio	2.987	2.884	2.781
Reggio Emilia	9.990	9.341	9.112
Guastalla	3.319	3.098	2.771
Correggio	2.649	2.372	2.396
Scandiano	3.358	3.314	3.255
Castelnovo M.	1.807	1.711	1.800
Totale	24.110	22.720	22.115
Diff. 2011/2010	- 2,7%		

Anche per quanto riguarda le istanze ex L. 68/99 definite dalla Commissione ai fini della formulazione della diagnosi funzionale per il collocamento mirato, nel 2011 si è registrata una flessione, se pur inferiore rispetto all'anno precedente (352 persone visitate pari al 13% in meno rispetto al 2010).

7.3.7. I percorsi della gravissima disabilità acquisita

In conformità con le disposizioni regionali in materia di disabilità acquisite, nel territorio dell'Azienda USL di Reggio Emilia, nel 2011 si è andata consolidando la rete di servizi socio-sanitari domiciliari e residenziali dedicati alle persone con gravissima disabilità acquisita che vede:

- la presenza in tutti gli ambiti distrettuali di percorsi di accesso e presa in carico dedicati alle situazioni di gravissima disabilità acquisita (gruppo di coordinamento aziendale, equipe multiprofessionali distrettuali);
- la qualificazione degli interventi e dei servizi domiciliari, con l'attivazione dello specifico assegno di cura e l'utilizzo integrato di tutte le opportunità ed i servizi oggi disponibili a sostegno del mantenimento a domicilio (ADI, assistenza protesica, servizi di sollievo e sostegno ai familiari, contributi e servizi per l'adattamento dell'ambiente domestico);
- l'individuazione di una rete di opportunità residenziali dedicate in modo specifico all'assistenza a lungo termine alle persone in situazione di gravissima disabilità acquisita, i cui requisiti sono stati definiti nell'anno 2008 con la DGR 840/08 e successivamente ripresi nella DGR 514/08 "Primo provvedimento della Giunta regionale attuativo dell'art. 23 della L.R. 4/08 in materia di accreditamento dei servizi socio-sanitari".

334

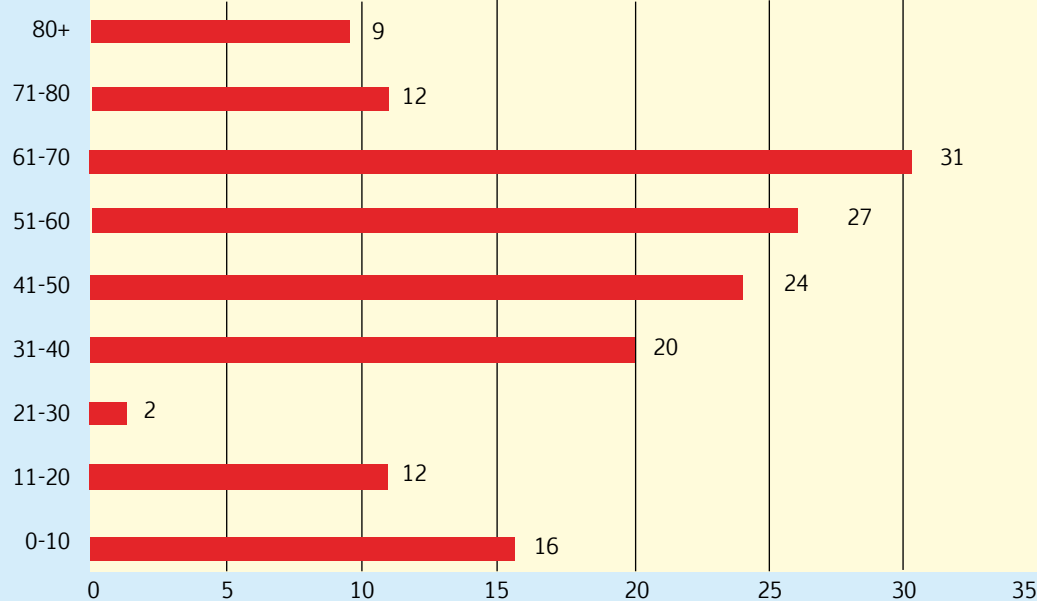
Tabella n. 200. **Utenti con gravissima disabilità acquisita in carico ai servizi**

Utenti	Distretti						Totale
	Montecchio	Reggio Emilia	Guastalla	Correggio	Scandiano	Castelnuovo Monti	
Utenti in carico al 31/12/2010	12	50	21	9	30	4	126
Utenti in carico al 31/12/2011	12	49	28	8	31	7	135
Utenti nel periodo (contatti) 2011	18	56	29	9	33	8	153
di cui: minori 2011	0	3	2	0	16	1	22

Fonte: flusso informativo GRAD

Al 31/12/2011 erano 135 gli utenti con gravissima disabilità acquisita (GRAD) in carico ai servizi, con un aumento di 9 persone rispetto allo stesso periodo del 2010. L'aumento si concentra quasi totalmente nel Distretto di Guastalla (7 persone), per gli altri si può ragionevolmente parlare di andamento fisiologico.

Grafico n. 179. Distribuzione per classi decennali di età di utenti con gravissima disabilità acquisita



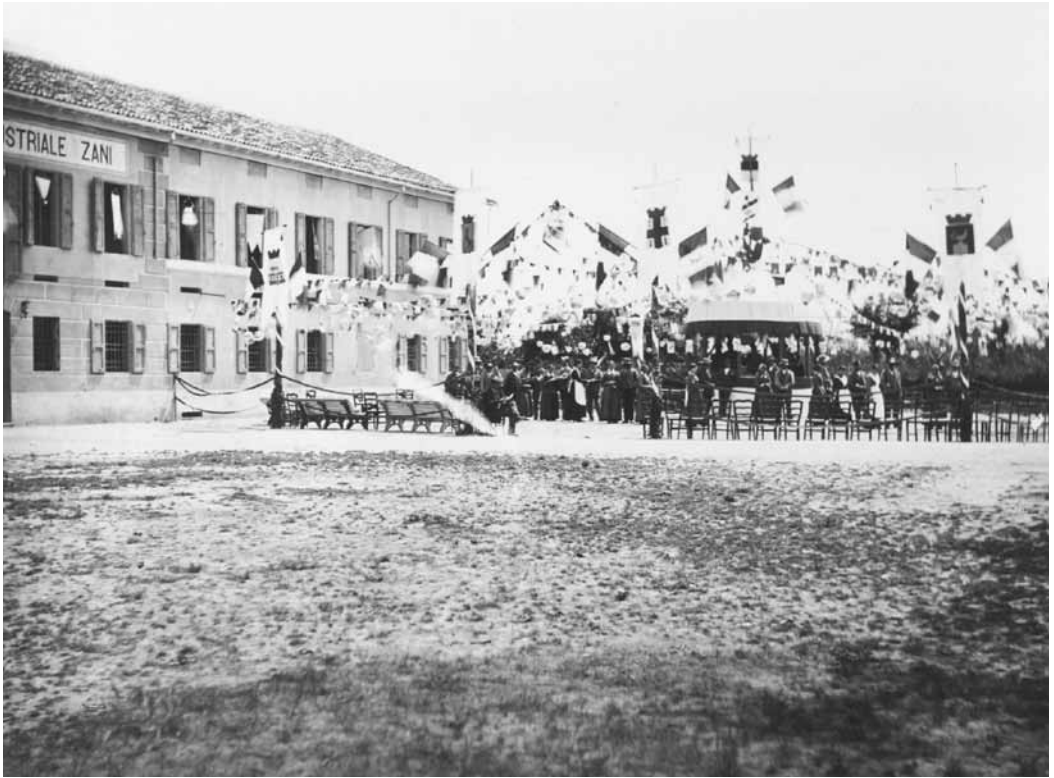
Fonte: flusso informativo GRAD

Si può notare come per il 2011, la maggior concentrazione si collochi nelle classi di età comprese tra i 51 e i 70 anni (58 utenti in tutto, circa un terzo del totale). Significativo il dato relativo agli utenti delle primissime fasce d'età: 28 utenti tra 0 e 20 anni (18,3% del totale), di cui 16 con età pari o inferiore a 10 anni; quest'ultimo dato in particolare, è attribuibile per la quasi totalità al Distretto di Scandiano.

Tabella n. 201. **Prestazioni a utenti con gravissima disabilità acquisita per tipologia di servizio e per distretto**

Descrizione	Distretti						Totale
	Montecchio	Reggio E.	Guastalla	Correggio	Scandiano	Castelnovo M.	
Assistenza domiciliare							
1 - ADI	10	26	16	2	16	3	73
2 - solo sociale	0	0	8	1	0	0	9
3 - solo sanitaria	0	12	3	0	9	3	27
4 - No	8	18	2	6	8	2	44
Totale	18	56	29	9	33	8	153
Assegni di cura							
Assegni di cura erogati	10	28	16	5	24	5	88
% utenti con assegno di cura	56%	50%	55%	56%	73%	63%	58%
Residenzialità							
Numero utenti in residenza	5	19	7	4	7	3	45
%utenti in residenza	28%	34%	24%	44%	21%	38%	29%

Fonte: flusso informativo GRAD



G. Fantuzzi, *Festa agricola, gelatina a sviluppo*, 1910.

La fotografia venne realizzata da Giuseppe Fantuzzi, per l'album approntato per l'esposizione internazionale di Bruxelles del 1910, in aggiunta a quelle già realizzate nel 1900.

I pazienti erano coinvolti in feste e intrattenimenti all'interno dell'ospedale psichiatrico: qui sono ritratti durante una festa campestre, presso la colonia agricola.



G. Fantuzzi, *Spanocchiatura del frumento*, gelatina a sviluppo, 1910.

La fotografia venne realizzata da Giuseppe Fantuzzi, per l'album approntato per l'esposizione internazionale di Bruxelles del 1910, in aggiunta a quelle già realizzate nel 1900.

Dagli anni '70 dell'800 all'interno del San Lazzaro era attiva una colonia agricola, intitolata al direttore Ignazio Zani (1871-73), in cui lavoravano diversi pazienti: qui sono ritratti mentre lavorano il frumento.

Sezione 8

I servizi per la salute mentale e per le dipendenze patologiche

Premessa

8.1 I Servizi per la Salute Mentale adulti

8.2 I Servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'Adolescenza

8.3 I Servizi per le Dipendenze Patologiche (Ser.T.)

8.4 L'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) e la Sanità Penitenziaria

Premessa

I servizi per la salute mentale si prendono cura delle persone che soffrono di disturbi psichici in tutte le fasce d'età della vita; nei confronti dei minori viene dedicata attenzione sia alle forme di disabilità che ai problemi di natura psicologica, cognitiva e neuropsicologica che possono emergere nel corso dello sviluppo. I servizi per la salute mentale si occupano della persona nella sua interezza, valorizzandone le capacità e le potenzialità; per questo l'attenzione dei servizi non è rivolta solo agli utenti, ma anche ai loro familiari e all'ambiente sociale di appartenenza. I servizi per le dipendenze patologiche (Ser.T.) forniscono interventi di prevenzione, diagnosi, cura e reinserimento sociale per persone con disturbi legati alla dipendenza patologica. Tra le attività dei Ser.T., che operano in stretta collaborazione con le Cooperative sociali, vi sono progetti mirati per le nuove droghe, il fumo, il gioco d'azzardo. Nel corso degli ultimi anni i Ser.T. hanno affrontato la diffusione del consumo di psicostimolanti (cocaina, in particolare, e nuove droghe). Interventi di contenimento dei danni sono stati indirizzati a policonsumatori tra l'utenza già conosciuta. Per attrarre dal sommerso i consumatori (giovani o meno giovani) che utilizzano primariamente psicostimolanti, è stata diversificata l'offerta di trattamento in modo da garantire interventi specifici mirati.

Sia i Servizi di Salute Mentale adulti che i Servizi per le Dipendenze Patologiche seguono anche i cittadini autori di reato detenuti presso la Casa circondariale o ricoverati presso l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Reggio Emilia.

I Servizi di Salute Mentale adulti, i Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, i Servizi per le Dipendenze Patologiche e l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario afferiscono al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

340

8.1. I Servizi per la Salute Mentale adulti

I Servizi per la Salute Mentale adulti comprendono i Centri di Salute Mentale, i Servizi per i Disturbi del Comportamento Alimentare, le Strutture Semiresidenziali (Centri Diurni e Day Hospital), le Strutture Residenziali, una Comunità Alloggio, i gruppi appartamento e un Servizio Psichiatrico ospedaliero di Diagnosi e Cura (SPDC).

Centri di Salute Mentale

I Centri di Salute Mentale (CSM) rappresentano il fulcro dei servizi di Salute Mentale di comunità. Sono costituiti da equipe multiprofessionali composte da psichiatri, psicologi, infermieri, educatori, terapisti della riabilitazione psichiatrica che lavorano in stretta collaborazione con gli operatori sociali. I CSM garantiscono l'assistenza territoriale, che si estrinseca in attività di prevenzione, cura e riabilitazione attraverso interventi ambulatoriali, domiciliari e di rete con altri servizi sanitari e sociali e più in generale con la comunità di appartenenza e di vita del paziente. Garantiscono i progetti personalizzati per i singoli pazienti e il collegamento con gli altri servizi (Medici di Medicina Generale, Diagnosi e Cura, Residenze, Semiresidenze, ecc.).

Nella tabella che segue sono riportati i tassi relativi alle persone maggiorenni che hanno ricevuto prestazioni dai Servizi di Salute Mentale nella forma della

consulenza (al Medico di Medicina Generale, ad altre strutture sanitarie, sociali e giudiziarie), della valutazione clinica e nella forma della presa in carico continuativa nei Centri di Salute Mentale dei diversi distretti.

Tabella n. 202. **Numero e tasso di persone che nel 2011 hanno ricevuto prestazioni da parte dei servizi di salute mentale adulti**

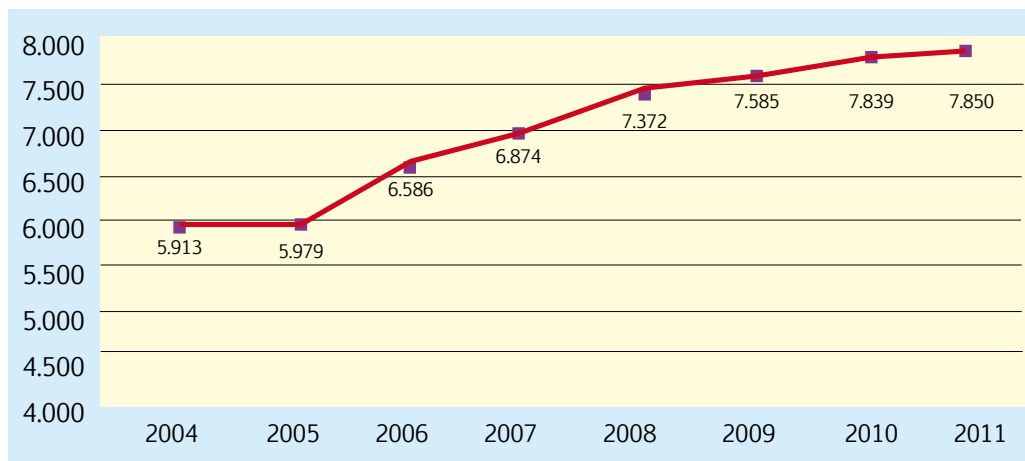
Distretto	Utenti	Tasso per 10.000 (pop. target maggiorenni 435.990)
Castelnuovo Monti	693	233,85
Correggio	1.304	287,89
Guastalla	1.317	220,25
Montecchio	1.107	217,19
Reggio Emilia	4.646	251,88
Scandiano	1.669	253,46
Fuori Distretto	651	-
Totale	11.387	261,17

Nella tabella seguente sono confrontate le persone in trattamento, con presa in carico continuativa, ed i relativi tassi, nei Centri di Salute Mentale dei diversi distretti.

Tabella n. 203. **Numero e tasso di persone in carico per 10.000 abitanti maggiorenni**

Distretto	Utenti	Tasso per 10.000 (pop. target maggiorenni 435.990)
Castelnuovo Monti	506	170,68
Correggio	954	210,67
Guastalla	825	137,96
Montecchio	667	130,92
Reggio Emilia	3.370	182,69
Scandiano	1.336	202,91
Totale	7.658	175,65

Grafico n. 180. **Andamento 2004-2011 degli utenti in carico presso i Servizi di Salute Mentale adulti**



Nell'ultimo anno il numero complessivo di utenti in carico si è mantenuto sostanzialmente costante, mentre il trend nell'ultimo decennio è in significativo incremento. L'aumento particolarmente consistente del 2006 è dovuto al fatto che fino al 2005 nel numero complessivo non erano conteggiati gli utenti adulti fino ad allora in cura presso il Servizio di Psicologia Clinica.

Percorso lavoro e socialità

Il lavoro degli operatori psichiatrici e sociali, oltre all'attività di tipo clinico e riabilitativo, è rivolto alle aree del lavoro, della socialità e della casa. La qualità della vita, e quindi non solo l'assenza di malattie, ma il pieno sviluppo delle potenzialità di ognuno, discende direttamente dalla risposta e dalle opportunità che i servizi sanitari, sociali e la società nel suo insieme sono in grado di dare in questi ambiti. Nella tabella seguente sono riportati gli utenti che hanno usufruito del percorso lavoro e delle attività dell'area socialità. Il percorso lavoro si snoda in diverse forme e passaggi, dalla definizione progettuale e osservazione prelaborativa, agli inserimenti lavorativi, all'assunzione. Il lavoro nell'area della socialità ha come obiettivo quello di offrire opportunità per sviluppare abilità sociali, comunicazione, cura di sé ed espressività attraverso la partecipazione in gruppo a diverse attività (ad esempio attività motoria e sportiva, espressiva, teatrale, musicale, di cucina, ricreativa).

342

Tabella n. 204. **Aree lavoro e socialità, anno 2011**

Area	Utenti
Percorso lavoro	464
Area socialità	583

Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

Sono attivi due servizi per i Disturbi del Comportamento Alimentare: uno a Reggio Emilia per gli utenti dei Distretti di Reggio Emilia, Scandiano, Montecchio e Castelnovo Monti e uno, dotato di due ambulatori a Correggio e Guastalla, per gli utenti di quei due distretti. Entrambi garantiscono un trattamento integrato e multiprofessionale con risposte di tipo psicologico, psichiatrico, internistico e dietologico. I servizi forniscono trattamenti sia individuali, che di gruppo.

Tabella n. 205. **Disturbi del comportamento alimentare**

Servizio	Utenti in carico 2011	Nuovi Utenti 2011
Reggio Emilia	208	63
Guastalla	38	8
Correggio	68	27
Totale	314	98

Area dell'assistenza residenziale e semiresidenziale

Nell'ambito del lavoro psichiatrico di comunità è importante il ruolo delle strutture residenziali e semiresidenziali, che sono, nella realtà dell'Azienda USL di Reggio Emilia, risorse direttamente gestite dal Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSMDP); si tratta infatti di 6 residenze (per trattamenti intensivi, protratti e socio-riabilitativi), di 3 Day Hospital, di 6 Centri Diurni e di Atelier. Questa dotazione ricca e differenziata permette di rispondere ai bisogni degli utenti e di evitare il ricorso al ricovero ospedaliero, offrendo risposte in strutture territoriali.

I posti letto residenziali si riferiscono a tre diverse tipologie:

- 1) Residenze per trattamento intensivo (con finalità di tipo prevalentemente clinico per situazioni di acuzie, subacuzie e postacuzie, della durata prevista inferiore ai 60 giorni);
- 2) Residenze per trattamento protratto (con finalità riabilitative e progetti di breve o media durata, prevista inferiore ai 180 giorni);
- 3) Residenze per trattamento socio-riabilitativo (con finalità riabilitative con progetti a termine, di media o lunga durata).

L'attività semiresidenziale si distingue in:

- 1) Centro Diurno (frequenza diurna del Centro semiresidenziale per attività prevalentemente riabilitative e risocializzanti);
- 2) Day Hospital (attività prevalentemente clinica con progetti di breve durata);
- 3) Atelier (frequenza programmata in determinate fasce orarie per specifiche attività riabilitative e risocializzanti).

Nella tabella seguente è indicata la disponibilità di posti nelle strutture semiresidenziali e residenziali. La dotazione di posti si è mantenuta costante nel corso del quinquennio. Per quel che riguarda le semiresidenze, è significativa la quota di attività svolte con gli utenti all'esterno, anziché all'interno del Centro Diurno (attività ricreative, tempo libero, attività socio-riabilitative di gruppo).

Tabella n. 206. Numero di posti nelle strutture semiresidenziali e residenziali psichiatriche

	2007	2008	2009	2010	2011
Centri diurni	117	117	117	117	117
Day hospital	18	18	18	18	18
Residenze per trattamento intensivo	37	38	39	39	39
Residenze per trattamento protratto	17	16	15	15	15
Residenze per trattamento socio-riabilitativo	22	22	22	22	22

Nelle due tabelle seguenti è evidenziata la disponibilità di risorse di tipo residenziale e semiresidenziale nei diversi moduli dipartimentali che si è mantenuta costante nel corso degli anni (Modulo Nord: Distretti di Guastalla e Correggio; Modulo Sud: Montecchio, Scandiano e Castelnovo Monti). Nella prima tabella sono riportate le strutture residenziali e semiresidenziali, nella seconda i posti residenziali.

Tabella n. 207. **Strutture psichiatriche semiresidenziali e residenziali**

	Modulo Reggio Emilia	Modulo Nord	Modulo Sud
Struttura residenziale (trattamenti intensivi, protratti, socioriabilitativi)	3	1	2
Centro Diurno	3	1	3
Day Hospital	1	1	1

Tabella n. 208. **Disponibilità di posti letto psichiatrici residenziali**

	Modulo Reggio Emilia	Modulo Nord	Modulo Sud
Posti in strutture residenziali a trattamento intensivo	16	10	13
Posti in strutture residenziali a trattamento protratto	10	0	5
Posti in strutture residenziali a trattamento socio-riabilitativo	16	1	5
Totale	42	11	23

A questi posti letto, gestiti direttamente dall'Azienda USL di Reggio Emilia, se ne aggiungono altri 21 di residenza per trattamento intensivo presso le strutture accreditate Villa Maria Luigia (PR) e Villa Igea (MO), nell'ambito degli accordi Regione - AIOP.

Area della residenzialità socio-sanitaria e della domiciliarità

Alle risorse residenziali sanitarie si aggiungono soluzioni di tipo socio-sanitario che garantiscono opportunità con maggiori valenze domiciliari, nella forma dei Gruppi Appartamento (fino a sei posti letto) e delle Comunità Alloggio (più di sei posti letto). Le Comunità Alloggio e i Gruppi Appartamento rappresentano un'opportunità domiciliare per persone affette da problemi psichiatrici e con buone autonomie personali, che non necessitano di un ambiente connotato in termini sanitari; rappresentano lo sbocco necessario di molti percorsi riabilitativi per lo sviluppo di una concreta politica di psichiatria di comunità. Queste risorse sono in parte gestite direttamente dall'Azienda USL di Reggio Emilia e in parte dal privato no profit.

Nella seguente tabella sono riportati gli inserimenti presso strutture socio-sanitarie pubbliche e private di utenti dei servizi psichiatrici, da cui si evince che la maggior parte delle disponibilità socio-sanitarie gestite direttamente dall'Azienda USL sono concentrate nel Distretto di Reggio Emilia.

Tabella n. 209. **Utilizzo 2011 delle strutture residenziali socio-sanitarie**

	Castelnovo Monti	Correggio	Guastalla	Montecchio	Reggio Emilia	Scandiano
Utenti ospitati in Comunità Alloggio Azienda USL	\	\	\	\	28	\
Utenti ospitati in Gruppi Appartamento Azienda USL	1	\	\	\	20	\
Utenti ospitati in residenze socio-sanitarie del privato no profit	6	5	19	19	18	16
Totale	7	5	19	19	66	16

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

I tassi di ricovero nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) a Reggio Emilia sono i più bassi della Regione Emilia-Romagna e si mantengono costanti a fronte della complessità delle situazioni cliniche e delle urgenze territoriali. La percentuale dei Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) è relativamente costante. In aumento nel 2011 rispetto agli anni precedenti il numero di dimissioni. La degenza media è di circa 10 giorni, a conferma del ruolo del ricovero inteso come tappa, urgente e provvisoria, all'interno di un percorso più articolato. Gli ultimi anni hanno visto un aumento degli utenti con disturbi da uso di sostanze associati a disturbi di natura psichiatrica.

A questi posti ospedalieri se ne aggiungono altri 6 presso gli SPOI (Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo per pazienti volontari), nelle strutture accreditate (4 a Villa Maria Luigia di Parma e 2 a Villa Igea di Modena).

Nei grafici seguenti sono riportati gli andamenti dei ricoveri in SPDC e la percentuale di TSO che rappresentano circa un terzo dei ricoveri.

Grafico n. 181. **Dimissioni da SPDC per anno**

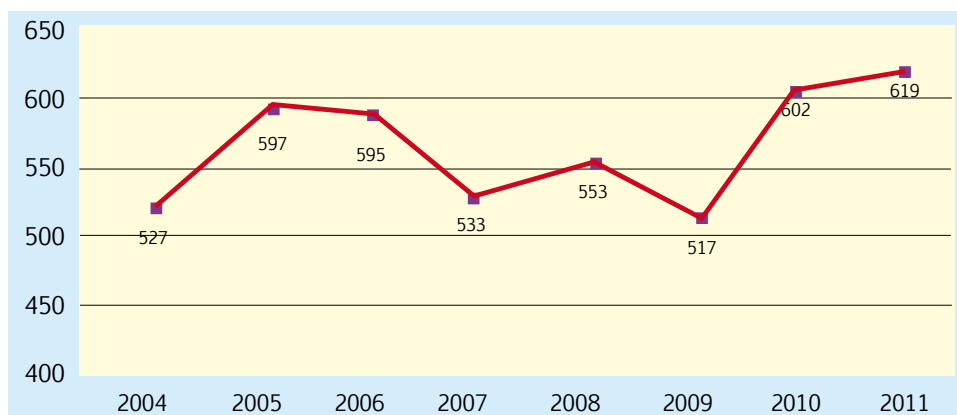
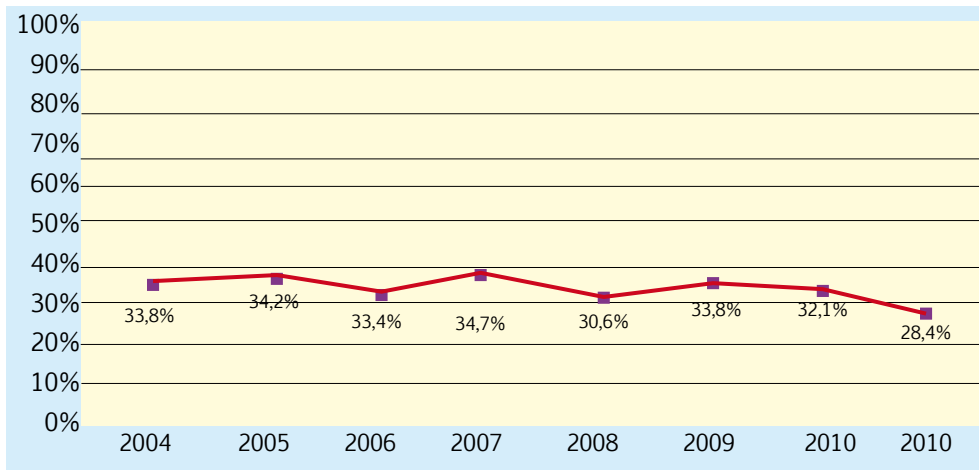


Grafico n. 182. **Percentuale TSO sul totale dei ricoveri per anno**

8.2. I Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Il Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) governa la rete dei servizi territoriali rivolti all'utenza minorenni. Erega in modo integrato attività di prevenzione, diagnosi, terapia, abilitazione e riabilitazione per disturbi neurologici, psichiatrici e neuropsicologici in questa età fortemente correlati fra loro, in regime ambulatoriale o in strutture residenziali e semiresidenziali, offrendo anche consulenze ai genitori e agli insegnanti.

I Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza garantiscono una valutazione multidisciplinare, la formulazione di piani di trattamento e la presa in cura diretta di problematiche psicologiche e di patologie neurologiche e psichiatriche dei minori, promuovendo il lavoro di rete con gli altri servizi sanitari e sociali, con le istituzioni scolastiche e con le associazioni di famigliari e di volontariato.

Tabella n. 210. **Utenti dei Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e tasso per 10.000 popolazione target Anno 2011**

Distretto	Utenti	Popolazione target	Tasso
Reggio Emilia	2.667	40.545	657,79
Castelnovo Monti	310	4.891	633,82
Montecchio	880	11.082	794,08
Scandiano	1.098	14.578	753,19
Correggio	678	10.604	639,38
Guastalla	961	12.698	756,81
Totale	6.594	94.398	698,53

Popolazione target: bambini di età compresa tra 0 e 18 anni

Tabella n. 211. **Nuovi ingressi 2011 per fasce d'età e sesso**

Pazienti	Età						
Sesso	0- 2	3- 5	6-10	11-13	14-17	18 +	Totale
Femmine	105	135	343	147	145	108	983
Maschi	130	278	525	210	169	62	1.374
Totale	235	413	868	357	314	170	2.357

Tabella n. 212. **Attività di atelier socio-riabilitativi per minori disabili (n° minori inseriti per anno)**

	2008-09	2009-10	2010-11
Atelier	203	198	217
Percorso scuola-laboratori	13	26	31
Totale	216	224	248

Fra le attività specifiche nel campo della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, una parte importante è costituita dall'attività di atelier rivolta a minori disabili: una risposta ai bisogni di bambini e famiglie congiuntamente al lavoro clinico e alla fondamentale integrazione con le istituzioni scolastiche e sociali, con l'obiettivo di migliorare le abilità adattive e di sostenere il progetto di vita dei bambini.

Dall'anno scolastico 2010-11 nel percorso scuola-laboratori la collaborazione con la Fondazione Simonini si è andata a delineare come consulenza e monitoraggio dell'andamento del progetto e non più con la partecipazione diretta di un operatore durante le ore di attività.

Nello specifico nel 2010-11 in ogni distretto l'attività di atelier è stata così articolata:

- a Reggio Emilia è proseguita in varie sedi l'attività di atelier di musica, attività espressive, cucina e abilità sociali;
- a Correggio è proseguito l'atelier di attività espressive ed è stato avviato un laboratorio sperimentale di cinema rivolto ad adolescenti;
- a Guastalla sono proseguiti gli atelier di attività espressive, cucina e bricolage presso la sede della Cometa;
- a Scandiano, nei diversi progetti territoriali con funzioni di promozione dell'inclusione sociale, sono stati inseriti 21 ragazzi seguiti dal servizio NPIA. Al progetto ha collaborato anche la rete del volontariato di Rubiera;
- a Montecchio sono stati mantenuti due pomeriggi alla settimana di atelier in uno spazio di proprietà del Comune, per 7 preadolescenti-adolescenti con gravi disabilità (ritardo cognitivo, disturbo del comportamento), in stretto accordo con il Comune;
- a Castelnuovo Monti sono proseguiti per due pomeriggi alla settimana, in uno spazio di proprietà del Comune, atelier per 4 minori con gravi disabilità (ritardo cognitivo, disturbo del comportamento).

Autismo e disturbi pervasivi dello sviluppo

La rete dei servizi dedicati all'autismo e ai disturbi pervasivi dello sviluppo è particolarmente ricca ed articolata. Il primo livello d'intervento è garantito dai Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza dislocati nel territorio provinciale. Un servizio di secondo livello di competenza (Team Spoke) fornisce supervisione, valutazione e monitoraggio. Date le specifiche competenze acquisite nel corso degli anni, Reggio Emilia è sede anche di un servizio di livello interaziendale (Centro Hub di Area Vasta Emilia Nord) con analoghe competenze di supervisione, valutazione, monitoraggio. Il Centro Hub ha promosso iniziative formative che hanno coinvolto gli operatori delle Aziende USL di Piacenza, Parma, Reggio Emilia e Modena, al fine di individuare e consolidare linee di intervento comuni. Il Programma Autismo, attivato nel 2009, ha la funzione di favorire l'integrazione e il lavoro comune dei diversi servizi, sanitari e sociali, coinvolti nell'assistenza delle persone affette da autismo.

Nel corso del 2011 è proseguita l'applicazione del Programma regionale specificamente dedicato all'autismo e ai disturbi pervasivi dello sviluppo denominato PRI-A, attraverso diverse attività cliniche, formative e di ricerca.

Complessivamente sono stati seguiti, da parte dei servizi dell'Azienda USL, 241 casi di minorenni con interventi ambulatoriali individuali e di gruppo, sia di tipo psicoeducativo che logopedico. Nella fascia d'età fino ai 7 anni sono stati effettuati interventi educativi domiciliari, mentre per gli utenti compresi fra i 7 e i 18 anni sono stati utilizzati interventi educativi di gruppo a valenza socio-riabilitativa, estesi a tutti i distretti, in modo da garantire equità di offerta.

È proseguita fino ad aprile 2011 la sperimentazione del progetto ABA (Applied Behaviour Analysis) e successivamente tale approccio è stato garantito con modalità non più sperimentali, a favore complessivamente di 21 minori le cui famiglie hanno richiesto tale intervento e che sono stati valutati e monitorati dal servizio specialistico aziendale di secondo livello per l'autismo (Team Spoke).

Nel 2011 si è operato per sviluppare l'integrazione tra i metodi cognitivo-comportamentali di vario tipo e metodo psicoeducativo per un approccio culturale comune agli operatori. Anche alla luce di questo sforzo di integrazione e per garantire equità nell'offerta dei servizi a tutti gli utenti, indipendentemente dal metodo, sono stati effettuati incontri di progettazione comune con le associazioni dei famigliari (AUT AUT, ABA-RE, Ring 14 e GIS).

È stata rivolta a tutte le famiglie della provincia con figli in carico per disturbi dello spettro autistico la proposta di partecipare a corsi di formazione-informazione (Parent Training), gestiti da psicologi. Tali corsi, organizzati per fasce d'età con incontri a cadenza quindicinale, hanno proposto anche il confronto attivo tra i genitori e il loro gradimento è risultato elevato.

Sono stati avviati anche incontri con i fratelli.

Data l'importanza della valutazione precoce e la necessità di acquisire conferme dalle evidenze scientifiche, i servizi per l'autismo dell'Azienda USL di Reggio Emilia partecipano ad un progetto ministeriale multicentrico di ricerca (IDIA), coordinato dall'IRCCS Stella Maris di Calambrone-Pisa sulla valutazione degli esiti dei trattamenti abilitativi precoci, che sta mostrando risultati interessanti.

È stata avviata anche una ricerca sulla percezione dello spazio nel bambino autistico, in collaborazione con la Facoltà di Psicologia dell'Università di Bologna.

Coerentemente con le indicazioni regionali, in collaborazione con il Centro Servizi Integrazione (CSI) e con il Coordinamento pedagogico provinciale, sono stati effettuati incontri di formazione sull'autismo per gli educatori di nidi e materne e, in alcuni casi specifici, sono state sperimentate modalità di collaborazione tra famiglia, Servizio NPIA e Scuola.

Nel corso del 2011 è proseguito il lavoro del tavolo autismo adulti, coordinato dal Programma Autismo, con la partecipazione dei referenti dei Servizi Sociali o Servizi Handicap Adulto e Centri di Salute Mentale su modalità di passaggio e presa in carico dei soggetti autistici dopo la maggiore età.

Si è avuta la partecipazione a titolo sperimentale al Progetto regionale TIPS (finalizzato all'inserimento lavorativo) ed è stata avviata, sempre in tema di formazione al lavoro, una collaborazione del Programma Autismo con l'Associazione AUT AUT e il Centro Servizi Piccole e Medie Imprese (PMI) per la realizzazione di un percorso formativo innovativo per facilitatori dell'inserimento lavorativo dei soggetti con disabilità intellettiva e dello spettro autistico.

Screening sui Disturbi dell'Apprendimento

L'attività di screening è stata portata avanti nei distretti dai Servizi di NPIA in collaborazione diretta con i comuni e le scuole.

Lo screening è effettuato nelle prime classi elementari. Il progetto sostiene la formazione degli insegnanti allo screening sui DSA (Disturbi Specifici dell'Apprendimento), in modo che diventi patrimonio della scuola e contribuisca a cambiare la cultura degli insegnanti nell'ambito specifico. È stato preparato e distribuito materiale informativo sulle attività da svolgere con i propri figli all'interno dell'ambito familiare, per attivare un maggiore coinvolgimento delle famiglie e per renderle più competenti nell'affrontare i problemi di apprendimento e linguaggio.

Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA)

Nel Distretto di Reggio Emilia, il FRNA per i minori ha permesso:

- l'attivazione di progetti individuali e di gruppo per attività educativa psico-sociale rivolti a minori con autismo maggiori di 7 anni;
- il mantenimento ed eventuali modifiche di progetti trasversali a tutte le disabilità: Progetto "ALI" del Piccolo Principe che ha visto una partecipazione di 52 utenti (attività per il tempo libero: basket, danza, teatro, psicomotricità, musica); Happy Sap del Piccolo Principe ha coinvolto 13 utenti (uscite in piccolo gruppo per ragazzini adolescenti); interventi di sollievo a domicilio; ampliamento degli interventi di accompagnamento ai campi gioco estivi;
- nel corso del 2011 è iniziato un percorso di condivisione e sensibilizzazione con le famiglie degli utenti del progetto ALI -Happy Sap sul tema della compartecipazione;
- l'attivazione di 52 assegni di cura;
- in collaborazione con il Servizio Campo-Giochi del Comune e la Cooperativa Piccolo Principe, è stato realizzato un campo giochi sperimentale per 13 ragazzi adolescenti disabili volto all'inclusione sociale, a cui hanno collaborato le leve del Comune e studenti delle scuole superiori. La durata del campo sperimentale è passata da 6 settimane nel 2010 a 8 settimane nel 2011 per andare incontro alle richieste delle famiglie e delle associazioni. La risposta all'ampliamento del

servizio non è stata quella attesa, infatti nell'estate 2011 si è registrato un calo delle presenze medie giornaliere.

L'attività delle Unità di Valutazione Handicap Minori (UVHM) è stata intensificata. Il lavoro comune svolto in queste unità ha come effetto anche quello di accrescere, tra i servizi che ne fanno parte, la sensibilizzazione, la condivisione tecnica e culturale di tematiche relative all'educazione, all'abilitazione e all'integrazione sociale dei minori disabili.

Nei Distretti di Montecchio e Castelnovo Monti, nel corso del 2011, è proseguita la programmazione di interventi a favore di minori disabili in situazione di particolare gravità clinica e/o complessità sociale, con l'utilizzo del FRNA.

Nei Distretti di Correggio e Guastalla sono stati attivati o modificati progetti individuali e di gruppo per attività educativa psico-sociale rivolti a minori con autismo di età compresa tra 7 e 18 anni.

Nel Distretto di Scandiano nel corso del 2011 sono stati attivati progetti individuali e mantenuti in parte quelli di gruppo per i ragazzi di età compresa tra 7 e 18 anni.

Disagio giovanile

La collaborazione dell'Azienda USL con altri Enti, quali i comuni e le scuole, offre altre opportunità di fornire una risposta a quegli aspetti del disagio giovanile che non sono di natura esclusivamente clinica.

Da anni è attivo il Consultorio Giovani "Open G", un servizio ad accesso diretto presso il quale adolescenti e giovani possono ricevere informazioni, consulenza e sostegno psicologico su ciò che riguarda la propria salute, la vita sessuale e affettiva. Un altro punto di accesso per le stesse tematiche è lo sportello "Atuxtù", presso l'Informagiovani in collaborazione con il Comune di Reggio Emilia. È proseguito il lavoro con gli operatori che vivono a contatto con giovani e adolescenti, in particolare insegnanti ed educatori, per favorire lo sviluppo di reti sociali di supporto alle problematiche adolescenziali e, dove necessario, di percorsi di accesso alla relazione d'aiuto.

Altre specifiche esperienze cui l'Azienda USL e le amministrazioni comunali hanno collaborato, con il contributo della Regione Emilia-Romagna, sono rappresentate dalle iniziative di volontariato giovanile nelle scuole, e dagli sportelli scolastici.

Nell'anno scolastico 2010/2011, gli sportelli scolastici "Free Student Box" hanno visto l'accesso di 891 persone, 540 studenti, 175 genitori, 176 docenti. Le esperienze di "Gancio Originale" e "Stanza di Dante" hanno interessato 219 alunni, la metà dei quali stranieri, e 209 volontari, un quarto dei quali stranieri.

8.3. I Servizi per le Dipendenze Patologiche (Ser.T.)

La rete dei servizi attivi nell'Azienda USL è descritta dalla cartina:

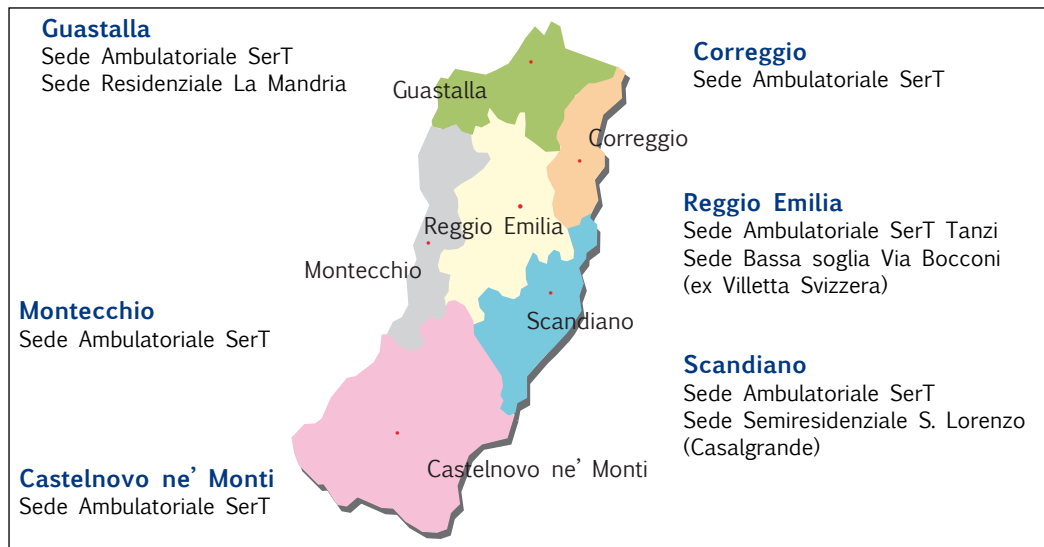


Tabella n. 213. **Utenti dei SerT - anni 2008-2011**

SerT	Utenza Totale			
	2008	2009	2010	2011
Modulo Reggio Emilia	1.801	1.819	1.585	1.563
Montecchio	298	249	283	276
Scandiano	485	496	541	562
Castelnovo Monti	258	250	233	246
Totale Modulo SUD	1.041	995	1.057	1.084
Guastalla	335	346	357	358
Correggio	227	238	271	254
Totale Modulo NORD	562	584	628	612
Totale	3.404	3.398	3.270	3.259

L'utenza complessiva include tutte le diverse tipologie di problema che afferiscono ai SerT e rende conto della complessità dell'impegno dei servizi per le dipendenze, anche per le attività svolte in connessione e per conto di altri servizi e istituzioni (es. medicina legale, servizi sociali). Nel 2011 è incrementato il numero di persone che si sono rivolte ai SerT per problemi di gioco d'azzardo patologico (36 utenti, di cui 23 con accesso nell'anno). L'attività rivolta alla cura del tabagismo è stata realizzata attraverso la collaborazione con LILT/Luoghi di Prevenzione ed ha consentito il trattamento di oltre 200 persone. I Servizi per le dipendenze hanno consolidato il lavoro in rete con istituzioni e servizi sociali e sanitari per la realizzazione delle attività di facilitazione dell'accesso ai servizi, trattamento, reinserimento, tutela della salute e riduzione del danno, prevenzione.

Nel corso del 2011 è stato attivato l'ambulatorio a bassa soglia di accesso del SerT di Reggio Emilia, ospitato nella nuova sede in cui è stato trasferito anche il centro di accoglienza bassa soglia, tradizionalmente conosciuto come Villetta Svizzera e gestito dalla Cooperativa La Quercia. L'ambulatorio ha fornito prestazioni a 200 persone, di cui 120 con trattamento farmacologico. Il centro di accoglienza ha continuato a garantire opportunità di accesso a bassa soglia e di sostegno per situazioni di marginalità (alimentazione, igiene, deposito effetti personali per persone senza fissa dimora). Sono state 502 le persone che hanno frequentato la struttura nell'anno.

Gli utenti con provenienza extraUE che complessivamente hanno ricevuto prestazioni dai SerT nel 2011 sono stati 338. Anche per l'utenza in condizione d'irregolarità sono stati impostati percorsi di cura e di tutela della salute in grado di ridurre anche rischi per la sicurezza e la salute pubblica.

Gli utenti di età fino a 24 anni che hanno ricevuto prestazioni di consulenza o cura presso i SerT nel 2011 sono stati 325, di cui 36 hanno avuto un trattamento anche presso comunità terapeutiche.

Per quanto riguarda questa fascia di età si conferma di particolare importanza la collaborazione con la locale Prefettura, che rappresenta l'inviante principale di giovani ai servizi per le dipendenze.

Per il biennio 2011-2012 l'Azienda USL di Reggio Emilia utilizza accordi di fornitura con gli Enti accreditati del territorio provinciale che gestiscono le comunità terapeutiche in cui più frequentemente i SerT inseriscono i propri utenti.

Tabella n. 214. **Inserimenti e giornate di presenza presso gli Enti accreditati nel 2011**

Ente accreditato	N° Inserimenti da Azienda USL di Reggio Emilia	N° giornate di presenza
CelS Reggio Emilia	121	8.912
P. Giovanni XXIII Reggio Emilia	90	10.851
Nefesh Rubiera	26	4.571
La Quercia Canossa, La Collina Reggio Emilia	28	5.380

Ai percorsi che non prevedono la residenzialità tradizionale (ambulatoriali o in appartamento) e che sono gestiti dagli Enti per soggetti in fase di reinserimento o a rischio di ricaduta, oppure sono rivolti a target specifici, quali giovani o consumatori in via primaria di cocaina, nel corso del 2011 sono state inviate dai SerT 101 persone.

I SerT accolgono una domanda di aiuto cui occorre rispondere con progetti individualizzati che tengano conto anche delle differenze tra le problematiche indotte dalle diverse sostanze d'abuso che caratterizzano lo stile di consumo del singolo utente.

Tabella n. 215. **Distribuzione degli utenti per sostanza d'abuso primaria**

Sostanza d'abuso primaria	% 2008	% 2009	% 2010	% 2011
Cannabinoidi	47,0	44,2	38,1	37,9
Oppiacei	34,5	36,8	36,0	38,3
Cocaina	15,7	16,6	19,8	18,3
Altre	2,8	2,4	6,1	5,5

Le persone con sostanza d'abuso primaria cocaina con prima presa in carico nel 2011 sono state 51, in linea con gli anni precedenti.

Gli utenti SerT con trattamento in doppio assetto con CSM (cosiddetti doppia diagnosi) sono stati nell'anno 277 (erano stati 259 nell'anno precedente). Gli inserimenti in strutture residenziali di questi utenti hanno comportato l'utilizzo del 33,6% delle giornate di inserimento complessive.

La struttura residenziale La Mandria ha funzionato come sede operativa per il trattamento della comorbidità psichiatrica, con 3.795 giornate di presenza e 49 utenti.

Presso il COD Carpineti, gestito da CelS, nel corso del 2011 sono state 2.463 le giornate di degenza di utenti inviati dai SerT dell'Azienda USL di Reggio Emilia: sono stati 14 gli utenti SerT ospitati per trattamenti non legati al consumo primario di eroina.

La Comunità Diurna S. Lorenzo ha trattato 18 utenti per 2.204 giornate complessive di presenza.

8.4. L'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) e la Sanità Penitenziaria

Nel 2008, in seguito a modifica legislativa, è stato sancito il passaggio delle funzioni sanitarie degli Istituti di Pena (fra cui gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari) dal Ministero di Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto dei fondamentali principi di equità di accesso alle cure da parte di tutti i cittadini.

Al momento del passaggio di competenze le criticità in OPG erano notevoli e riguardavano il gravissimo sovraffollamento, la qualità complessiva dell'assistenza sanitaria, il ricorso massiccio alla contenzione fisica e la qualità degli ambienti. Si è quindi proceduto in primo luogo alla ridefinizione della pianta organica con un forte potenziamento di tutte le figure professionali. Contestualmente è stato avviato un importante lavoro di riorganizzazione e di miglioramento dell'assistenza.

Nel biennio 2009-2010 sono stati aperti e sanitarizzati tre reparti: l'apertura del reparto consiste nella possibilità dei ricoverati di muoversi liberamente nelle ore diurne nel reparto stesso, anziché essere reclusi in cella; la sanitarizzazione consiste nel fatto che nelle ore diurne sia presente solo personale sanitario e che il personale di Polizia Penitenziaria intervenga solo in caso di necessità. È migliorata la qualità assistenziale e l'intensità del lavoro clinico psichiatrico e si è ridotto il ricorso alla contenzione fisica. Nel 2011 il ricorso alla contenzione è stato ulteriormente ridotto passando da 53 a 40 episodi (nel 2008 erano stati 177 e 121 nel 2009).

Nel corso del 2011 si è anche assistito, dopo anni, a una iniziale riduzione del sovraffollamento, dovuto principalmente a due motivi: da un lato il grande lavoro per la dimissione e il reinserimento sociale dei pazienti ricoverati in OPG (245 dimessi contro 205 dell'anno precedente, dall'altro l'iniziale (e ancora incompleta) applicazione degli Accordi Stato- Regioni che prevedono bacini d'utenza specifici per i diversi OPG.

Tabella n. 216. **Dati di attività dell'OPG nel periodo 2008-2011**

Dati di attività OPG	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011
Pazienti presenti in OPG il 31 dicembre	275	295	276	224
Pazienti in carico	333	351	379	287
Dimessi	178	227	205	245
Nuovi ingressi	223	263	201	186

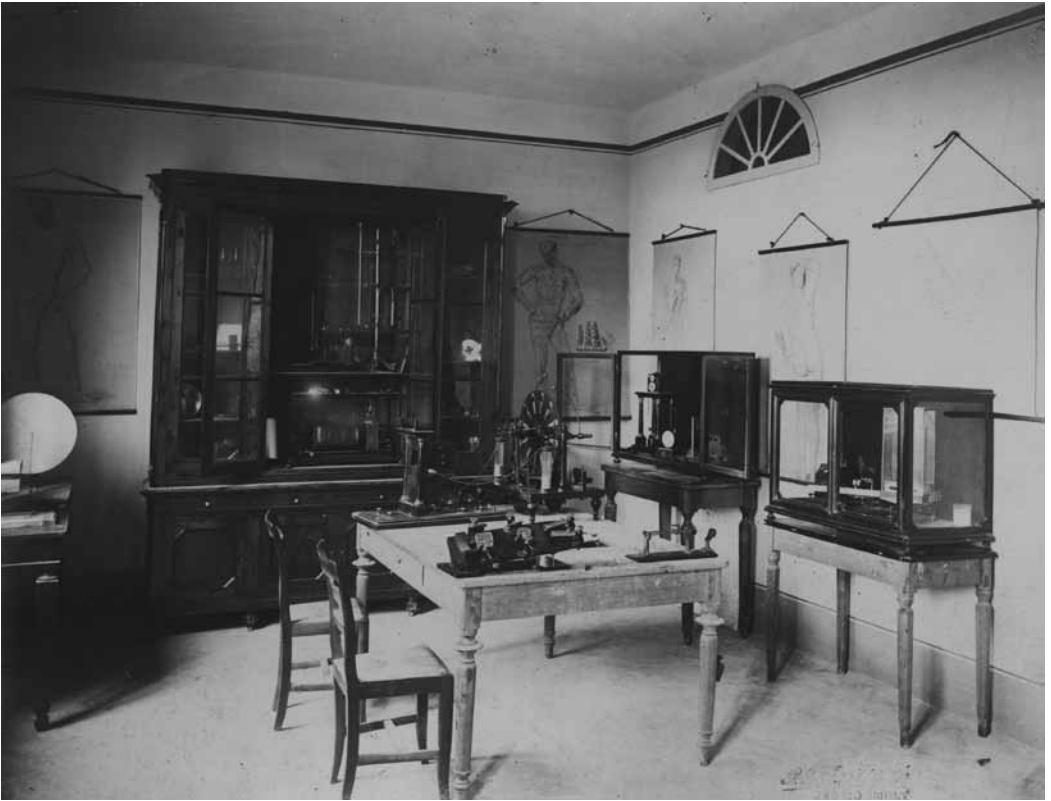
Le prospettive, alla luce del recente provvedimento legislativo, sono di un radicale cambiamento con il superamento degli OPG sostituiti da idonee strutture regionali di tipo sanitario (con vigilanza e sicurezza perimetrale).



G. Fantuzzi, *Laboratorio di istologia, gelatina a sviluppo*, 1900.

La fotografia venne realizzata dal reggiano Giuseppe Fantuzzi, fotografo professionista, per l'album approntato per l'esposizione internazionale di Parigi del 1900, dove il San Lazzaro vinse la Medaglia d'oro.

I primi laboratori vennero aperti sotto la direzione di Carlo Livi (direttore 1873-77) e potenziati dal suo successore Augusto Tamburini (1877-1907), che aprì anche il laboratorio di istologia qui raffigurato.



G. Fantuzzi, *Laboratorio di psicologia, gelatina a sviluppo, 1900.*

La fotografia venne realizzata dal reggiano Giuseppe Fantuzzi, fotografo professionista, per l'album approntato per l'esposizione internazionale di Parigi del 1900, dove il San Lazzaro vinse la Medaglia d'oro.

I primi laboratori vennero aperti sotto la direzione di Carlo Livi (direttore 1873-77) e potenziati dal suo successore Augusto Tamburini (1877-1907), che aprì anche il laboratorio di psicologia qui raffigurato.

Sezione 9

Le Cure Primarie

- 9.1 L'organizzazione delle Cure Primarie
- 9.2 Nuclei di Cure Primarie, Case della Salute e associazionismo medico
- 9.3 La rete delle cure domiciliari
- 9.4 I percorsi di cura
- 9.5 I progetti e gli studi

9.1. L'organizzazione delle Cure Primarie

L'Azienda USL di Reggio Emilia conta sei Dipartimenti Cure Primarie, uno per distretto, che sono organizzati in Nuclei di Cure Primarie (NCP).

L'unitarietà della programmazione, organizzazione e valutazione dei processi e dei percorsi nell'ambito delle cure primarie è assicurata dal Programma Cure Primarie.

In Provincia di Reggio Emilia vi sono in totale 23 NCP, a cui appartengono 333 Medici di Medicina Generale (MMG) e 88 Pediatri di Libera Scelta (PLS). Ciascun NCP ha un coordinatore la cui nomina avviene per elezione fatta da tutti i MMG, PLS e MCA (Medici di Continuità Assistenziale - ex guardia medica) del NCP. Tutti i coordinatori attualmente sono MMG.

Nel 2011 le Unità Pediatriche di Cure Primarie (UPCP), strutture organizzative specifiche della Pediatria di Libera Scelta, hanno consolidato la loro presenza sul territorio attraverso la pianificazione di incontri distrettuali e la partecipazione al progetto sui Profili di salute pediatrici, realizzato in collaborazione con la Jefferson University di Philadelphia e la Regione Emilia-Romagna.

Il servizio di continuità assistenziale è organizzato su base distrettuale. In provincia sono attivi 21 punti di guardia medica prefestiva/festiva e notturna. Nel 2011 sono state erogate dai 121 medici di continuità assistenziale complessivamente 132.335 ore di attività. In totale sono state eseguite 96.154 prestazioni, di cui 55.507 visite ambulatoriali, 27.072 consigli telefonici e 14.575 visite domiciliari.

Dal settembre 2009, poi, è attivo un ambulatorio pediatrico di continuità assistenziale diurna nei giorni prefestivi (dalle ore 14,00 alle ore 20,00) e festivi (dalle ore 8,00 alle ore 20,00).

L'ambulatorio è situato presso il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia: i bambini sono accolti dagli infermieri del triage del Pronto Soccorso e solo i codici bianchi vengono indirizzati a questo ambulatorio.

9.2. Nuclei di Cure Primarie, Case della Salute e associazionismo medico

Nel 2011 l'Azienda USL di Reggio Emilia ha partecipato alla compilazione del questionario regionale on-line sulle caratteristiche organizzative e le attività svolte nei Nuclei di Cure Primarie. Tale questionario ha permesso di mettere in evidenza il personale dedicato all'assistenza dei cittadini del NCP, la dotazione strumentale e tecnologica presente, l'associazionismo dei medici del nucleo, le attività assistenziali e non, svolte da personale medico ed infermieristico.

Dai dati raccolti nel 2011 emerge che gli assistiti medi di un MMG sono 1.349 e di un PLS 813, il numero medio di MMG in NCP è di 15 e gli assistiti medi per NCP sono 19.650.

Tutti i NCP hanno una sede organizzativa, nel 26% dei casi tale sede è presso una medicina di gruppo o ospita una medicina di gruppo, nel 30% è garantita l'apertura ambulatoriale per 12 ore, nel 61% si fa attività assistenziale (educazione terapeutica, servizio di prenotazione esami, distribuzione diretta di farmaci, punto prelievi, ambulatorio per patologia, ecc). Il servizio infermieristico territoriale è organizzato per NCP nel 87% dei casi.

Il coordinamento tra MMG e infermieri si realizza principalmente tramite condivisione della cartella integrata al domicilio del paziente.

Le sedi di NCP, in una prospettiva temporale a medio termine, dovrebbero strutturarsi in vere e proprie Case della Salute, punto di riferimento per i cittadini. L'istituzione delle Case della Salute, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, favorisce l'integrazione ed in questo rappresenta un potenziamento del sistema delle cure primarie.

A Dicembre 2011 è stata attivata la Casa della Salute di S. Ilario, nel Distretto di Montecchio. Questa struttura è sede del NCP ed costituita da ambulatori specialistici, punto prelievi, punto accettazione/prenotazione esami, medicina di gruppo, Pediatria di Comunità, Salute Donna e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Accoglierà la prima medicina di gruppo pediatrica del Distretto (tre pediatri); è in progetto la costituzione di analoga forma associata di tre MMG.

A Puianello, zona sud del Distretto di Reggio Emilia, è stato rogitato l'immobile che dovrà ospitare la Casa della Salute. Si sta procedendo alla predisposizione del progetto esecutivo da presentare in Regione per i finanziamenti e si sta valutando la fattibilità tecnico economica dell'installazione di pannelli solari termici, fotovoltaici e di altre tecnologie innovative finalizzate al risparmio energetico.

Nel 2011, nel Distretto di Guastalla, la Casa della Salute di Novellara ha affrontato la riorganizzazione degli spazi per poter accogliere nel 2012 una medicina di gruppo di MMG, mentre a Reggio Emilia i nuovi interventi strutturali hanno permesso l'ingresso nella struttura di un nuovo PLS che si affianca ad una già presente medicina di gruppo di MMG.

A fine 2011 nel Comune di Fabbrico, Distretto di Correggio, sono terminati i lavori di ristrutturazione ed è stato rogitato l'immobile destinato alla Casa della Salute, operativo da aprile 2012 per quanto riguarda le attività del Distretto, e da giugno 2012 per il trasferimento in sede degli ambulatori dei MMG.

Nel Distretto di Scandiano sono previste due Case per la Salute, a Casalgrande e Castellarano. Nel 2011 i finanziamenti regionali per Castellarano sono stati assegnati e deliberati e l'Azienda sta realizzando un primo progetto di fattibilità in accordo con il Comune di Castellarano che ha messo a disposizione l'area, mentre i finanziamenti ministeriali per Casalgrande sono ad oggi ancora sospesi.

La futura Casa della Salute di Villa Minozzo, Distretto di Castelnovo Monti, attualmente accoglie l'ambulatorio infermieristico, lo psichiatra di NCP, il Servizio Salute Donna e l'ambulatorio pediatrico. L'esigenza di inserire in tempi rapidi anche una medicina di gruppo di MMG richiede la ristrutturazione dell'immobile e la revisione degli attuali percorsi assistenziali.

Nel 2011 le forme associative della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta hanno coinvolto l'88% dei professionisti. Al 31/12/2011 erano presenti in provincia 21 medicine di gruppo (con 89 MMG aderenti) e 45 in rete (ne fanno parte 214 MMG), 5 pediatrie di gruppo (con 20 PLS aderenti) e 10 pediatrie in associazione (con 32 PLS aderenti).

16 medicine di gruppo (in totale 67 MMG) hanno il collaboratore infermieristico, a fronte di 7 MMG in rete. 18 medicine di gruppo (in totale 75 MMG) hanno il collaboratore di studio, a fronte di 53 MMG in rete e di 2 MMG singoli. I PLS che hanno un collaboratore di studio sono 24.

12 medicine di gruppo (56 MMG) e 13 MMG appartenenti a medicine in rete offrono il servizio Medicup di prenotazione visite specialistiche ed esami; a questi si aggiungono 106 farmacie (Farmacup).

Inoltre, sempre per migliorare l'accessibilità alle cure primarie, si è puntato anche sull'aumento dell'orario dell'attività ambulatoriale di MMG e PLS; le disponibilità di estensione degli orari di apertura degli studi sono riportate nella tabella seguente.

Tabella n. 217. **Disponibilità di estensione degli orari di apertura degli studi**

Estensione apertura ambulatorio	7^ ora	8^ ora	9^ ora	10^ ora	11^ ora	12^ ora	Totale
MMG	221	13	3	3	7	52	299
PLS	36	3	13				52
Totale	257	16	16	3	7	52	351

La Sanità On LinE - SOLE

Il Progetto SOLE, promosso e ideato dalla Regione Emilia-Romagna, prevede la realizzazione di una rete integrata a livello aziendale fra i Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta e gli altri presidi sanitari del territorio regionale.

Lo scopo del progetto è quello di garantire maggiore qualità ed efficienza nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, mediante la predisposizione e l'implementazione del Fascicolo Sanitario e Socio-sanitario elettronico personale e di una piattaforma tecnologica di interconnessione nel rispetto dei requisiti di sicurezza.

Il numero di MMG collegati a SOLE al 31/12/2011 è di 330 su 333, il numero di PLS è di 85 su 88 (compresi i MMG e o PLS incaricati).

Il numero di prescrizioni fatte in modalità SOLE nel 2011 dai MMG è stato di 1.373.056 e dai PLS di 89.800. Di queste, 593.321 sono state prenotate sempre con il circuito Sole. Sono tornati al medico prescrittore 292.794 referti di laboratorio, 44.879 referti di radiologia, 95.211 referti di specialistica.

Nel 2011 è stato rivisto il sistema di acquisizione del consenso al trattamento dei dati, in ottemperanza alla Circolare Regionale 6/2009.

Sta proseguendo la distribuzione, ai nuovi MMG e PLS convenzionati, della smart card per l'invio dei certificati elettronici di malattia e la firma digitale.

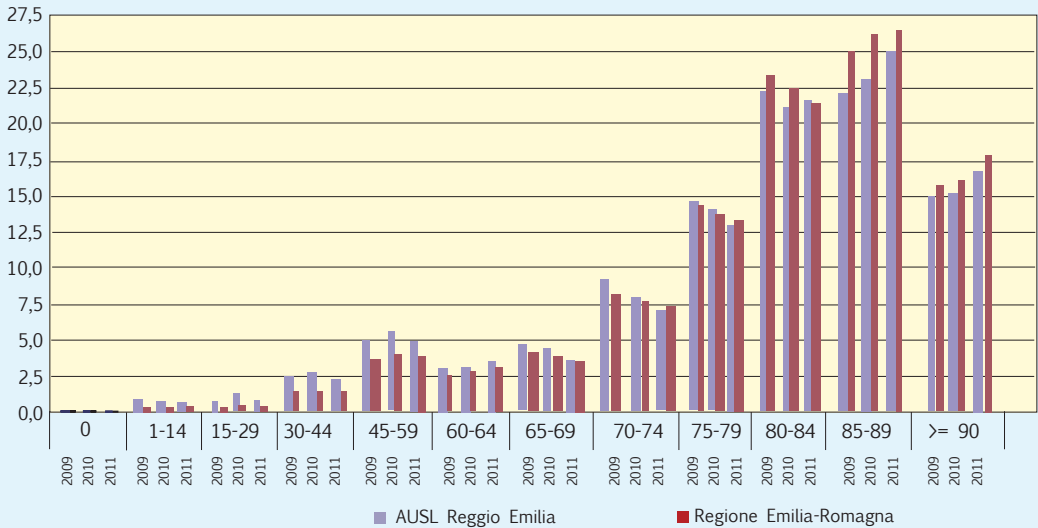
Nel corso del 2011 si è completata l'informatizzazione degli studi degli specialisti ambulatoriali, fornendo i PC agli odontoiatri del Distretto di Reggio Emilia.

CUP2000 ha iniziato l'operazione di messa in rete dei PLS rivedendo le reti già presenti. I Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta sono stati abilitati all'utilizzo della piattaforma regionale SELF per la partecipazione a sessioni di formazione in modalità E-learning.

9.3. La rete delle cure domiciliari

Assistenza domiciliare

Grafico n. 183. Percentuale di pazienti assistiti in assistenza domiciliare per classi d'età, anni 2009-2011

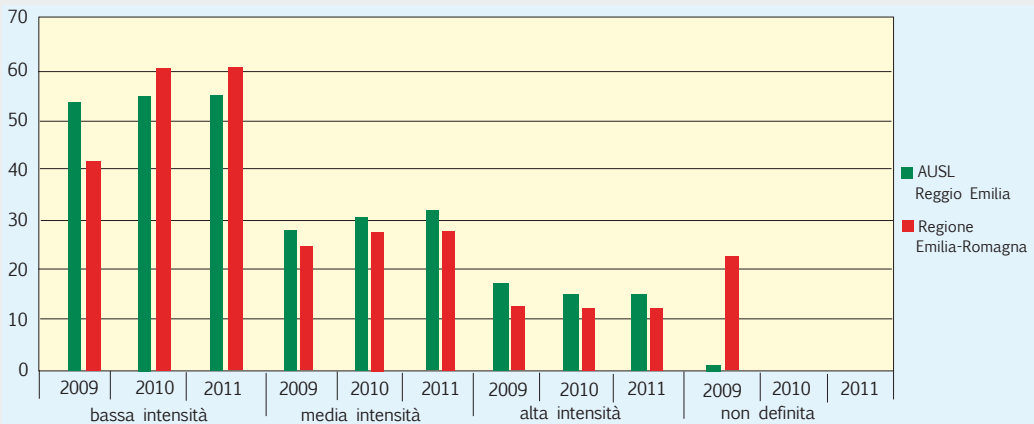


Fonte: Banca dati ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), Regione Emilia-Romagna

La Provincia di Reggio Emilia mantiene nel triennio una maggior presa in cura dei pazienti tra 0 e 69, mentre per le fasce d'età 70-74 e 75-79 nel 2011 si nota un decremento rispetto alla media regionale, seppure in linea con l'andamento in calo in tutta la Regione. Nel 2011 aumenta, invece, superando la media regionale, la quota di pazienti seguiti a domicilio con età compresa tra 80-84. Nelle successive classi d'età la percentuale aziendale rimane nel triennio inferiore alla media regionale, seppure con andamento in crescita ed in linea con la Regione.

Rimane sempre importante l'impegno per l'assistenza ai bambini/ragazzi (97 nel 2011) e di questi in particolar modo ai piccoli pazienti gravissimi, dove l'assistenza domiciliare costituisce anche un punto di riferimento per i genitori già in grande difficoltà.

Grafico n. 184. Percentuale di Tipologia di Assistenza Domiciliare (TAD) per livello di intensità assistenziale, anni 2009-2011



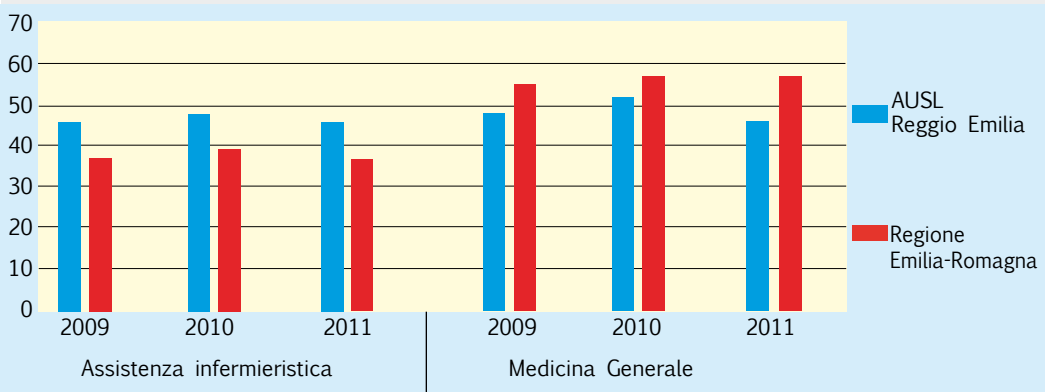
Fonte: Banca dati ADI, Regione Emilia-Romagna

Si nota un andamento costante nel triennio nella tipologia “bassa intensità assistenziale” per le persone in carico all’Azienda USL di Reggio Emilia, inferiore al dato regionale per il biennio 2010-2011, un lieve incremento nella tipologia “media intensità” nel triennio 2009-2011, superiore al dato medio regionale, una lieve diminuzione dei pazienti in “alta intensità”, superiore alla media regionale. Si evidenzia inoltre un miglioramento nell’ultimo biennio nel delineare i livelli di intensità, non vi sono infatti TAD dove non è definita l’intensità.

362

Complessivamente sono stati assistiti a domicilio nel 2011, nelle diverse tipologie di assistenza (bassa, media, alta) 12.414 persone.

Grafico n. 185. Percentuale di TAD per tipologia di assistenza, anni 2009 - 2011



Fonte: Banca dati ADI, Regione Emilia-Romagna

I dati mostrano un lieve calo sia per l’assistenza medica che infermieristica nel 2011 rispetto all’anno precedente.

Complessivamente nel 2011 gli accessi da parte dei Medici di Medicina Generale sono stati 90.807 e da parte del personale infermieristico 170.796.

I dati non riportano l'attività in equipe con i Servizi Sociali degli Enti Locali dovuto a un diverso sistema informatico.

Hospice

Nella Provincia di Reggio Emilia sono presenti due hospice: l'Hospice Area Nord (Correggio-Guastalla), aperto nel 2008 e l'Hospice Casa Madonna dell'Uliveto di Albinea. Il primo è collocato nel contesto ospedaliero di Guastalla, è dotato di 14 stanze singole con bagno. Secondo il modello già realizzato presso l'Hospice Casa Madonna dell'Uliveto di Albinea, la responsabilità gestionale è affidata ad un coordinatore infermieristico e la responsabilità clinico-terapeutica dei pazienti è posta in capo ad un gruppo di Medici di Medicina Generale che si possono avvalere delle consulenze dei medici ospedalieri e dei servizi generali e diagnostici dell'ospedale.

L'Hospice Casa Madonna dell'Uliveto di Albinea è una struttura dotata di 12 posti letto con assistenza medica fornita dai Medici di Medicina Generale ed è nata grazie alla collaborazione tra l'Azienda USL di Reggio Emilia e la Cooperativa Sociale Madonna dell'Uliveto.

Nel 2011 le azioni perseguite sono state:

- consolidamento e sviluppo delle attività dell'Hospice Area Nord, quale servizio parte della rete di cure palliative;
- condivisione fra Hospice Madonna dell'Uliveto ed Hospice Area Nord degli strumenti di documentazione del percorso di cura del paziente;
- condivisione di strumenti di accreditamento e di valutazione della qualità.

Tabella n. 218. **Alcuni dati dei 2 hospice della Provincia di Reggio Emilia nel triennio 2009-2011**

	2009			2010			2011		
	Dimessi	% deceduti sul tot. dei dimessi	Degenza media (gg.)	Dimessi	% deceduti sul tot. dei dimessi	Degenza media (gg.)	Dimessi	% deceduti sul tot. dei dimessi	Degenza media (gg.)
Hospice Albinea	243	72,4	17,7	209	75,1	19,9	237	70,9	18,2
Hospice Area Nord	159	86,16	16,6	190	86,8	17,3	232	81,9	16,1

9.4. I percorsi di cura

I percorsi di gestione integrata delle patologie croniche attivati in azienda vengono rilevati annualmente nel "Questionario Regionale on-line sui Nuclei di Cure Primarie".

Tabella n. 219. **Pazienti arruolati e MMG e PLS aderenti ai percorsi di gestione integrata delle patologie croniche**

	Pazienti arruolati	MMG/PLS aderenti
Terapia anticoagulante orale	2.805	241
Diabete	6.425	283
Insufficienza respiratoria cronica	602	242
Insufficienza renale	824	210
Programma Leggieri	1.663	298
Scompenso cardiaco	1.213	236
Paziente oncologico	33	31
Bambino affetto da patologie croniche	53	40
Cure palliative	153	128

Tra i percorsi di cura, dal 2011 è inserito anche il Progetto “bimbo nato sano” che prevede la presa in carico precoce da parte del PLS dopo la dimissione dall’ospedale. I bambini arruolati in questo percorso nel 2011 sono stati 2.219 da parte di 86 PLS.

Per quanto riguarda il percorso del diabete mellito, nel dicembre 2011 è stato avviato il registro provinciale in collaborazione con il Servizio di Epidemiologia. Il coordinamento interaziendale ha affrontato temi relativi alla razionalizzazione nell’utilizzo dei presidi e al miglioramento dei percorsi. Nella primavera del 2011 è stato presentato il protocollo di gestione integrata del paziente con insufficienza renale progressiva relativo alle indicazioni di prescrizione dei presidi e all’autocontrollo glicemico e, nei diversi ospedali/distretti, sono stati fatti gli adeguamenti organizzativi necessari per rendere operativo il nuovo protocollo. Parallelamente è stata aumentata l’offerta da parte dei nefrologi di ore dedicate alla gestione del paziente, attraverso l’apertura di un ambulatorio dedicato in ogni distretto. Il coordinamento interaziendale ha affrontato il tema dello screening del diabete in gravidanza, secondo quanto introdotto dalle nuove linee guida nazionali per la gravidanza fisiologica. Nel Distretto di Reggio Emilia, a sei mesi dalla presentazione del protocollo, è stato fatto un audit con i Medici di Medicina Generale suddivisi per nucleo e con i nefrologi ospedalieri per valutare le criticità emerse nell’applicazione del nuovo protocollo e le proposte di miglioramento.

Si è conclusa la revisione del protocollo di gestione integrata del paziente con insufficienza renale progressiva. È stata aumentata l’offerta da parte dei nefrologi di ore dedicate con l’apertura di un ambulatorio in ogni distretto.

Nell’ambito del Programma Leggieri, il 2011 ha visto la presenza di uno psichiatra di riferimento per ognuno dei 23 NCP aziendali. È stata garantita la continuità fra consultazione, consulenza e trattamenti brevi in tutti i distretti (in 4 distretti su 6 dallo Psichiatra di Nucleo). A Reggio Emilia il servizio di consulenza

psichiatrica per i Medici di Medicina Generale viene effettuato presso due sedi di NCP. Nel corso dell'anno 2011 le consulenze ai MMG sono state 1.978 e le persone direttamente gestite dal MMG con consulenza psichiatrica 1.604.

Per quanto riguarda il percorso oncologico, nei distretti dell'Azienda USL è stato implementato il percorso di cura integrato del paziente oncologico e la rete territoriale di cure palliative, in particolare attraverso:

- l'implementazione e il monitoraggio di procedure aziendali inerenti:
 - valutazione e gestione del dolore cronico e neoplastico sia in ospedale che sul territorio;
 - attivazione ADI cure palliative per pazienti con malattia oncologica e non;
 - attivazione della consulenza psicologica;
 - buona pratica di comunicazione della cattiva notizia;
 - criteri e modalità di ingresso in Hospice,
 - dimissioni ordinarie ed urgenti dall'Hospice;
- la sperimentazione della consulenza inter-pares fra MMG che assistono a domicilio pazienti in fase avanzata di malattia in ADI Cure Palliative;
- il consolidamento dell'inserimento del supporto psicologico offerto al paziente ed ai congiunti seguiti presso tutti i Day Hospital ospedalieri ed i servizi territoriali in tutti i distretti;
- il monitoraggio degli indicatori condivisi in riferimento a tutto il percorso di cura. Gli indicatori monitorati prevedono anche l'utilizzo di strumenti per la valutazione della qualità percepita dai cittadini/utenti per la fase avanzata di malattia;
- l'implementazione della scheda clinico-assistenziale integrata con strumenti specifici di gestione delle cure palliative;
- integrazione fra ospedale e territorio finalizzata alla presa in carico precoce in cure palliative ed al mantenimento di continuità assistenziale attraverso le dimissioni protette;
- la promozione dei percorsi di formazione-intervento con i professionisti del territorio, degli Hospice e dei dipartimenti internistici per diffondere la cultura delle cure palliative.

È proseguita la collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia e con l'Hospice Casa Madonna dell'Uliveto con rinnovo della convenzione finalizzata alla condivisione ed allo sviluppo della formazione in coerenza al modello organizzativo della rete.

9.5. I progetti e gli studi

I Profili di Salute

È proseguito anche nel 2011 per i Medici di Medicina Generale il progetto "Analisi dei profili di salute", condotto in collaborazione con l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale e il Center for Research in Medical Education and Health Care della Thomas Jefferson University di Philadelphia (USA). Da alcuni anni i profili di salute sono oggetto di analisi da parte dei Medici di Medici Generali dei Nuclei di Cure Primarie per migliorare e uniformare verso le migliori pratiche la gestione

dei pazienti in carico. I profili di salute dal 2010 vengono prodotti anche per i bambini in carico ai Pediatri di Libera Scelta a livello distrettuale, con la medesima finalità per la popolazione pediatrica. Nel 2011 sono stati elaborati profili di salute riferiti ai dimessi dai cinque ospedali del Presidio dell’Azienda USL e dall’Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, che saranno oggetto di confronto nel 2012 tra MMG e specialisti ospedalieri all’interno dei board distrettuali per l’appropriatezza.

Obesità infantile

Nell’ambito di interventi di prevenzione e promozione della salute nei bambini, nel 2011 è stato avviato il progetto di valutazione dell’efficacia di un intervento di counseling rivolto a bambini in sovrappeso (trial randomizzato e controllato). L’obiettivo è di valutare l’efficacia dell’intervento di counseling a un anno dalla presa in carico, in termini di variazione del valore di BMI (Body Mass Index), di modifica delle abitudini nutrizionali e/o di attività fisica. Il progetto è stato preceduto, nel periodo da ottobre 2009 a dicembre 2010, dal controllo del BMI percentile su tutta la popolazione assistita dai Pediatri di Libera Scelta della provincia nella fascia d’età tra 3 e 14 anni. Questa fase ha permesso di identificare, attraverso parametri oggettivi (le scale di Cole, validate a livello internazionale) 7.208 bambini e ragazzi in sovrappeso (44,3%) o obesi (55,7%), sui quali i Pediatri di Libera Scelta hanno rilevato anche altri parametri (circonferenza vita, età gestazionale, peso alla nascita, peso dei genitori, allattamento al seno, tipo di svezzamento, attività fisica) registrati on-line in una scheda informatizzata.

Nel primo semestre 2011 è stata fatta la formazione a tutti i Pediatri di Libera Scelta sul colloquio motivazionale (counseling) in collaborazione con il Centro regionale di didattica multimediale Luoghi di Prevenzione. Nel corso di una prima visita ambulatoriale i Pediatri di Libera Scelta hanno individuato i bambini sovrappeso di età compresa fra i 4 e i 7 anni che soddisfacevano i criteri di eleggibilità stabiliti nel protocollo di studio approvato dal comitato etico. I Pediatri di Libera Scelta hanno inoltre presentato lo studio ai bambini e ai loro genitori e hanno richiesto l’adesione (consenso informato e assenso al trattamento dei dati personali). Degli 804 bambini valutati, 418 sono risultati eleggibili. Hanno dato il consenso a partecipare allo studio l’88,8% degli eleggibili. Il Servizio di Epidemiologia aziendale ha proceduto alla randomizzazione nei due gruppi: “trattati”, cioè oggetto dell’intervento di counseling, e “controlli”. Ai bambini di entrambi i gruppi i Pediatri di Libera Scelta hanno sottoposto un questionario sulle abitudini alimentari e sull’attività fisica. La fase operativa dello studio è iniziata a giugno 2011. Ai bambini del gruppo di intervento i Pediatri di Libera Scelta stanno effettuando un counseling con cadenza trimestrale, mentre al gruppo di controllo sono rivolte le usuali informazioni sulla prevenzione dell’obesità che il Pediatra di Libera Scelta già comunemente fornisce durante il bilancio di salute annuale. A giugno 2012 verrà riproposto il questionario sulle abitudini alimentari e sull’attività fisica, sia ai bambini trattati che ai controlli. Lo studio terminerà nella seconda metà del 2012.



G. Fantuzzi, *Esquirol, sala da pranzo per la seconda classe, gelatina a sviluppo, 1900.*

La fotografia venne realizzata dal reggiano Giuseppe Fantuzzi, fotografo professionista, per l'album approntato per l'esposizione internazionale di Parigi del 1900, dove il San Lazzaro vinse la Medaglia d'oro.

L'immagine ritrae il refettorio maschile di seconda classe, nel comparto uomini.



G. Fantuzzi, *Esquirol, il refettorio di terza classe, gelatina a sviluppo, 1900.*

La fotografia venne realizzata dal reggiano Giuseppe Fantuzzi, fotografo professionista, per l'album approntato per l'esposizione internazionale di Parigi del 1900, dove il San Lazzaro vinse la Medaglia d'oro.

L'immagine ritrae il refettorio maschile di terza classe, molto meno elegante rispetto a quelli delle due classi superiori. Le classi dei ricoverati erano in totale quattro.

Sezione 10

Area Vasta Emilia Nord

Premessa

10.1 Acquisti centralizzati

10.2 Progetto di logistica integrata – magazzino centralizzato

10.3 Adozione e implementazione di nuovi schemi organizzativi

10.4 Integrazione in ambito amministrativo-gestionale e clinico-assistenziale

Premessa

L'Area Vasta Emilia Nord (AVEN) è l'Associazione volontaria delle 7 Aziende Sanitarie presenti sul territorio della Regione Emilia Romagna che comprende le Province di Piacenza, Parma, Reggio Emilia e Modena:

- Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza
- Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma
- Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
- Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
- Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
- Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena
- Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena

Attualmente è presieduta dal Direttore Generale dell'Azienda USL di Parma ed ha la sede operativa presso l'Azienda USL di Reggio Emilia. L'Associazione ha come principale obiettivo lo sviluppo e l'implementazione di attività finalizzate a favorire processi di aggregazione a livello di Area Vasta, in coerenza con le indicazioni programmatiche e con gli indirizzi regionali in materia, al fine di favorire sinergie e condivisione di risorse e contribuire alla omogeneizzazione dell'offerta assistenziale sui migliori standard qualitativi.

Nel primo semestre 2011, le Aziende dell'Area Vasta Emilia Nord hanno operato per dare continuità e consolidare le iniziative ed i progetti già in essere, inserendoli coerentemente nel quadro giuridico ed organizzativo scaturito dalle indicazioni regionali, poi raccolte nella DGR 927 del 27 giugno 2011, cercando di individuare nuovi modelli organizzativi, in grado di garantire funzionalità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse. Il 7 settembre 2011 è stato approvato dall'Assemblea dei Direttori Generali l'"Accordo Quadro" costitutivo dell'Area Vasta, successivamente trasmesso ai Presidenti delle Conferenze Territoriali delle Province di riferimento dell'Area Vasta Emilia Nord, che hanno proceduto all'esame ed alla sua approvazione. Si è proceduto anche all'informazione ed al confronto con le Organizzazioni Sindacali, mediante la convocazione di 3 incontri specifici al termine dei quali le OO.SS. hanno concordato alcune osservazioni sul testo loro sottoposto.

10.1. Acquisti centralizzati

In questo settore si registra un costante incremento delle attività, favorito dall'adozione di modelli organizzativi più strutturati (Dipartimento Interaziendale Acquisti), da un livello di programmazione stringente e costantemente monitorato, dall'abitudine ormai consolidata a procedere nell'ottica della suddivisione del lavoro e dell'integrazione di risorse. Si è puntato soprattutto a migliorare le tempistiche, che sono strettamente connesse alla capacità di far lavorare in sinergia i vari professionisti coinvolti nelle procedure di gara, con particolare riferimento a coloro (clinici, farmacisti, ingegneri clinici) che presiedono alle fasi di selezione/valutazione dei prodotti, definizione dei requisiti e delle esigenze cliniche.

A tale proposito si segnala l'attivazione di un gruppo di lavoro di farmacisti, con specifica competenza e conoscenza nel settore dei Dispositivi Medici (DM), incaricato di fungere da riferimento per i Servizi Provveditorato per le problematiche relative alle procedure di gara per l'acquisizione di DM e finalizzato anche a garantire

adeguato flusso informativo nei Servizi Farmacia delle Aziende sull'andamento e sulle scelte operate per le singole gare; analogamente anche i Servizi di Ingegneria Clinica delle Aziende AVEN hanno proceduto ad una suddivisione di compiti, con la definizione di referenti per le specifiche gare programmate, in stretto rapporto con la struttura del Dipartimento Interaziendale Acquisti.

È in fase di implementazione il sistema per la produzione di una reportistica inerente gli esiti di gara e la valutazione della performance di tale attività.

Si è dato continuità al lavoro di monitoraggio dell'adesione alla gara farmaci e alla gara per l'acquisizione di endoprotesi coronariche.

L'Area Vasta Emilia Nord ha definito la propria programmazione degli acquisti per il biennio 2011 - 2012 in coerenza con la configurazione del sistema regionale degli acquisti strutturato su tre livelli di aggregazione diversificati: regionale, di area vasta e aziendale.

La riorganizzazione dei Servizi Acquisti, secondo una logica dipartimentale, ha permesso una più incisiva regia nella programmazione e conduzione delle gare centralizzate e un maggiore presidio sull'andamento delle attività, sia in termini gestionali, che di risultato. La programmazione degli acquisti 2011 - 2012, in coerenza con la pianificazione 2010 - 2011, si è in particolare concentrata sull'esigenza di completare l'unificazione dei contratti per la fornitura dei dispositivi medici che saranno gestiti nell'ambito del sistema della Logistica Integrata. La programmazione è soggetta a periodici aggiornamenti in relazione allo stato di avanzamento delle procedure di gara e al coordinamento con le scelte di acquisto a livello regionale e a livello aziendale.

Tabella n. 220. **Gare di Area Vasta e risultati economici conseguiti**

N. Gare programmate per il biennio 2011 - 2012	117
N. Gare aggiudicate nell'anno 2011	42
N. Procedure in corso di svolgimento al 31.12.2011	16
N. Gare avviate al 31.12.2011	27
N. Gare programmate ancora da avviare	32
Valore dei contratti definiti nel corso dell'anno 2011	€. 171.401.811,69
Stima dei risparmi indotti	11,3%
N. Procedure di proroga/rinnovo concluse nel 2011	24

Per quanto concerne i rapporti con l'Agenzia Regionale Acquisti, è proseguita la collaborazione per l'attuazione della programmazione gare, assicurando:

- la partecipazione del Direttore Operativo e del Responsabile del Dipartimento Interaziendale Acquisti di AVEN alle attività del Comitato Operativo di Intercent-ER;
- l'attività di coordinamento e raccordo della Direzione Operativa tra Intercent-ER, le Direzioni Aziendali, le strutture (Provveditorati, Servizi di Farmacia, di Ingegneria Clinica, ecc.) ed i professionisti coinvolti nelle gare;
- la partecipazione dei professionisti nominati dalle Direzioni Aziendali alle attività delle commissioni e gruppi di lavoro convocati da Intercent-ER;
- l'attività dei Servizi Provveditorato, dei Servizi di Farmacia ed Ingegneria Clinica

per la trasmissione ad Intercent-ER di tutti i dati (fabbisogni, prezzi, tipologia di prodotti, segnalazioni, variazioni, ecc.), sia per la fase di preparazione delle procedure di gara, che per la fase di applicazione delle convenzioni.

Relativamente alle adesioni alle convenzioni Intercent – ER, il valore complessivo degli “ordinativi di fornitura” emessi dalle Aziende associate all’AVEN nel 2011 risulta pari ad €. 71.903.475,51. Per quanto riguarda l’Azienda USL di Reggio Emilia nel 2011 corrisponde a €. 13.240.000,00.

Si segnala la recente aggiudicazione della gara per l’acquisizione del principio attivo Filgrastim (per il quale sono oggi disponibili farmaci biosimilari) per il consistente risultato economico raggiunto: l’applicazione del nuovo prezzo (10,85€/fl vs 49€/fl precedente) corrisponde ad un risparmio di quasi 2 milioni di euro annui, calcolato sui consumi AVEN dell’anno 2010.

Nel corso del 2011, inoltre, è stata avviata una collaborazione con l’Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale e con la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, volta a produrre sinergie per la fase di selezione e valutazione di prodotti specialistici a rilevante impatto dal punto di vista tecnico-scientifico ed economico; tale lavoro è direttamente collegato anche all’espletamento a livello regionale di alcune importanti gare (DM per oculistica, endoprotesi coronariche, farmaci innovativi, biosimilari, materiale protesico), per le quali si cerca di favorire un maggior raccordo e scambio tra le strutture delle 3 Aree Vaste.

10.2. Progetto di logistica integrata - magazzino centralizzato

Le attività connesse alla costruzione dell’edificio sono state ultimate e la struttura è stata consegnata dalla ditta appaltatrice. Nel primo semestre 2011 si è proceduto all’aggiudicazione dell’appalto per l’allestimento della struttura e l’affidamento dei servizi connessi alla sua gestione. Non è però stato possibile giungere alla firma del contratto a causa della presentazione, da parte di uno dei soggetti risultati non aggiudicatari, di un ricorso sul quale il TAR si è espresso a novembre. Tale sentenza ha però comportato l’attivazione delle procedure di ricorso al Consiglio di Stato con richiesta di sospensione cautelare della sentenza del TAR di Parma.

È stato elaborato dal Comitato Tecnico e dall’Assemblea e successivamente adottato, da parte di tutte le Aziende AVEN, l’Accordo di programma per la regolamentazione dei rapporti relativi alla gestione del Polo Logistico.

Sono proseguiti i lavori del gruppo incaricato di definire le procedure informatiche ed operative finalizzate all’attivazione dell’anagrafica centralizzata dei beni sanitari, che ha concluso la fase preliminare con l’organizzazione di momenti formativi destinati agli operatori delle aziende interessati.

10.3. Adozione e implementazione di nuovi schemi organizzativi

Relativamente a tale settore, la programmazione AVEN prevedeva le seguenti direttrici di attività:

- consolidamento delle attività del Dipartimento Interaziendale Acquisti;
- proseguimento delle attività della Commissione Farmaco di Area Vasta, con il coordinamento e supporto del CeVEAS: la Commissione Farmaco si è riunita mensilmente, ha provveduto all'aggiornamento del Prontuario Terapeutico AVEN, all'approfondimento del ruolo in terapia di specifici gruppi di farmaci (anche tramite il coinvolgimento capillare dei clinici utilizzatori), a iniziative di monitoraggio/verifica di dati di utilizzo, all'approfondimento di tematiche relative ai farmaci, connesse ai processi di acquisizione;
- definizione di una procedura per la vigilanza e l'attivazione di sistemi di allerta nel caso di difettosità, incidenti, ritiri o altri eventi connessi all'utilizzo di beni sanitari: tale procedura è in corso di validazione presso le strutture interessate delle aziende associate;
- iniziative per promuovere il coordinamento delle Commissioni Aziendali per i Dispositivi Medici (CADM) e giungere alla costituzione di una Commissione di Area Vasta dei dispositivi medici e materiale protesico. Sono emerse criticità di risorse e resistenze che hanno impedito di procedere nell'attivazione di un percorso condiviso.

Occorre trovare modalità organizzative più funzionali e coerenti, almeno per i beni sanitari oggetto di centralizzazione logistica, per i quali sarà necessario prevedere anche attività di valutazione e selezione centralizzate.

10.4. Integrazione in ambito amministrativo-gestionale e clinico-assistenziale

373

Sono proseguite, sia pure con modalità diversificate fra gruppo e gruppo, le attività finalizzate al raggiungimento di obiettivi di integrazione sia in ambito amministrativo-gestionale, che clinico-assistenziale.

In particolare si segnala l'attività svolta dai gruppi di area clinico-assistenziale: gruppo referenti specialistica, gruppo laboratori, gruppo responsabili formazione, gruppo prescrizione informatizzata del farmaco (progetto di modernizzazione Prisma), gruppo responsabili dipartimenti di sanità pubblica.

Per quanto concerne i gruppi di area amministrativo-gestionale, si segnalano le attività svolte dal gruppo dei responsabili risorse umane, gruppo normativa appalti, gruppo responsabili servizi di prevenzione e protezione, gruppo assicurazioni, gruppo responsabili servizi bilancio. Infine, si segnala l'attivazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare per la definizione di comuni orientamenti applicativi della Legge 136/2010 "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia".



G. Fantuzzi, *Il dormitorio*, gelatina a sviluppo, 1910.

La fotografia venne realizzata dal reggiano Giuseppe Fantuzzi, fotografo professionista, per l'album approntato per l'esposizione internazionale di Parigi del 1900, dove il San Lazzaro vinse la Medaglia d'oro.

La fotografia raffigura il dormitorio del comparto donne.

Sezione 11

Il patrimonio culturale del San Lazzaro: storia e prospettive

- 11.1 Cenni storici sull'area ex San Lazzaro
- 11.2 La biblioteca scientifica Carlo Livi
- 11.3 L'archivio dell'ex Ospedale Psichiatrico
- 11.4 Il futuro museo al Padiglione Lombroso
- 11.5 L'archivio fotografico
- 11.6 Opere d'arte dei ricoverati
- 11.7 La Rivista Sperimentale di Freniatria
- 11.8 Il Centro di documentazione di storia della psichiatria
- 11.9 L'area San Lazzaro

11.1. Cenni storici sull'area ex San Lazzaro

La Direzione dell'Azienda USL di Reggio Emilia e diversi servizi territoriali del Distretto di Reggio Emilia hanno sede all'interno dell'area denominata ex San Lazzaro. Le origini del San Lazzaro risalgono alla seconda metà del XII secolo; l'ospedale sorse come lebbrosario ed era situato in un luogo detto "alla braida del vescovo", tra Porta Castello e Porta S. Pietro. Nel 1217 venne trasferito lungo la Via Emilia a S. Maurizio, in una posizione quindi estremamente idonea ad accogliere i pellegrini, molti dei quali lebbrosi, di ritorno dalla Terrasanta.

Col passare degli anni vi trovò ospitalità un numero sempre maggiore di poveri ed invalidi di ogni sorta e così l'ospedale perse la sua funzione originaria di lebbrosario e divenne un ricovero per malati e mendicanti.

La presenza del primo pazzo venne segnalata nel 1536, ma soltanto nel 1754 Francesco III destinò il San Lazzaro all'accoglienza esclusiva dei malati di mente.

Una vera e propria rivoluzione architettonica si ebbe nel XIX secolo grazie alla volontà di rinnovamento e di riforma di Francesco IV e alla presenza di Antonio Galloni alla direzione del San Lazzaro. Un secondo sviluppo lo si ebbe fra gli anni 1919-1933, in cui l'Istituto fece importanti progressi edilizi e organizzativi.

Scoppiata la guerra, il San Lazzaro, data la sua vicinanza all'aeroporto e alla fabbrica delle Reggiane, fu vittima di ripetuti bombardamenti e subì gravissimi danni, molti ricoverati morirono sotto le macerie finché la Direzione ottenne nel Maggio 1944 l'autorizzazione a poterli sfollare.

Solo nel giugno dell'anno successivo poté riprendere il servizio di ammissione, ed il numero dei ricoverati riprese ad aumentare secondo una progressione crescente a partire dal 1953-1954.

Dalla fine degli anni '60 si avviò una politica di dimissione dei ricoverati, non senza difficoltà ed ostacoli, che passarono da 2.400 a circa un migliaio nel giro di pochi anni; vennero progressivamente abbandonate le vecchie forme di contenzione ancora in uso e adottati nuovi modelli terapeutici. Pochi anni prima era entrato in funzione il Servizio Psichiatrico Provinciale ed era stato aperto il Centro di Igiene Mentale, che funzionava del tutto separatamente, e non senza contrasti, rispetto al San Lazzaro.

La loro riunificazione avverrà solo nel 1980, ma nel frattempo il processo di contestazione delle istituzioni manicomiali si era ulteriormente accelerato e radicalizzato, conducendo alla promulgazione della legge 180/78 che ha abolito il sistema manicomiale, uniformato il trattamento psichiatrico al trattamento sanitario generico e riconosciuta la tutela della libertà e dei diritti del malato di mente depenalizzandone il trattamento. Nello stesso anno furono abbattute le mura di cinta del San Lazzaro, per il quale cominciò un'altra storia.

11.2. La biblioteca scientifica Carlo Livì

Nata come biblioteca dell'Istituto psichiatrico San Lazzaro, è oggi di proprietà dell'Azienda USL di Reggio Emilia. Il patrimonio librario conta quasi 15.000 volumi, di cui 13.000 moderni; le principali aree di interesse sono: psichiatria, psicologia,

pedagogia, medicina legale, farmacologia e tossicologia, oltre a un ricco patrimonio di testi a carattere più generale, di argomento sociologico. Circa 750 titoli di testate compaiono nel fondo storico dei periodici cessati, e oltre 130 sono invece i periodici scientifici correnti, italiani e stranieri.

L'accesso e la consultazione in sede sono aperti a tutti; per il prestito a domicilio è richiesto un recapito (residenza, domicilio, lavoro o studio) in Emilia-Romagna.

Servizi offerti: Consultazione in sede, prestito a domicilio, prestito interbibliotecario, fotocopie, document delivery, consulenza bibliografica, postazioni internet, wi-fi.

La biblioteca rientra nel circuito delle biblioteche della Provincia di Reggio Emilia e aderisce al Sistema Bibliotecario Nazionale (SBN) tramite il polo biblioteche specialistiche di Reggio Emilia.

Da settembre 2011 la biblioteca ha incrementato l'orario di apertura di 11 ore settimanali, con un'apertura al pubblico per 47 ore la settimana, con orario continuato dal lunedì al giovedì; nei mesi estivi è stato aperto al pubblico il cortile interno, con copertura wi-fi.

Nel corso dell'anno sono state realizzate letture, presentazioni di volumi e mostre; la biblioteca ha ospitato anche il corso di scrittura creativa per pazienti del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche.

Grafico n. 186. **Presenze nel 2011**



Grafico n. 187. **Prestiti 2011**



Le persone che hanno frequentato la biblioteca nel 2011 sono state 1.956 (+132 rispetto al 2010), i nuovi iscritti sono stati 163 (+36) ed i prestiti 1.449 (+68).

11.3. L'archivio dell'ex Ospedale Psichiatrico

Il patrimonio archivistico del San Lazzaro è di importanza assoluta nel panorama italiano, poiché conserva una ricca testimonianza di ogni aspetto della vita e della gestione dell'ex Ospedale Psichiatrico San Lazzaro.

Oltre alla sezione amministrativa, la serie principale è costituita dalle cartelle cliniche, di cui si può seguire l'evoluzione a partire dai primi esempi del XIX secolo. Nel 2011 è stato approvato l'ingresso dell'archivio San Lazzaro nel progetto "Carte da legare", promosso dal Ministero dei beni culturali, per la tutela e la valorizzazione del patrimonio archivistico degli ex Ospedali Psichiatrici.

L'archivio dal 2010 partecipa ogni anno alla Settimana della didattica in archivio, organizzata dalla Soprintendenza archivistica per l'Emilia-Romagna, in collaborazione con l'Istituto per i Beni Artistici Culturali e Naturali e con l'Associazione Nazionale Archivistica Italiana - Sezione Emilia-Romagna.

11.4. Il futuro museo al Padiglione Lombroso

Quando le riflessioni nate dalla cultura positivista portarono a nuove idee sulla malattia e la cura e al superamento degli strumenti di contenzione, a Reggio Emilia come in molti altri manicomi, nacque un deposito di antichi strumenti, o "museo di anticaglie", come lo definì il direttore Carlo Livi (1873-1877), che ne fu l'ideatore.

A quel primo nucleo si aggiunsero negli anni strumenti scientifici, oggetti della vita comune e materiali utilizzati nelle officine: la collezione ad oggi consiste di alcune migliaia di pezzi, attualmente ospitati in due locali presso la Biblioteca Livi. Gli oggetti sono stati esposti in mostre nazionali e internazionali, tra cui si segnala per importanza la mostra "Arte, genio, follia" tenutasi a Siena nel 2009.

L'esigenza di garantire una migliore conservazione e di promuovere la conoscenza e la fruizione di un patrimonio così raro e prezioso ha spinto l'Azienda USL a rivolgersi ai musei civici di Reggio Emilia, a cui verrà affidata a breve una importante selezione di questi materiali.

I Musei civici di Reggio Emilia hanno curato il restauro del Padiglione Lombroso, nell'area dell'ex San Lazzaro (intervento realizzato grazie a contributi ministeriali), individuato come la futura sede del museo. Gli oggetti scelti verranno spostati nella nuova sede nel corso del 2012.

Il Padiglione Lombroso costituisce di per sé un documento esemplare della storia della psichiatria.

Costruito nel 1892 come "Casino Galloni" e pensato come padiglione per degenti ricchi, a seguito della legge Giolitti del 1904, fu trasformato in reparto di isolamento per malati criminali: era cinto da mura e poteva ospitare 80-90 malati tra le celle a piano terra e i quattro dormitori al piano superiore.

L'accurato restauro filologico, nel rispetto della conformazione originaria dei suoi spazi, materiali e cromatismi, ha saputo mantenere l'atmosfera di questo luogo, lasciando trasparire i segni lasciati dagli uomini e dal tempo: spiccano in particolare i toccanti graffiti nelle celle e i disegni di aerei del porticato,

realizzati da un ricoverato con le suole delle scarpe. Il padiglione restaurato è stato presentato in anteprima durante la Fotografia europea 2011 ed è stato ufficialmente inaugurato in occasione della “VI edizione della Settimana della Salute Mentale” (24 settembre 2011).

In attesa del trasloco e degli interventi di restauro sugli oggetti, il museo è al momento chiuso ai visitatori.

11.5. L'archivio fotografico

Sull'esempio di quanto fatto da Charcot alla Salpêtrière, al San Lazzaro la fotografia venne introdotta a fine '800 da Augusto Tamburini (direttore dal 1877 al 1907) e l'Istituto reggiano divenne anche per questo un modello per gli altri ospedali psichiatrici italiani.

Di quell'epoca ancora oggi si conserva la strumentazione originale (apparecchi, lastre, accessori, ecc.), oltre al ricco archivio fotografico, costituito da oltre 1.500 fotografie, organizzate in album tematici. I nuclei principali riguardano i ritratti dei pazienti, le immagini degli edifici del San Lazzaro, le scene della vita comune e le attività lavorative.

Diversi sono i fotografi che si sono occupati della documentazione della vita al San Lazzaro: il guardarobiere Poli (dal 1872 alla morte, nel 1899) e l'ex degente Morini (fino al 1908) hanno ritratto i pazienti, mentre le immagini dei padiglioni si devono, tra gli altri, ai fotografi reggiani Fantuzzi (qui negli anni 1899-1915) e Vaiani (1920-1930).

Nei decenni più recenti la fotografia, perso il legame con la diagnostica, è stata utilizzata per documentare i momenti di svago e di ricreazione (teatro, carnevale, festa dell'uva, ecc.), soprattutto relativi al convitto per minori Marro-De Sanctis istituito nel 1922.

11.6. Opere d'arte dei ricoverati

Sono conservate oltre 8.000 opere grafiche realizzate da pazienti del San Lazzaro da fine '800 alla chiusura dell'Ospedale Psichiatrico. Le opere più antiche sono realizzate a inchiostro su carta e spesso sono state rinvenute all'interno delle cartelle cliniche. Alcuni autori si distinguono in particolare per la grande cultura grafica delle loro opere.

La parte numericamente più rilevante è quella prodotta dagli atelier di arte terapia realizzati a partire dagli anni '70 e dedicati ad adulti e minori. Sempre agli atelier va ricondotta la produzione di manufatti in terracotta, di soggetto antropomorfo animale.

Una sezione particolare è quella della cosiddetta *Ars canusina*, uno stile artistico ispirato ai motivi del romanico dell'Appennino, messo a punto da Maria Bertolani Del Rio per le creazioni artistiche (tessuti e ceramiche) realizzate dai minori del convitto Marro-De Sanctis.

I manufatti dell'*Ars canusina*, una selezione delle opere dei ricoverati e degli

oggetti d'arte appartenenti all'Azienda USL sono stati catalogati a cura dell'Istituto Beni Culturali (IBC) nella banca dati regionale Samira. Per le opere rimanenti, sempre a cura dell'IBC, è stato redatto tra il 2010 e il 2011 un inventario non analitico.

Nel 2005 è stata organizzata una prima esposizione di questi materiali, tramite la mostra "Le mura di carta", di cui è ancora disponibile il catalogo. Attualmente le opere sono ammesse al prestito per mostre nazionali ed estere, in accordo con la Sovrintendenza competente; nel corso del 2011 sono state esposte a Lizzano in Belvedere (BO), Modena e Gualtieri (RE). Una selezione è esposta al museo Halle St Pierre di Parigi, per la mostra "Banditi dell'arte".

11.7. La Rivista Sperimentale di Freniatria

La Rivista Sperimentale di Freniatria, il più antico periodico italiano di psichiatria, è nata nel 1875 per volontà del direttore del San Lazzaro Carlo Livi e da allora è stata pubblicata ininterrottamente, diventando uno dei più importanti laboratori culturali e scientifici per le discipline neuropsichiatriche, sia in Italia che in Europa. Su di essa hanno pubblicato lavori di ricerca i più importanti studiosi italiani e stranieri, da Golgi a Krafft-Ebing, da Lombroso a Levi-Bianchini, a Basaglia e Borgna.

La Rivista oggi si rivolge a chi opera nel campo della salute mentale, a tutte le diverse professionalità implicate nel lavoro sociale, educativo, giuridico, antropologico, che spesso devono integrarsi con l'intervento terapeutico-riabilitativo.

Da dieci anni a questa parte la rivista è pubblicata presso l'editore Franco Angeli e privilegia il carattere monografico dei suoi fascicoli.

La Rivista Sperimentale di Freniatria è selezionata dall'American Psychological Association per il suo PsycINFO Journal Coverage List, il database bibliografico che raccoglie nel settore le più prestigiose riviste e pubblicazioni al mondo. Inoltre è indicizzata su: Catalogo italiano dei periodici/Acnp, Ebsco Discovery Service, Google Scholar, ProQuest Summon

11.8. Il Centro di documentazione di storia della psichiatria

L'esigenza di armonizzare la valorizzazione di questo complesso patrimonio ha spinto nel 1991 diversi enti (Azienda USL, Comune e Provincia di Reggio Emilia, Università di Modena e Reggio Emilia, Istituto per i Beni Culturali della Regione Emilia-Romagna) a creare un Centro di documentazione, il cui comitato scientifico ha organizzato nel corso degli anni convegni, mostre, dibattiti e letture. È stata anche creata una raccolta di opere video (film e documentari) sul tema della malattia mentale.

L'esperienza del Centro si è chiusa a fine 2011, con il passaggio di consegne al futuro museo.

11.9. L'area San Lazzaro

L'area dell'ex Ospedale Psichiatrico comprende, ad oggi, oltre venti padiglioni. La maggior parte è occupata dall'Azienda USL, con servizi sanitari e amministrativi, mentre altri padiglioni ospitano enti diversi.

Nel 2010 il Comune e la Provincia di Reggio Emilia, l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, l'Azienda Farmacie Comunali Riunite, hanno sottoscritto l'Atto di Accordo denominato "Programma di riqualificazione urbana Complesso San Lazzaro in Reggio Emilia", che prevede una progressiva trasformazione della zona in campus universitario e la pedonalizzazione dell'intera area.

Una prima fase del progetto ha visto lo spostamento da Modena a Reggio Emilia di corsi universitari di area sanitaria, collocati presso il Padiglione De Sanctis, mentre sono in corso i lavori per adibire il Padiglione Marchi a studentato e mensa universitaria.

Nel corso del 2011 la Provincia di Reggio Emilia ha spostato la sede dell'IPSIA Galvani-Sidoli dall'area San Lazzaro ad altri poli didattici. La disponibilità di due padiglioni a vocazione culturale nell'area, ha reso possibile avviare uno studio per la fattibilità di nuovi progetti, rispettivamente, la destinazione del Padiglione Golgi a sede delle aule di formazione dell'Azienda USL di Reggio Emilia e di Villa Rossi a nuova sede per il patrimonio culturale (biblioteca, archivio, opere dei ricoverati).

Conclusioni

Questa edizione del bilancio di missione si chiude in un momento in cui la situazione di contesto è fortemente dinamica, preoccupante e al tempo stesso stimolante.

La crisi economica ci obbliga a lavorare con un'attenzione costante all'appropriatezza e all'uso rigoroso delle risorse assegnate, secondo logiche di priorità.

L'attuale situazione non si esaurisce, a mio avviso, con le sole misure di contenimento dei costi e di razionalizzazione dei servizi, ma richiede un approccio di sistema fortemente orientato ai principi del governo clinico, alla responsabilizzazione dei professionisti e degli utenti sull'uso appropriato delle risorse.

Ancor più di prima è quindi fondamentale che l'azienda e i professionisti valutino la propria performance anche in un confronto oggettivo e puntuale con le altre realtà del sistema sanitario.

Personalmente ritengo che l'attuale e continuo richiamo alla "spending review" in sanità debba tradursi, non tanto nello spendere meno, quanto nello spendere meglio: tutto ciò che consuma risorse ma non produce risultati in termini di salute è uno spreco perché sottrae risorse ad altri interventi più utili, necessari ed efficaci.

Appropriatezza, responsabilità diffusa, etica professionale e passione per il nostro lavoro devono aiutarci e sostenerci quotidianamente nel far fronte ad un periodo che si prospetta particolarmente impegnativo.

L'impegno di questa direzione e di tutti i professionisti è quindi orientato al mantenimento della qualità dei servizi, con un'attenzione costante all'allocazione delle risorse e al monitoraggio dei risultati per garantire risposte adeguate ai bisogni di salute della popolazione.

Per concludere ci tengo a ringraziare tutti coloro che con impegno e dedizione hanno affrontato la recente emergenza sismica che ha coinvolto anche la nostra provincia e direttamente anche alcuni colleghi.

Il Direttore Generale
Fausto Nicolini

Componenti della Direzione Generale, Direzione Strategica, Collegio di Direzione, Collegio Sindacale, Nucleo di Valutazione

Direzione Generale	
Fausto Nicolini	Direttore generale
Daniela Riccò	Direttore sanitario
Eva Chiericati	Direttore amministrativo
Elisabetta Negri	Direttore attività socio-sanitarie

La Direzione Strategica è composta dalla Direzione Generale e da:	
Baruzzo Sara	Responsabile accountability, staff governo clinico
Coriani Sandra	Direttore infermieristico e tecnico aziendale
Gazzotti Federica	Direttore staff comunicazione
Martini Maurizio	Direttore dipartimento amministrativo
Mattioli Attilio	Direttore sviluppo risorse umane
Messori Antonella	Direttore presidio ospedaliero aziendale
Paterlini Luisa	Direttore staff programmazione e controllo
Perazzi Monica	Responsabile relazioni sindacali
Pinotti Mirco	Direttore programma cure primarie
Turci Giuliana	Coordinatore delle direzioni distrettuali

Collegio di Direzione	
Albertini Chiara	Responsabile infermieristico e tecnico dipartimento di riabilitazione
Bellocchio Eletta	Direttore distretto di Scandiano
Boschini Giuliana	Direttore distretto di Guastalla
Braglia Duilio	Coordinatore medico dipartimento interaziendale emergenza-urgenza
Busani Corrado	Direttore dipartimento farmaceutico
Carretti Paolo	Direttore dipartimento chirurgico di Castelnovo Monti
Cecchella Sergio	Direttore programma demenze
Chesi Giuseppe	Direttore dipartimento internistico di area sud montana
Chiericati Eva	Direttore amministrativo
Codeluppi Jones Luigi	Rappresentante medici di medicina generale
Colli Marco	Responsabile tecnico dipartimento interaziendale diagnostica per immagini
Coriani Sandra	Direttore infermieristico e tecnico aziendale
Costi Dorella	Responsabile infermieristico e tecnico dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche
Di Mare Antonio	Direttore di area nord presidio ospedaliero aziendale
Farina Maurillo	Responsabile infermieristico e tecnico dipartimento di riabilitazione Ospedale di Correggio
Ferrari Annamaria	Direttore dipartimento interaziendale emergenza-urgenza
Fiori Sabrina	Responsabile infermieristico e tecnico dipartimento internistico area sud montana Ospedale di Castelnovo Monti
Gambarelli Lino	Direttore dipartimento cure primarie di Scandiano
Gazzotti Federica	Direttore staff comunicazione
Ghizzi Nuccia	Responsabile infermieristico e tecnico Hospice di Guastalla
Grassi Gaddomaria	Direttore dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche
Greci Marina	Direttore dipartimento cure primarie di Reggio Emilia
Grossi Mauro	Direttore distretto di Montecchio
Gualtieri Sonia	Responsabile infermieristico e tecnico presidio ospedaliero aziendale
Kayali Mohammad Maher	Rappresentante specialisti ambulatoriali
Lusuardi Mirco	Direttore dipartimento di riabilitazione
Lusvardi Annarella	Responsabile infermieristico e tecnico dipartimento cure primarie di Scandiano
Manghi Iva	Direttore di area sud presidio ospedaliero aziendale
Manotti Paolo	Direttore dipartimento cure primarie di Guastalla
Marchesi Cristina	Direttore distretto di Reggio Emilia
Martinelli Morena	Responsabile infermieristico e tecnico programma cure primarie
Martini Maurizio	Direttore dipartimento amministrativo
Mastrangelo Stefano	Responsabile funzione appropriatezza ed efficacia dell'assistenza infermieristica e tecnica
Menozzi Edi	Responsabile infermieristico e tecnico dipartimento internistico area nord Ospedale di Guastalla
Messori Antonella	Direttore presidio ospedaliero aziendale

Collegio di Direzione	
Montrucoli Tiziana	Responsabile infermieristico e tecnico dipartimento internistico area sud montana Ospedale di Scandiano
Morini Giovanni	Direttore sicurezza e conformità strutturale
Muzzini Maria Luisa	Direttore distretto di Castelnovo Monti
Nasi Annamaria	Responsabile infermieristico e tecnico dipartimento cure primarie di Castelnovo Monti
Navazio Alessandro	Direttore dipartimento internistico di area nord
Negri Elisabetta	Direttore attività socio-sanitarie
Pagliarini Giovanni	Direttore dipartimento chirurgico di Scandiano
Paterlini Luisa	Direttore staff programmazione e controllo
Pattacini Pierpaolo	Direttore dipartimento interaziendale diagnostica per immagini
Pellati Morena	Direttore dipartimento cure primarie di Correggio
Perazzi Monica	Responsabile relazioni sindacali
Picciati Annamaria	Responsabile infermieristico e tecnico dipartimento cure primarie di Montecchio
Pini Dea	Rappresentante pediatri di libera scelta
Pinotti Mirco	Direttore programma cure primarie
Pioppi Milena	Responsabile infermieristico e tecnico dipartimento chirurgico Ospedale di Montecchio
Poli Elisabetta	Responsabile infermieristico e tecnico dipartimento internistico area sud montana Ospedale di Montecchio
Reggiani Laura	Direttore servizio interaziendale logistico-alberghiero
Riccò Daniela	Direttore sanitario - presidente del Collegio di Direzione
Riccò Roberta	Responsabile infermieristico e tecnico dipartimento chirurgico Ospedale di Scandiano
Rinaldi Attilio	Responsabile infermieristico e tecnico dipartimento interaziendale emergenza-urgenza
Romani Sonia	Responsabile infermieristico e tecnico dipartimento cure primarie di Reggio Emilia
Sessi Emilia	Responsabile infermieristico e tecnico dipartimento internistico area nord Ospedale di Correggio
Simoni Isabella	Direttore dipartimento cure primarie di Montecchio
Spreafico Lorenzo	Direttore dipartimento chirurgico di Montecchio
Tagliavini Marisa	Responsabile infermieristico e tecnico dipartimento chirurgico Ospedale di Guastalla
Teodori Elvira	Responsabile tecnico laboratorio analisi
Turci Giuliana	Direttore distretto di Correggio
Ventura Alessandro	Direttore dipartimento chirurgico di Guastalla
Veronesi Carlo	Direttore dipartimento sanità pubblica
Vezzosi Walter	Direttore dipartimento cure primarie di Castelnovo Monti
Zanni Marco	Responsabile infermieristico e tecnico dipartimento cure primarie di Guastalla

Partecipano su invito i componenti dello staff governo clinico, come supporto al Collegio di Direzione sui temi di competenza.

Collegio Sindacale	
Ferri Stefano	Presidente del Collegio Sindacale, designato dalla Regione Emilia-Romagna
Matinata Ettore	Componente, designato dal Ministero della Salute
Reverberi Carlo	Componente, designato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Reggio Emilia

Nucleo di Valutazione	
Caperchione Eugenio	Preside della facoltà di Economia "Marco Biagi" dell'Università di Modena e Reggio Emilia
Del Vecchio Mario	Professore associato di economia aziendale dell'Università di Firenze. Docente senior SDA Bocconi, area public management & policy
Sircana Luca	Direttore sanitario dell'Azienda Ospedaliera di Parma

luglio 2012

Bilancio di Missione 2011



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