

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

# Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna e il nuovo welfare

LE STRUTTURE,  
LA SPESA,  
LE ATTIVITÀ AL 31.12.2008  
I PROGRAMMI,  
I MODELLI ORGANIZZATIVI



STRUTTURE, SPESA, ATTIVITÀ

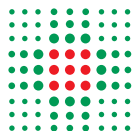


PROGRAMMI



MODELLI ORGANIZZATIVI





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

# Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna e il nuovo welfare

LE STRUTTURE,  
LA SPESA,  
LE ATTIVITÀ AL 31.12.2008  
I PROGRAMMI,  
I MODELLI ORGANIZZATIVI

# Indice

<b>Piano sociale e sanitario 2008 – 2010: attivo il nuovo sistema di programmazione integrata in tutti i territori</b>	4-5
--	-----

<b>Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna: i risultati e gli impegni</b>	6-7
---	-----

## Strutture, spesa, attività (i risultati al 31 dicembre 2008)

La popolazione	8-9-10-11-12
Aziende sanitarie, Irccs, personale dipendente, posti letto pubblici, medici e pediatri di famiglia convenzionati, Aree vaste	13-14
L'evoluzione della spesa: raffronto con le altre Regioni, saldo mobilità interregionale	15-16
Spesa per funzioni e livelli di assistenza per cittadini residenti, spesa pro-capite	17
Tempi medi di pagamento dei fornitori di beni e servizi delle Aziende sanitarie. Gli acquisti attraverso Intercent-ER	18
Il Fondo regionale per la non autosufficienza: risorse utilizzate, aree di intervento	19
L'assistenza e la spesa farmaceutica	20
Edilizia sanitaria e socio-sanitaria	21-22
Assistenza ospedaliera: posti letto pubblici e privati accreditati, ricoveri, indice di attrazione extraregionale, tempi di attesa per ricoveri programmati	23-24
Assistenza specialistica ambulatoriale	25-26
L'assistenza nei Consultori familiari, negli Spazi giovani e negli Spazi per le donne immigrate e i loro bambini	27-28
Assistenza domiciliare	29
Assegni di cura	30
Posti in strutture per persone anziane, con disabilità, disagio psichico, dipendenze patologiche	31
L'assistenza in hospice	32
Servizi per la salute mentale	33
Servizi per le tossicodipendenze	34
Servizi per le demenze senili	35
Donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule	36-37
Donazione e consumo unità di sangue	38
Programmi di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto	39-40
I programmi di vaccinazione	41-42-43
Sicurezza nei luoghi di lavoro	44-45
Sicurezza del lavoro nel porto di Ravenna	46
Sicurezza alimentare	47

## I programmi

I programmi di ricerca e innovazione	48
Il programma per il miglioramento dell'accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale	49
Programma per l'utilizzo del Fondo regionale per la non autosufficienza	50
La gestione delle emergenze in sanità pubblica	51
Il Piano per il controllo della pandemia influenzale	52
Programma investimenti in edilizia sanitaria, accordo Stato-Regione 2009	53
L'ampliamento del programma di screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella, i percorsi per la mammografia a donne con rischio genetico-familiare	54
Piano attuativo salute mentale 2009-2011	55
Il programma regionale contro le dipendenze patologiche	56
Programma di cure odontoiatriche, protesiche, ortesiche	57
Il percorso nascita	58
Il programma per la farmacovigilanza	59
Programmi per la prevenzione, la sorveglianza e la gestione dei rischi correlati all'assistenza	60
La gestione del contenzioso	61
Formazione nel sistema sanitario regionale	62
Programma guida sicura senza alcol	63

## Modelli organizzativi

L'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi sanitari, socio-sanitari, sociali	64
Il modello Hub & Spoke per l'assistenza ospedaliera	65
La partecipazione dei professionisti allo sviluppo del Servizio sanitario regionale	66
La rete "stroke care", assistenza integrata al paziente colpito da ictus	67
Le terapie intensive aperte	68
L'organizzazione del Pronto soccorso	69
Accordo tra Regione e ospedalità privata	70
L'organizzazione del Distretto	71
Accordo con i medici di medicina generale	72
Accordo con i pediatri di libera scelta	73
L'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari	74
L'Osservatorio regionale per l'innovazione. L'Anagrafe regionale della ricerca	75
Il bilancio di missione	76
La rete Sole (Sanità on line)	77-78
Le Aziende pubbliche di servizi alla persona (Asp)	79
Le informazioni sui servizi per l'equità e l'appropriatezza di accesso	80

# Piano sociale e sanitario 2008 - 2010: attivo il nuovo sistema di programmazione integrata in tutti i territori

**L**a prima esigenza da affrontare per l'applicazione del Piano sociale e sanitario 2008-2010 è stata quella di strutturare il sistema di governance da mettere in campo a livello territoriale per garantire l'effettiva integrazione delle politiche, dei servizi, degli operatori. Specifiche linee guida sono state approvate dalla Giunta regionale per assicurare omogeneità ai diversi percorsi programmatori (delibera 1682/2008) e per assicurare la partecipazione del terzo settore a tutti i livelli della programmazione (delibera 172/2009). La Regione (Assessorati politiche per la salute e politiche sociali) ha inoltre elaborato indicatori – utili alla redazione dei Piani di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale, aggiornati ogni anno e inviati agli Uffici di Piano - relativi al consumo e alla spesa dei servizi sanitari e socio-sanitari a livello distrettuale,

utilizzando dati del sistema informativo regionale comune e accessibile a tutte le Aziende sanitarie.

Il sistema di governance territoriale è stato puntualmente delineato.

Il nuovo sistema di programmazione è già attuato in tutti i territori.

Le Conferenze territoriali sociali e sanitarie hanno approvato gli Atti di indirizzo e coordinamento triennali elaborati sulla base dei Profili di comunità; i Comitati di Distretto, attraverso la stipula di accordi di programma (tra Comuni del Distretto, Azienda Usl, e altri soggetti interessati, ad esempio Province, Aziende pubbliche di servizi alla persona (Asp), direzioni carceri e centro giustizia minorile..) e con protocolli di adesione del terzo settore, hanno approvato i Piani triennali di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale e il Piano attuativo 2009.

## I soggetti e gli strumenti della programmazione

Regione	Piano sociale e sanitario 2008-2010
Conferenza territoriale sociale e sanitaria	Atto di indirizzo e coordinamento triennale
Comitato di distretto (o Comune singolo o Unione di Comuni se coincidente con ambito territoriale del Distretto)	Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale (triennale) Piano attuativo annuale

*Tutti gli strumenti della programmazione hanno carattere integrato e comprendono la programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria.*

## La governance delle politiche sociali e sanitarie

Ambito	Organismo	Composizione	Funzioni
Regionale	Cabina di regia per le politiche sanitarie e sociali	Assessori regionali alle politiche per la salute e alle politiche sociali, Presidenti delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie, Sindaci dei Comuni capoluogo di Provincia, Presidenti delle Province nel caso non siano Presidenti delle CTSS - o loro delegati	<ul style="list-style-type: none"> <li>Confronto ed integrazione tra Regione ed Enti locali, in materia di politiche sanitarie e sociali;</li> <li>attività istruttoria e di impulso nei confronti delle decisioni della Giunta regionale.</li> </ul>
Intermedio (corrispondente all'ambito territoriale dell'Azienda Usl)	Conferenza territoriale sociale e sanitaria (CTSS)	<p>Presidente della Provincia, Sindaci dei Comuni dell'ambito territoriale dell'Azienda Usl, Rettore dell'Università (limitatamente alle materie di interesse) - o loro delegati</p> <p>Partecipano alle sedute i direttori delle Aziende sanitarie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formulazione di indirizzi per la programmazione partecipata in ambito distrettuale e per la integrazione delle politiche settoriali;</li> <li>espressione di pareri su atti delle Aziende sanitarie;</li> <li>promozione della salute;</li> <li>verifica sul funzionamento della rete dei servizi sociali e sanitari.</li> </ul>
Distrettuale	Comitato di Distretto	<p>Sindaci dei Comuni dell'ambito distrettuale - o loro delegati, oppure, organo della forma associativa dei Comuni per l'ambito distrettuale.</p> <p>Partecipa alle sedute il direttore di Distretto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programmazione delle politiche per la salute e il benessere sociale;</li> <li>programmazione del Fondo per la non autosufficienza;</li> <li>definizione e attuazione delle norme per il funzionamento e la verifica del sistema integrato dei servizi;</li> <li>committenza.</li> </ul>

## Uffici di supporto alla governance delle politiche sociali e sanitarie

Ambito	Ufficio	Composizione	Funzioni
Regionale	Comitato tecnico scientifico della Cabina di regia	Direttore generale alla sanità e politiche sociali della Regione; coordinatori regionali delle aree sanità e servizi sociali; direttore dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale; fino ad un massimo di 15 esperti in politiche sanitarie e sociali, dei quali 5 designati dagli assessori regionali competenti e 10 designati dalla Conferenza Regione- Autonomie locali	<ul style="list-style-type: none"> <li>Espressione di pareri e proposte per la Cabina di regia;</li> <li>predisposizione di documenti e relazioni sui temi trattati;</li> <li>proposta di costituzione di gruppi di lavoro per l'approfondimento di argomenti specifici.</li> </ul>
Intermedio (corrispondente all'ambito territoriale dell'Azienda Usl)	Ufficio di supporto alla Conferenza territoriale sociale e sanitaria	Costituzione dell'Ufficio sulla base di specifici accordi tra Provincia, Comuni e Aziende sanitarie; valorizzate le competenze professionali e le risorse tecniche già disponibili.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Supporto all'attività di indirizzo, promozione e verifica delle CTSS;</li> <li>coordinamento dei diversi ambiti distrettuali;</li> <li>comunicazione e segreteria.</li> </ul>
Distrettuale	Ufficio di Piano	Costituzione dell'Ufficio sulla base di convenzione tra Comuni e Azienda Usl con adeguata dotazione di risorse professionali e finanziarie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Supporto alla programmazione, alla valutazione e alla regolazione del sistema integrato;</li> <li>supporto alla programmazione del Fondo per la non autosufficienza</li> <li>supporto alla committenza;</li> <li>istruttoria e monitoraggio per l'accreditamento e la costituzione delle Asp.</li> </ul>

# Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna: i risultati e gli impegni

Il Servizio sanitario regionale rappresenta una componente fondamentale, una architrave del welfare fondato sui principi dell'universalismo, dell'equità e della solidarietà previsto dal 1° Piano sociale e sanitario 2008-2010. Tutte le attività, i programmi, i modelli organizzativi, gli accordi sviluppati nell'ambito del Servizio sanitario regionale perseguono l'integrazione tra servizi, tra operatori, tra Istituzioni quale modalità di lavoro, in tutte le fasi, dalla programmazione, alla realizzazione, alla valutazione, così come indicato dal Piano.

I risultati sono soddisfacenti, come si evince anche da recenti studi nazionali: l'indagine commissionata dal Ministero per la pubblica amministrazione "MisuraPA" (presentata a Forum PA a Roma nel maggio 2009) dove l'Emilia-Romagna registra valutazioni ottime e buone su tutti gli aspetti dell'assistenza sanitaria (ottimo nella prevenzione); l'ultimo rapporto del Censis (Centro Studi Investimenti Sociali) sulla qualità dell'offerta sanitaria nelle Regioni italiane dove l'Emilia-Romagna è al vertice della classifica (pubblicato nell'agosto 2009). Si tratta di dati molto positivi ma non per questo, come ha detto il presidente Vasco Errani nel commentare i due studi, l'Emilia-Romagna "incrocia le braccia compiaciuta". "Non dimentichiamo - ha detto il presidente - che oggi siamo di fronte a cambiamenti straordinari, con i quali dobbiamo fare i conti. E la nostra vera sfida è, e sarà, interpretare e sostenere questi cambiamenti, partendo dalle buone basi che ci vengono riconosciute. Questo è importante per noi, ma è importante anche per l'Italia, perché non basta uscire dalla crisi. Bisogna uscirne bene, tenendo unito il Paese".

Di seguito alcuni dei risultati, dei programmi e dei modelli organizzativi adottati, diffusamente esplicitati nelle pagine che seguono.

## I risultati al 31 dicembre 2008

Nella regione, nel corso del 2008, si è registrato il più forte incremento di popolazione degli ultimi 10 anni: al 31 dicembre sono 4.337.966 i residenti (2.228.480 donne, 2.109.486 uomini), + 62.123 unità rispetto al 2007. Come è noto, il quadro demografico si è modificato per l'allungamento della aspettativa di vita, e dunque per il costante aumento di persone anziane (975.208, il 22,5% del totale over65enni; 298.457, il 6,9% over80enni), per l'aumento delle persone immigrate (421.509 in totale, + 15,2% rispetto al 2007, il 9,7% dei residenti), per l'aumento della natalità (41.915 i nuovi nati di cui un quarto da mamma straniera).

Il Servizio sanitario regionale è costituito da 11 Aziende Usl, 1 Azienda Ospedaliera, 4 Aziende Ospedaliero-Universitarie, 1 Irccs. Sono 3 le Aree vaste (che raggruppano le Aziende sanitarie dei rispettivi territori) istituite per favorire qualità ed efficienza dei servizi tecnico-logistici o assistenziali di bacino sovraziendale. L'Agenzia sanitaria regionale (struttura di supporto tecnico-scientifico) è ora Agenzia sanitaria e sociale avendo allargato le funzioni all'area sociale.

Il numero dei dipendenti del Servizio sanitario regionale è cresciuto: sono 61.229 (60.710 al 31.12.2007), significativo

l'aumento degli infermieri (+195) e degli operatori socio-sanitari (+475).

I medici e i pediatri di famiglia sono rispettivamente 3.200 e 583 (un numero sostanzialmente stabile rispetto al 2007).

La spesa è stata di 7,937 miliardi di euro (7,627 nel 2007), con una crescita in linea con la media nazionale pur in presenza di una crescita di popolazione superiore (2,71% a fronte del 1,55%). Anche nel 2008 si è registrato un saldo attivo della mobilità, in crescita rispetto agli anni precedenti (335,48 milioni di euro, era stato 329,07 nel 2007, 308,26 nel 2006). La spesa pro-capite è di 1.829 euro (era 1.773 nel 2007). L'assistenza distrettuale è al primo posto per assorbimento di risorse (53,68%). Molto significativa la spesa per il Fondo regionale per la non autosufficienza: 324,8 milioni di euro (il 96% del programmato). Grazie ad interventi straordinari e a risorse regionali (oltre 2 miliardi solo nel biennio 2007-2008) calano in modo significativo i tempi medi di pagamento dei fornitori di beni e servizi: 259 giorni (458 del 2006). La spesa farmaceutica territoriale (la parte più consistente della spesa complessiva) ha confermato il calo: 1,1% rispetto al 2007, 1,4 nel 2007 rispetto al 2006).

Sono continuati anche nel 2008 gli importanti investimenti in edilizia sanitaria, socio-sanitaria e in tecnologie: considerando il periodo 1991 - 2008 sono di 2,3 miliardi le risorse impegnate.

Sono 19.777 i posti letto in ospedali pubblici e privati accreditati (19.983 nel 2007), di questi il 3,71 per mille abitanti sono per acuti, lo 0,91 per lungodegenza riabilitativa.

I ricoveri sono stati 850.216 (851.574 nel 2007). L'indice di attrazione extraregionale è stato del 14% (il 15% nel 2007). I tempi di attesa per i ricoveri programmati sono, nelle aree cardiologica, vascolare ed oculistica, in linea con gli obiettivi; da migliorare i tempi per l'artroprotesi d'anca.

Sono 27.992 i posti in strutture per persone anziane, con disabilità, disagio psichico, dipendenze patologiche (erano 27.126 nel 2007). Gli hospice sono 18 con 216 posti letto, i ricoverati sono stati 3.347.

Sono state 84.905 le persone assistite a domicilio (81.123 nel 2007) e 22.985 quelle che hanno percepito l'assegno di cura (20.602 nel 2007).

Le prestazioni specialistiche erogate sono state oltre 75 milioni, + 5 milioni rispetto al 2007.

I servizi di salute mentale hanno assistito 65.929 adulti e 39.019 minori (dati stabili rispetto al 2007).

Sono state 12.846 le persone con tossicodipendenza e 5.427 le persone con alcoldipendenza prese in carico dai SerT (oltre a 3.711 utenti provenienti da fuori regione).

Nel 2008 i nuovi utenti presi in carico dai Servizi per le demenze senili sono stati più di 18.000.

Stabili utenti e attività nei Consultori rispetto al 2007. Confermato l'aumento del ricorso al Consultorio per l'assistenza alla gravidanza (il 24,2% del totale delle attività, era il 22,7 nel 2007) da parte di donne straniere ma anche di donne italiane.



Sempre a livelli al di sopra della media nazionale i donatori di organi (31,1 per milione di abitanti, il 19,2 la media nazionale); 365 i trapianti (in crescita rispetto al 2007: 320). Buoni i tempi di attesa per l'intervento. Attive le liste uniche di attesa per il trapianto di rene e di fegato.

Cresciuta la raccolta di sangue: 243.441 le unità raccolte (239.278 nel 2007).

Sono 3 i programmi di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce di tumori attivi in Emilia-Romagna. I risultati ottenuti sono di grande importanza sia per i due programmi attivi dal '97 (mammella e collo dell'utero) sia per il programma partito nel 2005 (colon-retto).

Buoni i risultati riguardo ai programmi di vaccinazione nell'infanzia, dove sono superati gli obiettivi nazionali per tutte le vaccinazioni considerate obbligatorie e fortemente raccomandate. Buona anche l'adesione al nuovo programma di vaccinazione contro il papilloma virus (HPV), rivolto alle adolescenti nel dodicesimo anno di vita, dopo soli 6 mesi di attività (61,3% l'adesione, con un aumento di almeno 10 punti percentuali secondo i dati raccolti al giugno 2009, dopo un anno di attività). Buono il tasso di copertura della vaccinazione antinfluenzale riferito alla popolazione anziana (73,1% del totale, come nel 2007); aumenta anche il numero dei vaccinati tra adulti e bambini con patologie croniche e tra operatori sanitari.

Per la sicurezza del lavoro, si registra una positiva diminuzione degli infortuni denunciati: tra il 2001 e il 2008 calano del 12% e quelli mortali del 33%. Aumentano i controlli in tutti i settori. Nell'ambito del Piano speciale edilizia, sono stati 4.304 i cantieri controllati (+36% rispetto al 2007), 8.756 le imprese e i lavoratori autonomi (+89% rispetto al 2007). Attivo da alcuni anni un piano per il comparto sanità: la sorveglianza su 49.317 operatori ha registrato il 91,6% di idoneità alla mansione. Attivo anche un protocollo d'intesa tra diversi Enti per la sicurezza del lavoro nel porto di Ravenna, uno dei maggiori italiani e importante fonte produttiva ma al tempo stesso luogo di complesse attività caratterizzate da un elevato rischio per i lavoratori (l'indice di incidenza degli infortuni nel triennio 2005-2007 è stato dell'8,57% a fronte di una media del 5,47 degli altri comparti).

Per la sicurezza alimentare sono proseguite le azioni necessarie ad adeguare il sistema dei controlli alle nuove indicazioni comunitarie e sono proseguiti i controlli su tutta la filiera.

## I programmi e i modelli organizzativi

Tra i programmi in corso, quello per garantire il rispetto dei tempi previsti dalla normativa per visite ed esami specialistici, per il quale la Regione ha stanziato 10 milioni di euro.

Il 2009 è l'anno in cui si conclude il primo programma triennale di utilizzo del Fondo per la non autosufficienza, fondato su una forte integrazione tra servizi sanitari e socio-sanitari e servizi sociali garantiti dai Comuni.

Proseguono i programmi di ricerca e innovazione per sviluppare una introduzione appropriata di innovazioni in campo

clinico e organizzativo; i programmi di formazione; i programmi per la prevenzione, la sorveglianza e la gestione dei rischi correlati all'assistenza; il programma di farmacovigilanza che ha l'obiettivo di individuare, valutare e prevenire le reazioni avverse da farmaci.

Il 2009 è l'anno in cui è stato messo in atto il Piano regionale per la pandemia influenzale: la diffusione della epidemia influenzale da virus A H1N1 ha infatti richiesto, come indicato dall'OMS e dalle Autorità sanitarie internazionali e nazionali, l'adozione del Piano, opportunamente aggiornato secondo l'andamento della epidemia.

Il 2009 è anche l'anno in cui si inizia a realizzare il Piano attuativo salute mentale e si attua il passaggio dell'assistenza sanitaria alle persone ristrette in carcere dal Ministero della giustizia al Servizio sanitario regionale.

Il percorso nascita riceve nuovo impulso, come pure il programma per l'assistenza odontoiatrica.

In gennaio 2010 prenderà l'avvio l'allargamento dello screening mammografico alle donne in fascia di età 45-49anni e 70-74 anni; in questo modo lo screening copre l'intera fascia di età dai 45 ai 74 anni.

I modelli organizzativi adottati sono anch'essi fondati sull'integrazione e sulla logica di rete e di sistema.

Il modello Hub & Spoke per le alte specialità ospedaliere, già adottato per diverse aree specialistiche, interesserà la laboratoristica e l'oncologia. Le reti professionali, che trovano nelle reti Hub & Spoke una delle forme più strutturate, sono diffuse in diverse aree assistenziali e di ricerca.

È in sperimentazione un modello organizzativo che cambia il volto delle terapie intensive.

La rete Sole (Sanità on line), che mette in collegamento medici e pediatri di famiglia, servizi ospedalieri e territoriali con l'obiettivo di facilitare la comunicazione tra operatori e di semplificare l'accesso ai servizi e i percorsi di cura ai cittadini, entro il 2009 sarà a regime.

In corso l'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali. In corso di applicazione anche gli accordi con medici e pediatri di famiglia. Alta la loro adesione ai Nuclei di cure primarie.

Nel 2009, con il nuovo accordo con lo Stato, gli investimenti in edilizia sanitaria e socio-sanitaria avranno un ulteriore slancio.

Il bilancio di missione, rendiconto dei risultati ottenuti rispetto agli obiettivi di salute fissati dalla programmazione regionale e locale, è redatto ogni anno da tutte le Aziende sanitarie.

In via di conclusione la costituzione delle Aziende pubbliche di servizi alla persona, strutture dei Comuni per l'erogazione dei servizi socio-sanitari e sociali: all'agosto 2009 sono 43 quelle già istituite sulle 50 previste.

Anche la comunicazione e l'informazione seguono la logica di sistema e di integrazione: il numero verde unico del Servizio sanitario regionale svilupperà il coordinamento con gli altri punti informativi e di accesso ai servizi, ad esempio gli Sportelli sociali, per contribuire a migliorare conoscenza, accesso e presa in carico.

## La popolazione

Nel 2008 in Emilia-Romagna si è registrato il più forte incremento di popolazione degli ultimi dieci anni: al 31 dicembre 2008 sono 4.337.966 le persone residenti, di cui 2.228.480 donne, 2.109.486 uomini, +62.123 (+1,45%) rispetto al 2007.

I fattori che incidono sull'incremento della popolazione sono la ripresa della natalità, l'aumento costante delle persone provenienti da altre parti del mondo, e l'allungamento della vita.

La crescita di popolazione in regione diventa significativa a partire dalla seconda metà degli anni '90; tuttavia il fenomeno diventa molto rilevante nell'ultimo decennio: dal '98 al 2008 la variazione percentuale della popolazione mostra un aumento del 9,55% (in termini assoluti +378.042 residenti).

Nel decennio 1998-2008, l'incremento della natalità è stato pari a 36,9%, incremento dovuto anche alla nascita di figli e figlie in famiglie straniere che abitano in Emilia-Romagna (solo nel 2008, il 25% dei nuovi nati è da mamma straniera).

Sempre nel decennio, la popolazione straniera è passata da 93.555 residenti a 421.509, con un significativo incremento della componente femminile che passa da 40.913 nel '98 a 211.101 nel 2008, quando supera la percentuale di popolazione straniera maschile con il 50,1% a fronte del 49,9%.

In questi dieci anni anche gli anziani sono cresciuti confermando l'Emilia-Romagna come una delle Regioni con la più alta presenza di popolazione anziana: gli over 65enni sono passati da 863.971 nel 1998 a 975.208 nel 2008; gli over 75enni da 398.233 a 496.034, e gli over 80enni da 212.379 a 298.457.

Fotografando la situazione demografica al 31 dicembre 2008 questi sono i dati più significativi riguardo a natalità, presenza di stranieri, presenza di anziani.

I nuovi nati sono 41.915, di cui il 25% da mamma straniera (nel 2007, 40.518, di cui il 23% da madre straniera). Il tasso di natalità nel 2008 per la prima volta ha superato quello nazionale: 9,73 ogni mille abitanti contro 9,64.

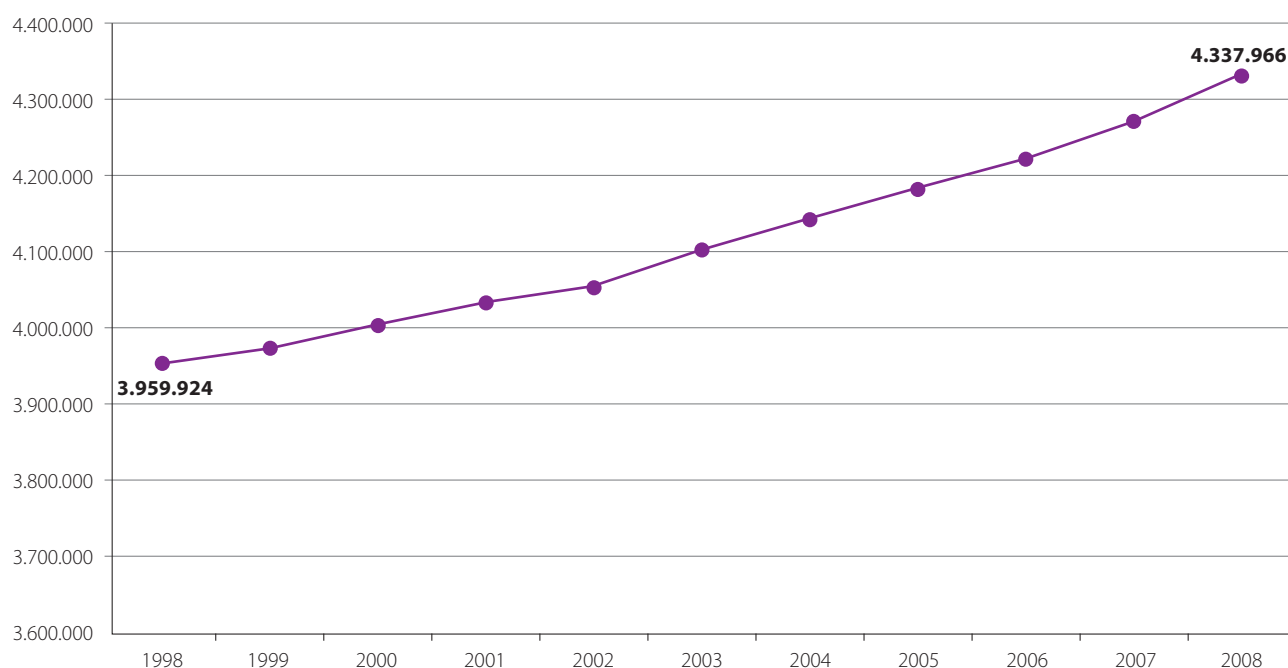
Le persone straniere residenti sono 421.509 (erano 365.720 nel 2007, l'incremento è stato del 15,2%). Complessivamente, al 31 dicembre 2008, gli stranieri rappresentano il 9,7% della popolazione (nel 2007 erano l'8,6%) contro il 5,8% nazionale (riferito al 2007, ultimo dato disponibile). I primi cinque Paesi di provenienza sono: Marocco, Albania, Romania, Tunisia, Ucraina. L'analisi secondo il genere della popolazione immigrata registra per la prima volta una percentuale maggiore di donne rispetto a uomini: il 50,1% contro il 49,9%. La provincia con il maggior numero di stranieri residenti è Piacenza (11,6% sul totale), seguita da Reggio Emilia (11,4%), Modena (11,1%), Parma (10,6%). La provincia con il minor numero di stranieri residenti è Ferrara (6,1%).

Al 31 dicembre 2008 le persone con più di 65 anni sono 975.208, il 22,5% della popolazione contro il 19,9% nazionale (al 31 dicembre 2007 erano 968.208, il 22,6% del totale contro il 19,8% nazionale). Significativa è anche la presenza di over 75enni 496.034, l'11,4% del totale (nel 2007 erano 488.469, 11,4%) e di over 80enni (fascia di età in cui si concentrano i maggiori bisogni assistenziali) che sono 298.457, il 6,9% del totale (erano 291.829 il 6,8% nel 2007).

Per approfondimenti:

<http://www.regione.emilia-romagna.it/statistica>

### Popolazione residente in Emilia-Romagna dal 1998 al 2008



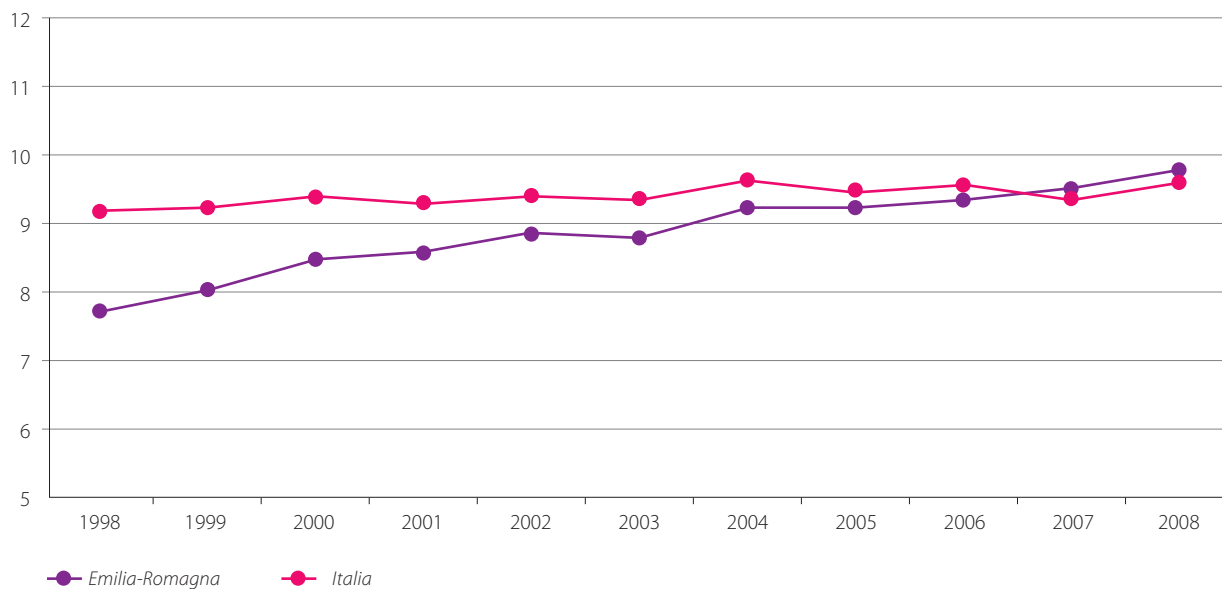
## Nati residenti in Emilia-Romagna - Anni 1998-2008



## Nati per Azienda Usl di residenza - Anno 2008

Azienda Usl di residenza	Totale
Azienda Usl di Piacenza	2.481
Azienda Usl di Parma	4.136
Azienda Usl di Reggio Emilia	5.834
Azienda Usl di Modena	7.201
Azienda Usl di Bologna	7.598
Azienda Usl di Imola	1.257
Azienda Usl di Ferrara	2.838
Azienda Usl di Ravenna	3.692
Azienda Usl di Forlì	1.754
Azienda Usl di Cesena	1.966
Azienda Usl di Rimini	3.158
<b>Totale</b>	<b>41.915</b>

## Tasso di natalità per 1.000 abitanti Emilia-Romagna - Italia - Anni 1998-2008



## Percentuale di popolazione straniera sulla popolazione residente in Emilia-Romagna Anni 1998-2008

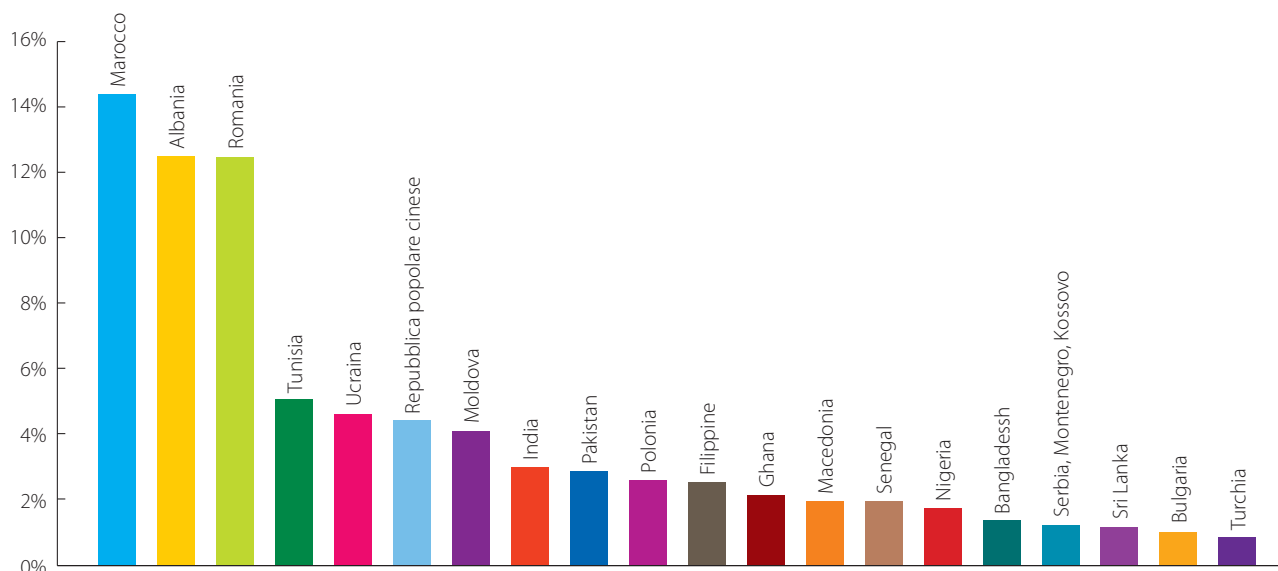


\*2007 ultimo dato disponibile

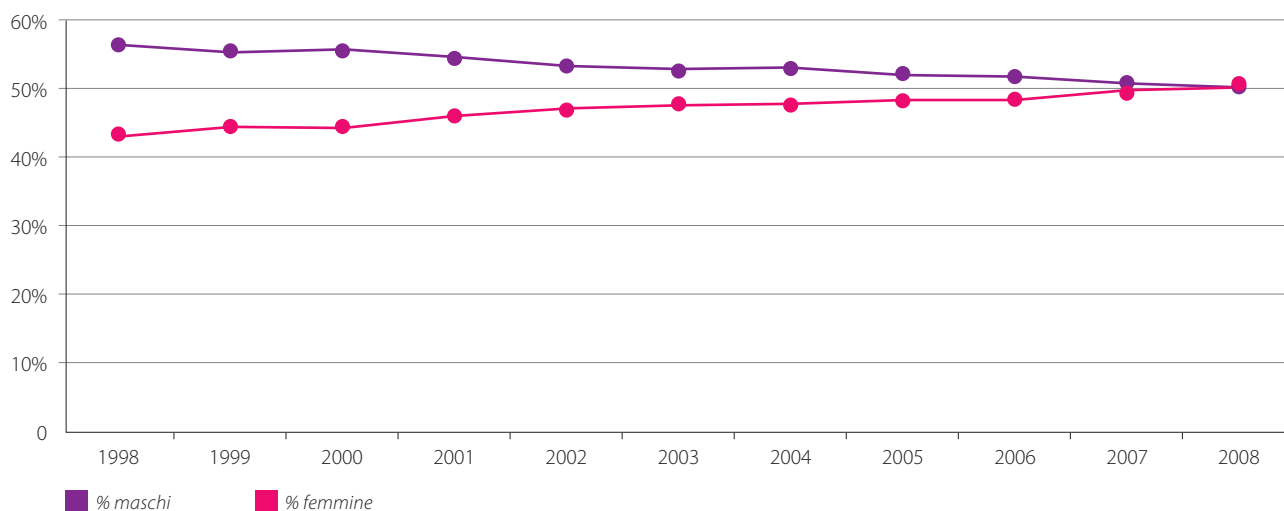
## Popolazione straniera residente per Azienda Usl - Anno 2008

Aziende Usl di residenza	Totale residenti	Totale stranieri residenti	% stranieri sul totale dei residenti
Azienda Usl di Piacenza	285.937	33.134	11,6%
Azienda Usl di Parma	433.096	45.994	10,6%
Azienda Usl di Reggio Emilia	519.480	59.429	11,4%
Azienda Usl di Modena	688.286	76.282	11,1%
Azienda Usl di Bologna	846.583	77.090	9,1%
Azienda Usl di Imola	129.587	9.613	7,4%
Azienda Usl di Ferrara	357.979	21.985	6,1%
Azienda Usl di Ravenna	385.729	36.803	9,5%
Azienda Usl di Forlì	184.977	17.713	9,6%
Azienda Usl di Cesena	203.042	17.288	8,5%
Azienda Usl di Rimini	303.270	26.178	8,6%
<b>Totale regione</b>	<b>4.337.966</b>	<b>421.509</b>	<b>9,7%</b>

## Popolazione straniera residente in Emilia-Romagna per Paese di cittadinanza - Anno 2008



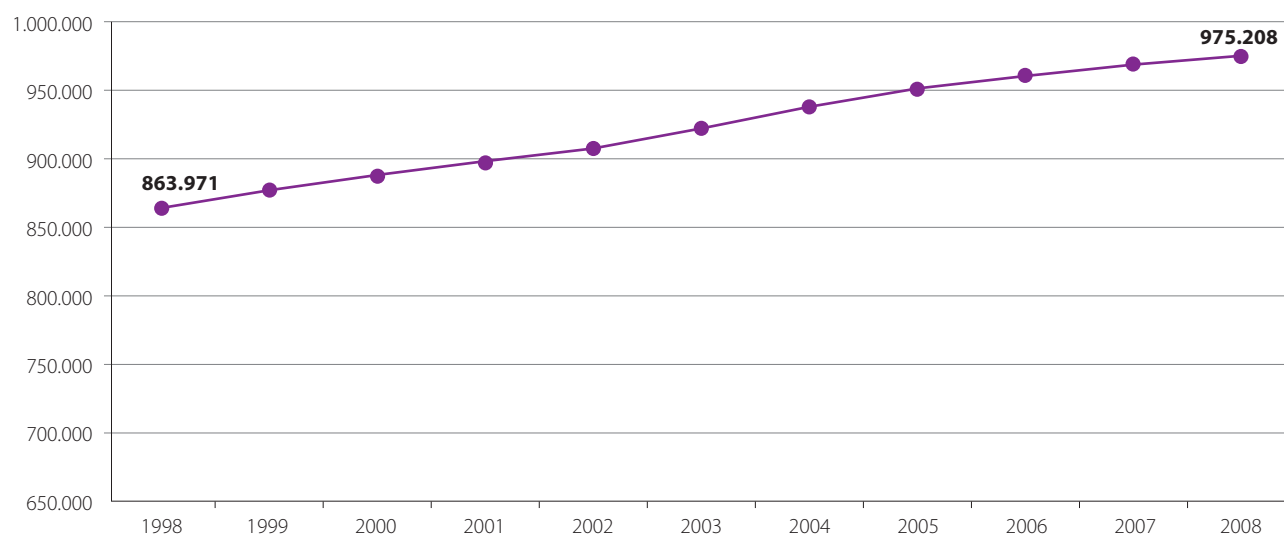
## Composizione per sesso della popolazione straniera residente: Anni 1998-2008



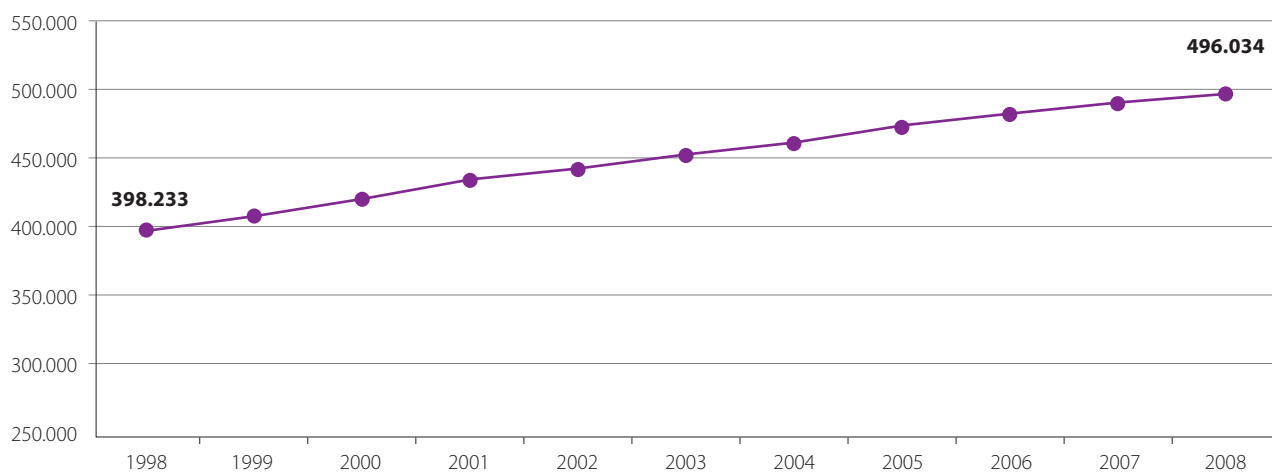
## Popolazione anziana residente per Azienda Usl - Anno 2008

Aziende Usl	totale popolazione	oltre 65 anni	% oltre 65 anni	oltre 75 anni	% oltre 75 anni	oltre 80 anni	% oltre 80 anni	oltre 90 anni	% oltre 90 anni
Azienda Usl di Piacenza	285.937	68.804	24,1%	35.255	12,3%	21.028	7,4%	3.203	1,1%
Azienda Usl di Parma	433.096	98.211	22,7%	50.508	11,7%	30.980	7,2%	4.642	1,1%
Azienda Usl di Reggio Emilia	519.480	102.735	19,8%	52.238	10,1%	31.605	6,1%	4.523	0,9%
Azienda Usl di Modena	688.286	143.098	20,8%	72.066	10,5%	43.450	6,3%	6.086	0,9%
Azienda Usl di Bologna	846.583	201.790	23,8%	103.683	12,2%	62.809	7,4%	9.181	1,1%
Azienda Usl di Imola	129.587	29.201	22,5%	15.036	11,6%	8.970	6,9%	1.393	1,1%
Azienda Usl di Ferrara	357.979	91.200	25,5%	46.022	12,9%	26.766	7,5%	3.277	0,9%
Azienda Usl di Ravenna	385.729	91.936	23,8%	47.617	12,3%	28.802	7,5%	4.322	1,1%
Azienda Usl di Forlì	184.977	43.662	23,6%	22.535	12,2%	13.832	7,5%	2.116	1,1%
Azienda Usl di Cesena	203.042	42.570	21,0%	20.718	10,2%	12.313	6,1%	1.571	0,8%
Azienda Usl di Rimini	303.270	62.001	20,4%	30.356	10,0%	17.902	5,9%	2.464	0,8%
<b>Totale</b>	<b>4.337.966</b>	<b>975.208</b>	<b>22,5%</b>	<b>496.034</b>	<b>11,4%</b>	<b>298.457</b>	<b>6,9%</b>	<b>42.778</b>	<b>1,0%</b>

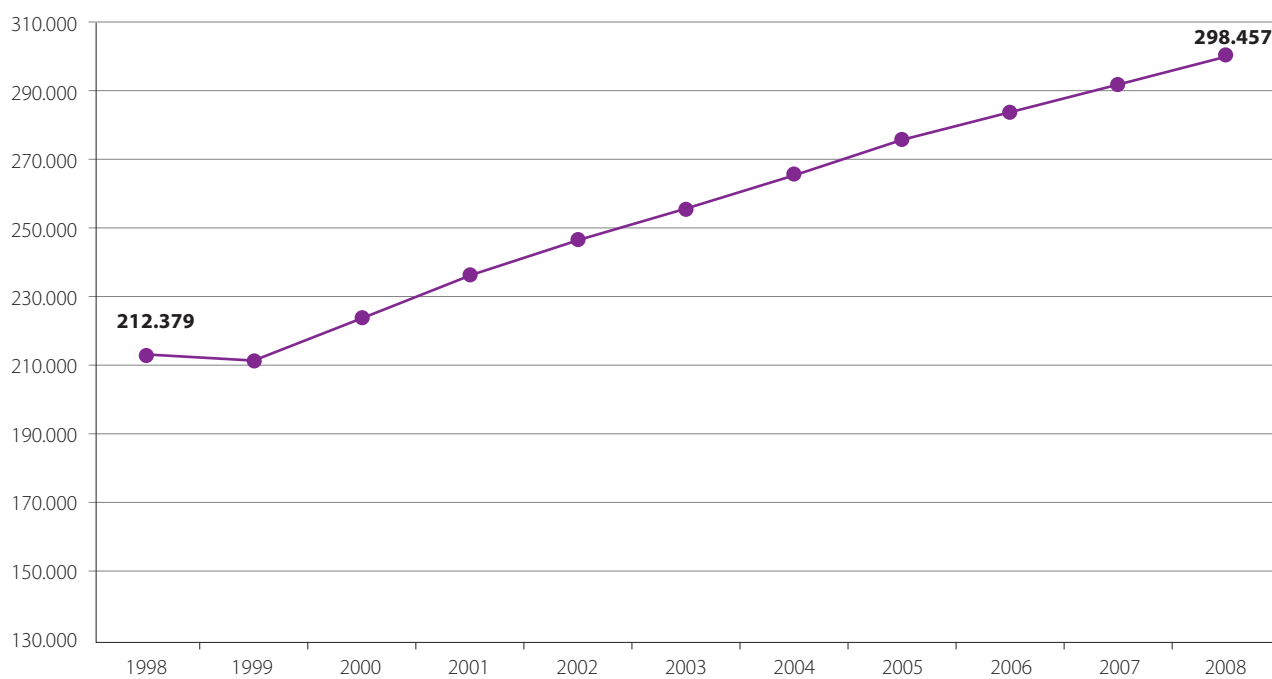
## Popolazione anziana residente over 65 anni dal 1998 al 2008



## Popolazione anziana residente over 75 anni dal 1998 al 2008



## Popolazione anziana residente over 80 anni dal 1998 al 2008



## Aziende sanitarie, Irccs, personale dipendente, posti letto pubblici, medici e pediatri di famiglia convenzionati, Aree vaste

Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna è composto da 11 Aziende Unità sanitarie locali (Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Imola, Ferrara, Ravenna, Forlì, Cesena, Rimini), 4 Aziende Ospedaliero-Universitarie (Parma, Modena, Bologna, Ferrara), 1 Azienda Ospedaliera (Reggio Emilia), 1 Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs), l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna.

Sono state istituite Aree vaste per perseguire l'ottimizzazione della qualità e dell'efficienza di servizi tecnico-logistici di supporto o di funzioni di assistenza con bacino sovrazien- dale. Sono tre le Aree vaste istituite: Emilia nord (Aziende sanitarie di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena), Emilia Centrale (Aziende sanitarie di Bologna, Imola, Ferrara, Irccs

Rizzoli), Romagna (Aziende Usl di Ravenna, Forlì, Cesena, Rimini).

Complessivamente i posti letto negli ospedali pubblici (di Aziende sanitarie e di Irccs) al 31 dicembre 2008 sono 16.152 (un numero stabile rispetto al 2007: erano 16.158). I Distretti delle Aziende Usl sono 38. Sono 61.229 i dipendenti (erano 60.710 al 31 dicembre 2007): significativo l'aumento di infermieri +195 e degli operatori socio-sanitari +475. I medici di medicina generale convenzionati, sempre al 31 dicembre 2008, sono 3.200; i pediatri di libera scelta convenzionati sono 583.

La popolazione di riferimento è di 4.337.966 cittadini e cittadine (in tabella la percentuale di popolazione per

### Le Aziende sanitarie

Aziende Usl	Popolazione*	% popolazione per Azienda Usl	N. Distretti	Posti letto pubblici (**)	Personale dipendente	Medici di medicina generale	Pediatri di libera scelta
Azienda Usl di Piacenza	285.937	6,6%	3	856	3.563	214	33
Azienda Usl di Parma	433.096	10,0%	4	391	2.489	299	55
Azienda Usl di Reggio Emilia	519.480	12,0%	6	731	3.968	336	79
Azienda Usl di Modena	688.286	15,9%	7	1.628	6.216	525	97
Azienda Usl di Bologna	846.583	19,5%	6	1.843	8.447	630	118
Azienda Usl di Imola	129.587	3,0%	1	590	1.744	97	20
Azienda Usl di Ferrara	357.979	8,3%	3	753	3.155	289	37
Azienda Usl di Ravenna	385.729	8,9%	3	1.218	4.923	287	49
Azienda Usl di Forlì	184.977	4,3%	1	634	2.667	149	23
Azienda Usl di Cesena	203.042	4,7%	2	654	2.752	143	30
Azienda Usl di Rimini	303.270	7,0%	2	908	3.714	231	42
<b>Totale Aziende Usl</b>	<b>4.337.966</b>	<b>100,0%</b>	<b>38</b>	<b>10.206</b>	<b>43.638</b>	<b>3.200</b>	<b>583</b>

Aziende Ospedaliere, Ospedaliero-Universitarie, IRCCS	Posti letto pubblici**	Personale dipendente
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	1.334	3.772
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia	902	2.736
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	765	2.412
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna	1.758	4.944
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara	863	2.523
IRCCS - Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna	324	1.204
<b>Totale Aziende Ospedaliere, Ospedaliero-Universitarie, IRCCS</b>	<b>5.946</b>	<b>17.591</b>
<b>Totale regione</b>	<b>16.152</b>	<b>61.229</b>

(\*) Popolazione al 31 dicembre 2008

(\*\*) Nella tabella non sono compresi i posti letto dell'ospedalità privata accreditata, compresi invece nella tabella a pagina 22

## Il personale dipendente del Servizio sanitario regionale - Anni 2007-2008

	Anno 2007	Anno 2008
Dirigenti medici	8.638	8.783
Dirigenti veterinari	530	501
Dirigenti sanitari	1.131	1.142
Dirigenti professionali, tecnici e amministrativi	568	574
Personale infermieristico	26.193	26.388
Personale tecnico sanitario	3.350	3.335
Personale della prevenzione	911	1.118
Personale della riabilitazione	2.282	2.329
Assistenti sociali	425	426
Personale tecnico	5.267	4.956
Operatori tecnici addetti all'assistenza*	296 *	276 *
Operatori socio sanitari	4.623	5.098
Ausiliari specializzati	621	473
Personale amministrativo	5.865	5.820
Assistenti religiosi	10	10
<b>Totale</b>	<b>60.710</b>	<b>61.229</b>

\* Qualifica in esaurimento

## Le Aree vaste

Area vasta	Popolazione*	Popolazione ≥ 65 anni	% Popolazione ≥ 65 anni
<b>Area vasta Emilia Nord</b>	<b>1.926.799</b>	<b>412.848</b>	<b>21,4%</b>
Aziende sanitarie di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena			
<b>Area vasta Emilia Centrale</b>	<b>1.334.149</b>	<b>322.191</b>	<b>24,1%</b>
Aziende sanitarie di Bologna, Imola, Ferrara, Irccs			
<b>Area vasta Romagna</b>	<b>1.077.018</b>	<b>240.169</b>	<b>22,3%</b>
Aziende Usl di Ravenna, Forlì, Cesena, Rimini			
<b>Totale</b>	<b>4.337.966</b>	<b>975.208</b>	<b>22,5%</b>

\* Popolazione al 31/12/2008



## L'evoluzione della spesa: raffronto con le altre Regioni, saldo mobilità interregionale

La spesa totale del Servizio sanitario regionale nel 2008 è stata di 7,937 miliardi di euro. L'analisi degli anni 2006-2007-2008 mostra indici di crescita in linea con la media nazionale, pur in presenza di una crescita della popolazione dell'Emilia-Romagna

superiore (2,71% a fronte dell'1,55% nazionale). Un risultato apprezzabile, a cui va aggiunto anche il crescente saldo attivo della mobilità sanitaria, che nel 2008 è stato di 335,48 milioni di euro (329,07 nel 2007; 308,26 nel 2006).

### La spesa Regione per Regione - Anni 2006-2007-2008 (cifre assolute in migliaia di Euro)

Regione e Provincia autonoma	Totale spesa 2006	Totale spesa 2007	Totale spesa 2008	Differenza% 2007/2006	Differenza% 2008/2007	Differenza% 2008/2006
Piemonte	7.457.257	7.728.719	8.067.647	3,64%	4,39%	8,19%
Valle d'Aosta	245.211	246.894	260.749	0,69%	5,61%	6,34%
Lombardia	15.351.466	16.167.360	16.677.814	5,31%	3,16%	8,64%
Provincia autonoma di Bolzano	1.020.557	1.064.781	1.110.545	4,33%	4,30%	8,82%
Provincia autonoma di Trento	900.387	943.395	993.626	4,78%	5,32%	10,36%
Veneto	7.871.575	8.105.133	8.425.666	2,97%	3,95%	7,04%
Friuli Venezia Giulia	1.983.394	2.154.713	2.328.086	8,64%	8,05%	17,38%
Liguria	2.956.125	3.097.597	3.179.038	4,79%	2,63%	7,54%
<b>Emilia-Romagna</b>	<b>7.311.687</b>	<b>7.627.534</b>	<b>7.937.449</b>	<b>4,32%</b>	<b>4,06%</b>	<b>8,56%</b>
Toscana	6.199.193	6.402.585	6.642.303	3,28%	3,74%	7,15%
Umbria	1.464.770	1.501.653	1.556.790	2,52%	3,67%	6,28%
Marche	2.449.247	2.525.158	2.636.849	3,10%	4,42%	7,66%
Lazio	10.703.198	10.856.291	11.092.912	1,43%	2,18%	3,64%
Abruzzo	2.211.486	2.330.397	2.337.785	5,38%	0,32%	5,71%
Molise	589.930	621.930	651.373	5,42%	4,73%	10,42%
Campania	9.219.796	9.709.887	9.689.163	5,32%	-0,21%	5,09%
Puglia	6.256.627	6.751.079	7.022.007	7,90%	4,01%	12,23%
Basilicata	914.016	970.692	1.012.195	6,20%	4,28%	10,74%
Calabria	2.986.458	3.254.502	3.320.892	8,98%	2,04%	11,20%
Sicilia	8.405.224	8.327.086	8.344.959	-0,93%	0,21%	-0,72%
Sardegna	2.632.532	2.705.595	2.816.251	2,78%	4,09%	6,98%
<b>Italia</b>	<b>99.130.136</b>	<b>103.092.981</b>	<b>106.104.099</b>	<b>4,00%</b>	<b>2,92%</b>	<b>7,04%</b>

Fonte 2006-2007-2008: Relazione generale sulla situazione economica del Paese 2008

### Andamento della popolazione residente in Emilia-Romagna e in Italia - Anni 2006-2007-2008

	2006	2007	2008
Emilia-Romagna	4.223.585	4.275.843	4.337.966
Italia	59.131.287	59.619.290	60.045.068

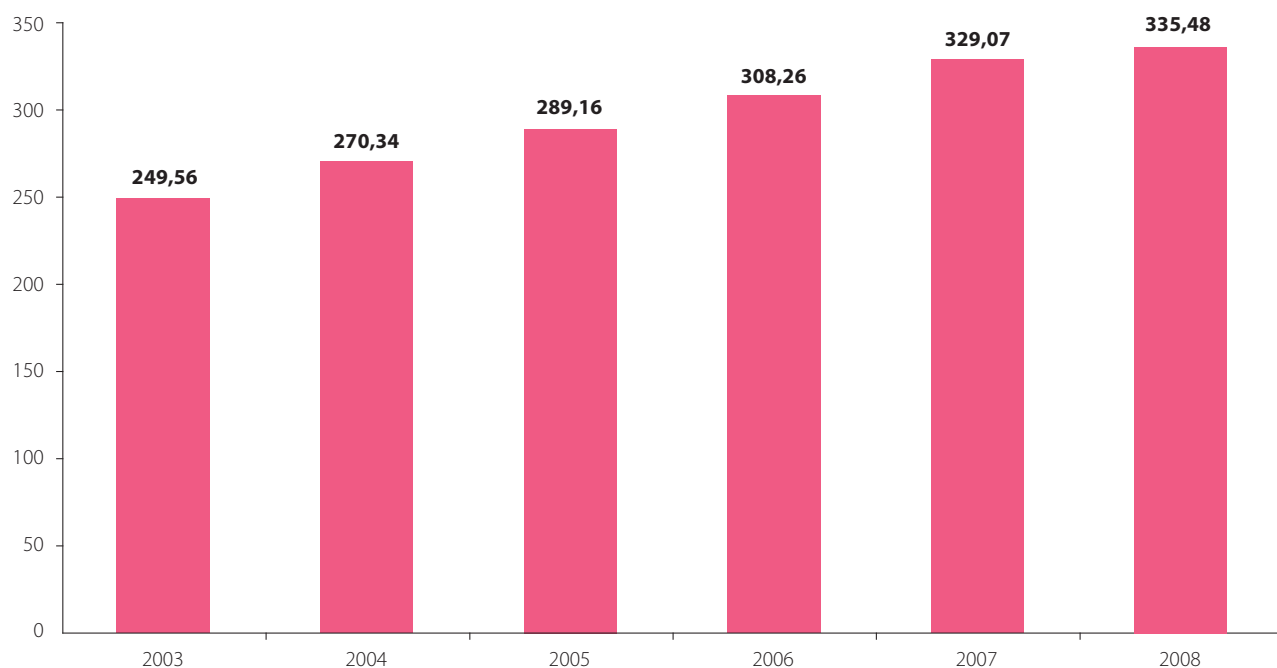
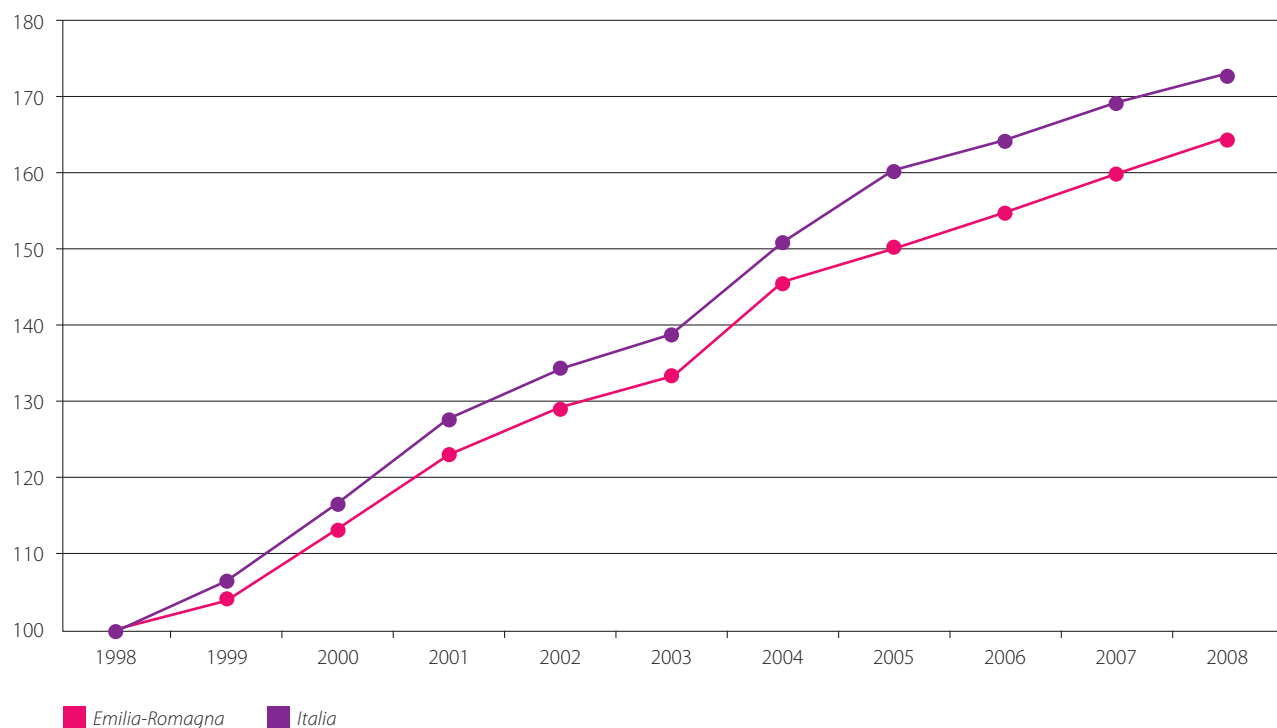
	Incremento% 2007/2006	Incremento% 2008/2007	Incremento% 2008/2006
Emilia-Romagna	1,24%	1,45%	2,71%
Italia	0,83%	0,71%	1,55%

Popolazione residente al 31/12

Fonte Regione Emilia-Romagna: Statistica self-service

Fonte dati nazionali: ISTAT

## Saldo mobilità interregionale - Anni 2003-2008 (in milioni di euro)

Spesa totale pro-capite in Emilia-Romagna e in Italia (anni 1998-2008)  
(numeri indice 1998 = 100)

## Spesa per funzioni e livelli di assistenza per cittadini residenti, spesa pro-capite

La spesa per funzioni e livelli di assistenza evidenzia che l'assistenza distrettuale è al primo posto per assorbimento di risorse, a conferma del continuo potenziamento dell'assistenza sul territorio e domiciliare e del riequilibrio dell'offerta tra servizi territoriali e servizi ospedalieri. All'ospedale infatti è assegnato un ruolo specifico per la cura di persone che necessitano di un'assistenza complessa in strutture ad elevata concentrazione di tecnologie e competenze professionali. Nel 2008 l'assistenza distrettuale rappresenta il 53,68% della spesa totale.

La spesa pro-capite passa da 1.773 euro nel 2007 a 1.829 euro nel 2008, con un incremento di poco superiore al 3%.

La metodologia utilizzata nel 2008 per l'elaborazione dei dati è la stessa del 2007; per le prestazioni finanziate dal Fondo regionale per la non autosufficienza i costi includono esclusivamente la quota di spesa riferita ai LEA a carico del Fondo sanitario regionale, è esclusa la quota parte finanziata con risorse regionali.

A partire dal 2007 tutte le Aziende sanitarie e l'Irccs Rizzoli redigono il bilancio di missione, strumento di rendiconto sui risultati dell'attività assistenziale in relazione agli obiettivi di salute fissati dalla programmazione regionale e locale. Affianca ed è complementare al bilancio d'esercizio economico-finanziario.

### Spesa per funzioni e livelli di assistenza - Anni 2007-2008

Livelli di assistenza	Costo 2007 in migliaia di euro (1)	% sul totale	Costo pro-capite 2007 in euro	Costo 2008 in migliaia di euro	% sul totale	Costo pro-capite 2008 in euro
<b>Totale assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro</b>	<b>350.298</b>	<b>4,62%</b>	<b>81,92</b>	<b>358.170</b>	<b>4,51%</b>	<b>82,57</b>
Assistenza di base (medici di medicina generale, continuità assistenziale, pediatri di libera scelta)	419.939	5,54%	98,21	440.075	5,55%	101,45
Emergenza sanitaria territoriale	113.896	1,50%	26,64	114.166	1,44%	26,32
Assistenza farmaceutica territoriale	1.017.009	13,41%	237,85	1.035.391	13,05%	238,68
Assistenza integrativa e protesica	111.035	1,46%	25,97	116.734	1,47%	26,91
Assistenza specialistica compreso Pronto soccorso non seguito da ricovero (4)	1.263.708	16,67%	295,55	1.340.328	16,89%	308,98
Assistenza domiciliare	151.963	2,00%	35,54	178.377	2,25%	41,12
Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori, pediatri di comunità) (2)	85.934	1,13%	20,10	84.885	1,07%	19,57
Assistenza psichiatrica	336.364	4,44%	78,67	364.643	4,59%	84,06
Assistenza riabilitativa ai disabili (3)	118.054	1,56%	27,61	133.257	1,68%	30,72
Assistenza ai tossicodipendenti	64.700	0,85%	15,13	71.084	0,90%	16,39
Assistenza agli anziani (3)	319.663	4,22%	74,76	335.497	4,23%	77,34
Assistenza ai malati terminali	18.587	0,25%	4,35	20.212	0,25%	4,66
Assistenza a persone affette da HIV	4.705	0,06%	1,10	6.126	0,08%	1,41
Assistenza idrotermale	19.756	0,26%	4,62	19.319	0,24%	4,45
<b>Totale assistenza distrettuale</b>	<b>4.045.313</b>	<b>53,36%</b>	<b>946,09</b>	<b>4.260.094</b>	<b>53,68%</b>	<b>982,05</b>
<b>Totale assistenza ospedaliera</b>	<b>3.186.219</b>	<b>42,02%</b>	<b>745,17</b>	<b>3.317.818</b>	<b>41,81%</b>	<b>764,83</b>
<b>Totale livelli di assistenza per residenti</b>	<b>7.581.830</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.773,18</b>	<b>7.936.082</b>	<b>100%</b>	<b>1.829,45</b>

Fonte: Modello LA consuntivo 2007 e 2008.

La popolazione utilizzata per il calcolo del costo pro-capite è quella regionale (statistica self-service) residente al 31/12.

Popolazione al 31/12/2007: **4.275.843**

Popolazione al 31/12/2008: **4.337.966**

#### NOTE

1) Il dato differisce da quello contenuto nella pubblicazione dello scorso anno in quanto elaborato sulla base di dati definitivi.

2) Il valore del 2008 in calo rispetto al 2007 è dovuto all'allocatione dei costi connessi alla somministrazione dei vaccini da parte dei servizi di Pediatria di Comunità al livello "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro".

3) Per le prestazioni finanziate dal Fondo regionale per la non autosufficienza i costi includono esclusivamente la quota di spesa riferita ai LEA a carico del Fondo sanitario regionale; è esclusa la quota parte finanziata con risorse regionali.

4) Nel livello dell'assistenza specialistica sono compresi gli esami e gli approfondimenti diagnostici effettuati nell'ambito di programmi di screening (mammografico, collo utero e colon-retto), stimati nell'ordine di 16-17 milioni di euro.

L'elaborazione è fatta a costi pieni, ossia i costi generali di Azienda vengono riattribuiti proporzionalmente alle funzioni assistenziali.

## Tempi medi di pagamento dei fornitori di beni e servizi delle Aziende sanitarie

La Regione Emilia-Romagna è intervenuta nel corso degli ultimi anni, in via straordinaria e con mezzi propri (oltre 2 miliardi di euro nel solo biennio 2007-2008), per migliorare i tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi delle Aziende sanitarie. L'intervento, che proseguirà anche nel 2009 con l'obiettivo di contenere i tempi entro i 200 giorni, riguarda solo i fornitori di beni e servizi, garantendo le Aziende sanitarie il rispetto delle scadenze dei pagamenti obbligatori (retribuzioni personale dipendente e convenzionati, contributi, imposte, tasse, utenze, assicurazioni, rate mutui) ed assicurando tempi contenuti (tra i 30 ed i 90 giorni) nei confronti dei fornitori che

erogano direttamente dei servizi (farmacie convenzionate, ospedali privati, terme, convenzionati esterni, cooperative sociali, enti gestori di strutture protette).

Grazie agli interventi regionali, come si evince dalla tabella, si è assistito a un netto miglioramento dei tempi di pagamento che sono passati dai 458 giorni nel 2006 a 259 giorni al 31 dicembre 2008. Questo miglioramento ha anche determinato un recupero del gap rispetto ai tempi medi nazionali rilevati da Assobiomedica; infatti mentre a fine 2006 i tempi medi di pagamento regionali erano superiori alla media nazionale, a fine 2008 tali tempi risultano inferiori.

### Tempi medi di pagamento dei fornitori di beni e servizi delle Aziende sanitarie- Anni 2006-2007-2008

Azienda sanitaria	2006	2007	2008
Azienda Usl di Piacenza	510	400	240
Azienda Usl di Parma	480	330	210
Azienda Usl di Reggio Emilia	380	330	270
Azienda Usl di Modena	420	465	360
Azienda Usl di Bologna	450	395	300
Azienda Usl di Imola	420	360	180
Azienda Usl di Ferrara	650	480	285
Azienda Usl di Ravenna	360	300	240
Azienda Usl di Forlì	600	360	360
Azienda Usl di Cesena	510	390	270
Azienda Usl di Rimini	330	270	240
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	270	165	180
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia	360	285	285
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	420	375	375
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna	645	405	225
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara	585	375	285
Ircs Rizzoli di Bologna	390	330	90
<b>Valore medio regionale</b>	<b>458</b>	<b>354</b>	<b>259</b>
<b>Tempi di pagamento rilevati da Assobiomedica in Emilia-Romagna</b>	<b>441</b>	<b>367</b>	<b>260</b>
<b>Tempi di pagamento rilevati da Assobiomedica in Italia</b>	<b>336</b>	<b>286</b>	<b>269</b>

## Gli acquisti attraverso Intercent-ER

L'Agenzia regionale per l'acquisto di beni e servizi (Intercent-ER) è stata istituita nel febbraio 2005; vi aderiscono 49 Enti pubblici della regione tra cui tutte le Aziende sanitarie che, assieme agli Enti regionali, sono tenute ad utilizzare le convenzioni stipulate dalla stessa Agenzia per i propri acquisti.

Le iniziative di acquisto in area sanitaria hanno un ruolo di primaria importanza. In sinergia con l'Assessorato politiche per la salute, le Aziende sanitarie, e le Aree Vaste che le coordinano, sono state promosse innovazioni nei processi di acquisto, non solo tramite gli strumenti di e-procurement ma anche con l'elaborazione di gare complesse, aggiudicando forniture che coniugano risparmio ed elevati standard qualitativi.

Nel 2008, come previsto dalla programmazione regionale (delibera 602/2008), è stato ampliato il volume degli acquisti: il valore complessivo della spesa con iniziative già aggiudicate, o pubblicate nel 2008 e non ancora aggiudicate, è stato di 398 milioni di euro, pari al 24% della spesa annua di beni e servizi delle Aziende sanitarie (l'obiettivo fissato dalla programmazione era il 20%). Il valore complessivo degli ordinativi stipulati

nel 2008 dalle Aziende sanitarie è pari a 262 milioni di euro, di cui 126 milioni di euro su categorie di spesa comune a tutte le Amministrazioni e 136 milioni di euro su categorie di spesa specifica sanitaria; in particolare, il valore degli ordinativi ha registrato un incremento del 184% rispetto ai 92 milioni di euro raggiunti nel 2007.

A partire dal 2008 anche le procedure di gara per l'acquisto dei farmaci sono state affidate ad Intercent-ER e vengono affrontate distintamente per ciascuna Area vasta (a partire, nel 2008, dall'Area Emilia Nord, e a seguire, l'Area Romagna).

Le aree su cui si è indirizzato l'approvvigionamento attraverso Intercent-ER, per il 2008 sono state: energia, telefonia, beni farmaceutici, dispositivi medici/attrezzature, rifiuti speciali, banche dati.

Per il 2009 si prevede che Intercent-ER inciderà sulla spesa annua per beni e servizi delle Aziende sanitarie per circa 600 milioni di euro, pari a oltre il 30% della spesa totale, a fronte di una programmazione che fissa l'obiettivo per le Aziende sanitarie al 25%.

## Il Fondo regionale per la non autosufficienza: risorse utilizzate, aree di intervento

Le risorse del Fondo regionale per la non autosufficienza utilizzate nel 2008 sull'intero territorio regionale sono state pari a 317,7 milioni di euro (il 96% delle risorse programmate). A queste si sono aggiunte le risorse provenienti dal Fondo nazionale per la non autosufficienza, 6,3 milioni, e dal Fondo nazionale famiglia pari a 800mila euro.

Complessivamente sono state quindi spese risorse per 324,8 milioni di euro, di cui 278,7 milioni (86%) per l'area anziani, 39,9 milioni (12%) per l'area disabili e 6,2 milioni

(2%) per interventi trasversali rivolti sia ad anziani che a disabili riguardanti il sostegno delle reti sociali, la qualificazione del lavoro di cura e l'adattamento dell'ambiente domestico.

Nel 2007 erano stati spesi 253,8 milioni, l'aumento di spesa nel 2008 è stato di 71,7 milioni (+28%).

Nel 2008, sono state 7.000 le nuove persone prese in carico (6.100 anziani e 900 disabili), e il totale degli utenti è stato pari a 61.250.

### Fondo regionale per la non autosufficienza: risorse utilizzate, aree di intervento - Anno 2008

Aree di intervento	Risorse da Fondo regionale per la non autosufficienza (in milioni di euro)	Risorse da Fondo nazionale per la non autosufficienza e da Fondo nazionale famiglia (in milioni di euro)	Totale risorse utilizzate (in milioni di euro)	% su totale
Residenzialità anziani	183,4	-	183,4	
Domiciliarità anziani	89,9	0,7	90,6	
Accesso e presa in carico anziani	2,2	1,1	3,3	
Altri interventi anziani	1,4		1,4	
<b>Totale area anziani</b>	<b>276,9</b>	<b>1,8</b>	<b>278,7</b>	<b>86%</b>
Residenzialità disabili	18,4		18,4	
Domiciliarità disabili	16	3,7	19,7	
Accesso e presa in carico disabili	0,4	0,5	0,9	
Altri interventi disabili	0,9		0,9	
<b>Totale area disabili</b>	<b>35,7</b>	<b>4,2</b>	<b>39,9</b>	<b>12%</b>
<b>Trasversali alle due aree</b>	<b>5,1</b>	<b>1,1</b>	<b>6,2</b>	<b>2%</b>
<b>Totale</b>	<b>317,7</b>	<b>7,1</b>	<b>324,8</b>	

## L'assistenza e la spesa farmaceutica

Il sistema di governo dell'assistenza farmaceutica è basato sul costante impegno della Commissione regionale del farmaco e delle Commissioni provinciali nella elaborazione e adozione del Prontuario terapeutico. Esso è costituito da un elenco di medicinali, nonché da schede di valutazione e documenti elaborati per favorire l'impiego appropriato e sicuro delle terapie in ricovero e nei percorsi di continuità assistenziale. Il Prontuario nasce da percorsi di condivisione tra i professionisti che tengono conto delle evidenze scientifiche disponibili e di valutazioni costo/efficacia. È consultabile su Saluter ([www.saluter.it](http://www.saluter.it)): digitare "prontuario" nel motore di ricerca.

Nel 2008 la spesa farmaceutica territoriale è la voce più consistente (il 71% del totale) e conferma la tendenza registrata nel 2007, con un calo del 1,1% (era stato dell'1,4% nel 2007 sul 2006). La spesa netta per la convenzionata (i farmaci distribuiti dalle farmacie del territorio su ricetta del Servizio sanitario) cala di 3,2%, a fronte di un aumento del numero di ricette (+4,4%). Parte di questa diminuzione è attribuibile alla progressiva disponibilità di farmaci equivalenti: nel 2008 il numero di principi attivi generici sul mercato è aumentato

dell'8% rispetto al 2007. Il contenimento della spesa territoriale è inoltre dovuto all'aumento dell'erogazione "per conto" (+52,3%) rispetto al 2007 (farmaci di fascia A distribuiti dalle farmacie del territorio a pazienti cronici sulla base di specifici accordi con le Aziende UsI).

A livello nazionale l'incremento delle prescrizioni (numero di ricette della farmaceutica convenzionata) nell'anno 2008 è pari al 5,3%, a fronte di una diminuzione della spesa farmaceutica pari a -1% (fonte: Rapporto OSMED 2008).

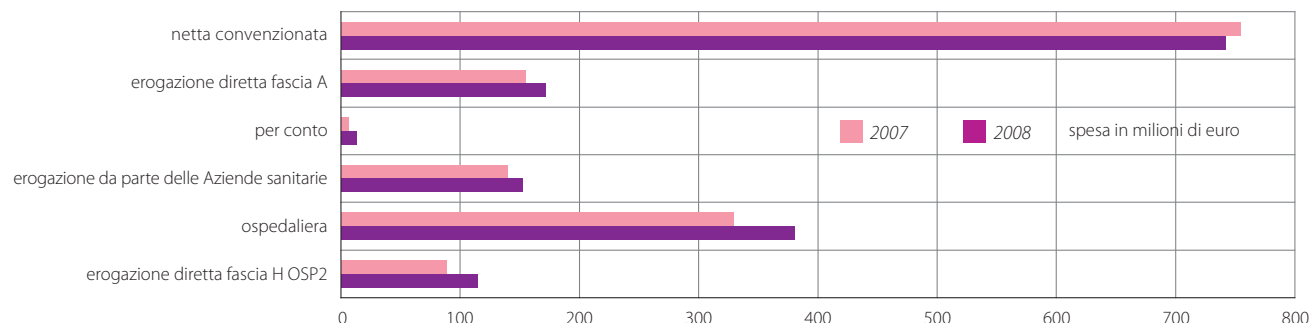
La spesa farmaceutica ospedaliera aumenta del 13,9%, confermando l'andamento del 2007. L'incremento è influenzato dall'aumento dei consumi di farmaci ospedalieri classificati "H OSP2", utilizzabili anche per la cura a domicilio; dal 2007 è aumentato sul mercato il numero di farmaci con tale classificazione e la spesa ad essi attribuibile è aumentata nel 2008 del 31,2%.

Nel 2008, come già osservato negli anni precedenti, il costo netto pro-capite dell'assistenza farmaceutica convenzionata è risultato inferiore al dato nazionale: 165,4 euro contro 190,9 (172,1 contro 194,4 nel 2007).

### Spesa farmaceutica per tipologia e variazione percentuale – Anni 2007-2008

	2007	2008	var%	% sul totale 2008
Spesa netta farmaceutica convenzionata	769.734.202	745.168.293	-3,2	57,8
Spesa erogazione diretta al cittadino farmaci fascia A	155.121.948	169.701.317	9,4	13,2
di cui "per conto", attraverso le farmacie convenzionate	8.641.122	13.158.361	52,3	
e attraverso i servizi farmaceutici delle Aziende sanitarie	146.480.825	156.542.956	6,9	
<b>Totale spesa farmaceutica territoriale</b>	<b>924.856.149</b>	<b>914.869.610</b>	<b>-1,1</b>	<b>70,9</b>
<b>Spesa farmaceutica ospedaliera</b>	<b>329.376.906</b>	<b>375.015.878</b>	<b>13,9</b>	<b>29,1</b>
di cui erogazione diretta farmaci fascia HOSP2	92.758.916	121.662.831	31,2	
<b>Spesa farmaceutica regionale complessiva</b>	<b>1.254.233.056</b>	<b>1.289.885.488</b>	<b>2,8</b>	

### Ripartizione della spesa farmaceutica per tipologia - Anni 2007-2008



### Spesa farmaceutica convenzionata pro-capite in Italia e in Emilia-Romagna - Anno 2008

Italia	190,9 euro
Emilia-Romagna	165,4 euro

## Edilizia sanitaria e socio-sanitaria

Con i finanziamenti approvati nel 2008 l'ammontare delle somme investite per l'ammodernamento, l'adeguamento e la implementazione della rete strutturale e tecnologica del Servizio sanitario regionale raggiunge i 2 miliardi e 306 milioni di euro, considerando il periodo 1991 - 2008.

Le risorse impegnate dal 1991 (anno di approvazione del primo programma di investimenti) al 2008 derivano dallo Stato 1.342 milioni, dalle Aziende sanitarie 686 milioni, dalla Regione 217 milioni e da altri enti (Comuni, Università, Arpa, Fondazioni) per 61 milioni.

Si tratta complessivamente di 478 interventi per: nuove costruzioni, ristrutturazioni, adeguamenti funzionali e normativi (sicurezza e accreditamento) della rete ospedaliera e delle strutture nel territorio (nel cui ambito sono ricomprese le cure primarie, le cure odontoiatriche, la sanità pubblica e veterinaria, la salute mentale, l'integrazione socio-sanitaria, le sedi amministrative), l'adeguamento delle tecnologie, interventi per la libera professione intramuraria.

Sempre tra il 1991 e il 2008, sono stati investiti oltre 430 milioni di euro per interventi di edilizia socio-sanitaria, per i quali

l'impegno dello Stato riguarda circa un terzo dell'ammontare complessivo, circa 153 milioni di euro, la quota della Regione è pari a 67 milioni di euro, mentre circa la metà dell'investimento è in capo agli enti attuatori (Comuni, ex Ipub, onlus), con oltre 210 milioni di euro.

Si tratta complessivamente di 399 interventi per strutture socio-assistenziali per anziani e disabili.

Il 62% degli interventi in area sanitaria è stato concluso, il 19% è in corso di esecuzione, il 4% è ancora da aggiudicare e il restante 15% è in progettazione.

In ambito socio-sanitario, il 91% degli interventi è stato concluso.

Si tratta di risultati notevoli che confermano l'efficacia nella realizzazione degli interventi, anche grazie alla forte sinergia tra Regione ed enti attuatori.

Oltre a questi programmi, le Aziende sanitarie, con fondi propri, intervengono direttamente per l'ammodernamento delle proprie strutture.

Nel 2009 è stato siglato un nuovo accordo di programma tra lo Stato e la Regione (per approfondimenti vedi a pag. 53).

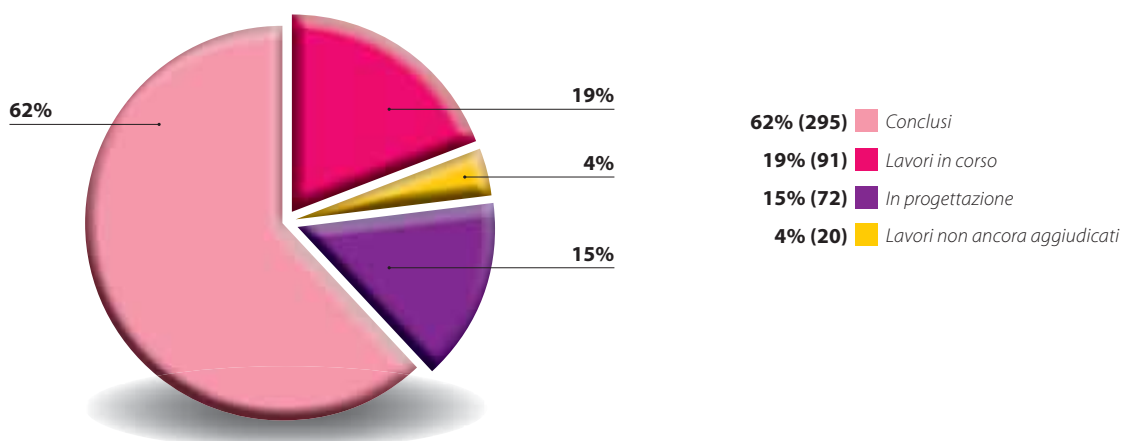
### Investimenti per interventi di edilizia sanitaria, adeguamento e ammodernamento strutturale e tecnologico, integrazione socio-sanitaria realizzati dal Servizio sanitario regionale- Anni 1991-2008

Azienda sanitaria	Quote Stato	Quote Regione	Quote Azienda sanitaria	Altri finanziamenti	Totale
Azienda Usl di Piacenza	86.069.990,93	15.040.795,14	11.488.744,99	950.280,69	113.549.811,75
Azienda Usl di Parma	43.472.978,28	4.577.696,02	41.619.238,45	1.000.000,00	90.669.912,75
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	110.901.846,38	16.824.919,15	27.053.831,04	-	154.780.596,57
Azienda Usl di Reggio Emilia	50.728.748,16	6.166.970,13	47.273.624,58	103.291,22	104.272.634,09
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia	67.610.434,92	15.327.135,22	30.595.720,46	-	113.533.290,60
Azienda Usl di Modena	149.706.051,12	22.126.713,37	100.094.702,63	8.556.766,79	280.484.233,91
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	65.918.165,61	6.821.248,44	17.239.313,57	-	89.978.727,62
Azienda Usl di Bologna	192.100.593,43	22.737.704,21	111.575.777,84	13.776.278,71	340.190.354,19
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna	143.870.527,95	6.014.585,66	112.899.760,78	12.910.000,00	275.694.874,39
Ircs Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna	10.211.379,55	3.014.534,31	8.460.510,01	21.784.125,00	43.470.548,87
Azienda Usl di Imola	18.976.855,53	3.398.552,18	11.536.338,07	-	33.911.745,78
Azienda Usl di Ferrara	48.691.078,32	13.764.130,70	17.052.704,91	-	79.507.913,93
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara	75.364.122,13	8.579.525,17	8.989.947,15	-	92.933.594,45
Azienda Usl di Ravenna	94.569.282,02	17.570.865,10	28.325.994,79	-	140.466.141,91
Azienda Usl di Forlì	63.944.093,73	17.426.141,24	57.798.818,47	-	139.169.053,44
Azienda Usl di Cesena	42.018.802,69	8.467.614,37	14.906.903,61	1.858.500,00	67.251.820,67
Azienda Usl di Rimini	78.468.484,64	28.973.353,54	39.160.347,28	-	146.600.446,86
<b>Totale regione</b>	<b>1.342.623.435,39</b>	<b>216.832.483,95</b>	<b>686.072.278,63</b>	<b>60.939.242,41</b>	<b>2.306.465.701,78</b>

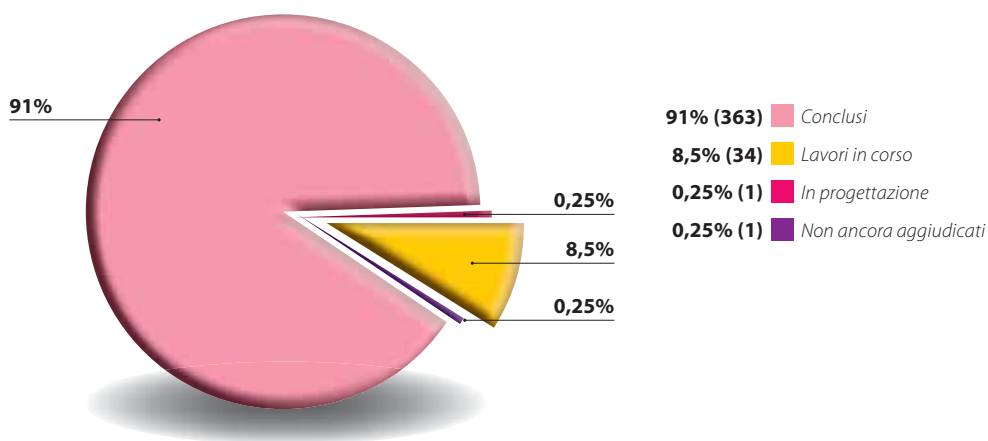
### Investimenti per interventi di edilizia socio-sanitaria realizzati da Enti non appartenenti al Servizio sanitario regionale - Anni 1991-2008

Provincia	Quota Stato	Quota Regione	Quota Ente attuatore	Totale
Piacenza	10.863.730,30	7.223.985,46	20.432.073,59	38.519.789,35
Parma	16.481.637,13	6.593.944,39	18.296.993,64	41.372.575,16
Reggio Emilia	26.752.651,85	9.808.465,60	36.224.793,38	72.785.910,83
Modena	14.661.561,27	9.419.123,22	34.375.322,70	58.456.007,19
Bologna	30.071.204,35	13.245.640,22	37.098.030,10	80.414.874,67
Ferrara	5.906.711,63	3.965.441,41	8.463.354,97	18.335.508,01
Ravenna	16.763.409,40	5.811.056,43	18.662.330,87	41.236.796,70
Forlì-Cesena	20.926.497,11	7.224.360,67	23.620.179,02	51.771.036,80
Rimini	10.307.674,12	4.060.625,51	12.982.948,15	27.351.247,78
<b>Totale regione</b>	<b>152.735.077,16</b>	<b>67.352.642,91</b>	<b>210.156.026,42</b>	<b>430.243.746,49</b>

### Stato di attuazione dei 478 interventi di edilizia sanitaria, ammodernamento e adeguamento realizzati dal Servizio sanitario regionale



### Stato di attuazione dei 399 interventi nell'area socio-sanitaria realizzati da Enti non appartenenti al Servizio sanitario regionale





## Assistenza ospedaliera: posti letto pubblici e privati accreditati, ricoveri, indice di attrazione extraregionale, tempi di attesa per ricoveri programmati

I posti letto ospedalieri – pubblici e privati accreditati – del Servizio sanitario regionale sono 19.777 (16.152 pubblici, 3.625 privati accreditati). Comprendono posti letto per acuti (14.065), per lungodegenza e riabilitazione (3.896), per day hospital (1.816). Il numero complessivo è sostanzialmente stabile (19.983 nel 2007, 19.887 nel 2006).

Ogni mille abitanti ci sono 3,71 posti letto per acuti e 0,91 posti letto per lungodegenza e riabilitazione.

Il tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti è del 134,3 per i ricoveri ordinari e del 43,9 per i ricoveri in day hospital (erano rispettivamente 138 e 45,4 nel 2007).

L'indice di attrazione degli ospedali dell'Emilia-Romagna nei confronti di persone provenienti da altre regioni nel 2008 è stato del 14% (è stato il 15,01% nel 2007, il 14,5% nel 2006).

I ricoveri, nel 2008, a carico del Servizio sanitario regionale, sono stati complessivamente 850.216, di cui 794.549 in posti letto per acuti, 22.194 in riabilitazione, 33.473 in lungodegenza.

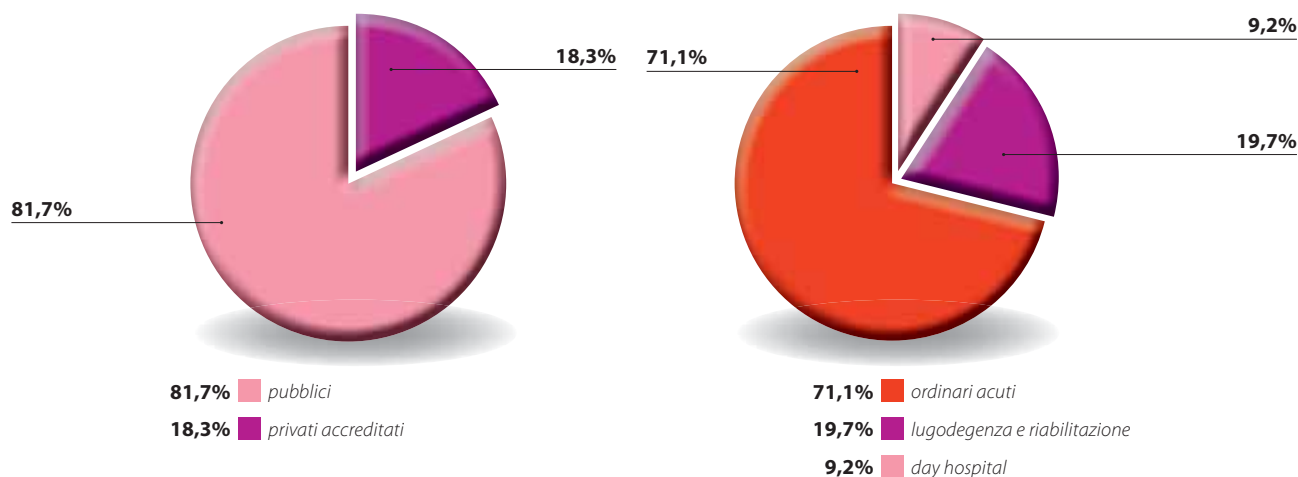
I ricoveri programmati, a carico del Servizio sanitario regionale negli ospedali pubblici e privati accreditati sono stati, nel 2008,

290.585. In accordo con le indicazioni nazionali, per alcune tipologie di intervento, la Regione ha individuato obiettivi specifici riguardo ai tempi di attesa: per interventi chirurgici nelle patologie neoplastiche di utero, mammella e colon-retto trattamento entro 30 giorni nel 100% dei casi, per interventi di angioplastica coronarica e bypass aortocoronarico trattamento entro 60 giorni nel 90% dei casi, per interventi di endoarteriectomia carotidea trattamento entro 90 giorni nel 90% dei casi, per interventi di asportazione di cataratta e di artroprotesi d'anca trattamento entro 180 giorni nel 90% dei casi.

Nelle aree cardiologica, vascolare ed oculistica, il livello di raggiungimento degli obiettivi si conferma soddisfacente anche per il 2008, mentre gli interventi di artroprotesi d'anca continuano a mostrare un margine di miglioramento.

Nell'area oncologica, i dati sono influenzati dai tempi complessivi dei percorsi diagnostico-terapeutici pre intervento chirurgico e dalle modalità di rilevazione dei tempi di attesa, i quali sono considerati non dalla effettiva prescrizione dell'intervento ma dalla diagnosi (da questa all'intervento possono infatti essere necessarie terapie che allungano in modo appropriato i tempi).

### Posti letto pubblici e privati accreditati - Anno 2008: 19.777



#### Posti letto al 31/12/2008 per 1.000 abitanti

Acuti	3,71
Lungodegenza e riabilitazione	0,91

#### Tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti al 31/12/2008

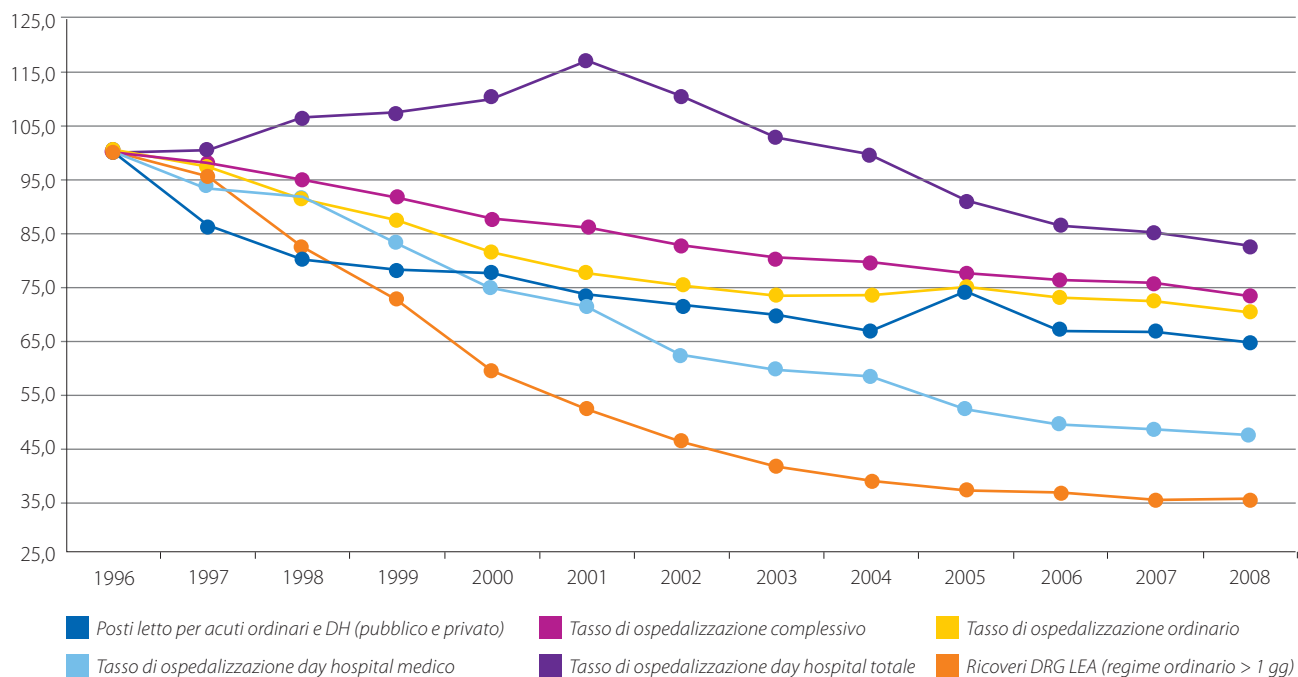
Ordinario	134,3
Day hospital	43,9

#### Ricoveri al 31/12/2008

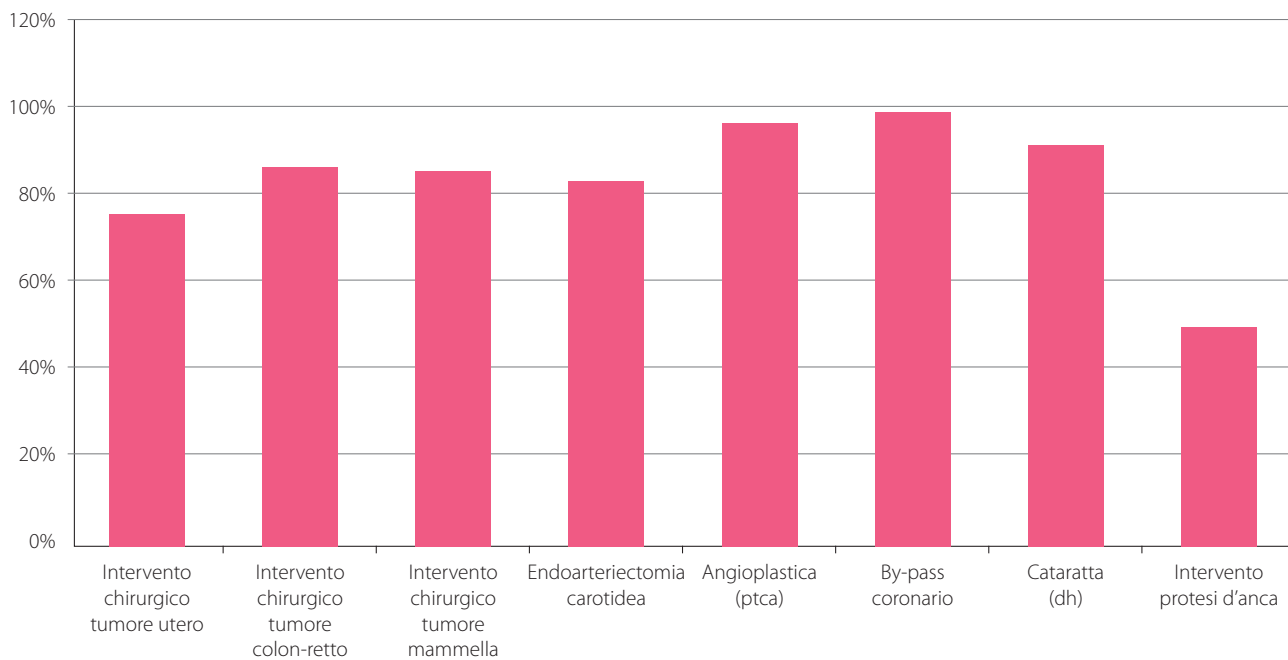
Acuti	794.549
Riabilitazione	22.194
Lungodegenza	33.473
<b>Totale</b>	<b>850.216</b>

#### Indice di attrazione extraregionale Anno 2008: 14%

### Tassi di ospedalizzazione - Anni 1996-2008 (numeri indice 1996=100)



### Percentuale interventi programmati eseguiti entro i tempi previsti dagli obiettivi nazionali Anno 2008



## Assistenza specialistica ambulatoriale

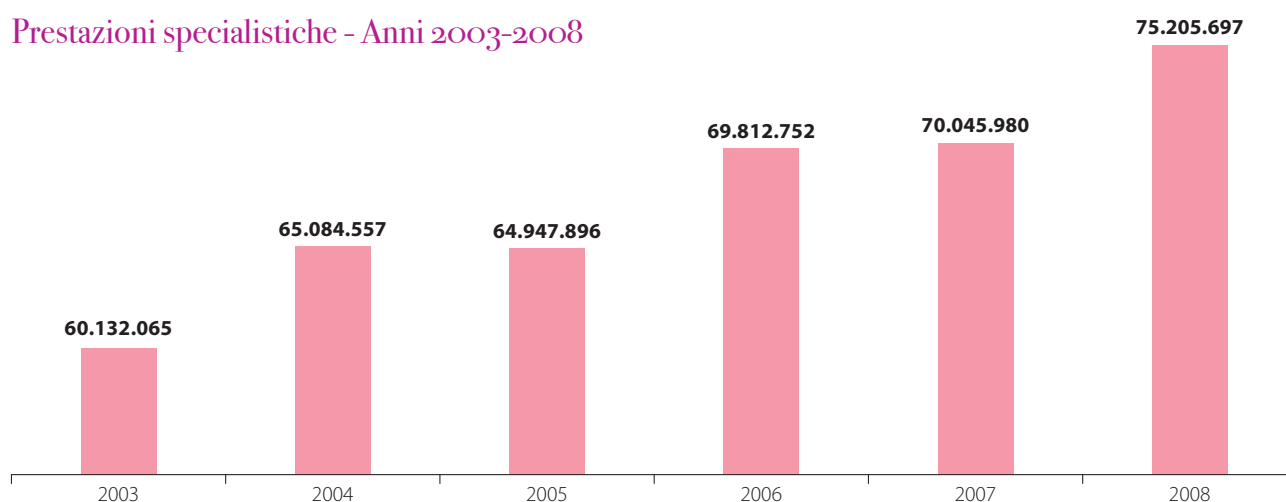
**S**ono state complessivamente 75.205.697 le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel 2008. Il dato registra un incremento rispetto al 2007 di oltre 5 milioni di prestazioni (erano state complessivamente 70.045.980). Per il 72,6% riguardano il laboratorio, per l'11,5% visite specialistiche, per il 9,9% diagnostica, per il 3,2% prestazioni terapeutiche, per il 2,8% prestazioni riabilitative (percentuali sostanzialmente stabili rispetto al 2007 quando si erano registrate rispettivamente il 71,6% di laboratorio, l'11,8% di visite, il 10,2% di diagnostica, il 3,4% di prestazioni terapeutiche, il 3% di prestazioni riabilitative).

Nel 2009, la Giunta regionale è intervenuta, con delibera 1035 del 20 luglio, in applicazione della delibera 1532/2006 che

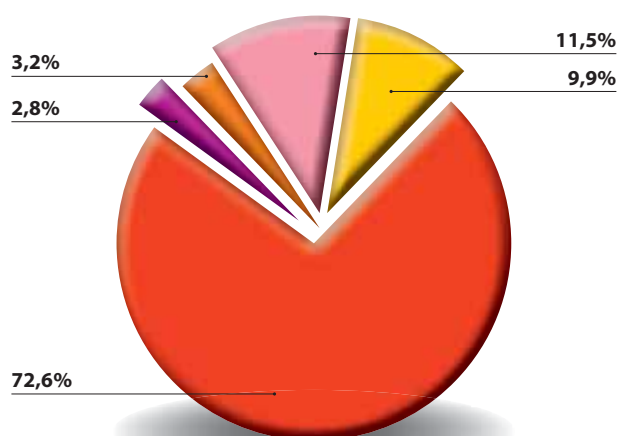
aveva approvato il Piano regionale per il contenimento delle liste di attesa, rafforzando l'intervento per il rispetto dei tempi di attesa per visite ed esami programmabili, urgenti e urgenti differibili, oltre a prevedere anche interventi specifici per la mammografia (allargamento delle fasce di età interessate dallo screening, percorsi per donne a rischio eredo-familiare), per la densitometria ossea (con indicazioni riguardo alle condizioni cliniche necessarie per l'erogazione a carico del Servizio sanitario), per percorsi riguardo alle urgenze e all'accesso al pronto soccorso (per approfondimenti, vedi a pagg. 49, 69).

Con la stessa delibera viene previsto il monitoraggio sui tempi di attesa relativi a tutta l'offerta, mantenendo una attenzione specifica alle visite e agli esami più critici.

### Prestazioni specialistiche - Anni 2003-2008

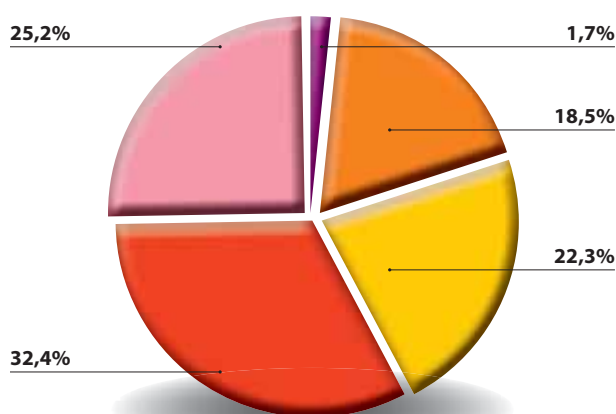


### Tipologia delle prestazioni specialistiche Anno 2008



- 72,6% ■ Laboratorio
- 11,5% ■ Visite
- 9,9% ■ Diagnostica
- 3,2% ■ Prestazioni terapeutiche
- 2,8% ■ Riabilitazione

### Valori economici delle prestazioni specialistiche Anno 2008



- 32,4% ■ Diagnostica
- 25,2% ■ Laboratorio
- 22,3% ■ Visite
- 18,5% ■ Prestazioni terapeutiche
- 1,7% ■ Riabilitazione

## Prestazioni specialistiche per tipologia - Anno 2008

Tipologia		N. prestazioni erogate	% N. di prestazioni erogate
Visite	Prima visita	6.042.171	
	Visita di controllo	2.535.465	
	Osservazione breve intensiva	65.647	
	<b>Totale visite</b>	<b>8.643.283</b>	<b>11,5%</b>
Diagnostica	Diagnostica strumentale con radiazioni	2.940.130	
	Diagnostica strumentale senza radiazioni	4.091.794	
	Biopsia	74.525	
	Altra diagnostica	337.201	
	<b>Totale diagnostica</b>	<b>7.443.650</b>	<b>9,9%</b>
Laboratorio	Prelievi	5.129.251	
	Chimica clinica	38.622.959	
	Ematologia/coagulazione	7.247.449	
	Immunoematologia e trasfusionale	188.627	
	Microbiologia/virologia	2.630.116	
	Anatomia ed istologia patologica	635.806	
	Genetica/citogenetica	150.170	
<b>Totale laboratorio</b>	<b>54.604.378</b>	<b>72,6%</b>	
Riabilitazione	Riabilitazione diagnostica	116.684	
	Riabilitazione e rieducazione funzionale	1.389.190	
	Terapia fisica	509.376	
	Altra riabilitazione	103.022	
	<b>Totale riabilitazione</b>	<b>2.118.272</b>	<b>2,8%</b>
Prestazioni terapeutiche	Radioterapia	332.418	
	Dialisi	434.382	
	Odontoiatria	166.692	
	Trasfusioni	17.424	
	Chirurgia ambulatoriale	318.654	
	Altre prestazioni terapeutiche	1.126.544	
	<b>Totale prestazioni terapeutiche</b>	<b>2.396.114</b>	<b>3,2%</b>
<b>Totale regione</b>		<b>75.205.697</b>	<b>100,0%</b>

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

Sono 213 le sedi entro cui sono attivi spazi dedicati a specifiche fasce di popolazione: 31 Spazi giovani (rivolti a ragazzi e ragazze di età 14-19 anni) e 17 Spazi per le donne immigrate e i loro bambini. La presenza settimanale media dell'equipe (ostetrica, ginecologo/a, psicologo/a, e, dove presente, assistente sociale) è di circa 70 ore. La mediatrice culturale è sempre presente in ogni sede degli Spazi donne immigrate.

Dal 1995 al 2008 le attività registrano un aumento del 20% e le/gli utenti un aumento del 16%. Tra il 2007 ed il 2008 i dati registrano una sostanziale stabilità. In relazione alla popolazione "target" si osserva una sostanziale stabilità dell'utenza che si rivolge al Consultorio per problemi ostetrico-ginecologici, confermata anche dall'analisi per specifiche problematiche, fatta eccezione per la menopausa dove si osserva un leggero calo.

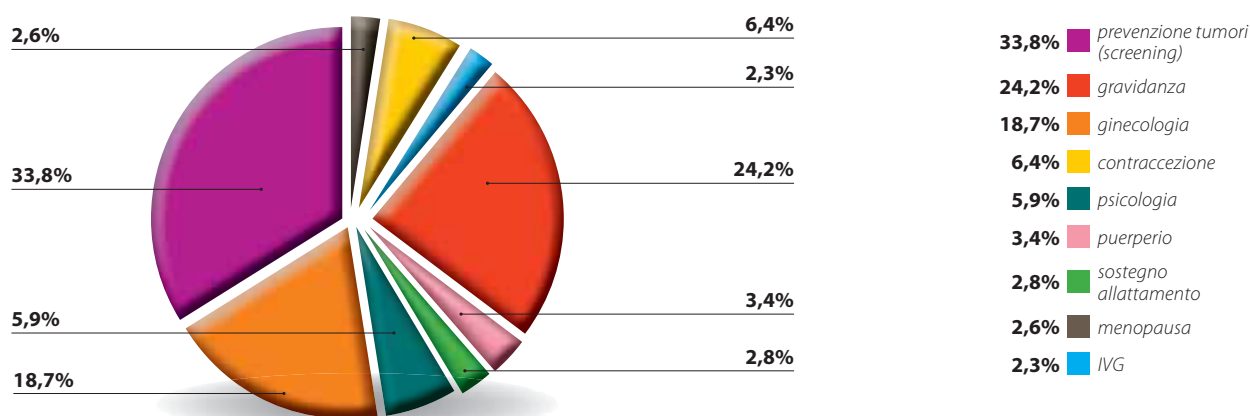
Nel 2008 le prestazioni, suddivise per area, mostrano una prevalenza di quelle relative alla diagnosi precoce dei tumori femminili (screening del collo dell'utero con pap-test e colposcopie, visite senologiche per la prevenzione dei tumori della mammella), che corrispondono al 33,8% del totale. Segue l'assistenza alla gravidanza (24,2% del totale) che, nel periodo 1995-2008 ha registrato, in parallelo al consistente incremento della popolazione immigrata, un aumento delle utenti straniere (da 740 a 9.335), ma anche delle utenti con cittadinanza italiana (da 6.329 a 8.821).

Le prestazioni di specialistica ginecologica rappresentano il 18,7% del totale, la contraccezione il 6,4% (tra le utenti il 22% è rappresentato da donne straniere) e le attività di certificazione per l'interruzione volontaria di gravidanza il 2,3%. Nei grafici è rappresentato l'andamento del numero delle utenti rispetto alla popolazione target per specifici servizi: si osserva il forte incremento delle utenti per l'assistenza alla gravidanza (18.156 in totale, di cui il 51,4% straniere).

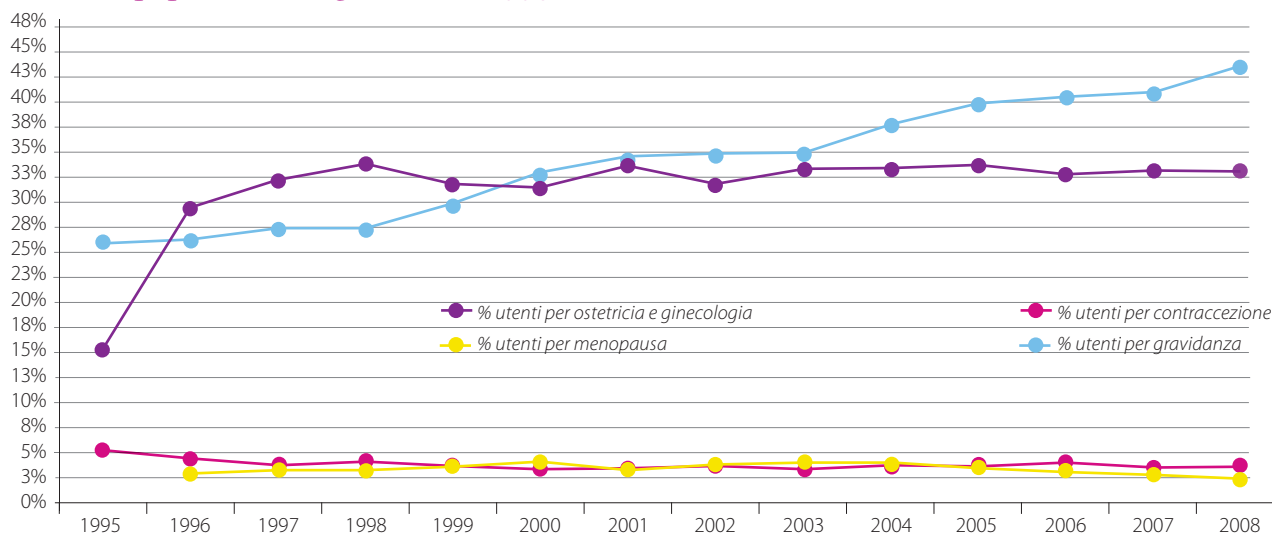
L'attività consultoriale comprende anche l'attività di educazione sanitaria rivolta in prevalenza all'area nascita (circa 11.800 donne/coppie seguite nel 2008, dato costante rispetto agli anni precedenti) e all'area relativa all'educazione sessuale e prevenzione AIDS rivolta agli adolescenti (oltre 38.000 ragazzi e adulti di riferimento, dato costante rispetto agli anni precedenti).

Sito internet: [www.saluter.it/consultori](http://www.saluter.it/consultori)

### Aree di attività - Anno 2008



### % utenti su popolazione target\* - Anni 1995 - 2008



(\*) Popolazione target:

Ostetricia e ginecologia = donne 15-64 anni (1.391.381 al 31/12/2008)

Menopausa = donne 45-64 anni (582.870 al 31/12/2008)

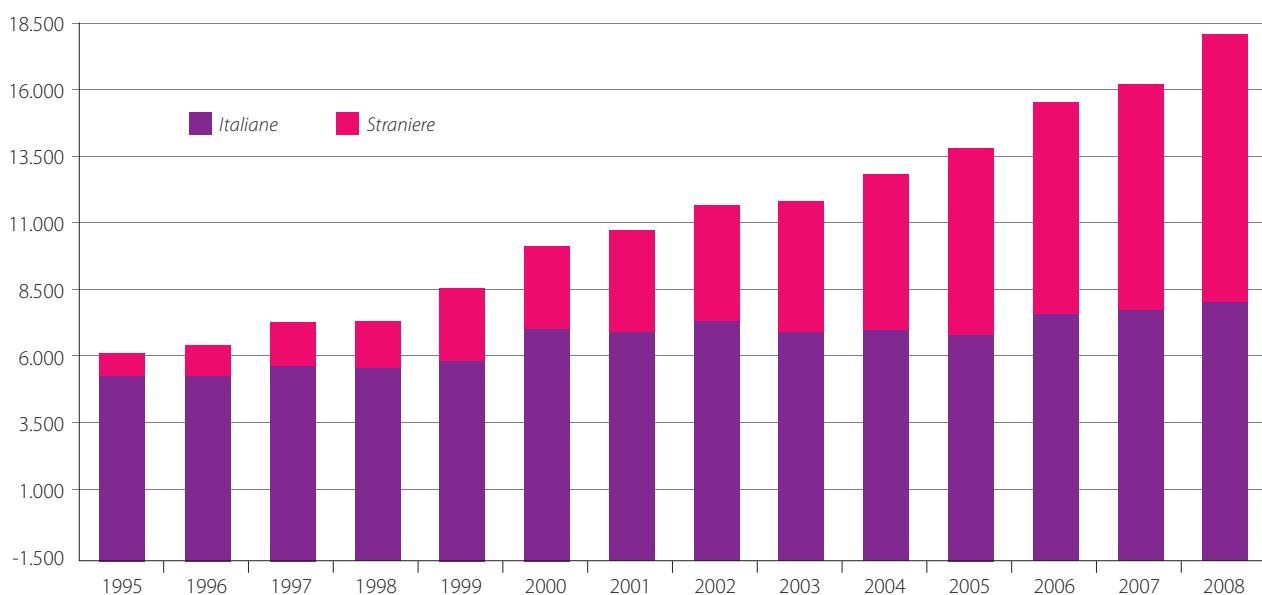
Contraccezione = donne 15-49 anni (971.865 al 31/12/2008)

Gravidanza = nati da residenti (41.915 al 31/12/2008)

## Attività dei Consulteri familiari - utenti e prestazioni - Anni 1995-2008



## Assistenza alla gravidanza - Anni 1995-2008



## Assistenza domiciliare

Nel 2008 sono state 84.905 le persone assistite al proprio domicilio, +3.782 rispetto al 2007 quando sono state assistite 81.123 persone, un dato che conferma un trend di crescita in atto da anni (nel 2001 sono state circa 55mila le persone assistite a domicilio). Aumentano anche le "prese in carico" (vale a dire più periodi di assistenza a domicilio per la stessa persona): nel 2008 sono state 103.476 (erano state 96.258 nel 2007) e gli accessi degli operatori nelle case degli assistiti: 2.335.092 nel 2008 contro i 2.252.130 del 2007.

Analizzando i tassi specifici per fasce di età per mille abitanti, si evidenzia come gli over 80enni rappresentino, come facilmente prevedibile, la fascia di età che usufruisce mag-

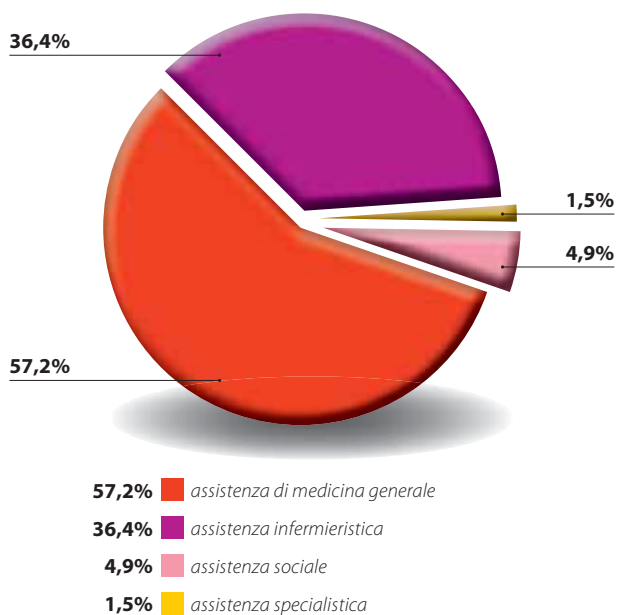
giormente di questa forma assistenziale rappresentando un tasso di 219,72 ogni mille abitanti.

Il sistema delle cure domiciliari è rivolto ad assistere persone non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza in condizioni trattabili a domicilio, con idonea condizione abitativa e supporto familiare o "di vicinato". È un sistema di cura che ha l'obiettivo di evitare il ricorso improprio al ricovero, assicurando la continuità assistenziale, favorendo il recupero delle capacità di autonomia e relazionali, sostenendo la famiglia e facilitando l'accesso ai presidi e agli ausili. Il Fondo regionale per la non autosufficienza, il cui primo programma triennale di utilizzo si conclude nel 2009, ha tra le priorità il sostegno della domiciliarità.

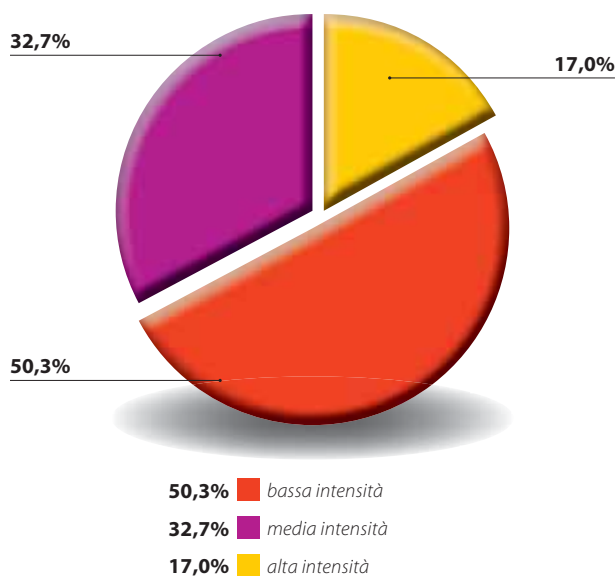
Prese in carico di persone assistite - Anno 2008: 103.476

Totale delle persone assistite - Anno 2008: 84.905

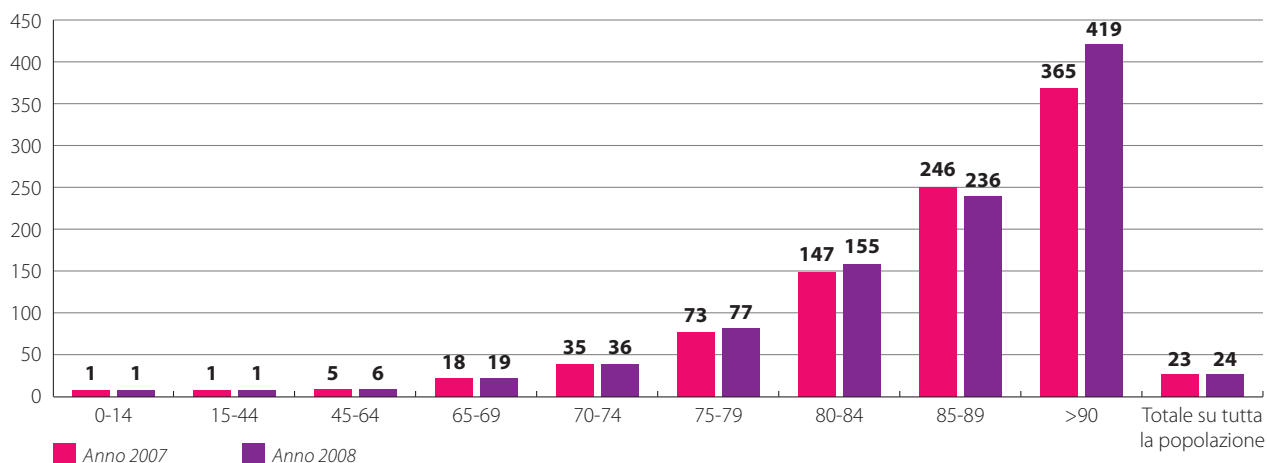
### Tipologia di assistenza domiciliare



### Livelli di intensità assistenziale



### Persone in assistenza domiciliare, tassi specifici per fasce di età per 1.000 abitanti - Anni 2007-2008



## Assegni di cura

In Emilia-Romagna nel 2008 è cresciuto ancora il numero di coloro che hanno ricevuto un assegno di cura: 22.985 sono stati i beneficiari, 2.383 in più rispetto al 2007 (+ 10,4 %). Complessivamente, dal 2000 a fine 2008, le famiglie emiliano-romagnole che assistono a casa i propri congiunti ammalati, disabili o non autosufficienti che hanno usufruito di questa misura di sostegno sono passate da 9.600 a quasi 23mila.

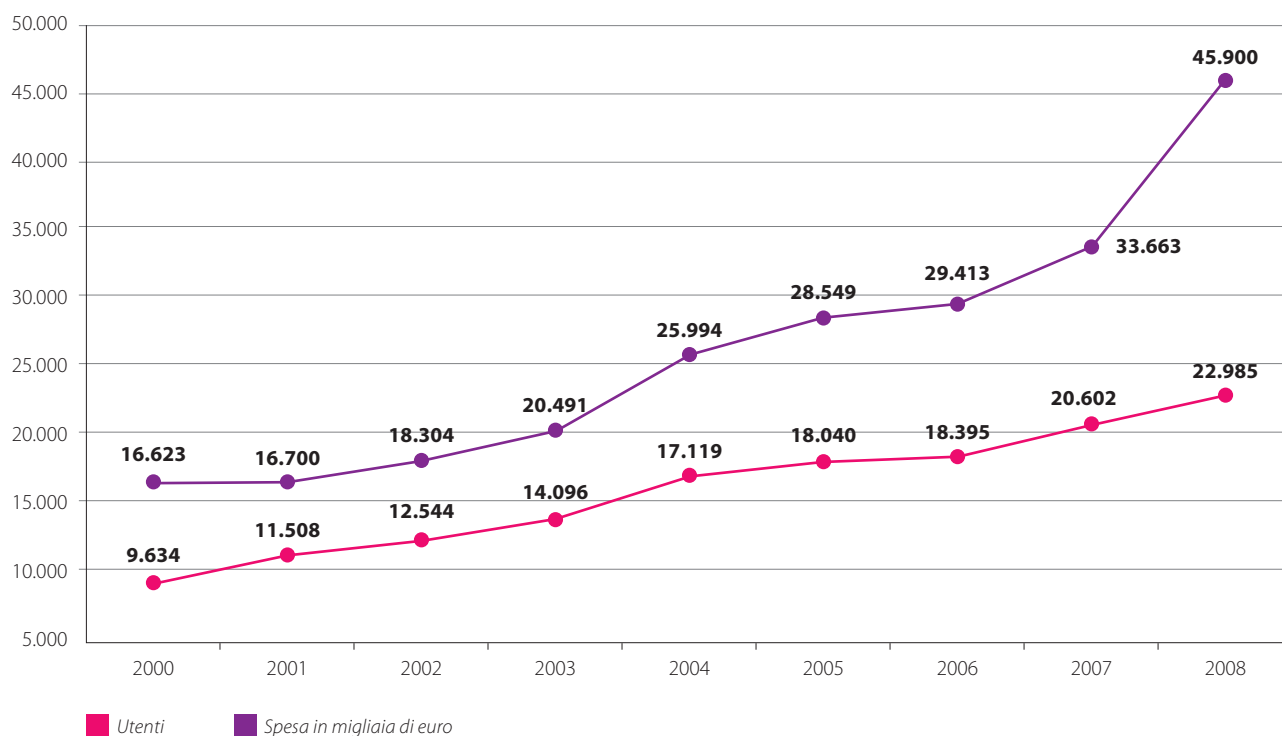
L'aumento dei beneficiari ha determinato anche un aumento della spesa complessiva a carico del Servizio sanitario regio-

nale: nel 2008 sono stati spesi 45,9 milioni di euro (di cui 43,1 per gli assegni e 2,8 milioni per il contributo aggiuntivo di 160 euro mensili previsto per la regolarizzazione delle assistenti familiari, entrato a regime nel 2008).

Il finanziamento degli assegni di cura è compreso tra le risorse assegnate al Fondo regionale per la non autosufficienza e rappresenta il 14,1% delle risorse complessive assegnate allo stesso Fondo, che nel 2008 ha utilizzato risorse regionali per 317,7 milioni di euro a cui si sono aggiunti 7,1 milioni da Fondi nazionali non autosufficienza e famiglia.

Persone che hanno percepito l'assegno di cura nel 2008: 22.985

### Utenti e spesa - Anni 2000-2008





## Posti in strutture per persone anziane, con disabilità, disagio psichico, dipendenze patologiche

Con l'avvio del programma triennale per l'utilizzo del Fondo regionale per la non autosufficienza, anche la rete delle strutture residenziali e semiresidenziali è coinvolta nel processo di ulteriore qualificazione di tutti i servizi a favore delle persone non autosufficienti.

Al 31 dicembre 2008 sono complessivamente 27.992 (erano 27.126 nel 2007) i posti residenziali e semiresidenziali convenzionati della rete dei servizi sanitari e sociosanitari per l'assistenza agli anziani, alle persone disabili, alle persone con disagio psichico, con dipendenze patologiche.

In particolare, i posti in struttura residenziale sono 20.102

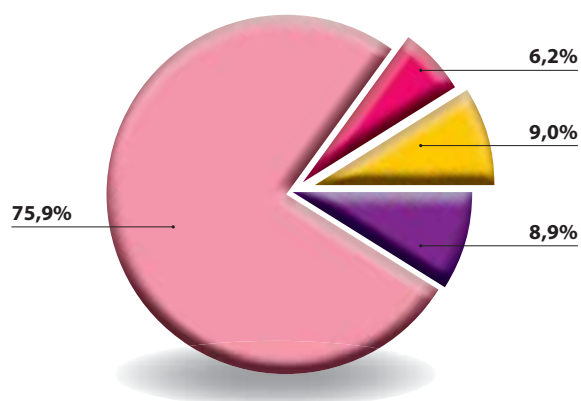
(erano 19.650 nel 2007), in struttura semiresidenziale sono 7.890 (erano 7.476 nel 2007).

L'area per l'assistenza alle persone anziane riguarda il 75,9% dei posti in struttura residenziale (era 76,2% nell'anno precedente), l'area psichiatria il 9%, l'area disabili l'8,9% (entrambe l'8,5% nel 2007), l'area dipendenze il 6,2%.

Nelle strutture semiresidenziali, l'area disabili impegna quasi la metà dei posti (47,6% nel 2008, era al 48,1% nel 2007), seguita dall'area dedicata alle persone anziane: 36,9% nel 2008, rispetto al 35,9% dell'anno precedente, l'area psichiatria il 13,1%, l'area dipendenze il 2,5%.

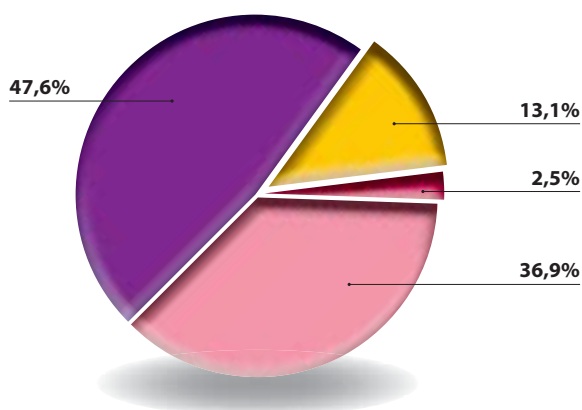
### Posti residenziali e semiresidenziali - Anno 2008: 27.992

#### Posti residenziali al 31.12.2008



75,9% Anziani  
9,0% Psichiatria  
8,9% Disabili  
6,2% Dipendenze

#### Posti semiresidenziali al 31.12.2008



47,6% Disabili  
36,9% Anziani  
13,1% Psichiatria  
2,5% Dipendenze

## L'assistenza in hospice

L'incremento della rete di hospice in Emilia-Romagna è stato significativo negli ultimi anni: da 14 hospice con 170 posti letto nel 2006 a 18 hospice con 216 posti letto nel 2008. Anche le persone ricoverate sono aumentate passando da 2.859 nel 2006 a 3.347 nel 2008.

Gli hospice sono pienamente inseriti nel sistema di cura del

Servizio sanitario regionale. Assicurano assistenza personalizzata che comprende anche cura del dolore e sostegno psicologico. Sono situati presso ospedali o in strutture sul territorio. Sono direttamente gestiti dalle Aziende sanitarie o da associazioni di volontariato no profit in convenzione con le Aziende sanitarie.

### Hospice: Anni 2006-2007-2008

Azienda sanitaria	Hospice		Anno 2006			Anno 2007			Anno 2008		
			posti letto	ricoverati	degenza media (gg.)	posti letto	ricoverati	degenza media (gg.)	posti letto	ricoverati	degenza media (gg.)
Azienda Usl di Piacenza	Hospice di Borgonovo Valtidone	Pubblico	10	149	16,6	10	159	18,9	10	139	23,5
Azienda Usl di Parma	Hospice Borgotaro	Pubblico	8	107	17,3	8	81	23,9	8	85	19,8
	Hospice Langhirano	Pubblico	12	57	38,9	12	115	31,2	12	102	23,5
	Hospice Fidenza	Privato accreditato	15	193	24,2	15	202	18,8	15	174	26,5
	Hospice Piccole Figlie (1)	Privato accreditato				8	24	12,0	8	72	25,6
Azienda Usl di Reggio Emilia	Hospice Madonna dell'Uliveto di Albinea	Privato accreditato	12	204	20,6	12	221	19,1	12	206	20,2
	Hospice di Guastalla (2)	Pubblico							14	74	13,3
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	Hospice Policlinico di Modena	Pubblico	10	297	12,5	10	282	12,9	10	248	14,3
Azienda Usl di Bologna	Hospice Chiantore Seragnoli	Privato accreditato	30	514	20,0	30	620	15,2	30	489	16,4
	Hospice Bellaria (3)	Pubblico				13	143	19,2	13	236	18,8
Azienda Usl di Imola	Hospice Castel S. Pietro	Pubblico	12	217	17,0	12	197	21,0	12	205	19,0
Azienda Usl di Ferrara	Hospice Ado	Privato accreditato	12	200	19,5	12	194	21,0	12	213	19,9
	Hospice Codigoro (4)	Pubblico				11	25	15,4	11	174	21,6
Azienda Usl di Ravenna	Hospice Lugo	Pubblico	8	120	19,6	8	103	24,0	8	98	26,8
Azienda Usl di Forlì	Hospice Forlimpopoli	Pubblico	11	265	14,5	11	256	14,5	11	284	13,4
	Hospice Dovadola	Pubblico	8	108	22,9	8	134	19,7	8	110	24,3
Azienda Usl di Cesena	Hospice Savignano sul Rubicone	Pubblico	12	233	25,0	12	232	19,1	12	226	17,8
Azienda Usl di Rimini	Hospice Rimini	Pubblico	10	195	15,1	10	194	14,1	10	212	13,6
<b>Totale</b>			<b>170</b>	<b>2.859</b>	<b>19,0</b>	<b>202</b>	<b>3.182</b>	<b>18,0</b>	<b>216</b>	<b>3.347</b>	<b>18,8</b>

(1) L'hospice Piccole Figlie è stato aperto nel 4° trimestre 2007

(2) L'hospice di Guastalla è aperto dal 2° trimestre 2008

(3) L'hospice Bellaria è attivo dal 1° trimestre 2007

(4) L'hospice di Codigoro è stato aperto nel 3° trimestre 2007

## Servizi per la salute mentale

I servizi per la salute mentale garantiscono prevenzione, cura, riabilitazione e tutela dei diritti di cittadinanza in ogni fase ed età della vita. Un tale approccio comporta una stretta integrazione tra i servizi dedicati alla salute mentale e gli altri servizi della rete assistenziale sanitaria e sociale.

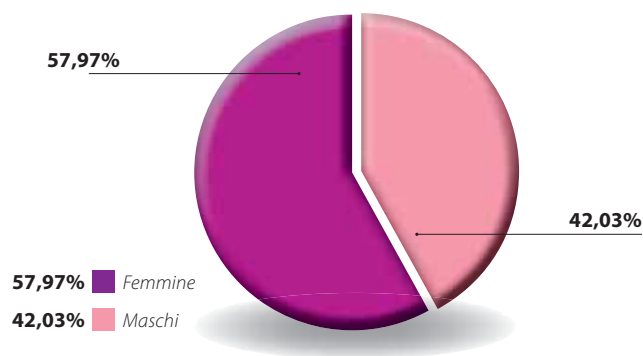
In applicazione del Piano sociale e sanitario 2008-2010, la Giunta regionale (con delibera 313/2009) ha approvato il "Piano attuativo salute mentale 2009-2011", i cui cardini sono il sistema di comunità e il sistema di cura, integrati tra di loro per concorrere a realizzare politiche di assistenza e di

promozione della salute (*per approfondimenti vedi a pag.55*). Analizzando i dati 2008, risultano stabili gli adulti in carico ai Centri di salute mentale rispetto al 2007 (le utenti sono il 57,97%, in totale 38.221). Le classi di età più rappresentate sono meno di 44 anni (41%) e 45-64 anni (36%). Le prestazioni erogate - residenziali, semiresidenziali e territoriali - sono 1.588.435. Nei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura sono state ricoverate 7.157 persone. Sono stati 39.019 i minori in carico ai Servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, di cui 12.155 nuovi utenti.

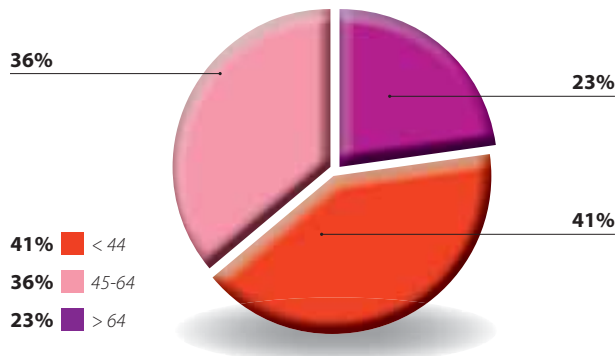
### Adulti e minori assistiti - Anni 2004-2008



### Persone assistite per sesso - Anno 2008



### Persone assistite per classi di età - Anno 2008



### Attività\* dei Servizi di salute mentale territoriali - Anno 2008

Attività	Totale	%
Prima valutazione	26.350	28,40%
Trattamento clinico psichiatrico	51.064	55,04%
Trattamento psicoterapico	3.099	3,34%
Trattamento in day hospital	1.687	1,81%
Trattamento in centro diurno	1.689	1,82%
Programma formazione-transizione al lavoro	1.733	1,86%
Trattamento socio-riabilitativo territoriale	3.917	4,22%
Trattamento residenziale intensivo	2.136	2,30%
Trattamento residenziale socio-riabilitativo	559	0,60%
Inserimento in gruppo appartamento - comunità alloggio	534	0,57%
<b>Totale</b>	<b>92.768</b>	<b>100%</b>

\*Ciascuna attività comprende una o più prestazioni. Ad esempio: l'attività "trattamento clinico psichiatrico" può comprendere prestazioni di colloquio clinico, erogazione farmaci, colloquio psicoterapico etc. Il numero complessivo delle prestazioni è: **1.588.435**.

## Servizi per le tossicodipendenze

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

Il profilo dei soggetti dipendenti da sostanze d'abuso è radicalmente mutato negli ultimi anni: le ricerche sulla popolazione e i dati di attività dei Servizi evidenziano un aumento di policonsumatori e un abuso non necessariamente legato a situazioni di disagio sociale.

Nel corso del 2008 sono state prese in carico 12.846 persone con tossicodipendenza e 5.427 persone con alcoldipendenza. A queste vanno aggiunte 3.711 persone provenienti da fuori regione.

L'eroina si conferma la sostanza prioritaria di abuso tra gli

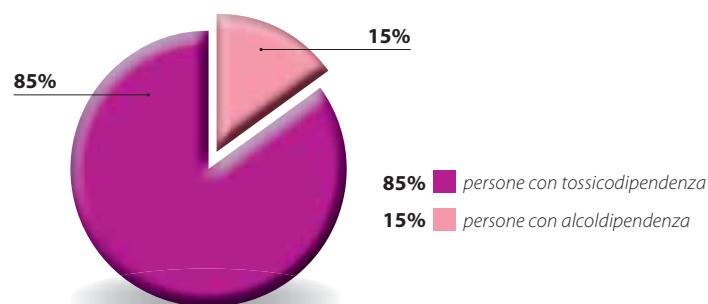
utenti dei SerT, interessando il 76,7% dei soggetti nel 2008. Il numero delle persone che si rivolgono ai Servizi per problemi connessi alla cocaina (sia come sostanza primaria, che secondaria) risulta notevolmente aumentato dal 1991 al 2008, passando dal 5,9% al 33,8%, con un lieve calo rispetto al 2007 (35%). Nel corso del 2008 1.731 persone – di cui 1.478 con tossicodipendenza e 252 con alcoldipendenza – sono state inserite presso strutture accreditate per un programma terapeutico riabilitativo di tipo residenziale o semiresidenziale.

La Regione, con delibera di Giunta 1533/2006, ha definito le linee di indirizzo per adeguare la capacità di risposta del sistema dei servizi pubblico-privato ai nuovi fenomeni connessi all'uso e all'abuso di sostanze stupefacenti. Con delibera di Giunta 698/2008 ha poi definito obiettivi, indicatori e tempi per dare concretezza alle strategie definite (vedi pag. 56). Sito internet: [www.saluter.it/dipendenze](http://www.saluter.it/dipendenze)

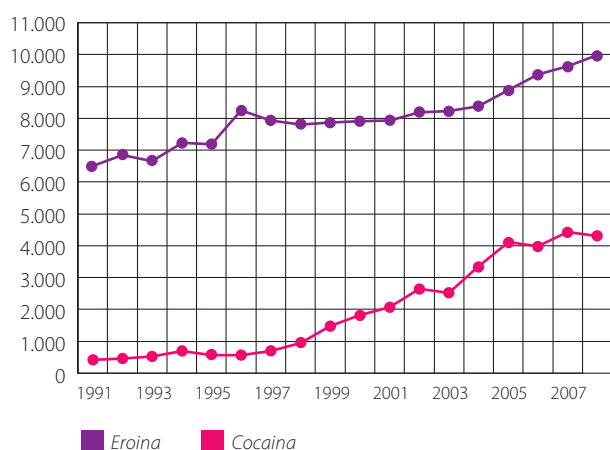
### Persone con dipendenza da sostanze stupefacenti e alcol in trattamento presso i SerT - Anni 2003-2008

Anni	Persone con tossicodipendenza	Persone con tossicodipendenza provenienti da altre Regioni	Persone con alcoldipendenza	Totale
2003	10.774	3.759	4.176	14.950
2004	11.231	3.371	4.686	15.917
2005	12.210	3.474	5.108	17.318
2006	12.559	3.699	5.174	17.733
2007	12.512	4.055	5.499	18.011
2008	12.846	3.711	5.427	18.273

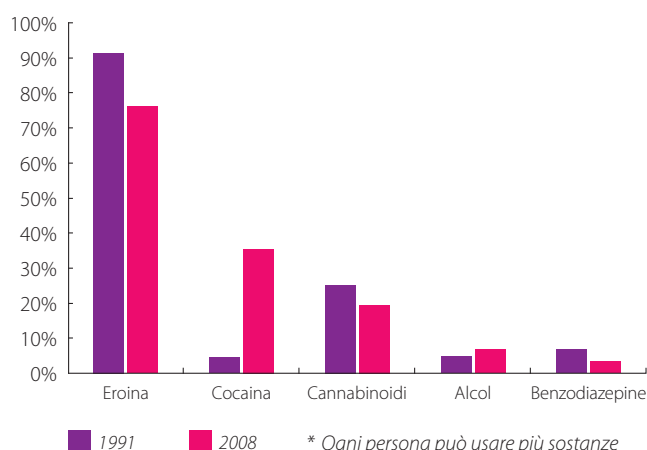
### Persone con tossicodipendenza e alcoldipendenza inserite in strutture residenziali o semiresidenziali Anno 2008



### Persone con dipendenza da eroina e cocaina (sostanza primaria o secondaria di abuso) in carico presso i SerT - Anni 1991-2008



### Percentuale di utenti per sostanza d'abuso. Confronto 1991-2008 (% multiple\*)



## Servizi per le demenze senili

L'assistenza alle persone colpite da demenza e il sostegno ai loro familiari durante tutto l'arco della malattia, a domicilio o nelle strutture preposte, è organizzato secondo un sistema a rete che coinvolge le Aziende Usl, le Amministrazioni locali, le associazioni dei familiari, il volontariato. Una scelta che deriva dalla seguente considerazione: sebbene non sia possibile la guarigione dalla demenza poiché non ci sono cure risolutive, un insieme di interventi medici, assistenziali e socio-assistenziali possono contribuire al miglioramento della qualità della vita delle persone ammalate e di chi se ne prende cura.

Anche nel 2008 la rete dei servizi socio-sanitari ha garantito interventi farmacologici, di stimolazione cognitiva, di sostegno psicologico e gruppi di sostegno ed auto-aiuto per i familiari, corsi formativi e informativi per familiari e operatori, consulenze specialistiche.

Le visite effettuate nei Consultori/Centri per le demenze sono state 58.805 (di cui prime visite 15.859 e visite di controllo 42.946). I nuovi utenti sono stati più di 18mila e di questi l'80% (12.855) sono stati presi in carico perché diagnosticati come affetti da demenza o da lieve declino cognitivo, situazioni da curare e da monitorare nel tempo per il rischio di sviluppo in forme di demenza vera e propria. Le consulenze specialistiche

sono state oltre 15.200, circa 4.000 in più rispetto al 2007.

Sono state realizzate diverse iniziative rivolte ai gruppi di familiari e pazienti: oltre 9.000 le persone (tra familiari e ammalati) coinvolte in iniziative informative, formative, gruppi di sostegno ed auto-aiuto e nelle attività dei "caffè Alzheimer" (24 dislocati a Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Imola, Ferrara, Ravenna e Cesena). I "caffè Alzheimer", spesso gestiti dalle Associazioni dei familiari, offrono stimolazione cognitiva, attività di socializzazione e una opportunità per i familiari di condividere i propri problemi con altre persone che vivono la stessa esperienza.

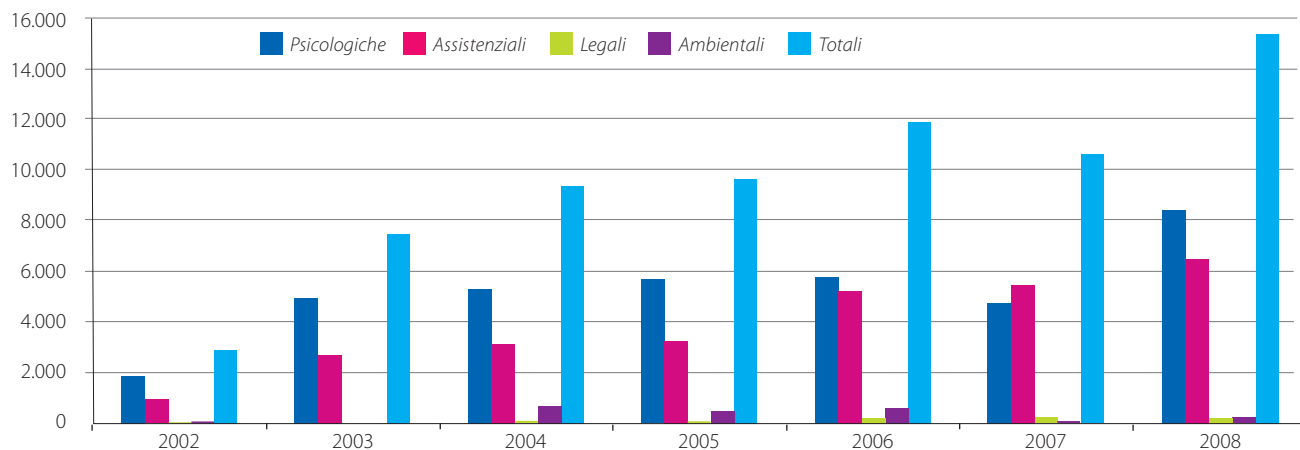
Con il Fondo regionale per la non autosufficienza sono stati realizzati servizi innovativi a sostegno della permanenza dell'ammalato a domicilio: tra questi l'accoglienza temporanea di sollievo, la qualificazione delle assistenti familiari per una migliore qualità dell'assistenza che si è sviluppata anche in stretta integrazione con l'assistenza domiciliare assicurata dai servizi pubblici.

In Emilia-Romagna sono 48 le strutture delle Aziende Usl per la diagnosi e la cura delle demenze senili: 4 a Piacenza, 4 a Parma, 7 a Reggio Emilia, 9 a Modena, 10 a Bologna, 1 a Imola, 6 a Ferrara, 4 a Ravenna, 1 a Forlì, 1 a Cesena, 1 a Rimini.

### Visite - Anni 2002-2008



### Consulenze specialistiche ai familiari - Anni 2002-2008



# Donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule

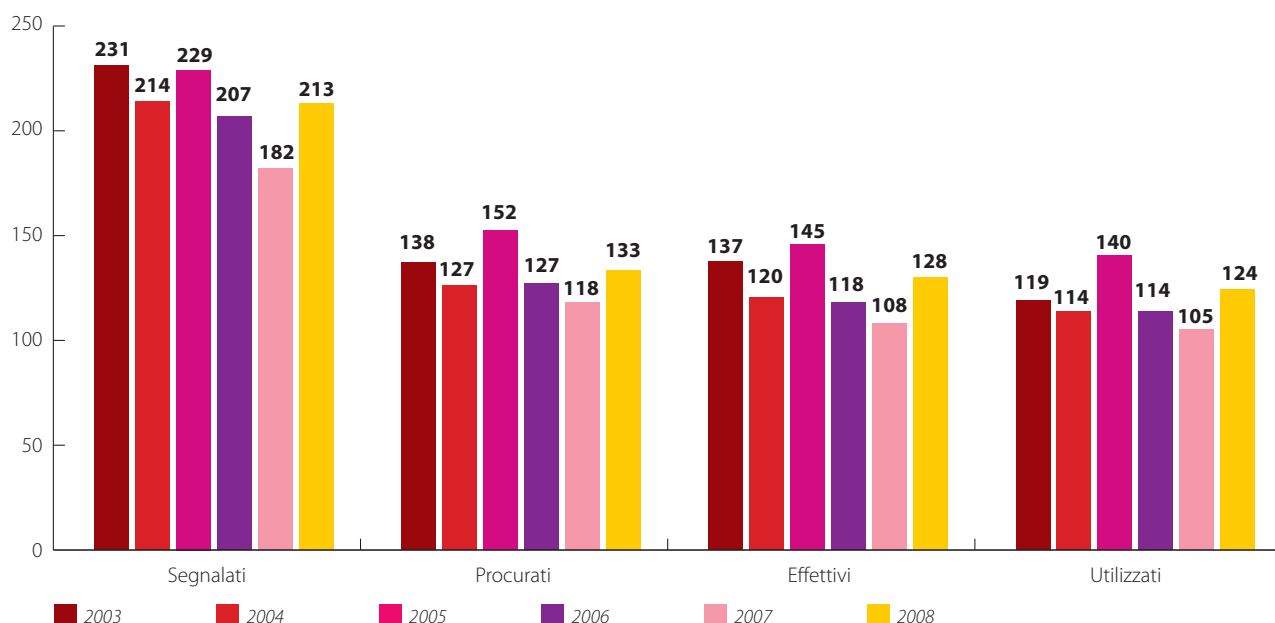
## Donazioni

Nel 2008, in Emilia-Romagna i donatori utilizzati sono stati 31,1 per milione di abitanti (26,4 nel 2007), un dato che si conferma al di sopra della media nazionale (19,2). Nel territorio dell'Associazione Interregionale Trapianti (AIRT), guidata fino al 2009 dalla Regione Emilia-Romagna, i donatori utilizzati sono stati 25,8 per milione di abitanti, al di sopra dei valori delle altre due associazioni interregionali, 21,2 Nord Italia Transplant program (NITp) e 12,7 l'Organizzazione Centro Sud Trapianti (OCST). Tra i 213 donatori segnalati (+17% rispetto al 2007), le opposizioni al prelievo sono state 71 (33,3%), in linea con la media nazionale (32,7%).

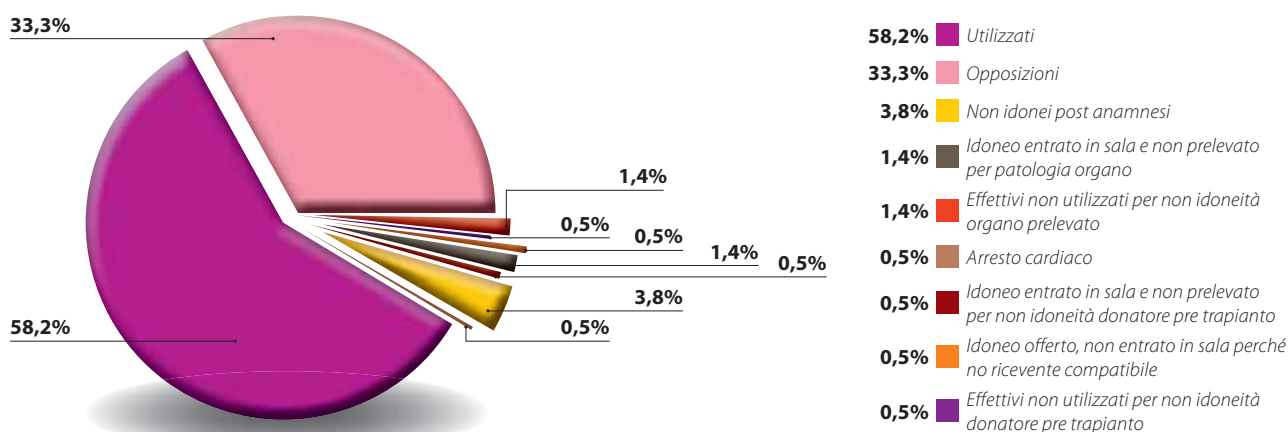
Nel 2009 la Regione Emilia-Romagna ha istituito la Rete regionale di medicina rigenerativa costituita da cinque laboratori di ricerca per la manipolazione delle cellule staminali (Cell factories). Le Cell factories sono frutto dei recenti progressi scientifici nel campo della biotecnologia cellulare e molecolare che hanno consentito lo sviluppo di terapie avanzate e opportunità nuove per il trattamento di patologie degenerative, genetiche, infettive e neoplastiche. La nuova rete è parte integrante della Rete regionale per le donazioni e i trapianti coordinata dal Centro regionale di riferimento dell'Emilia-Romagna (CRT-ER).

Sito internet: [www.saluter.it/trapianti](http://www.saluter.it/trapianti)

## Donatori segnalati, procurati, effettivi e utilizzati in Emilia-Romagna – Anni 2003-2008



## Potenziati donatori segnalati in Emilia-Romagna – Anno 2008



## Trapianti

Nel 2008 sono stati 365 i trapianti di organi in Emilia-Romagna (320 nel 2007, 311 nel 2006). Sono al di sopra della media italiana i trapianti di fegato (144), con un valore di 36,1 per milione di abitanti sempre ai livelli di eccellenza mondiale, i trapianti di rene (180) pari a 40,2 trapianti per milione di abitanti, di cuore (35) pari a 8,8 trapianti per milione di abitanti. Sono stati 3 i trapianti di intestino (in due casi associati a trapianto di pancreas) e 3 i trapianti di polmone, di cui uno di polmone singolo, due bipolmonari in un caso combinato al trapianto di cuore.

I trapianti di tessuti provenienti da banche regionali sono stati: 457 di cornea, 12 di valvole cardiache, 49 di segmenti vascolari, 41 di cute, 247 di segmenti ossei, 713 di osso lavorato. Sono stati inoltre eseguiti 88 trapianti di midollo osseo allogenico e 323 di midollo osseo autologo. Nel 2008 sono inoltre state raccolte 305 unità di sangue cordonale, da utilizzare per la cura di bambini con leucemia.

Nell'ambito della prevenzione, con il progetto "LifePort" è stata condotta nel 2008, per la prima volta in Italia, la sperimentazione clinica di una macchina di perfusione dei reni donati, per prevenire la ritardata o mancata ripresa funzionale dell'organo. I risultati sono stati valutati positivamente dalla

rete regionale del trapianto di rene e questo ha portato all'acquisto, con fondi regionali, di 4 macchine di perfusione da utilizzare per tutti i reni donati in regione.

### Pazienti iscritti in lista d'attesa

I pazienti iscritti in lista d'attesa al 31 dicembre 2008 erano 1.591 (-7,7% rispetto al 2007) per il trapianto di rene, 47 per il cuore (erano 63 nel 2007), 348 per il fegato (erano 470 nel 2007), 18 per l'intestino (18 nel 2007), 20 per il polmone (erano 12 nel 2007).

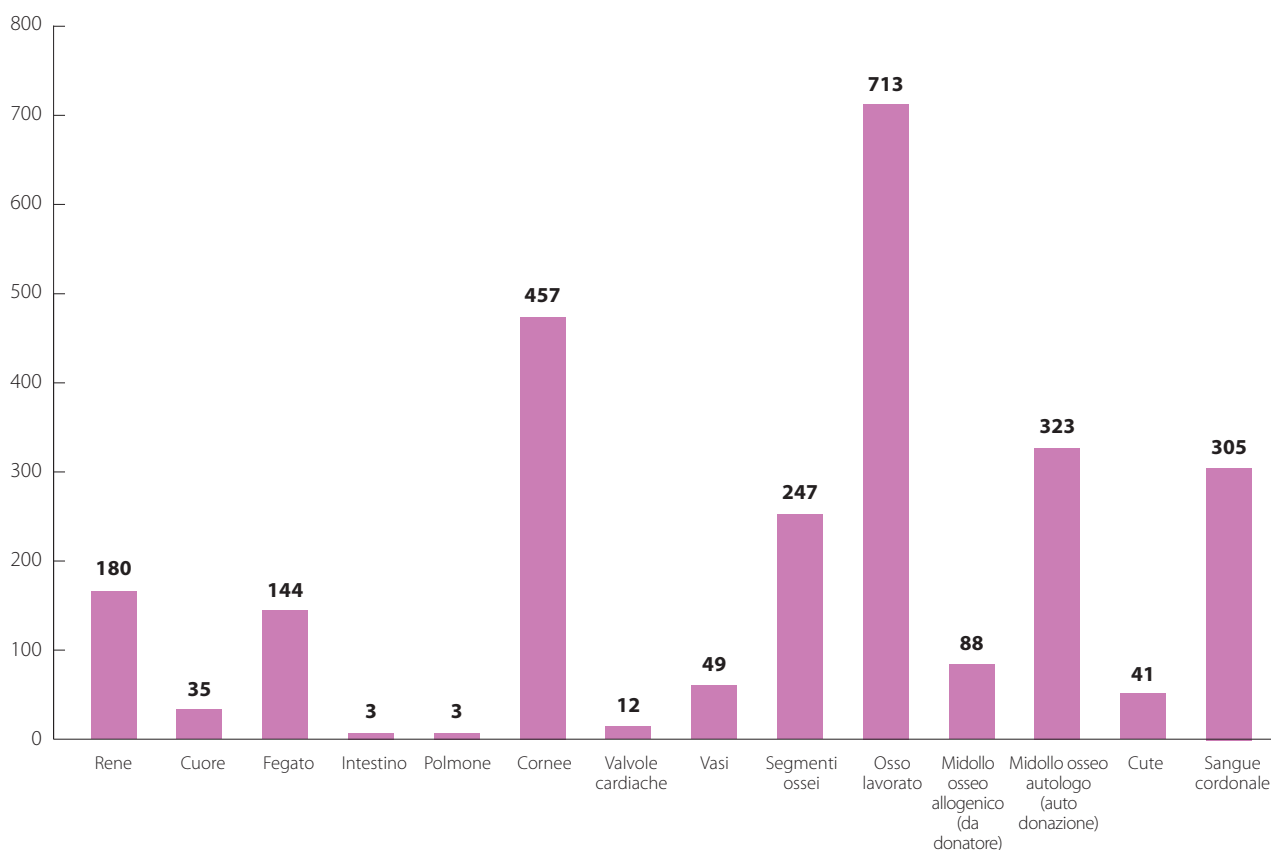
In Emilia-Romagna sono attive le liste di attesa uniche per il trapianto di rene e per il trapianto di fegato.

### Tempi di attesa per trapianto

I tempi di attesa per il trapianto registrati nel 2008 sono stati: di poco superiori ai 3 anni per il trapianto di rene (in linea con la media in Italia); 1,38 anni per il trapianto di cuore (2,27 anni a livello nazionale), circa 6 mesi per il trapianto di polmone (2 anni in Italia). Anche per il trapianto di fegato il dato è inferiore alla media nazionale (un anno e mezzo circa il tempo medio di attesa in Emilia-Romagna, 2 anni in Italia).

Sito internet: [www.saluter.it/trapianti](http://www.saluter.it/trapianti)

## Trapianti di organi, cellule e tessuti in Emilia-Romagna – Anno 2008



## Donazione e consumo unità di sangue

Nel 2008, in Emilia-Romagna, è tornata a crescere la raccolta di sangue, dopo il calo registrato nel 2007 a causa delle misure di prevenzione adottate a seguito di una epidemia di febbre Chikungunya che ha interessato alcune zone della Romagna.

Nel 2008 sono state 247.416 le unità di sangue intero raccolte, con un incremento rispetto all'anno precedente dello 0,9%. Le unità di sangue utilizzate sono state 243.441 contro le 239.278 del 2007 (+1,7%, un incremento lievemente inferiore a quello registrato tra il 2006 e il 2007, pari al 2%).

L'incremento dell'utilizzo di sangue è determinato dalla crescita degli interventi sanitari. Ha comportato tuttavia una diminuzione del contributo dell'Emilia-Romagna alle Regioni che non riescono con la raccolta a soddisfare le

esigenze dei loro servizi: sono state 4.408 le unità di sangue trasferite nel 2008 (erano state 6.301 nel 2007).

Il sistema sangue si avvale del costante e indispensabile contributo delle associazioni di volontariato Avis e Fidas. Per aumentare il numero di donatori e donatrici Regione, Avis, Fidas portano avanti assieme campagne di sensibilizzazione. Dall'aprile 2008 è operativo il Piano sangue e plasma per il triennio 2008-2010. Tra le priorità, oltre all'accreditamento delle strutture trasfusionali, l'ulteriore sviluppo dei processi di sicurezza delle trasfusioni, in particolare rispetto ai metodi di tracciabilità del donatore, al "prodotto" sangue e suoi componenti e rispetto alla prevenzione del rischio di infezioni.

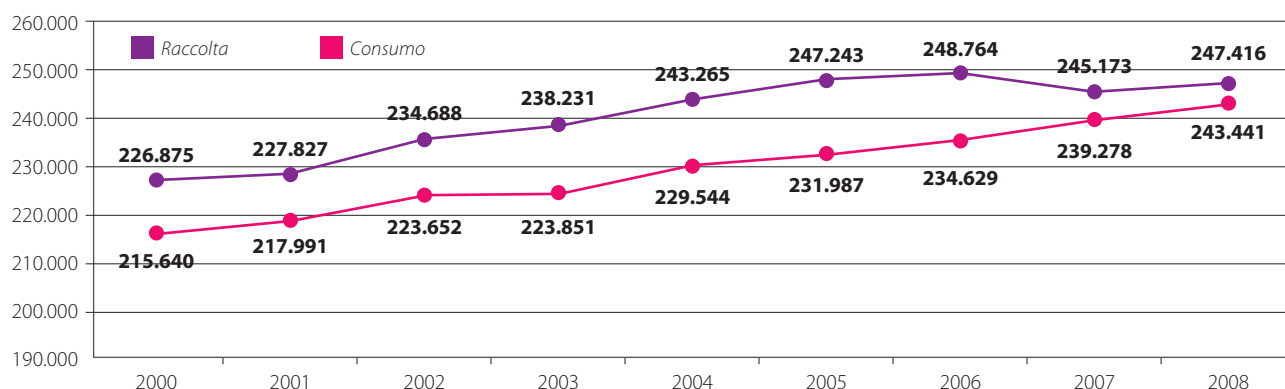
Sito internet: [www.saluter.it/donaresangue/](http://www.saluter.it/donaresangue/)

### Raccolta e consumo sangue (unità rosse) - Confronto Anni 2007-2008

Programmi	Raccolta				Consumi				
	2008	2007	differ. % 08-07	Obiettivo raccolta 2008	Programmi	2.008	2.007	differ. % 08-07	Obiettivo consumi 2008
Piacenza	15.153	14.682	3,2	15.250	Piacenza	12.722	13.770	-7,6	14.600
Parma	28.134	28.564	-1,5	29.000	Parma	26.197	25.896	1,2	26.100
Reggio Emilia	23.451	23.241	0,9	23.750	Reggio Emilia	18.637	17.892	4,2	18.000
Modena	35.190	35.337	-0,4	35.000	Modena	32.518	31.666	2,7	33.000
Bologna	63.862	63.140	1,1	66.250	Bologna	73.364	72.607	1,0	73.000
Ferrara	22.472	22.109	1,6	22.500	Ferrara	22.806	22.685	0,5	23.000
Ravenna	27.786	27.602	0,7	28.400	Ravenna	26.802	25.502	5,1	25.500
Diti *	31.368	30.498	2,9	32.850	Diti *	30.395	29.260	3,9	29.000
<b>Totale</b>	<b>247.416</b>	<b>245.173</b>	<b>0,9</b>	<b>253.000</b>	<b>Totale</b>	<b>243.441</b>	<b>239.278</b>	<b>1,7</b>	<b>242.200</b>

\* Dipartimento interaziendale di Forlì, Cesena, Rimini.

### Andamento raccolta e consumo sangue (unità rosse) - Anni 2000-2008



Unità di sangue (unità rosse) trasferite ad altre Regioni - Anno 2008: 4.408



## Programmi di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto

Sono tre i programmi di screening attivi in Emilia-Romagna: prevenzione e diagnosi precoce dei tumori della mammella (rivolto alle donne dai 50 ai 69 anni, 547.000 in totale), dei tumori del collo dell'utero (rivolto alle donne dai 25 ai 64 anni, 1.192.000 in totale), dei tumori del colon-retto (rivolto a uomini e donne dai 50 ai 69 anni, 1.067.000 in totale).

Lo screening mammografico, dal 1° gennaio 2010 sarà esteso alle donne in fascia di età 45-49 anni, e 70-74 anni (per approfondimenti vedi pag. 54).

### Screening dei tumori della mammella

È attivo dal 1997. Nel 2008 le interessate sono state invitate per la sesta volta ad eseguire la mammografia. L'adesione all'invito è alta: il 72,4%, una percentuale superiore alla media nazionale (59,9%).

Rispetto all'intervento chirurgico post diagnosi i dati confermano l'attenzione a trattamenti conservativi: sono stati l'87% del totale nel 2007, l'85% nel 2006.

Analizzando il periodo di attivazione dello screening (dal 1997 al 2007) i dati confermano risultati di grande importanza. Alla prima mammografia eseguita sono state riscontrate 2.497 donne con tumori, di cui 529 con tumori "in situ" (non ancora invasivi), 1.980 con tumori con Ø inferiore a 2 cm (di cui 1.084 con Ø inferiore a 1 cm), 362 con tumori di Ø superiore a 2 cm. Solo in 76 donne i tumori presenti non sono stati classificati. Alle mammografie successive sono state riscontrate 5.394 donne con tumori, di cui 3.815 con tumori precoci (1.900 con Ø inferiore a 1 cm), 529 donne con tumori avanzati e solo in 124 i tumori non erano classificabili.

Fondamentale la diagnosi precoce per ridurre il rischio di morire per tumore della mammella. Secondo lo studio nazionale "Impatto", in Emilia-Romagna partecipare allo screening effettuando la mammografia riduce del 56% il rischio di mortalità, un risultato superiore alla media nazionale (50%).

Sito internet: [www.saluter.it/screening\\_femminili](http://www.saluter.it/screening_femminili)

### Screening dei tumori del collo dell'utero

È attivo dal 1997. Nel 2008 le interessate sono state invitate per la quarta volta, alcune per la quinta, ad effettuare il pap-test. L'adesione all'invito è alta: il 60,9%, un risultato superiore alla media nazionale (42,1%).

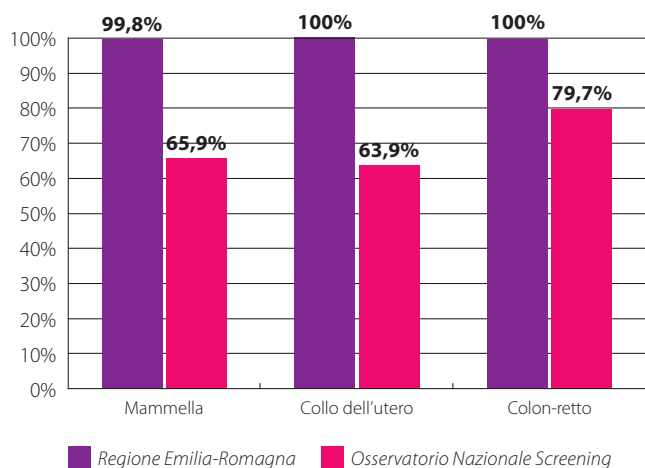
I risultati dimostrano l'importanza della partecipazione al programma: dal 1997 a tutto il 2007 sono state riscontrate 8.806 donne con lesioni pre-cancerose di alto grado e 590 con tumori invasivi (di cui il 45% con tumore microinvasivo, quindi con una probabilità di guarigione praticamente del 100%). Il trattamento terapeutico delle lesioni pre-cancerose di alto grado ha impedito la loro trasformazione in carcinomi invasivi (che avviene circa nel 25-30% dei casi) in circa 3.000 donne. Sito internet: [www.saluter.it/screening\\_femminili](http://www.saluter.it/screening_femminili)

### Screening dei tumori del colon-retto

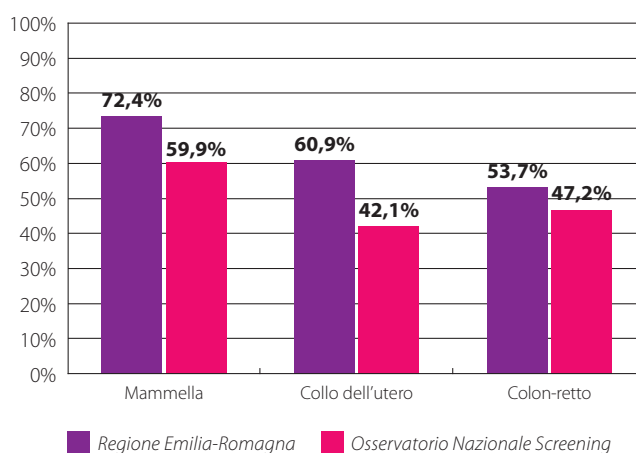
È attivo dal marzo 2005. Nel 2008 sono stati invitati per la seconda volta 521.000 donne e uomini ad eseguire il test del sangue occulto. L'adesione ha raggiunto il 53,7% (+6% rispetto al 2007) superando anche la media nazionale (47,2%). Da rilevare che in Italia, finora, solo il 48,4% dei/delle 50-69enni è interessato da un programma organizzato di screening. Tra le 219.676 persone che hanno eseguito il test nel 2007 il 5,5% è risultata positiva. Di questo 5,5% con l'approfondimento mediante colonscopia il 32,7% è risultato portatore di polipi ad alto rischio e nel 5,5% è stato riscontrato un tumore coloretale.

Analizzando il periodo di attivazione del programma, marzo 2005 - 31 dicembre 2007, si evince che sono state individuate 1.897 persone con tumori maligni, delle quali il 59% con tumori in stadio precoce (stadio I), e il 22% in stadio avanzato (stadio III). Un risultato promettente: infatti la casistica in regione, prima dell'avvio del programma di screening, riportava un 51% di persone portatrici di casi avanzati e solo 20% di casi precoci. La rimozione dei polipi ad alto rischio (riscontrati finora in 9.492 persone) permette di ridurre l'insorgenza dei tumori maligni evitando l'evoluzione che alcuni di questi avrebbero verso forme invasive. Sito internet: [www.saluter.it/colon](http://www.saluter.it/colon)

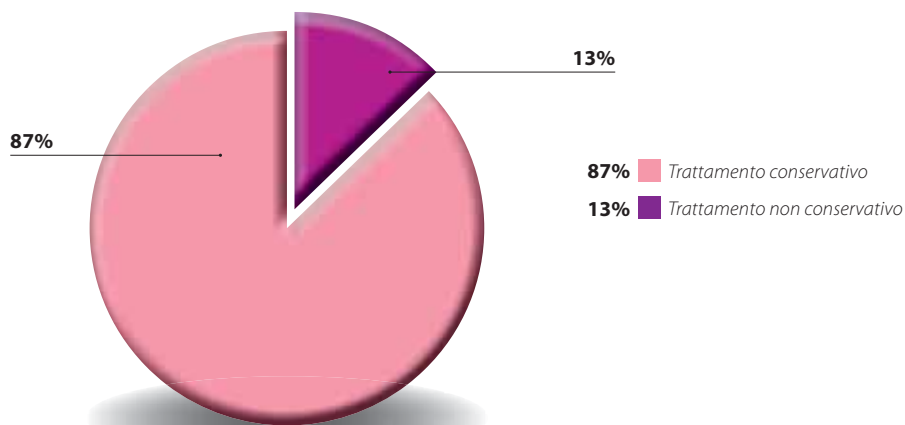
### Popolazione invitata al 31 dicembre 2008: Emilia-Romagna e Italia - Valori %



### Adesione all'invito, Emilia-Romagna e Italia Valori % - Anno 2008

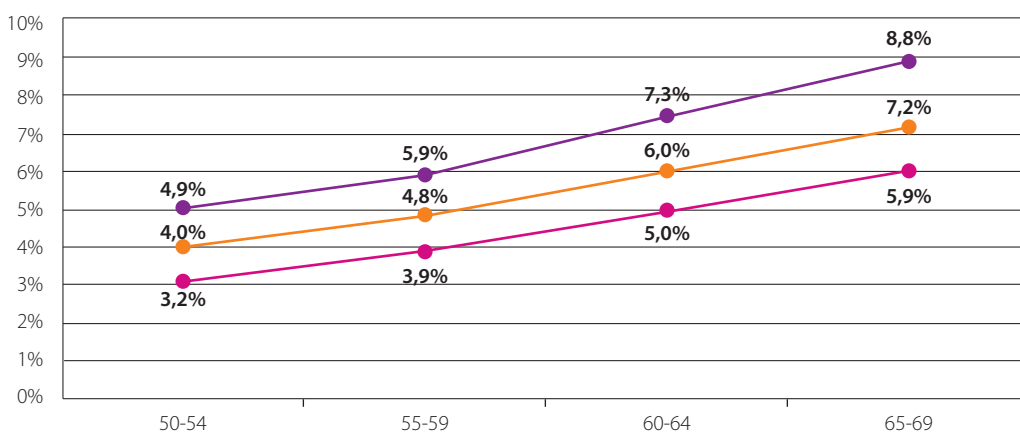


Tipo di trattamento chirurgico per il tumore della mammella - Anno 2007 \*



\*ultimo dato disponibile

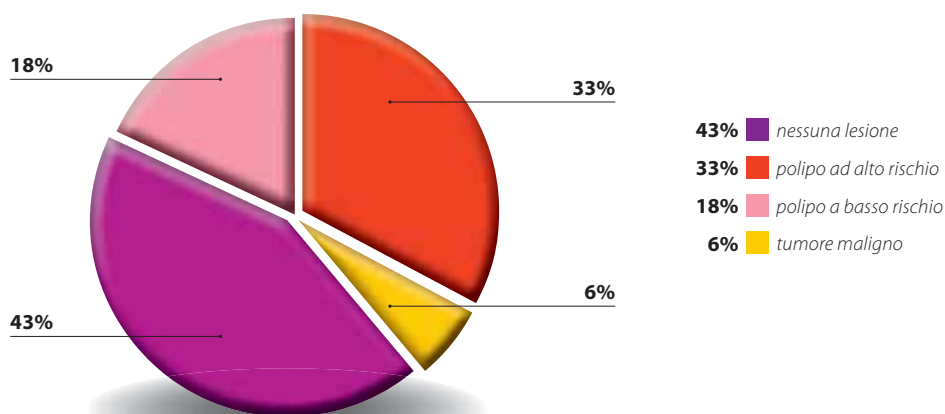
% di positività al test per la ricerca del sangue occulto per classi di età e sesso - Anno 2007



\*ultimo dato disponibile

■ Uomini ■ Donne ■ Uomini e donne

Esito della colonscopia nelle 9.646 persone esaminate nel 2007 \*



\*ultimo dato disponibile

## I programmi di vaccinazione

L'Emilia-Romagna è da anni impegnata nella conduzione di programmi vaccinali, coerenti con le indicazioni nazionali e compresi nel più vasto ambito dei programmi di controllo delle malattie infettive trasmissibili. Questi programmi sono basati su dati epidemiologici, su prove di efficacia e di dimostrata sicurezza, in modo da garantire ai cittadini l'offerta vaccinale più ampia, con i calendari dimostrati più efficaci e sicuri.

L'obiettivo è anche di contrastare le disuguaglianze attraverso interventi preventivi su patologie maggiormente diffuse tra gli strati di popolazione più svantaggiati garantendo, attraverso l'offerta attiva, uniformità di accesso e uguale opportunità. Costante è l'impegno per mantenere agli standard più elevati la qualità del processo vaccinale, la professionalità degli operatori e l'integrazione con i pediatri e i medici di famiglia.

### Le vaccinazioni nell'infanzia

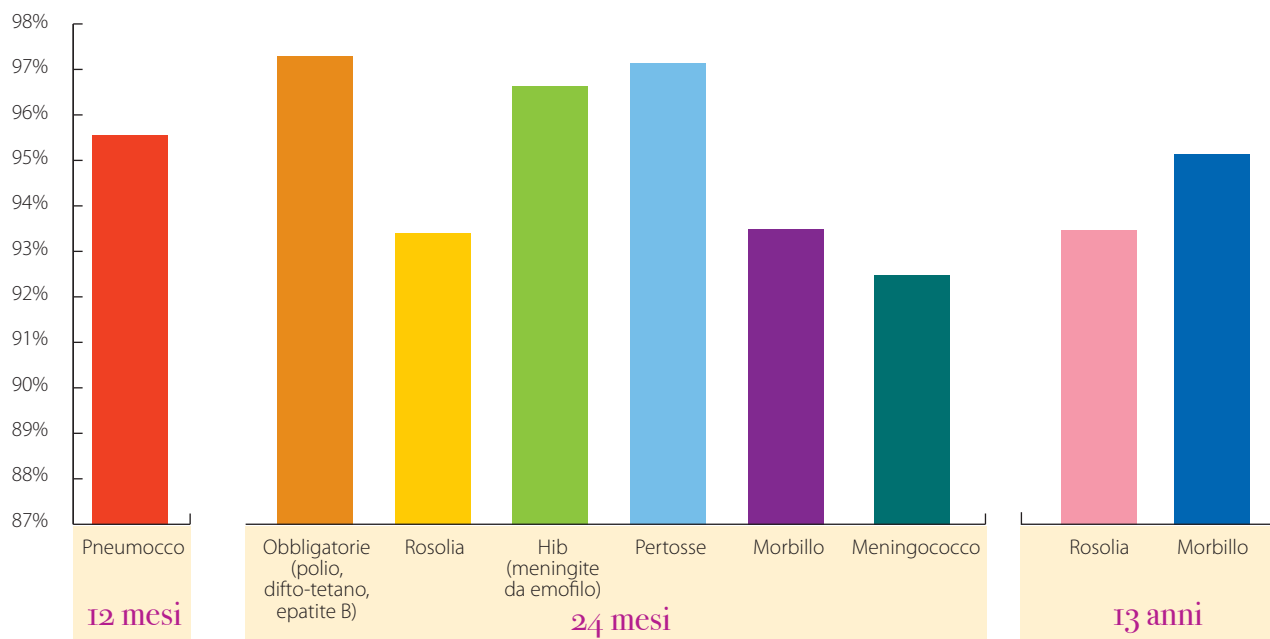
Per tutte le vaccinazioni nell'infanzia previste dal calendario vaccinale, l'obiettivo nazionale è di raggiungere il 95% dei bambini interessati. In Emilia-Romagna questo risultato è stabilmente superato da anni (con copertura nel 2008

del 97,2%) per le vaccinazioni considerate obbligatorie a 24 mesi di vita (poliomielite, difterite, tetano, epatite B). Superato l'obiettivo nazionale anche per le vaccinazioni contro pertosse e meningite da emofilo (che sono tra le vaccinazioni fortemente raccomandate nei bambini sotto i 24 mesi di vita).

Nel 2008, la vaccinazione contro pertosse ha raggiunto il 97,1% degli interessati e quella contro la meningite da emofilo il 96,5%.

A partire dal 2006 l'Emilia-Romagna ha promosso l'adesione ad altre due vaccinazioni fortemente raccomandate per i nuovi nati, le vaccinazioni anti-meningococcica e anti-pneumococcica. Le coperture raggiunte sono del 95,7% per pneumococco e 92,4% per meningococco, mostrando un ulteriore aumento rispetto al 2007 (94,2% pneumococco e 88,5% meningococco): risultati più che soddisfacenti considerato che si trattava di un nuovo programma. Per i bambini a rischio per la presenza di patologie croniche predisponenti, la vaccinazione anti-pneumococcica è prevista fin dal 2001 con buoni livelli di copertura: nel 2008 sono stati vaccinati il 91,6% dei bambini con impianto cocleare e il 94,2% degli asplenic. Tutte le vaccinazioni citate sono gratuite.

### Le vaccinazioni ai bambini - Anno 2008 - Valori %



VACCINAZIONI RACCOMANDATE A 12 MESI - % VACCINATI
Pneumococco 95,7%

VACCINAZIONI OBBLIGATORIE A 24 MESI - % VACCINATI
Poliomielite
Difterite
Tetano
Epatite B
% vaccinati: 97,2%

VACCINAZIONI RACCOMANDATE ENTRO I 24 MESI - % VACCINATI
Rosolia 93,4%
Hib (meningite da Emofilo) 96,5%
Pertosse 97,1%
Morbillo 93,6%
Meningococco 92,4%

VACCINAZIONI RACCOMANDATE A 13 ANNI - % VACCINATI
Rosolia 93,4%
Morbillo 95,1%

## La vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV) tipi 16 e 18

L'HPV (Human Papilloma Virus) è responsabile della più comune infezione a trasmissione sessuale, molto diffusa soprattutto nelle giovani donne attorno ai 25 anni. I sierotipi 16 e 18 sono i più pericolosi potendo provocare – pur se in rari casi – alterazioni cellulari del collo dell'utero che, se non curate con tempestività, possono evolvere in tumore.

Nel marzo 2008, l'Emilia-Romagna, come tutte le altre Regioni, su indicazione nazionale, ha avviato il programma di vaccinazione contro i tipi 16 e 18 dell'HPV rivolto alle adolescenti nel dodicesimo anno di vita.

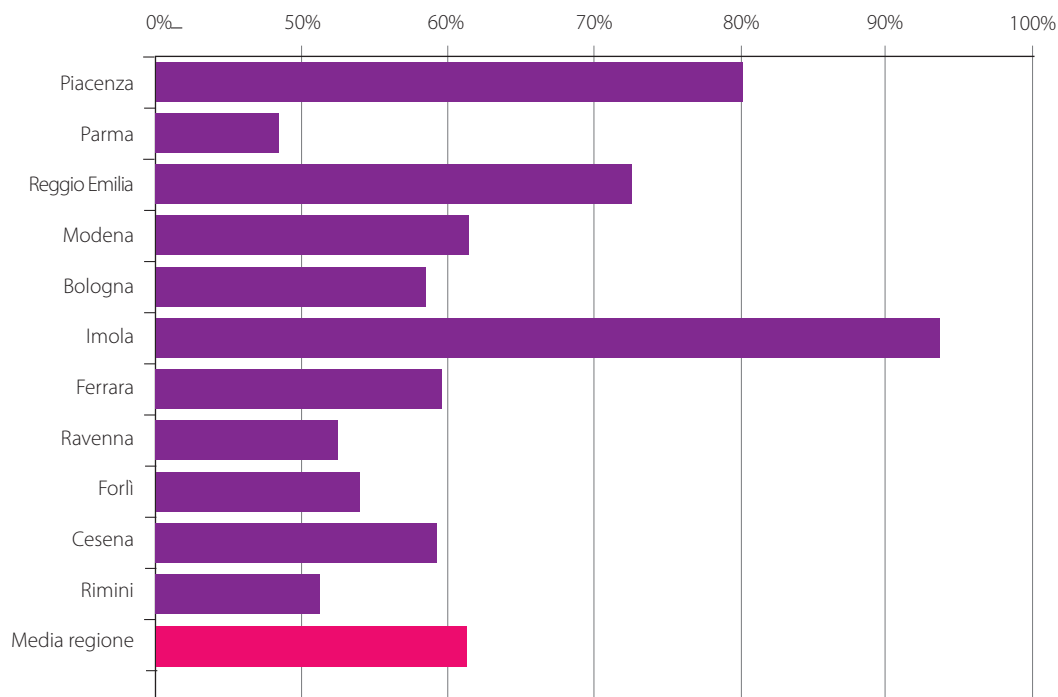
Nel corso del 2008 sono state invitate alla vaccinazione le nate nel 1997 (16.611 in totale). La vaccinazione è stata offerta gratuitamente, ma su richiesta dei genitori, anche alle nate nel 1996. Inoltre, è stata data la possibilità di vaccinarsi presso gli ambulatori del Servizio sanitario regionale anche alle giovani fino ai 18 anni di età, con un costo ridotto, pari

a quello sostenuto dal servizio pubblico per l'acquisto del vaccino più il ticket per l'iniezione: è stato infatti considerato importante garantire al maggior numero di ragazze la possibilità di proteggersi in età utile (cioè prima di iniziare i rapporti sessuali) contro un'infezione che si è dimostrata ormai con certezza essere responsabile di più del 70% dei tumori del collo dell'utero.

Nel corso del 2009 saranno invitate alla vaccinazione le ragazze nate nel 1998 (16.811 in tutta la regione).

Al 31/12/2008, quindi a meno di un anno dall'avvio del programma di vaccinazione, la copertura vaccinale per le nate nel 1997 è stata in media pari al 61,3%; la differenza tra i territori, riscontrabile in tabella, è legata principalmente al diverso momento di avvio della campagna vaccinale. Dai primi dati raccolti al 30 giugno 2009 emerge che tale copertura aumenterà di almeno 10 punti percentuali.

### Copertura vaccinale HPV per le adolescenti nate nel 1997 per Azienda Usl - Anno 2008



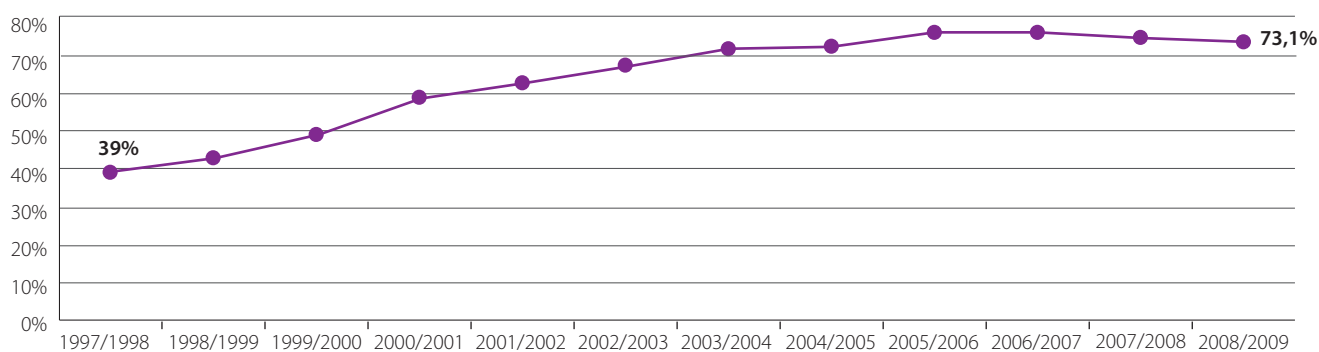
## La vaccinazione antinfluenzale

Il programma regionale per la vaccinazione antinfluenzale gratuita è rivolto alle persone di età superiore ai 65 anni, agli adulti e ai bambini con patologie croniche e alle persone che, per la loro attività professionale, devono essere protette dal rischio di contrarre il virus dell'influenza (operatori sanitari e di assistenza, addetti ai servizi di pubblica utilità, donatori di sangue).

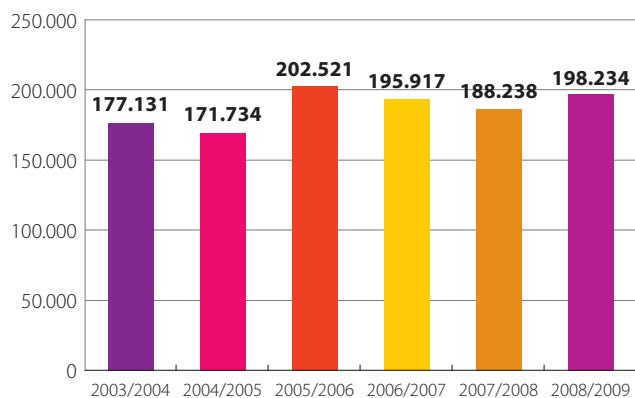
Il picco di adesione alle campagne annuali di vaccinazione antinfluenzale, come si evince dai grafici, è stato registrato nel 2005-2006, periodo in cui sembrava maggiore il rischio di influenza aviaria.

Il tasso di copertura vaccinale riferito alle persone con più di 65 anni di età nella campagna 2008-2009 ha registrato lo stesso tasso della precedente campagna: 713.222 gli over 65 vaccinati, il 73,1% della popolazione target (707.387, il 73,1% nella campagna 2007-2008). È aumentata l'adesione alla vaccinazione di adulti e bambini con patologie croniche (sono stati 198.234 contro i 188.238 della campagna 2007-2008). Migliorata anche l'adesione alla vaccinazione da parte degli operatori sanitari: sono stati 17.341 i vaccinati nella campagna 2008-2009 (il 32,9% del totale) contro i 14.844, il 28,5% della campagna precedente.

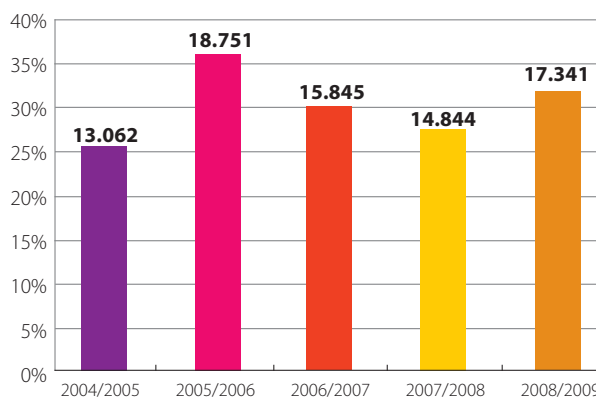
### Vaccinazione antinfluenzale popolazione dai 65 anni: campagne dal 1997-1998 al 2008-2009 - Valori %



### Vaccinazione antinfluenzale adulti e bambini con patologie croniche: campagne dal 2003-2004 al 2008-2009



### Vaccinazione antinfluenzale operatori sanitari: campagne dal 2003-2004 al 2008-2009 \*



\* la copertura è stata calcolata considerando al denominatore gli operatori dipendenti del Servizio sanitario regionale nel ruolo sanitario, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta al 31/12/2008.

## Gli obiettivi dei programmi di vaccinazione per il 2009

Continua anche nel 2009 l'impegno per incrementare l'offerta della vaccinazione anti HPV alle ragazze dagli 11 anni, della vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica ai minori affetti da patologie croniche, della vaccinazione antimorbillo-parotite-rosolia con particolare attenzione alle ragazze e ai ragazzi non ancora coinvolti e al personale sanitario.

Si prevede l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione anti-varicella agli adolescenti che non abbiano già contratto la

malattia durante l'infanzia, e di quella contro la rosolia, soprattutto alle donne in età fertile, al fine di prevenire aborto spontaneo o gravi danni al nascituro (rosolia congenita).

Per la campagna di vaccinazione antinfluenzale si prevede di continuare nell'impegno di aumentare il numero delle persone vaccinate in tutti i gruppi a rischio.

Per qualificare ulteriormente gli interventi vaccinali su tutto il territorio regionale, la Giunta regionale con delibera 256/2009 ha fornito indicazioni alle Aziende sanitarie.

## Sicurezza nei luoghi di lavoro

In Emilia-Romagna, nel 2008, sono stati denunciati all'Inail 123.661 infortuni sul lavoro. Tra il 2001 ed il 2008, gli infortuni denunciati sono diminuiti di circa il 12%, passando da 140.766 a 123.661; gli infortuni mortali, nello stesso periodo, si sono ridotti del 33% passando da 174 a 116. Nel 2008 l'attività di vigilanza dei Servizi di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro delle Aziende Usl è aumentata rispetto al 2007 e ha interessato 16.876 imprese (10.004 nel 2007), estendendo i controlli a più dell'8% delle imprese. Il 21,9% delle imprese controllate è stato segnalato all'autorità giudiziaria per violazioni. Due settori lavorativi sono stati oggetto di specifici interventi: il comparto edilizia e quello della sanità. Nel 2008 è stato avviato il Piano speciale edilizia, che ha previsto un incremento dei controlli a cantieri, imprese e lavoratori autonomi. I cantieri controllati sono stati 4.304 contro i 3.161 dell'anno precedente (+36%), le imprese e i lavoratori autonomi verificati sono stati 8.756 contro i 4.697 del 2007 (+89%). Gli esiti dei controlli hanno confermato un alto indice di violazione: sono emerse irregolarità nel 45% dei cantieri e nel 25,7% delle imprese e delle attività dei lavoratori autonomi controllati. L'ammontare delle sanzioni è stato di quasi 6 milioni di euro. L'indice di incidenza

degli infortuni (rapporto tra numero infortuni e lavoratori) è passato da 8,9% nel 2001 a 6,1% nel 2008.

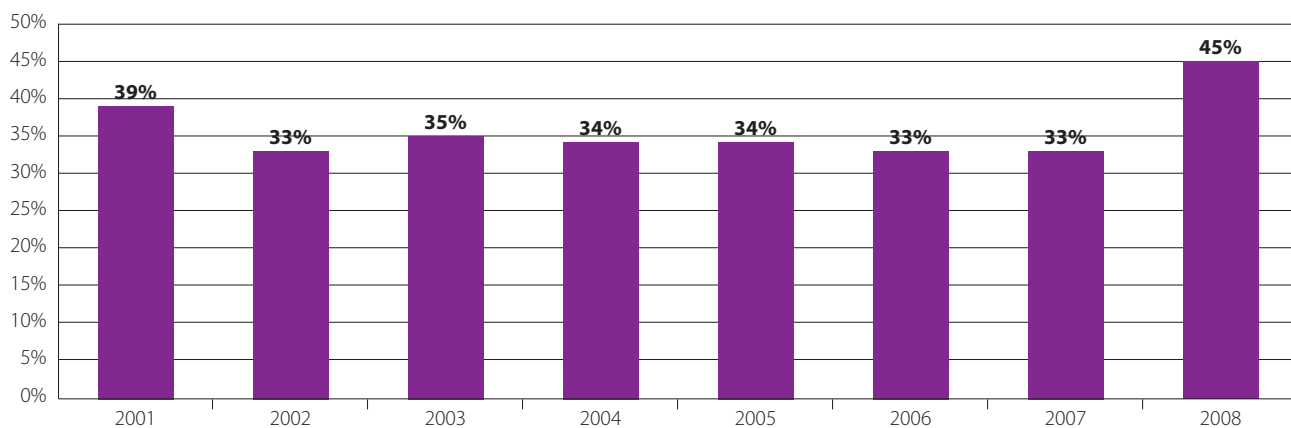
Il comparto sanità è oggetto da alcuni anni di uno specifico piano di intervento, che ha coinvolto nel 2007 (ultimo dato disponibile) 64.467 operatori sanitari assicurati Inail. Sono stati 6.424 gli infortuni sul lavoro (-17,8%), di cui 2.405 a matrice biologica (il 68% da puntura d'ago o altro tagliente, il 32% da contatto con materiale biologico). Le principali cause di infortunio sono gli incidenti stradali, le cadute accidentali ed i traumi dovuti al sollevamento dei pazienti. Sono stati sottoposti a sorveglianza sanitaria 49.317 operatori per valutare l'idoneità all'esposizione a fattori di rischio nei luoghi di lavoro: il 91,6% è risultato idoneo, l'8% parzialmente non idoneo e lo 0,4% non idoneo. Le cause più frequenti di inidoneità parziale o totale sono le patologie muscolo scheletriche, le dermopatie, il disagio psichico.

Il calo nel numero degli infortuni rispetto al 2006, lo sviluppo di un sistema di gestione della sicurezza per la riduzione dei rischi, iniziative informative e formative, hanno permesso di ottenere, con altri fattori, una riduzione del costo dell'assicurazione Inail, che costituisce un indicatore di efficacia dell'azione di miglioramento intrapresa.

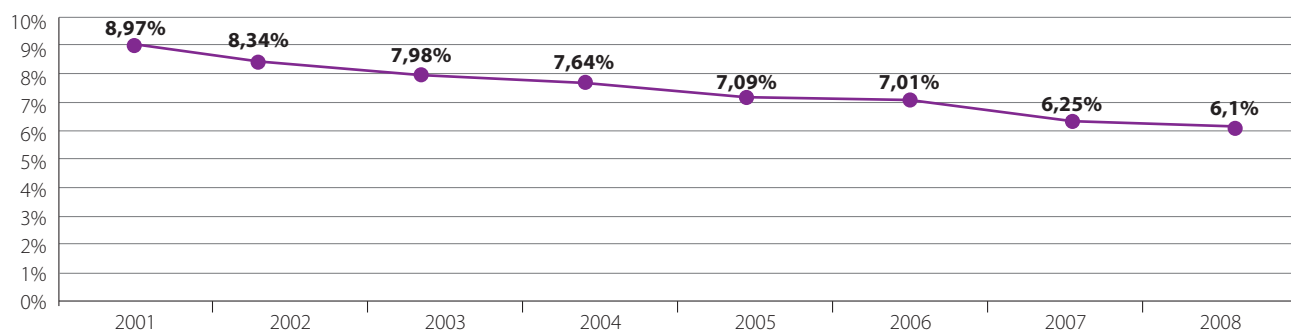
### Numero imprese e lavoratori autonomi controllati, indice % di irregolarità - Anno 2008

Comparto	Indice di irregolarità	Imprese sanzionate	Imprese e lavoratori autonomi controllati
Agricoltura	12,8%	56	438
Alberghiero e ristorazione	5,6%	19	341
Alimentare	23,7%	90	380
Cantieri navali	22,4%	13	58
Ceramica	34,1%	46	135
Chimica	24,4%	79	324
Commercio	10,2%	112	1.096
Credito	2,1%	1	48
Edilizia	25,7%	2.253	8.756
Editoria	28,4%	33	116
Energia acqua gas	20,0%	4	20
Legno	20,7%	51	246
Metalmeccanica	23,3%	518	2.223
Pubblico	10,4%	16	154
Sanità	6,0%	26	431
Scuola	3,3%	5	153
Servizi	17,3%	194	1.122
Tessile abbigliamento	21,6%	65	301
Trasporti	16,7%	57	342
Zootecnia	14,1%	10	71
Altro	37,2%	45	121
<b>Totale regione</b>	<b>21,95%</b>	<b>3.693</b>	<b>16.876</b>

### Comparto edilizia - indice di irregolarità (numero di cantieri sanzionati ogni cento controllati) - Anni 2001-2008



### Comparto edilizia - indice di incidenza degli infortuni (rapporto tra numero degli infortuni e lavoratori) - Anni 2001-2008



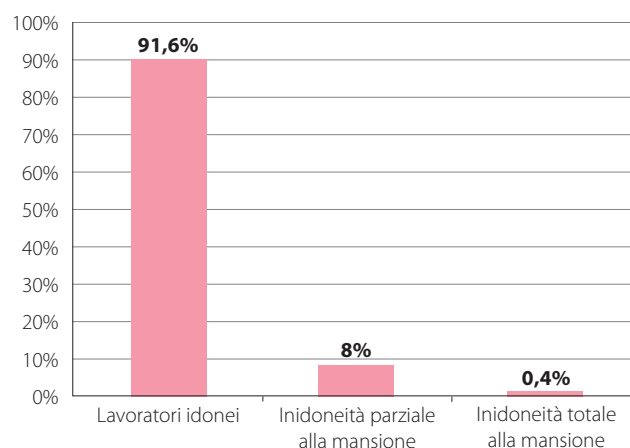
### Servizio sanitario regionale - infortuni Anno 2007\*

	anno 2007
Operatori Aziende sanitarie assicurati Inail (1)	64.467
infortuni con prognosi superiori ai 4 giorni a carico (denunciati a Inail)	3.108
infortuni con prognosi inferiore o uguale a 3 giorni (non denunciati a Inail)	911
infortuni a matrice biologica (da puntura o da tagliente e contatto con sangue e altri liquidi biologici)	2.405
Totale infortuni	6.424
<b>Numero totale giornate di assenza per infortunio</b>	<b>88.290</b>

(1) il numero comprende oltre ai dipendenti del Servizio sanitario regionale altri soggetti quali studenti di medicina, borsisti.

\*ultimo dato disponibile

### Servizio sanitario regionale - accertamenti personale esposto a rischi lavorativi Anno 2007\* - Valori %



\*ultimo dato disponibile

## Sicurezza del lavoro nel porto di Ravenna

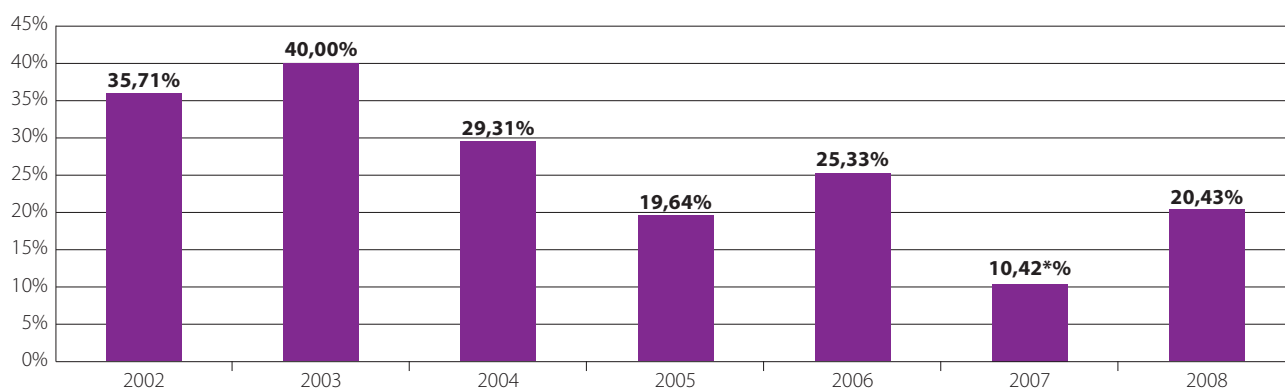
Nel dicembre 2007 il "Protocollo d'intesa per la pianificazione degli interventi sulla sicurezza del lavoro nel porto di Ravenna" è stato siglato da Regione Emilia-Romagna, Prefettura, Provincia e Comune di Ravenna, Azienda Usl, Autorità portuale, Autorità marittima, Istituto superiore prevenzione e sicurezza sul lavoro (Ispesl), Direzione provinciale del lavoro, Inail, Vigili del fuoco, Associazioni delle imprese e sindacali. Il Protocollo prevede impegni e azioni concrete. Il porto di Ravenna, uno di maggiori porti italiani per lunghezza complessiva della banchina, rappresenta infatti una importante fonte produttiva e salariale ma è, al tempo stesso, luogo di complesse attività lavorative caratterizzate da un elevato grado di rischio per i lavoratori. I cantieri navali si connotano in particolare per le lavorazioni di carpenteria e verniciatura la cui pericolosità è aumentata dal fatto di svolgersi spesso in ambienti chiusi ed angusti. Anche le operazioni di carico e scarico merci dalle navi mercantili generano rischi per i lavoratori ed esiste anche un rischio chimico per la salute dovuta alla inalazione di polveri a vario grado di tossicità. Tra

gli aspetti più salienti del Protocollo, il lavoro in rete tra imprese e rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (Rls) e di sito (una figura, quest'ultima, istituita anticipando il decreto legislativo 81/08). I primi risultati si stanno già osservando: tavoli di confronto tra imprese, Rls, Comune, Provincia e Azienda Usl su problemi di emissioni acute di sostanze chimiche da imprese del vicino petrolchimico; sviluppo di linee guida per la sicurezza di vari processi lavorativi; istituzione di un Osservatorio degli infortuni sul lavoro presso l'Azienda Usl.

Nel 2002, l'indice delle irregolarità (numero di imprese sanzionate ogni cento controllate) era il 35,7%, (il 40% nel 2003), nel 2008 è stato pari al 20,4%. Queste le principali irregolarità nel 2008: luoghi di lavoro non adeguati (29%), attrezzature di lavoro (24%), mancata protezione dai rischi chimico e cancerogeno (19%).

Nel triennio 2005/2007 l'indice di incidenza degli infortuni (numero degli infortuni ogni cento lavoratori) è stato pari a 8,57%, quando la media per tutti gli altri comparti è di 5,47%.

### Indice di irregolarità (numero imprese sanzionate ogni 100 controllate) - Anni 2002-2008



\* nel 2007 l'attività di vigilanza si è concentrata sulla sicurezza a bordo delle navi in manutenzione nel porto.

### Indice di incidenza degli infortuni (numero infortuni ogni 100 lavoratori) - Anni 2005-2007\*

	Comparto porto	Tutti i comparti
Indice di incidenza (n° infortuni ogni 100 addetti)	8,57%	5,47%*
Durata media gg di assenza (giornate di assenza per infortunio sul lavoro)	27,6	29,4

\*ultimo dato disponibile

### Principali problematiche di sicurezza - Anno 2008 - Valori %

Problematica di sicurezza	% sul totale delle irregolarità
Mancata valutazione dei rischi	14
Mancata protezione dai rischi chimico e cancerogeno	19
Attrezzature di lavoro irregolari	24
Luoghi di lavoro, pavimenti, passaggi, vie di circolazione non adeguati	29
Altro	14
<b>Totale</b>	<b>100</b>



## Sicurezza alimentare

I controlli sulla qualità sanitaria degli alimenti prodotti, commercializzati e somministrati in Emilia-Romagna sono svolti dai Servizi igiene degli alimenti e nutrizione e dalle Aree dipartimentali di sanità pubblica veterinaria delle Aziende Usl. Nel 2008 è proseguita la realizzazione del programma, avviato nel 2005, per adeguare il sistema alle nuove indicazioni comunitarie. In particolare, sono stati affinati gli strumenti per l'esecuzione dei controlli; sono state introdotte modifiche nella registrazione delle ispezioni e delle eventuali irregolarità riscontrate; le Aziende Usl hanno programmato l'attività tenendo conto dei principi di categorizzazione del rischio degli operatori del settore alimentare e del settore dei mangimi.

Tutto questo ha portato a razionalizzare i controlli, a concen-

trare l'attività sui settori più a rischio per la salute, eliminando i controlli su allevamenti e impianti "virtuosi".

L'insieme delle novità introdotte non consente un confronto dei dati di attività 2008 con gli anni precedenti.

Nel 2008, nel settore zootecnico sono stati 97.417 i controlli in 24.961 allevamenti. Le irregolarità riscontrate sono state complessivamente 4.722.

Gli impianti di produzione alimenti di origine animale controllati sono stati 2.644, i controlli sono stati 72.164 e le irregolarità registrate 6.516.

Gli impianti di produzione alimenti di origine vegetale, ristorazione e commercio controllati sono stati 63.874, i controlli 23.631, le irregolarità 5.057.

Sito internet: [www.alimenti-salute.it/](http://www.alimenti-salute.it/)

### Strutture, controlli e irregolarità nella filiera alimentare

#### Allevamenti: controlli - Anno 2008

	Strutture	Controlli	Irregolarità
Bovini	9.753	54.278	4.132
Suini	4.194	20.918	225
Ovicapriini	3.544	3.983	87
Equini	6.162	6.969	99
Pollame	1.010	10.015	169
Conigli	298	1.254	10
<b>Totale</b>	<b>24.961</b>	<b>97.417</b>	<b>4.722</b>

#### Impianti di produzione alimenti di origine animale: controlli - Anno 2008

	Strutture	Controlli	Irregolarità
Macelli e impianti sezionamento carni	444	32.931	1.987
Impianti lavorazione carni e depositi	1.083	30.427	2.371
Impianti lavorazione prodotti della pesca	222	3.462	256
Impianti imballaggio uova e lavorazione ovoprodotti	48	274	67
Impianti lavorazione latte e prodotti lattiero caseari	847	5.070	1.835
<b>Totale</b>	<b>2.644</b>	<b>72.164</b>	<b>6.516</b>

#### Impianti di produzione alimenti di origine vegetale, ristorazione e commercio: controlli - Anno 2008

	Strutture	Controlli	Irregolarità
Impianti lavorazione, produzione e confezionamento alimenti di origine vegetale	10.830	4.085	1.014
Ristorazione	38.283	14.187	3.348
Commercio alimenti	14.761	5.359	695
<b>Totale</b>	<b>63.874</b>	<b>23.631</b>	<b>5.057</b>

# I programmi di ricerca e innovazione

## Programma di ricerca Regione-Università

Avviato all'inizio del 2007, in coerenza con la legge regionale 29/2004 e con il protocollo di intesa Regione-Università del febbraio 2005, rappresenta una componente essenziale dello sforzo strategico che la Regione sta facendo per concretizzare la parola d'ordine secondo la quale "la ricerca è parte integrante della pratica clinica" e rientra a pieno titolo nella attività istituzionale del Servizio sanitario.

Il programma è finalizzato a sviluppare innovazioni scientifiche, nuove modalità gestionali, organizzative e formative in un percorso di collaborazione e integrazione tra le Università e le Aziende Ospedaliero-Universitarie (che rappresentano il fulcro delle sinergie) e con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie. Intende favorire lo sviluppo di centri di eccellenza e di network professionali.

La Regione ha messo a disposizione (attraverso specifici bandi) complessivamente 30 milioni di euro per il triennio 2007 – 2009, suddivisi in tre grandi aree:

**AREA 1 - ricerca innovativa** (70% delle risorse). L'obiettivo è quello di contribuire allo sviluppo di centri/gruppi di eccellenza capaci di ideare e produrre tecnologie/strumenti utili per l'attività assistenziale con particolare riferimento a: trapianti; oncologia; diagnostica avanzata; neuroscienze; medicina rigenerativa.

**AREA 2 - ricerca per il governo clinico** (25% delle risorse). L'obiettivo è acquisire le conoscenze relative al profilo beneficio-rischio di tecnologie e interventi in fase di ingresso, o già utilizzati, nella pratica clinica, ma per i quali manchino gli elementi necessari a definirne le modalità appropriate d'uso.

**AREA 3 - formazione** (5% delle risorse). L'obiettivo è di favorire lo sviluppo di network di competenze capaci di fare ricerca e trasformare in progetti (sia di valutazione controllata sia di monitoraggio) i quesiti assistenziali e organizzativi maggiormente rilevanti. Nella fase di proposta dei progetti un forte ruolo è assegnato ai Collegi di direzione e ai Dipartimenti integrati delle Aziende Ospedaliero-Universitarie e dell'IRCCS Rizzoli. In particolare, spetta ai Collegi di direzione la scelta dei progetti da sottoporre per la valutazione ed il finanziamento.

Nel triennio sono stati finanziati 64 progetti (28 nell'area ricerca innovativa, 27 nell'area ricerca per il governo clinico e 9 nell'area formazione. Per quest'ultima è attualmente in fase di completamento il finanziamento per il 2009, attraverso un meccanismo trasparente e rigoroso che ha visto coinvolti esperti italiani e stranieri in un percorso valutativo che ha cercato di combinare rigore metodologico e supporto alla ottimizzazione delle proposte progettuali.

Il coordinamento scientifico e operativo è in capo all'Agenzia sanitaria e sociale regionale a cui spetta anche il monitoraggio dei progetti con la supervisione di un Comitato di indirizzo del programma.

## Programma di ricerca e innovazione (Pri-er)

Avviato nel 2004, coinvolge tutte le Aziende sanitarie. L'obiettivo è di promuovere ricerche considerate prioritarie finalizzate al tempestivo trasferimento dell'innovazione clinico-organizzativa nelle strutture del Servizio sanitario regionale. In questo processo si mira, tuttavia, anche a trasformare le organizzazioni e gli operatori da partecipanti a protagonisti di un percorso nel quale ricerca e innovazione entrano a far parte integrante del sistema assistenziale.

Il Pri-er è finanziato con un Fondo per l'innovazione costituito con risorse regionali e con il contributo di soggetti diversi, pubblici e privati che condividono gli obiettivi generali del programma.

Nel periodo 2004-2008 sono stati avviati progetti in:

**Area oncologica:** l'innovazione in radioterapia oncologica; l'uso appropriato dei farmaci oncologici, il follow-up del paziente oncologico.

**Area cardiologica:** gli stent medicati o i bypass nei pazienti con patologia coronarica multivasale.

**Area cerebrovascolare:** assistenza integrata ai pazienti con ictus.

**Area diagnostica ad alto costo:** l'uso della PET in oncologia; l'uso della TAC multistrato nella malattia coronarica.

**Area rischio infettivo:** ridurre la mortalità per sepsi gravi.

**Umanizzazione delle cure in terapia intensiva:** adozione di modelli organizzativi e assistenziali atti a consentire la necessaria attenzione agli aspetti relazionali ed ai bisogni dei pazienti e dei loro familiari.

Molti di questi progetti sono stati sviluppati in collaborazione con altre Regioni nell'ambito dei programmi nazionali finanziati dal Ministero della salute (Programmi per la ricerca sanitaria finalizzata, bando straordinario di oncologia 2007-2009, bandi per la ricerca indipendente dell'AIFA).

Sono inoltre state poste le basi per l'ampliamento delle aree progettuali di ricerca-intervento su temi rilevanti per i servizi e i pazienti quali la salute mentale e l'assistenza primaria.

A partire dal 2010 il Pri-er si evolverà ulteriormente prevedendo, in sintonia con le attività dell'Osservatorio regionale sull'innovazione, workshop aperti alla partecipazione dell'industria farmaceutica e biomedicale sui temi delle innovazioni emergenti e la possibilità di avviare - in modo concordato e concertato negli obiettivi e nel disegno metodologico - specifici progetti co-finanziati dall'industria in settori strategici per lo sviluppo regionale.

Il Pri-er sviluppa le proprie attività attraverso gruppi di lavoro multidisciplinari specifici per tema. Il coordinamento è assicurato dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale in stretta collaborazione con le Direzioni aziendali.

Per approfondimenti: <http://asr.regione.emilia-romagna.it/>

# Il programma per il miglioramento dell'accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale

Tutte le visite e gli esami specialistici devono essere garantiti entro i tempi previsti dalla normativa: 30 giorni dalla prenotazione per le prime visite e 60 giorni per i primi esami programmabili; 24 ore dalla prenotazione per visite ed esami urgenti, 7 giorni dalla prenotazione per visite ed esami urgenti differibili: con delibera 1035 del 20 luglio 2009, la Regione Emilia-Romagna è intervenuta mettendo in campo risorse per 10 milioni di euro e linee guida dettagliate alle Aziende sanitarie in modo da garantire in modo omogeneo in tutto il territorio appropriatezza, equità di accesso, qualità e tempi di attesa in linea con la normativa nazionale e regionale.

In particolare per abbattere i tempi di attesa per la mammografia, con la stessa delibera, sulla base di precise evidenze scientifiche e per rispondere alla domanda, viene allargato lo screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella alle fasce di età 45-49 e 70-74 anni, e vengono previsti percorsi specifici per mammografie urgenti e per donne a rischio ereditario-familiare (per approfondimenti vedi a pag. 54).

Per la densitometria ossea, vengono specificate le condizioni cliniche che ne giustificano l'erogazione a carico del Servizio sanitario regionale: donne e uomini con sospetta osteoporosi secondaria derivante da patologia; soggetti che assumono particolari terapie prolungate per più di 6 mesi, donne con osteoporosi accertata o con particolari situazioni a rischio quali la menopausa precoce.

Si tratta di un programma straordinario di forte rilevanza che ha l'obiettivo di dare certezza ai cittadini sul rispetto dei tempi previsti. Non è da dimenticare, tuttavia, che l'Emilia-Romagna è passata dal 2003 al 2008 da 60 a 75 milioni di prestazioni specialistiche all'anno, ponendosi quale Regione che eroga il maggior numero di prestazioni in tutto il Paese: se da un lato ha dunque l'obiettivo di garantire i cittadini, dall'altro prevede una piena responsabilizzazione delle Aziende sanitarie e dei professionisti per una maggiore appropriatezza nelle prescrizioni.

La delibera 1035 fa riferimento e integra quanto stabilito dal Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e per i ricoveri (delibera 1532/2006).

## Le visite e gli esami specialistici programmabili, urgenti e urgenti differibili

Tutte le visite e gli esami specialistici devono essere garantiti entro i tempi previsti dalla normativa regionale a partire dal momento della prenotazione. La garanzia del rispetto di questi tempi viene data, per la maggior parte delle prestazioni, in ambito distrettuale; solo per alcune prestazioni più complesse la garanzia riguarda l'ambito aziendale.

Le Aziende USL sono tenute al rispetto dei tempi prescritti, sia erogando le prestazioni direttamente, sia attraverso accordi con le altre Aziende sanitarie, sia con erogatori privati accreditati. Prevista anche l'organizzazione di modalità di accesso, con la definizione di particolari accordi di fornitura, che possano essere identificati come "percorsi di garanzia",

da mettere in atto per rispondere comunque al diritto del cittadino di accedere alle prestazioni nei tempi previsti.

L'intera offerta di prestazioni specialistiche (prime visite e primi esami) dovrà essere disponibile nelle agende gestite dai CUP e tali agende non potranno essere chiuse.

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

## La comunicazione ai cittadini e agli operatori

La comunicazione ai cittadini e agli operatori delle Aziende sanitarie riveste un ruolo di estrema importanza per il grande impatto che l'argomento ha sui cittadini e sul sistema. Previsto un piano di comunicazione articolato a livello regionale e locale, con strumenti ad hoc e differenziati per i cittadini (con l'indicazione di diritti e doveri, riferimenti a cui rivolgersi) e per gli operatori (con l'indicazione degli impegni da assolvere).

Anche la pubblicazione dei tempi di attesa su un sito dedicato al monitoraggio [www.tdaer.it](http://www.tdaer.it) (attivo dall'autunno 2009) concorrerà alla trasparenza e alla chiarezza dell'informazione.

## La fase operativa, il monitoraggio, l'organizzazione

Entro il 20 ottobre 2009, le Aziende UsL dovranno presentare alla Regione i Programmi attuativi aziendali, preventivamente concordati con le Conferenze territoriali sociali e sanitarie, le quali, a loro volta, li avranno condivisi con le parti sociali e le rappresentanze dei cittadini.

Tali Programmi dovranno contenere: valutazione del fabbisogno; valutazione dell'appropriatezza; la programmazione della produzione dei servizi; il piano di produzione con la distinzione tra primo accesso, urgenza, urgenza differibile, controllo; il sistema delle garanzie di accesso.

Il monitoraggio dell'andamento delle liste di attesa, per ogni singola Azienda UsL, verrà pubblicato e aggiornato bimestralmente sul sito internet [www.tdaer.it](http://www.tdaer.it).

Il Collegio di direzione sarà coinvolto nella valutazione del fabbisogno, nella definizione delle linee di indirizzo e di miglioramento dell'organizzazione, nella valutazione dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa; la responsabilità del governo dei tempi di attesa sarà in capo al direttore sanitario dell'Azienda e l'organizzazione della produzione ai direttori di Dipartimento.

Un tavolo di coordinamento regionale assicurerà il raccordo per il monitoraggio dell'intero processo.

## La valorizzazione del Day service ambulatoriale

La delibera sottolinea l'opportunità di valorizzare l'esperienza del Day service: un modello di organizzazione riservato di casi clinici che richiedono interventi diagnostici e terapeutici complessi, concentrati in breve tempo e che non richiedono sorveglianza medica o infermieristica per tutta la durata degli accessi. Previste nei prossimi mesi nuove linee guida clinico-organizzative al riguardo.

# Programma per l'utilizzo del Fondo regionale per la non autosufficienza

**A**rriva a compimento nel 2009 il primo programma triennale 2007 – 2009 per l'utilizzo del Fondo regionale per la non autosufficienza, approvato dalla Giunta regionale con la delibera n. 509 dell'aprile 2007 e successivamente integrato con ulteriori indirizzi riguardanti il sostegno alla domiciliarità e i servizi per persone disabili, contenuti nelle delibere 1206/2007 e 1230/2008.

## L'istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza

Il Fondo regionale per la non autosufficienza è stato istituito dalla legge regionale 27/2004 (e previsto dalla legge regionale quadro sui servizi sociali 2/2003). Ha l'obiettivo di rispondere ai bisogni delle persone non autosufficienti - anziani e persone con gravi e gravissime disabilità – e di coloro che se ne prendono cura, prevedendo finanziamenti per lo sviluppo di servizi socio-sanitari dedicati.

Come è noto, l'Emilia-Romagna è una delle Regioni con la più alta percentuale di popolazione anziana e le previsioni demografiche indicano, nel periodo 2004-2024, un incremento complessivo della popolazione anziana (65 anni e oltre) di circa il 20%. In particolare, a fronte di un aumento contenuto della fascia 65-75 anni (+7,8%), si prevede un aumento del 34% degli anziani con più di 75 anni e di ben il 50% degli ultraottantenni, che nel 2024 saranno oltre 384 mila (sono 298.457 al 31/12/2008).

Fra le persone con disabilità, quelle con grave disabilità in età adulta che percepiscono un'indennità di accompagnamento in quanto totalmente non autosufficienti sono circa 17.000.

## La programmazione e gli obiettivi

Le risorse sono destinate allo sviluppo, alla qualificazione e all'innovazione della rete dei servizi socio-sanitari con le seguenti priorità: potenziamento dei servizi domiciliari, riconoscimento delle forme di autorganizzazione delle famiglie con un'attenzione specifica alle assistenti domiciliari straniere, promozione di forme innovative di assistenza e contenimento della compartecipazione per anziani e famiglie al costo dei servizi.

Il Fondo è programmato con un atto di indirizzo regionale e con Piani annuali di attività a livello locale.

Il programma regionale è definito in accordo con la Cabina di regia regionale per il welfare (luogo di concertazione tra la Regione e gli Enti locali), discusso e condiviso con le rappresentanze regionali dei sindacati e del terzo settore, approvato con delibera di Giunta. Tenendo conto delle indicazioni della

Regione e della Conferenza territoriale sociale e sanitaria del proprio ambito provinciale, è a livello distrettuale che, sulla base degli elementi del "Profilo di comunità" (analisi che delinea le caratteristiche della collettività di riferimento in termini di bisogni, risorse, criticità), viene approvato, dal Comitato di Distretto, d'intesa col direttore di Distretto, il Piano annuale delle attività che definisce le priorità di utilizzo del Fondo tra i diversi servizi ed interventi, in relazione alle specificità del territorio.

## I risultati nel 2007 e nel 2008

Il 2007 è stato l'anno di avvio del programma per l'utilizzo del Fondo. Gli anni precedenti sono serviti per attuare processi di riequilibrio e riorganizzazione dei servizi con l'obiettivo di arrivare ad una loro diffusione omogenea su tutto il territorio e ad un altrettanto omogeneo utilizzo delle risorse.

Nel 2007 sono state utilizzate risorse per 255 milioni di euro assicurando servizi a 54.500 persone di cui 7.200 nuovi assistiti (6.750 anziani non autosufficienti, 450 persone con disabilità).

Nel 2008 sono stati spesi 324,8 milioni di euro (inclusi 7,1 milioni da Fondi nazionali non autosufficienza e famiglia) di cui 278,7 (86%) per l'area anziani, 39,9 (12%) per l'area disabili e 6,2 milioni (2%) per interventi trasversali rivolti sia ad anziani che a disabili. Nel 2008 sono state prese in carico 61.250 persone di cui 7.000 nuovi utenti (6.100 anziani e 900 disabili).

## Le priorità 2009

Alla luce dei risultati conseguiti, queste le principali priorità fissate per il 2009:

- potenziare l'assistenza domiciliare attraverso nuove forme di "presa in carico leggera" (tutoring, affiancamento, mediazione relazionale, supervisione delle situazioni in cui la persona non autosufficiente è già assistita da un familiare o da un'assistente privata);
- garantire dimissioni protette e fornitura di ausili e presidi attraverso percorsi integrati socio-sanitari condivisi tra Comuni e Aziende Usl;
- favorire ulteriormente l'emersione, la regolarizzazione e la qualificazione del lavoro svolto dalle assistenti familiari;
- aumentare il numero dei beneficiari dell'assegno di cura e del contributo aggiuntivo che viene assicurato a chi utilizza un'assistente familiare in regola;
- ampliare le opportunità esistenti sviluppando e promuovendo l'espansione dell'accoglienza temporanea di sollievo;
- promuovere la qualificazione e lo sviluppo dei servizi domiciliari e residenziali per le persone con disabilità, in particolare nei territori in cui risultano meno diffusi.

# La gestione delle emergenze in sanità pubblica

I cambiamenti climatici, la globalizzazione con conseguente movimento di persone e di merci e l'accentuazione delle disuguaglianze in salute (per l'aumento della povertà e del rischio crescente di esclusione di fasce di popolazione dal godimento dei diritti di cittadinanza) hanno determinato, nel mondo, una maggiore diffusione di emergenze cui far fronte. Anche nel nostro Paese e in Emilia-Romagna gli effetti di tali fenomeni cominciano ad essere evidenti comportando un notevole impegno da parte della Sanità pubblica.

Negli ultimi anni, in Emilia-Romagna, è stata particolarmente impegnativa l'attività legata alle emergenze di tipo infettivo, in particolare alle malattie emergenti legate ai fenomeni citati e alla trasmissione da vettori: nel 2007 l'epidemia di Chikungunya che ha coinvolto alcune zone della Romagna e poi la malattia di West Nile, che nel corso del 2008 ha interessato un'area geografica al confine tra Emilia-Romagna, Veneto e Lombardia. Nel 2009 si è presentato il problema della pandemia influenzale da virus A H1N1.

## La gestione delle emergenze

L'emergenza per la pandemia influenzale ripercorre metodi e criteri caratteristici della gestione di tutte le emergenze, in Sanità pubblica come negli altri settori; queste sono tipicamente distinguibili in 3 fasi: preparazione, sorveglianza, intervento.

### 1. Preparazione

In questa fase, sulla base dei dati di letteratura o di precedenti esperienze, si ipotizzano le caratteristiche e l'entità del fenomeno che si potrebbe presentare (**analisi del rischio e definizione degli scenari**), si individuano le metodologie migliori per seguirne nel tempo l'andamento, e si definiscono dettagliatamente gli interventi da effettuare, l'organizzazione degli interventi nella fase di emergenza, le modalità di allarme, la formazione degli operatori coinvolti, la comunicazione fra operatori e con la popolazione (**pianificazione**).

L'Emilia-Romagna si è dotata di diversi Piani con le caratteristiche descritte: dai primi, elaborati in occasione dei fenomeni legati al bioterrorismo e alla SARS, a quelli attuali, come il "Piano regionale per la pandemia influenzale", il "Piano per mitigare gli effetti sulla salute delle ondate di calore", il "Piano regionale per l'influenza aviaria", il "Piano per la lotta alla zanzara tigre e il controllo della Chikungunya e della Dengue", il "Piano per il controllo delle infezioni da West Nile Virus".

### 2. Sorveglianza

La sorveglianza su potenziali situazioni di pericolo per la salute pubblica è uno strumento indispensabile per individuare tempestivamente la presenza di motivi di allarme che richiedono la messa in atto di indagini locali per approfondire il fenomeno o interventi tempestivi per controllare e minimizzare l'eventuale problema di salute.

In Emilia-Romagna i sistemi di sorveglianza sulle malattie infettive, da sempre un caposaldo della sanità pubblica, sono stati fortemente rafforzati e resi più rapidi ed efficienti con l'attivazione nel 2005 del "**Sistema di segnalazione rapida, Alert**". Esso si basa su un solido sistema organizzativo, operante H 24 tutti i giorni dell'anno, articolato a livello locale

sui Dipartimenti di sanità pubblica e sulle Unità operative cliniche delle Aziende sanitarie e, a livello regionale, sui Servizi della Direzione generale sanità e politiche sociali e dell'Agenzia sanitaria e sociale. Questo sistema si avvale di una rete laboratoristica efficiente e qualificata che fa capo al Centro di riferimento regionale per le emergenze microbiologiche (Crrem), attivo dal 2004 presso l'Unità operativa di microbiologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, il quale opera in collegamento con laboratori di riferimento nazionali (Istituto superiore di sanità) e Centri internazionali per la diagnosi di laboratorio di molte malattie (Chikungunya, Dengue, West Nile, altri Arbovirus, Influenza, Infezioni invasive batteriche). In particolare per l'influenza, da anni opera anche il laboratorio dell'Istituto di igiene dell'Università di Parma, centro di collaborazione internazionale per la sorveglianza di questa malattia.

Sono poi attivi altri sistemi di sorveglianza su altri fattori di rischio: il Sistema di sorveglianza e allarme per le ondate di calore, gestito da Arpa Emilia-Romagna, in funzione tutti gli anni dal mese di maggio a tutto settembre, il sistema di sorveglianza sull'inquinamento atmosferico, il sistema di sorveglianza entomologica sugli insetti vettori (in particolare *Aedes albopictus* e altre specie di zanzare), sistemi di sorveglianza veterinaria sulle antropozoonosi.

### 3. Intervento

Le azioni attuate durante la fase di emergenza sono tanto più tempestive ed efficaci, quanto più accurato è stato il lavoro di preparazione e sorveglianza, quanto più dettagliata è stata la pianificazione, l'organizzazione degli interventi e, soprattutto, quanto più solido è il sistema organizzativo di base della sanità pubblica e delle Istituzioni locali.

Quest'ultimo aspetto rappresenta indubbiamente un punto di forza della Regione Emilia-Romagna, che storicamente gode di un ottimo livello di funzionamento dei propri Servizi pubblici: l'attività da svolgere nelle fasi di emergenza vede sempre, infatti, il contributo coordinato del Servizio sanitario regionale (operatori dei Servizi di sanità pubblica e operatori dei servizi clinici) e di altri Enti e Istituzioni (Arpa, Protezione civile, Comuni, Conferenze territoriali sociali e sanitarie, Istituti di ricerca, Associazioni). In questa rete, il ruolo dei Servizi di sanità pubblica è strategico nel sorvegliare e definire il problema fin dal suo esordio, nel monitoraggio dell'andamento epidemico nella fase di emergenza, nel supportare la programmazione e coordinare l'attuazione degli interventi, nel garantire la formazione degli operatori e la comunicazione interna in ogni fase dell'emergenza.

Anche la comunicazione con i cittadini e con i mass media riveste un ruolo decisivo nelle situazioni di emergenza. Un'informazione tempestiva e affidabile è infatti uno strumento essenziale per la trasparenza e la correttezza delle relazioni con i cittadini, per prevenire reazioni non appropriate o per ottenere collaborazione per limitare gli effetti del problema in atto: basti pensare a quanto sono rilevanti i comportamenti delle persone nella prevenzione delle malattie trasmesse da insetti vettori o nella limitazione del contagio da virus influenzali.

## Il Piano per il controllo della pandemia influenzale

**A**d aprile 2009 si sono registrati in Messico casi di infezione nell'uomo da nuovo virus influenzale di tipo A H1N1, precedentemente identificato come "influenza suina". Rapidamente, gli Organismi sanitari internazionali hanno rilevato la presenza di rischi connessi alla diffusione di questa nuova influenza nell'uomo e al suo potenziale pandemico, alzando il livello di sorveglianza per la preparazione e la risposta ad una pandemia influenzale.

L'11 giugno, l'Oms ha portato il livello di allerta pandemica a 6 su 6, dichiarando il periodo pandemico della nuova influenza, cioè l'aumentata e prolungata trasmissione del virus nella popolazione in numerosi Paesi del mondo, anche se ne ha sottolineato il carattere "moderato".

In Emilia-Romagna sono state attivate immediatamente le misure di sorveglianza e controllo richieste in situazioni di questo tipo, e si è data progressiva attuazione al piano pandemico regionale, predisposto fin dal 2007: le prime disposizioni sono state emanate alla fine di aprile, successivamente aggiornate in relazione all'evolvere della situazione epidemiologica e alle indicazioni nazionali e degli organismi sanitari internazionali.

Nella prima fase della pandemia, quando i casi registrati in Emilia-Romagna si riferivano esclusivamente a persone che avevano contratto l'infezione all'estero, l'obiettivo principale del Servizio sanitario regionale è stato quello di individuare precocemente ogni singolo caso e di adottare le misure di isolamento e di controllo necessarie ad evitare la diffusione dell'infezione (**Fase del contenimento o ritardo della diffusione**).

Successivamente, in presenza di casi secondari e autoctoni, accanto alle misure di sanità pubblica finalizzate al contenimento dell'epidemia, è aumentato progressivamente l'impegno legato alla garanzia dell'accesso alle cure per le persone contagiate e l'assistenza più efficace per le persone malate, oltre alla riduzione della trasmissione e alla protezione dei gruppi più vulnerabili (**Fase di mitigazione**).

Il carattere benigno della malattia - che si presenta in forma clinica lieve con sintomatologia febbrile che si risolve nel giro di pochi giorni -, l'interessamento prevalente delle fasce di età infantili e giovanili e la bassa incidenza di complicanze che richiedono il ricovero in ospedale, comportano un impegno importante dei Servizi di assistenza di base e, in modo particolare, dei pediatri di libera scelta e dei medici di medicina generale.

Tuttavia, il potenziale impatto che si avrebbe anche sui Servizi ospedalieri in caso di picco epidemico, ha necessariamente comportato un aggiornamento delle previsioni del Piano pandemico regionale allo scopo di far fronte anche ad eventuali carichi assistenziali straordinari.

Infine, in questa emergenza come in tutte le situazioni analoghe, viene dato grande rilievo agli aspetti relativi alla informazione degli operatori sanitari e dei cittadini e alla comunicazione con gli organi di informazione: è molto importante che operatori sanitari e cittadini conoscano bene le misure e i comportamenti da adottare per ridurre il rischio di trasmissione dell'infezione e che collaborino attivamente alla buona riuscita del programma di vaccinazione che verrà attuato non appena sarà disponibile il vaccino specifico.

# Programma investimenti in edilizia sanitaria, accordo Stato-Regione 2009

Con l'Accordo di programma sottoscritto nel 2009 dalla Regione Emilia-Romagna e dal Ministero della salute, del lavoro e delle politiche sociali, sono stati definiti gli interventi pluriennali che riguardano la IV fase del programma di investimenti in sanità, avviata vent'anni fa con la legge finanziaria del 1988 (ex art.20 L.67/1988).

Il finanziamento complessivo ammonta a 201 milioni di euro (163,5 dallo Stato, 8,6 dalla Regione, 28,9 da fondi propri delle Aziende sanitarie).

Sono 48 gli interventi previsti nell'Accordo di programma e riguardano:

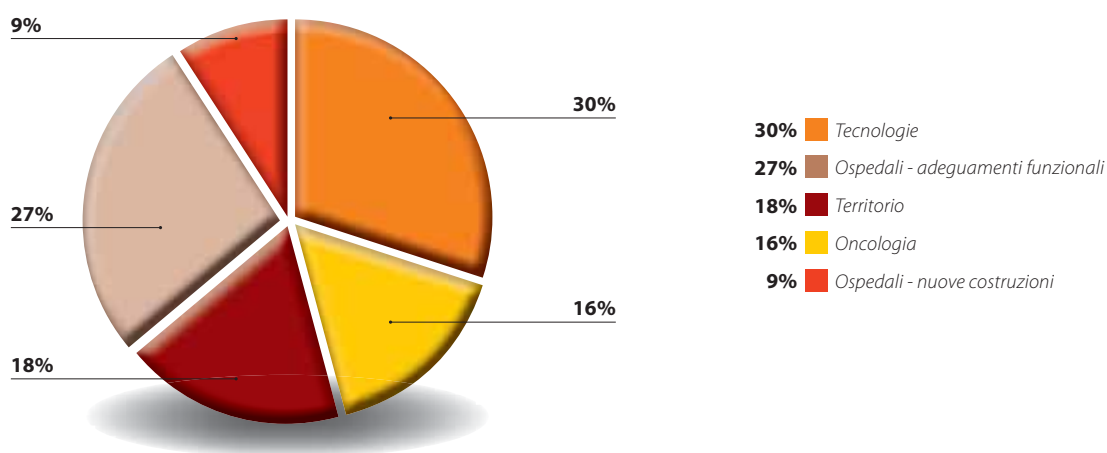
- riqualificazione e potenziamento delle strutture e delle dotazioni tecnologiche per la diagnosi e la cura della malattia oncologica, secondo la logica dei percorsi clinico-assistenziali integrati tra ospedale e territorio;
- adeguamento funzionale della rete ospedaliera con interventi che, accanto alla garanzia di una edilizia ospedaliera funzionale e adeguata all'erogazione di prestazioni sanitarie, assicurino al contempo accoglienza e comfort;
- potenziamento dei servizi territoriali (Dipartimenti cure primarie) per lo sviluppo di percorsi integrati ospedale-territorio;
- miglioramento dell'assistenza nelle strutture per pazienti psichiatrici secondo criteri di omogeneità ed equità dell'offerta;

- ammodernamento tecnologico per contribuire a ridurre le liste di attesa, adeguare la capacità di diagnosi ai progressi scientifici, garantire complete condizioni di sicurezza per il paziente;
- adeguamento normativo delle strutture e degli impianti per garantire ai cittadini la piena fruibilità in sicurezza dell'offerta sanitaria.

Le risorse nazionali e regionali (172,1 milioni su 201 totali) sono così distribuite: Piacenza 11,055 milioni di euro; Parma 16,683; Reggio Emilia 19,928; Modena 26,623; Bologna 37,361; Imola 5; Ferrara 14,032; Ravenna 14,831; Forlì 7,174; Cesena 7,839; Rimini 11,681.

Tra i principali interventi finanziati: realizzazione di Case della salute nei Distretti di Piacenza; realizzazione del polo pediatrico e acquisizione di apparecchiature per l'Ospedale dei bambini a Parma; realizzazione del nuovo polo oncologico a Reggio Emilia; ammodernamento tecnologico con nuove apparecchiature sanitarie a Modena, a Bologna e a Cesena; realizzazione di ambulatori e day hospital a Imola; ristrutturazione ospedali a Cento e Copparo (Fe); interventi sull'adeguamento funzionale della struttura psichiatrica a Brisighella (Ra); adeguamenti normativi e strutturali a Forlì; ristrutturazione day hospital oncologico a Rimini.

## Programma edilizia sanitaria 2009 - Interventi per macro-aree



# L'ampliamento del programma di screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella, i percorsi per la mammografia a donne con rischio genetico-familiare

L'intervento regionale per l'erogazione appropriata dell'esame mammografico è specificato nella delibera 1035 del 20 luglio 2009 "Strategia regionale per il miglioramento dell'accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale".

## L'ampliamento dello screening

In Emilia-Romagna lo screening mammografico è attivo dal 1997 ed interessa le donne comprese nella fascia di età 50-69 anni (550.000 circa) cui viene offerta, mediante lettera di invito inviata dalla Azienda Usl di residenza, una mammografia biennale e, in caso di reperto dubbio-sospetto, un percorso diagnostico-terapeutico e di follow-up.

La crescente richiesta da parte delle donne al di fuori delle fasce di età di screening e il conseguente allungamento delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale per quanto riguarda la mammografia, insieme alle evidenze scientifiche di efficacia segnalate in letteratura nel corso degli ultimi anni hanno fatto riconsiderare alla Regione Emilia-Romagna l'offerta di screening mammografico per la diagnosi precoce dei tumori della mammella.

La Regione ha istituito uno specifico gruppo di lavoro che ha svolto un'approfondita analisi e ha deciso, con delibera n. 1035 del 20 luglio 2009, e a partire dal 1 gennaio 2010, l'ampliamento delle fasce di età da coinvolgere.

In pratica, l'invito a partecipare al programma viene allargato alle donne fra i 45-49 anni cui si propone una mammografia annuale (la periodicità annuale è stata decisa per sopperire in parte al limite dovuto alla densità dei seni, in queste età molto frequente, densità che ostacola la possibilità di individuazione di alterazioni sospette con la mammografia) e alle donne fra i 70-74 anni (che sostanzialmente proseguiranno per ancora due-tre controlli periodici l'intervento già eseguito nella fascia di età 50-69 anni).

Nel primo caso, l'efficacia prevista dai dati di letteratura nella popolazione femminile interessata è ipotizzabile attorno al 10-15% di riduzione del rischio di morire per tumori della mammella, mentre per quanto riguarda la seconda fascia di età la riduzione del rischio è assimilabile a quella della fascia 50-69 anni (25-30%).

Le donne dai 45 ai 49 anni interessate dall'intervento sono circa 163.000 mentre quelle comprese fra i 70 ed i 74 anni sono circa 126.000.

Con questo ampliamento lo screening mammografico in Emilia-Romagna viene ad interessare complessivamente circa 840.000 donne.

Tutto ciò corrisponde ad un aumento dell'attività legata al programma di screening di circa il 75% rispetto a quella attuale.

## I percorsi per l'esame mammografico a donne con rischio genetico-familiare

Con la stessa delibera 1035 del 20 luglio 2009, nell'ambito della complessiva riorganizzazione dell'accesso ai controlli senologici, oltre all'allargamento delle fasce di età per quanto riguarda il programma di screening, la Regione Emilia-Romagna ha deciso un intervento specifico che riguarda le donne che presentano rischio genetico-familiare per il tumore della mammella.

I profili individuati (il riferimento sarà il protocollo più considerato a livello internazionale denominato NICE) per la verifica di tale rischio sono tre:

- 1) donne appartenenti alla popolazione a rischio generico (circa il 90%), per le quali non si prevedono interventi particolari se non quelli previsti dal programma di screening mammografico;
- 2) donne a rischio familiare moderatamente più elevato (da 2 a 4 volte), per le quali si prevede l'applicazione di quanto previsto dallo screening mammografico anticipando però la proposta di mammografia annuale a partire dai 40 anni;
- 3) donne a rischio familiare molto elevato per la presenza di criteri che fanno sospettare un rischio genetico che comporta l'esigenza di accertamenti (per esempio l'esecuzione di esami per la verifica di alterazioni genetiche BRCA1 e BRCA 2), di counseling genetico in uno dei centri specialistici regionali di riferimento individuati, l'eventuale proposta di controlli periodici che comprendano tutti gli esami necessari per consentire una diagnosi precoce di tumore mammario (ad esempio, mammografia, ecografia, risonanza magnetica) in caso di conferma di appartenenza a questo profilo.

La definizione dei criteri di selezione, degli esami cui sottoporre la donna, delle modalità di counseling genetico, dei protocolli clinici di controllo periodico e dei percorsi diagnostico-terapeutici specifici integrati e multidisciplinari per i tre profili indicati verrà demandata ad un apposito gruppo di lavoro regionale multispecialistico previsto dalla delibera stessa.



# Piano attuativo salute mentale 2009-2011

Il Piano attuativo salute mentale 2009-2011 è uno dei primi provvedimenti in attuazione del Piano sociale e sanitario 2008-2010. Approvato dalla Giunta regionale con delibera 313/2009, delinea una visione partecipata della politica regionale e locale sulla salute mentale e sulle dipendenze patologiche, in ogni età della vita.

I suoi cardini sono il sistema di comunità e il sistema di cura, integrati tra di loro per concorrere a realizzare politiche di assistenza e di promozione della salute, nella più ampia accezione di benessere della persona.

## Il sistema di comunità

Il sistema di comunità, coordinato dagli Enti locali, mira a sviluppare il massimo coinvolgimento di tutti i soggetti del territorio a vario titolo interessati alle politiche di promozione e tutela della salute mentale (associazioni dei familiari dei pazienti, sindacati, università, terzo settore...). Il sistema di comunità ha come proprio obiettivo la salute mentale della collettività, in tutte le sue espressioni e in ogni età della vita, comprendendo le attività di promozione della salute e di prevenzione del disagio giovanile, delle forme di disadattamento ed esclusione sociale.

Esso mira a superare un modello organizzativo di presa in carico della persona con disturbi psichici limitato ai soli Servizi di salute mentale e dipendenze patologiche delle Aziende sanitarie. Gli ambiti in cui Aziende Usl ed Enti locali sono chiamati a integrarsi nel sistema di comunità sono: prevenzione, promozione della salute mentale, sussidiarietà orizzontale (con particolare riferimento alle iniziative di volontari e associazioni impegnati nel sostegno alla persona), sostegno al reddito, politiche abitative, inserimenti lavorativi, assistenza domiciliare.

## Il sistema di cura

Il sistema di cura è coordinato dal Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche dell'Azienda Usl di riferimento e punta a garantire la massima integrazione

tra i servizi, a fornire risposte appropriate e personalizzate al vasto numero di persone con bisogni diversificati, dai gravi disturbi psichici alle gravi dipendenze, dai cosiddetti disturbi emotivi comuni (depressione e ansia) alle dipendenze da sostanze legali (alcol e tabacco).

Esso agisce secondo una concezione allargata di salute pubblica che vede l'assistenza e la promozione della salute nella più ampia accezione di benessere della persona.

Tra le sue priorità vi sono: la garanzia di facilità di accesso ai servizi (diretto, mediato, facilitato e urgente), la capacità di raggiungere le persone che più hanno difficoltà a rivolgersi spontaneamente ai servizi (anziani, immigrati), la organizzazione dei servizi di emergenza-urgenza, la programmazione e la qualificazione dell'assistenza residenziale, la qualificazione della presa in carico e della continuità assistenziale garantita dai Centri di salute mentale.

In tutti i Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche delle Aziende Usl verranno istituiti i Comitati utenti e familiari, in cui saranno presenti le associazioni di volontariato impegnate nel campo della salute mentale e operatori degli stessi Dipartimenti, con il compito di migliorare la comunicazione reciproca, programmare iniziative comuni, contribuire a monitorare la qualità dei servizi e proporre innovazioni che tengano conto del punto di vista dei pazienti e dei loro familiari.

Anche la Consulta regionale salute mentale verrà ridefinita nell'organizzazione e nella composizione e, tra i suoi compiti, prioritario risulta il monitoraggio della realizzazione di quanto previsto nel Piano.

Ampio spazio nel Piano trovano le modalità inerenti alla organizzazione del lavoro di équipe, le attività di formazione e sviluppo della "clinical competence" nel campo della salute mentale e delle dipendenze patologiche.

## Il programma regionale contro le dipendenze patologiche

L'uso di sostanze psicoattive si è profondamente modificato negli ultimi anni. Alla tradizionale figura della persona tossicodipendente emarginata si affiancano in misura sempre maggiore i giovanissimi policonsumatori (che fanno uso di cocaina come sostanza primaria, assieme a cannabis e alcol); inoltre, il consumo di sostanze è diffuso anche tra la popolazione adulta e pienamente integrata socialmente.

Diviene necessario investire in strategie per raggiungere coloro che fanno uso di sostanze stupefacenti e non avvertono il bisogno di rivolgersi ai servizi sanitari, e di ripensare le offerte di diagnosi e cura in modo che risultino più flessibili e prossime alla domanda.

La delibera della Giunta regionale 1533/2006 ha delineato queste strategie investendo sulle funzioni di prossimità e sulla facilitazione di accesso ai servizi, in stretta collaborazione tra Aziende Usl e privato sociale accreditato.

A partire da queste strategie, nel 2008 è stato messo a punto il Programma regionale dipendenze patologiche (delibera della Giunta regionale 698/2008).

Il Programma ha funzioni di coordinamento e monitoraggio dei Programmi locali attivati delle Aziende Usl nel campo delle dipendenze patologiche sia per quanto riguarda l'applicazione delle linee di indirizzo sui vari temi, sia per garantire omogeneità in tutto il territorio regionale degli standard di intervento.

Il documento specifica obiettivi, indicatori, tempi di realizzazione. L'attenzione è rivolta allo sviluppo professionale dei Servizi per le tossicodipendenze (SerT) e al rapporto delle Aziende Usl con il privato sociale attraverso l'applicazione a livello locale dell'accordo che la Regione ha siglato nel 2007 con il Coordinamento Enti ausiliari (che riunisce 26 enti gestori di comunità terapeutiche accreditate).

Il Programma definisce tra le priorità:

- la programmazione comune degli interventi tra Aziende Usl e strutture accreditate del privato sociale;

- la messa a punto di percorsi specifici che rispondano ai nuovi stili di consumo di sostanze (poliassunzione, uso di cocaina e psicostimolanti);
- la promozione della salute e di stili di vita sani, con interventi specifici legati alla prevenzione del fumo di tabacco e del consumo inadeguato di alcol.

È prevista una ricognizione annuale del fabbisogno formativo tra i professionisti impegnati nei SerT, nelle strutture residenziali, nei servizi di prossimità, pubblici e privati, in modo da definire un programma di formazione continua.

Nel Programma regionale è inserito anche il potenziamento delle attività degli Osservatori delle Aziende Usl sulle dipendenze e dell'Osservatorio regionale, il cui impegno è fondamentale per fornire strumenti di lavoro agli operatori dei servizi: tale potenziamento riguarda la ricerca sociale ed epidemiologica, il sistema informativo sulle dipendenze, il sistema di raccolta, elaborazione e valutazione dei dati sull'attività dei servizi pubblici e privati.

Per quanto riguarda il contrasto del consumo/abuso di sostanze, nel Programma regionale dipendenze patologiche è prevista la realizzazione di campagne di comunicazione rivolte ai cittadini, per fornire informazioni sulle sostanze e sui rischi che ne comporta l'assunzione. Il Programma regionale sostiene inoltre la sperimentazione – con la collaborazione del privato sociale - di metodi di avvicinamento al consumatore, differenziati (adolescenti, immigrati, persone già in carico ai servizi).

In tema di alcol e tabacco, nel triennio 2008-2010 l'obiettivo è di arrivare a fornire accessi differenziati ai percorsi di assistenza, sviluppando una più stretta collaborazione con i medici di famiglia per la presa in carico della persona. Verranno incrementati i programmi per smettere di fumare rivolti ai lavoratori e attuati interventi di prevenzione del consumo di alcol nei luoghi di lavoro.

# Programma di cure odontoiatriche, protesiche, ortesiche

Il programma regionale di assistenza odontoiatrica garantisce cure odontoiatriche, protesiche e di ortodonzia a carico del Servizio sanitario regionale a persone con patologie che creano problemi odontoiatrici o in condizioni economiche svantaggiate.

Il programma è stato avviato il primo giugno 2005 (delibera della Giunta regionale 2678/2004); è entrato a regime il 1° gennaio 2006. Il programma è stato poi sottoposto a revisione nel 2008 e con delibera della Giunta regionale 374/2008 sono stati aumentati il numero di persone a cui sono garantite le cure e le fasce di reddito che danno diritto alla gratuità e all'accesso a prezzi calmierati. Gli utenti stimati sono passati dai 329mila/anno (309mila per reddito e 20mila per patologie) della prima fase, a 530mila/anno (480mila per reddito e 50mila per patologie) dal 2008.

## Le condizioni di salute e di reddito per l'accesso alle cure

Oltre alle patologie che provocano problemi odontoiatrici o che sono aggravate dalla presenza di problemi odontoiatrici (delibera 2678/2004), sono state inserite, con delibera 374/2008, le persone con gravi disabilità psicofisiche, disabilità che, associate a una condizione di handicap grave o con un'invalidità superiore ai due terzi, impediscono una corretta prevenzione delle malattie odontoiatriche, comportando ridotta o assente capacità di comunicazione o gravi alterazioni del comportamento. Per quanto riguarda le condizioni economiche, il tetto di reddito ISEE (indicatore che misura il reddito e la ricchezza della famiglia e non del singolo) che dà diritto alle cure è passato nel 2008 da 15.000 a 22.500 euro/anno. Sempre dal 2008, le persone con reddito ISEE fino a 8.000 euro/anno hanno diritto alla totale esenzione dalle spese (nella prima fase il tetto era posto a 7.500 euro) e a ricevere gratuitamente i manufatti protesici di cui hanno bisogno. Gli assistiti con reddito ISEE compreso tra 8.000 e 20.000 euro pagano una tariffa per prestazione sensibilmente inferiore ai prezzi di mercato, che varia a seconda della loro fascia di reddito: fino a 40 euro per i redditi tra 8.000 e 12.500 euro, fino a 60 euro per i redditi tra 12.500 e 15.000 euro, fino a 80 euro per i redditi tra 15.000 e 20.000 euro. Le persone con reddito tra 20.000 e 22.500 euro di reddito ISEE pagano, invece, le prestazioni a tariffa intera. A tutti gli aventi diritto alle cure, ad eccezione degli assistiti che li ricevono gratuitamente, sono forniti manufatti protesici e di ortodonzia a prezzi calmierati.

## I programmi aziendali

Le modifiche apportate dalla delibera della Giunta regionale 374/08, in particolar modo quelle relative alla presa in carico dei pazienti con grave disabilità psicofisica e all'innalzamento del limite di reddito ISEE, hanno reso indispensabile la revisione di tutti i programmi aziendali: le Aziende sanitarie hanno quindi potenziato i percorsi facilitati per l'accoglienza ai gravi disabili, adeguando anche l'offerta complessiva per fare fronte all'aumentato numero di assistiti.

Per l'adeguamento tecnologico e impiantistico-strutturale, nella prima fase sono stati stanziati 1,6 milioni di euro, nel 2007 la Regione ha disposto un finanziamento di 3,6 milioni di euro, ai quali ha aggiunto, nel 2008, 2 milioni di euro destinati ad attrezzature specificamente impiegate per le cure odontoiatriche ai disabili.

## I risultati

Tra gli obiettivi posti all'avvio del programma, lo sviluppo della rete dei servizi per garantire in tutte le Aziende UsI le tre tipologie di cure previste dal programma: conservativa, protesica, ortodontica.

A partire dal 2007 le cure di conservativa e protesica mobile vengono erogate in tutti i 38 Distretti della regione. I trattamenti di protesica fissa, di complessità e impegno più elevati, sono erogati in 35 distretti.

L'ortodonzia, rivolta ai bambini fino a 14 anni, è una tipologia di cura che richiede specifiche competenze da parte dello specialista. Per questo motivo l'erogazione dei manufatti è considerata a valenza sovradistrettuale con potenzialità sufficienti per tutto il territorio aziendale: i manufatti sono, infatti, erogati in tutte le Aziende sanitarie.

Con la revisione del programma è stato modificato anche il sistema di monitoraggio delle attività.

Nel corso della fase transitoria i dati erano raccolti con frequenza semestrale attraverso una scheda di rilevazione inviata ad hoc dalle Aziende sanitarie, a partire dal secondo semestre 2008, invece, le informazioni sono tratte dal sistema informativo della specialistica ambulatoriale (ASA).

Con l'aumento del numero di persone in condizioni di accedere al programma in una fase in cui le Aziende sanitarie non avevano ancora completato l'adeguamento dell'offerta, si è riscontrato un temporaneo allungamento dei tempi di attesa. Nonostante ciò, il 64% delle visite è stato eseguito entro i tempi fissati dalla normativa.

Complessivamente, dall'inizio del programma a fine 2008, sono state assistite più di 350.000 persone, di queste oltre 22.500 hanno ricevuto cure protesiche.

## Il percorso nascita

Il Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010 rilancia tra gli obiettivi strategici la qualità dell'assistenza nel percorso nascita. Il Piano indica tra i percorsi assistenziali ad elevata integrazione l'area materno-infantile e, tra gli interventi da sviluppare, le azioni promosse dai Consultori familiari per la tutela della procreazione, per l'assistenza alla gravidanza, alla nascita, al puerperio e per la consulenza sui temi della sessualità e della procreazione responsabile.

La Giunta regionale, con proprie delibere (1921/2007 e 533/2008), ha fornito alle Aziende sanitarie obiettivi relativi a tutte le fasi di assistenza del percorso nascita, sulla base dei lavori di una specifica Commissione tecnico scientifica regionale.

Gli obiettivi riguardano:

- razionalizzazione delle metodiche invasive per la diagnosi prenatale precoce delle principali anomalie cromosomiche e dei percorsi della diagnostica ecografica delle anomalie morfologiche fetali;
- ridefinizione del ruolo dell'ostetrica nell'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio;
- modifica delle prassi assistenziali al travaglio di parto con l'introduzione di criteri di migliore pratica clinica basati su prove di efficacia;
- miglioramento dell'assistenza ai disturbi emozionali della donna in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino/a;
- supporto alla relazione madre/bambino/a e sostegno all'allattamento al seno;
- sviluppo del processo di ascolto dei cittadini per garantire un monitoraggio della qualità dei servizi erogati nel percorso nascita;
- miglioramento della prassi diagnostico-assistenziale nella mortalità alla nascita;
- qualificazione dell'assistenza al travaglio e al parto fisiologico in ambiente extra-ospedaliero;
- offerta gratuita di corsi prenatali "di base" come interventi educativi a tutela della maternità e offerta attiva di corsi di accompagnamento alla nascita per la popolazione svantaggiata;
- individuazione dei criteri clinico organizzativi per garantire il parto in analgesia epidurale alle gestanti che lo richiedono e per offrire tecniche farmacologiche di provata efficacia.

Le Aziende sanitarie a gennaio 2009 hanno definito i piani di attuazione per il raggiungimento degli obiettivi individuati dalle delibere citate. I piani sono stati poi sottoposti ad analisi da parte dei Servizi regionali competenti con il contributo della Commissione tecnico scientifica regionale sul percorso nascita, recentemente rinnovata.

A partire dall'autunno 2009 saranno elaborati i primi indicatori di monitoraggio, che saranno discussi con le Aziende sanitarie in sede di Area vasta insieme ai componenti della Commissione, per dare ulteriore sviluppo alla realizzazione delle direttive che, per la complessità degli obiettivi indicati, necessita di un periodo almeno triennale di attuazione.

## Il programma per la farmacovigilanza

La Regione Emilia-Romagna ha istituito il Centro regionale per la farmacovigilanza (delibera di Giunta 1066/2008), per sviluppare ulteriormente la valutazione e il monitoraggio permanente dei farmaci. L'obiettivo è individuare, valutare e prevenire le reazioni avverse dei farmaci secondo una logica di sistema che coinvolge medici di famiglia, medici specialisti, i responsabili della farmacovigilanza nelle Aziende sanitarie, farmacisti e altri operatori sanitari.

Compito del Centro, che nello svolgimento delle attività collabora con l'Ufficio di farmacovigilanza dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), è di promuovere tra gli operatori sanitari dell'Emilia-Romagna la segnalazione spontanea di sospette reazioni avverse a farmaci, utilizzando le informazioni raccolte durante la loro attività e nel rapporto con i pazienti.

Una priorità, in tal senso, è lo sviluppo di una cultura della farmacovigilanza attraverso specifici programmi formativi, per rendere sempre più efficace il controllo e la sorveglianza dei medicinali in commercio e, attraverso progetti da sviluppare nelle singole Aziende sanitarie, per migliorare la sicurezza nell'uso dei medicinali.

Le segnalazioni vengono raccolte mediante la Rete nazionale di farmacovigilanza, un sistema che mette in comunicazione l'Agenzia italiana del farmaco, le Regioni, le Aziende sanitarie, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, le industrie farmaceutiche. La rete di farmacovigilanza è, inoltre, in collegamento operativo con il network europeo Eudra Vigilance dell'Emea (l'Agenzia europea per i medicinali), che raccoglie in un database europeo i dati forniti a livello nazionale.

Al Centro regionale spetta la verifica e la validazione delle schede di segnalazione, individuando per ogni singola sche-

da - e sulla base di criteri rigorosi - la causa della reazione avversa al medicinale, prima dell'inoltro al sistema europeo "Eudra Vigilance".

Dopo l'istituzione del Centro regionale, in Emilia-Romagna è stato avviato un percorso finalizzato alla qualificazione e al potenziamento delle attività, a partire dal coordinamento della rete dei responsabili della farmacovigilanza nelle Aziende sanitarie e dalla realizzazione di due corsi regionali di formazione (febbraio e dicembre 2008). I corsi erano rivolti agli operatori coinvolti nella sorveglianza delle reazioni avverse a farmaci o nella sorveglianza degli incidenti con i dispositivi medici (prodotti e tecnologie utilizzati nelle strutture sanitarie per la diagnosi e l'assistenza al malato, dalle siringhe ai cateteri, dalle protesi impiantabili ai ferri chirurgici, alle strumentazioni per radiologia ed ecografia).

È stato realizzato il report regionale con i dati sull'attività di farmacovigilanza, relativo all'anno 2008, con la collaborazione del Centro regionale di valutazione e informazione sui farmaci (Crevif).

Per quanto riguarda la farmacovigilanza attiva (tutte le volte che medici e operatori sanitari sono coinvolti per promuovere un'osservazione specifica su un medicinale o su un gruppo di medicinali oppure su un gruppo o categoria di pazienti) nel 2008 sono stati finanziati 28 progetti delle Aziende sanitarie.

Il Centro regionale per la Farmacovigilanza è istituito presso il Servizio politica del farmaco della Regione con cui collaborano, per il supporto tecnico-scientifico il CREVIF (Centro regionale di valutazione e informazione sui farmaci dell'Università di Bologna) e, per la parte operativa, la rete dei responsabili di farmacovigilanza delle Aziende sanitarie.

# Programmi per la prevenzione, la sorveglianza e la gestione dei rischi correlati all'assistenza

## Prevenzione e sorveglianza dei rischi legati alle strutture o alle pratiche di cura

**N**ei processi di cura, i pazienti incorrono in rischi sia di carattere generico, da struttura (come per esempio una caduta), sia di carattere specifico, legati alle cure (come per esempio un disagio organizzativo, un malfunzionamento di una attrezzatura o un errore umano).

L'Emilia-Romagna, fin dal 1999, ha incluso l'attenzione alla sicurezza dei pazienti nelle proprie pianificazioni; un'attenzione riconfermata anche dal Piano sociale e sanitario 2008-2010.

In questi anni si sono sviluppate molte iniziative di formazione degli operatori, di vigilanza e miglioramento. Fra queste, la più importante è la richiesta alle Aziende sanitarie di effettuare la valutazione dei possibili rischi connessi alla attività clinica e di provvedere alla programmazione di idonee misure di protezione della sicurezza dei pazienti e dei lavoratori. Durante le visite di accreditamento vengono verificati l'esistenza e i contenuti del piano aziendale per la sicurezza (che comprende anche aspetti relativi alle politiche di comunicazione e di ristoro dei danni eventualmente causati).

In tutte le Aziende sanitarie vengono utilizzati strumenti finalizzati a migliorare la sicurezza complessiva dell'ambiente sanitario, sulla base di indicazioni e linee guida regionali:

- la raccolta di segnalazioni e reclami degli utenti;
- la segnalazione volontaria da parte degli operatori di situazioni pericolose e di incidenti (incident reporting), indipendentemente dalla gravità dell'esito, al fine di attivare misure di protezione o di prevenzione;
- tecniche di analisi dei punti critici dei processi assistenziali, o che studiano le dinamiche degli eventi sfavorevoli per evidenziarne i punti da sottoporre a revisione;
- pratiche e procedure che si sono dimostrate efficaci nel ridurre rischi conosciuti, come sistemi per la sicura identificazione dei pazienti che necessitano di interventi chirurgici o trasfusioni, la profilassi antibiotica prima degli interventi chirurgici, la selezione dei pazienti a rischio di caduta;
- attenzione alla relazione con i pazienti, fino alla acquisizione di capacità di risoluzione dei conflitti e una più rispettosa gestione degli aspetti amministrativi collegati all'indennizzo/risarcimento per i danneggiati;
- la formazione degli operatori su aspetti legati alla sicurezza degli ambienti, delle macchine e dei comportamenti.

Le iniziative sviluppate sono oggi verificate nella loro realizzazione e consentono di affrontare il problema in modo omogeneo. Sono coinvolti tutti i servizi che nelle Aziende sanitarie si occupano di sicurezza, erogazione dell'assistenza, prevenzione delle infezioni connesse, comunicazione con i cittadini, formazione, gestione degli aspetti economici del danno.

## Prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza

La prevenzione delle complicanze infettive correlate alle

pratiche assistenziali, per le sue caratteristiche (complessità dei determinanti e delle misure di prevenzione e controllo, varietà degli esiti clinici), richiede specifici interventi e professionalità.

Con l'obiettivo di migliorare la capacità di prevenzione e controllo, negli ultimi anni sono stati sviluppati strumenti e metodologie per la individuazione e la valutazione dei rischi (sorveglianza sulla base dei dati di laboratorio, sorveglianza delle epidemie ed eventi sentinella, sorveglianza regionale delle infezioni del sito chirurgico, sorveglianza delle infezioni in terapia intensiva) e per promuovere l'adozione di misure assistenziali dimostrate efficaci a ridurre il rischio (definizione, diffusione e implementazione di linee guida, programmi di audit nelle aree maggiormente a rischio).

Il programma riguarda gli ospedali, pubblici e privati, e le strutture residenziali. Si basa su un sistema a rete, coordinato a livello regionale. Secondo le indicazioni del programma, tutte le Aziende sanitarie hanno istituito un Comitato di controllo delle infezioni e individuato figure mediche e infermieristiche dedicate al coordinamento delle attività. I Comitati sono in rete regionale e si incontrano periodicamente per confrontare esperienze, problemi e individuare soluzioni.

Il Piano sociale e sanitario 2008-2010 prevede che prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza rappresentino un mandato specifico delle Aziende sanitarie, le quali sviluppano un piano-programma con obiettivi di breve e medio periodo, strumenti efficaci a raggiungerli, risorse specificamente dedicate.

Le priorità sono:

- sorveglianza e controllo delle epidemie ed eventi sentinella: sono stati pubblicati i dati relativi ai primi due anni di attività del sistema, che confermano l'importanza del fenomeno della resistenza agli antibiotici e l'utilità della identificazione tempestiva degli eventi epidemici in ambito assistenziale;
- diffusione e adozione di procedure di buona pratica professionale per la prevenzione delle infezioni (in particolare in ambito chirurgico e nelle Unità di terapia intensiva): nel 2008 sono stati pubblicati i dati relativi a quasi 7000 interventi chirurgici, per i quali è stata condotta una sorveglianza attiva per rilevare la frequenza di infezioni;
- prevenzione della selezione e diffusione di microrganismi multiresistenti agli antibiotici; in un video della durata di pochi minuti (consultabile nel sito web dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale) vengono descritti problema e iniziative messe in atto per affrontarlo;
- elaborazione e sviluppo di programmi di sorveglianza e controllo delle infezioni nelle strutture residenziali e in assistenza domiciliare: è stato concluso il progetto di miglioramento nelle strutture residenziali che ha coinvolto tre Aziende sanitarie.

I programmi sono coordinati dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale: <http://asr.regione.emilia-romagna.it/>

## La gestione del contenzioso

La generale crisi di assicurabilità nel settore sanitario ha comportato una minore disponibilità delle Compagnie assicuratrici e un incremento esponenziale dei premi, con garanzie sempre più ridotte per le Aziende sanitarie e i professionisti.

Poiché l'incremento delle denunce non è legato al peggioramento della qualità dell'assistenza sanitaria, ma è complesso e multifattoriale, principalmente basato sulla fattispecie di responsabilità civile (contrattuale) delle strutture sanitarie, qualora si verifichi un "...peggioramento delle condizioni del paziente", la dimostrazione che ciò fosse imprevedibile e non evitabile, quindi indipendente dall'operato dei sanitari e dell'organizzazione, spetta alle Aziende sanitarie.

Per favorire il risarcimento del danno ai cittadini danneggiati in tempi più rapidi, la corretta gestione dei sinistri e il contenimento dei loro costi (molto più elevati, anche per i tempi assai più lunghi, in sede giurisdizionale), si è promossa la cogestione degli stessi da parte delle Aziende sanitarie e delle Assicurazioni sul versante medico-legale, legale e assicurativo.

È stata consolidata anche la funzione delle Unità operative di medicina legale delle Aziende sanitarie attraverso:

- 1) cogestione amministrativa, medico-legale e assicurativa del contenzioso e creazione di osservatori aziendali;
- 2) raccolta di report tempestivi e attività di consulenza medico-legale strutturata;
- 3) analisi delle cause e valutazione medico-legale per una composizione equa e tempestiva delle vertenze;
- 4) promozione di iniziative di prevenzione dei conflitti con la modifica dei percorsi assistenziali e formazione

del personale (comunicazione interna ed esterna, consenso informato, tenuta delle cartelle cliniche e della documentazione sanitaria in generale...);

- 5) diffusione della cultura della sicurezza anche attraverso l'utilizzo di linee guida, protocolli e procedure.

Si sono ottenuti in tal modo risultati positivi sul fronte dell'individuazione delle aree sanitarie e dei comportamenti a maggior rischio, la cui conoscenza è il solo strumento per rendere possibile ed efficace un'opera di prevenzione degli eventi che sfociano in un contenzioso, consentendo di ridurre i tempi di istruttoria e di accertare l'accaduto, fino a un parere sulla fondatezza o meno del reclamo e tale da permettere una rapida ed equa soddisfazione delle richieste dei cittadini.

L'iter messo a punto comprende:

- ricognizione del fatto e acquisizione della documentazione sanitaria relativa;
- valutazione della sussistenza o meno di un danno al cittadino;
- valutazione dell'esistenza di nesso causale fra la condotta dell'operatore sanitario e l'evento di danno;
- eventuale quantificazione del danno e individuazione delle responsabilità.

In questo modo si è pervenuti a modalità generali di gestione dei sinistri in tutte le Aziende sanitarie, in collaborazione con le Compagnie di assicurazione. Ciò permette alle organizzazioni sanitarie una buona consapevolezza dell'entità del fenomeno e un suo monitoraggio continuo, anche ai fini del miglioramento della qualità delle cure.

## Formazione nel sistema sanitario regionale

Il Servizio sanitario regionale, con le proprie strutture e il proprio personale, svolge un'importante funzione nella formazione universitaria e nella formazione continua dei medici e di tutte le professioni sanitarie.

A conferma di tale impegno, una indagine svolta nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna nel 2008 ha messo in evidenza che oltre 10.000 operatori sanitari sono impegnati in attività di tutoraggio - seppure a part-time - sia per la formazione universitaria dei medici (specializzazioni, medici di medicina generale) e delle professioni sanitarie (corsi di laurea, master), sia per la formazione continua.

### La collaborazione con l'Università

La collaborazione con le Università di Bologna, Ferrara, Modena e Reggio Emilia, Parma si è notevolmente sviluppata in questi anni, in particolare con l'approvazione del Protocollo d'intesa (delibera di Giunta 297/2005), con l'istituzione dell'Osservatorio regionale per la formazione medico-specialistica (delibera 340/2004) e dell'Osservatorio delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (delibera 733/2006) che hanno la funzione di monitorare e promuovere la qualità della formazione e il contributo del Servizio sanitario regionale a cominciare dalle Aziende Ospedaliere-Universitarie.

Con il Protocollo d'intesa sulla formazione specialistica dei laureati in medicina e chirurgia (delibera 1546/2006) si stanno sviluppando le condizioni concrete per l'accreditamento di circa 160 scuole e l'offerta di opportunità didattiche professionalizzanti per oltre 3.000 medici.

Cresce anche la collaborazione nella formazione delle professioni sanitarie, che nell'anno accademico 2008-2009 ha

visto l'attivazione, tra l'altro, di 67 corsi di laurea triennale per un totale di circa 6.000 iscritti.

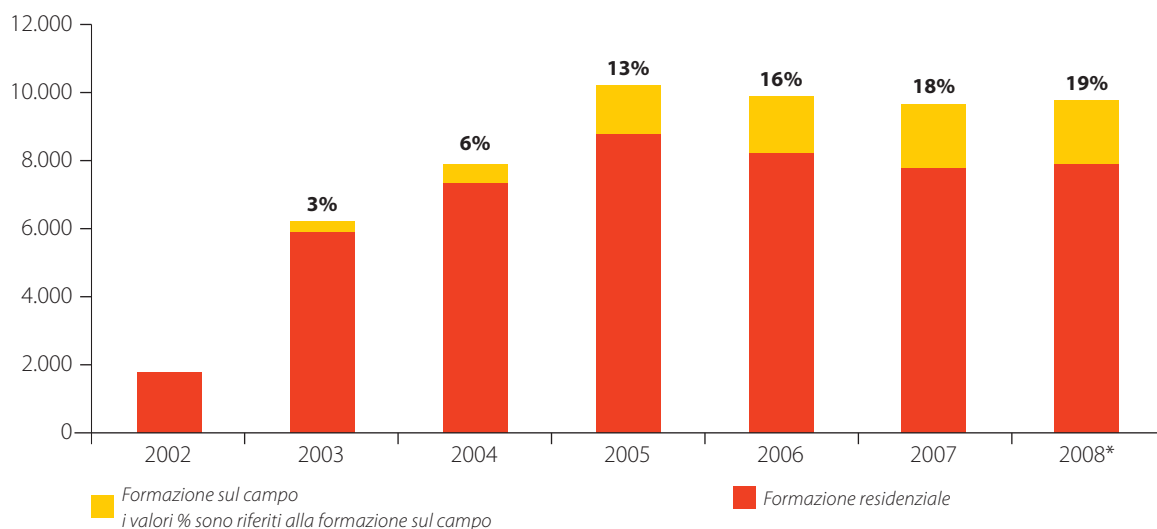
### L'Educazione continua in medicina

Il primo programma italiano di Educazione continua in medicina (Ecm), avviato nel 2002 si è concluso. L'impostazione del primo programma Ecm regionale (delibere 1072/2002 e 1217/2004), con il sistema di accreditamento regionale degli eventi proposti dalle Aziende sanitarie, l'attività di una Commissione regionale di esperti e della Consulta regionale dei rappresentanti degli Ordini, dei Collegi e delle Associazioni professionali, ha dato risultati positivi. In questi anni sono state accreditate oltre 60.000 iniziative formative, in prevalenza eventi "residenziali" (corsi, seminari, conferenze), ma anche molte attività di "formazione sul campo" (addestramento, partecipazione a commissioni, ad audit clinici, a progetti di miglioramento, a ricerche) e diversi programmi sperimentali in e-learning.

Non vengono accreditati dalla Regione eventi formativi direttamente finanziati, anche in parte, da organizzazioni con interessi commerciali, lucrativi o non lucrativi, nel campo sanitario. È consentita, invece, la sponsorizzazione di piani formativi aziendali o di programmi regionali come il Programma ricerca e innovazione in Emilia-Romagna (Pri-er). Attualmente, mentre proseguono le attività Ecm secondo le regole del primo programma, si stanno predisponendo alcune innovazioni sulla base dell'Accordo definito dalla Conferenza Stato-Regioni il 1° agosto 2007. Tra queste, sono previsti anche l'accreditamento regionale dei provider e la costituzione di un Osservatorio regionale sulla qualità della formazione continua.

Sito internet: <http://ecm.regione.emilia-romagna.it>

### Numero di eventi di formazione sul campo e formazione residenziale accreditati per l'Ecm dalla Regione Emilia-Romagna - Anni 2002-2008\*



\* Nel 2008 sono stati accreditati gli eventi solo fino a giugno (a causa della sospensione del sistema, in vista dell'avvio del nuovo programma).



## Programma guida sicura senza alcol

**A**lmeno il 35% degli incidenti stradali è correlato alla guida sotto l'effetto di alcol; gli incidenti stradali sono la prima causa di morte nei giovani tra i 15 e i 34 anni. La consapevolezza dei rischi connessi alla guida in stato di ebbrezza alcolica non è ancora sufficientemente diffusa: in Emilia-Romagna il 15,3% della popolazione si è messa alla guida dopo aver assunto alcolici in quantità sufficiente a superare il limite legale.

Per ridurre l'incidentalità stradale correlata al consumo di alcol, la Giunta regionale ha messo a punto un progetto specifico che, nella logica dell'intersectorialità, mette in rete Aziende Usl, privato sociale, Enti locali, Forze dell'ordine, associazioni di categoria.

Il progetto, approvato con delibera di Giunta n. 521 del 20 aprile 2009, si articola in diverse azioni, di tipo preventivo e di controllo/repressione.

### Gli interventi preventivi

Sono riconducibili a due ambiti.

- 1) Aumentare la consapevolezza della popolazione generale e in particolare della popolazione giovanile rispetto ai rischi legati alla guida in stato di ebbrezza.

Per conseguire questo obiettivo vengono potenziati gli interventi informativo-preventivi sugli effetti dannosi dell'alcol durante la guida; tali interventi si espletano nelle scuole, nei luoghi del divertimento, nei luoghi di lavoro, nelle scuole guida, in collaborazione con l'Osservatorio regionale per l'educazione stradale e la sicurezza. Per ogni contesto viene predisposto materiale informativo ad hoc. Particolare attenzione viene dedicata ai guidatori stranieri, con la messa a disposizione di materiale informativo in lingua.

- 2) Diffondere codici di autoregolamentazione per gli organizzatori di eventi e incrementare la collaborazione tra sistema socio-sanitario e Forze dell'ordine.

Vengono diffusi in tutto il territorio regionale i codici di autoregolamentazione, già positivamente sperimentati da alcuni Enti locali in Romagna, per ridurre i rischi connessi con l'abuso di alcolici durante feste, sagre, eventi pubblici di interesse sociale. Chi aderisce al codice si impegna, ad esempio, ad astenersi da azioni di marketing che utilizzino l'alcol,

a sospendere la distribuzione di bevande alcoliche un'ora prima della chiusura, ad evitare azioni di promozione della vendita di alcolici (happy hours) e a mettere a disposizione materiale informativo utile alla prevenzione.

Vengono programmati interventi congiunti tra le Unità di strada delle Aziende Usl e degli Enti locali e le Forze dell'ordine, nel rispetto dei diversi mandati istituzionali, nei territori ove il fenomeno della guida in stato di ebbrezza alcolica è particolarmente diffuso (costa romagnola e ferrarese).

Particolare attenzione viene posta alla formazione degli agenti di Polizia municipale, attraverso l'inserimento di un modulo ad hoc nei corsi formativi obbligatori, e di moduli di aggiornamento con i Servizi socio-sanitari a cadenza almeno annuale.

Per garantire maggiore continuità a queste azioni congiunte, l'obiettivo è quello di giungere ad un accordo tra Regione e Prefetture.

### Gli interventi di controllo e repressivi

Si prevede di incrementare il numero di controlli sui guidatori da parte delle Forze dell'ordine, con un importante investimento in termini di acquisto di etilometri.

L'obiettivo è di aumentare il numero di etilometri omologati e di precursori a disposizione della Polizia locale (almeno 2 etilometri omologati, per ogni comando di grandi dimensioni) e della Polizia stradale.

Altro obiettivo è di ridurre le recidive tra le persone fermate per guida in stato di ebbrezza attraverso il supporto dell'attività congiunta Commissioni mediche locali – equipe di alcologia.

Dal 2004 l'attività delle Commissioni mediche locali per le persone segnalate per guida in stato di ebbrezza vede la presenza di uno specialista alcologo del SerT; in caso di necessità viene attivata una consulenza specialistica successiva da parte delle equipe alcologiche, sempre dei SerT. Tale procedura termina con la emissione di un giudizio di idoneità o meno alla guida che prevede una classificazione in tre classi di rischio. A seconda della diagnosi può essere previsto un percorso di trattamento o la frequenza a corsi informativi-educativi, già positivamente attivati a Modena, Bologna e Rimini, che saranno estesi a tutto il territorio regionale.

# L'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali

## L'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi sanitari

Le norme in materia di autorizzazione e accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti sono state definite dalla Regione Emilia-Romagna con la l.r. 34/98 (e successive modifiche) e applicate con delibere ad hoc fin dal 2004. Il criterio di fondo è quello di dare puntuale applicazione alla normativa nazionale che prevede l'implementazione di tali istituti.

L'autorizzazione è finalizzata a garantire il rispetto dei requisiti strutturali e di sicurezza per i pazienti e per gli operatori in qualsiasi struttura sanitaria, pubblica o privata, operante in Emilia-Romagna.

L'accreditamento assicura il rispetto dei requisiti di qualità dell'assistenza nelle strutture sanitarie e dei professionisti che intendono operare per conto del Servizio sanitario regionale.

In particolare sono definiti:

- i requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie e dei professionisti, elaborati a seguito di un lungo percorso di confronto e condivisione tra i professionisti e gli esperti di organizzazione che operano nelle strutture pubbliche e private;
- le procedure per l'autorizzazione e l'accreditamento, individuando modalità, tempi e soggetti cui si applicano le procedure (strutture, programmi, professionisti compresi);
- la necessità di autorizzazione anche per gli studi professionali degli odontoiatri o di altri studi professionali utilizzati per procedure diagnostiche e/o terapeutiche di particolare complessità o che comportino rischi per la sicurezza del paziente.

Il processo di verifica è attivo dal 1° settembre 2004. Sono già state visitate numerose strutture ospedaliere, gli hospice, la psichiatria pubblica, le strutture di degenza (case di cura) e ambulatoriali private. Sono in iter di accreditamento i Dipartimenti di sanità pubblica e i Dipartimenti di cure primarie.

## L'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi socio-sanitari e sociali

La Regione Emilia-Romagna con la delibera 772/2007, in applicazione delle leggi regionali 2/2003 e 20/2005, ha definito i criteri e le linee guida per l'accreditamento dei servizi in ambito socio-sanitario e sociale introducendo garanzie precise sui percorsi, sulla qualità e sulla gestione unitaria dei servizi stessi.

Requisiti e procedure per l'autorizzazione (propedeutica all'accreditamento) erano già stati definiti in precedenza con diverse delibere regionali, ultima nel 2000 (564/2000).

La delibera 772/2007 ha definito regole precise e un percorso per fasi progressive per arrivare all'accreditamento dei servizi; questo percorso è stato previsto per dar modo ai Comuni e ai soggetti gestori/erogatori, sia pubblici che privati dei servizi socio-sanitari e sociali, di adottare gli adeguamenti organizzativi necessari per rispondere ai requisiti richiesti.

L'istituto dell'accreditamento poggia su alcuni capisaldi. Il rapporto tra Pubblico committente e gestore è disciplinato da uno specifico contratto di servizio in luogo del sistema basato sugli appalti. I servizi socio-sanitari dovranno avere una responsabilità gestionale unitaria, pubblica o privata, ma con i medesimi doveri; dovranno prevedere una forte integrazione con i servizi sanitari e percorsi di qualificazione dei lavoratori tali da permettere il superamento graduale delle forme di lavoro precario e dequalificato.

L'elenco dei servizi, citati dalla delibera 772/2007, il cui esercizio è subordinato all'accreditamento (formulato con il supporto di un gruppo di lavoro misto Regione/Enti locali/Aziende sanitarie/produttori pubblici e privati profit e non profit/organizzazioni sindacali e sottoposto al confronto in Cabina di regia regionale per il welfare) è suddiviso in quattro aree assistenziali:

- anziani (casa protetta/Rsa; centro diurno assistenziale; casa di riposo; strutture alternative al domicilio e alle strutture residenziali; assistenza a domicilio),
- adulti con disabilità (Centro socio-riabilitativo residenziale e semiresidenziale; strutture alternative al domicilio e alle strutture residenziali; assistenza a domicilio; laboratorio protetto),
- assistenza psichiatrica (strutture alternative al domicilio e alle strutture residenziali; residenza socio-sanitaria),
- assistenza e accoglienza minori (assistenza a domicilio per minori con disabilità; strutture abitative alternative al domicilio e alle strutture residenziali).

La delibera specifica che la definizione del fabbisogno dei servizi da accreditare è riservata alla programmazione territoriale, attraverso il Comitato di Distretto.

Nel maggio del 2009, con la delibera 514, sono stati definiti i primi servizi da accreditare, che rappresentano il 90% di quelli erogati:

- assistenza domiciliare,
- centri diurni per anziani e per disabili,
- centri residenziali per anziani (Case protette, Rsa),
- centri residenziali socio-riabilitativi per disabili.

Questi servizi interessano circa 40.000 famiglie (36.500 anziani e 3.500 disabili) che possono contare su circa 800 strutture (diurne o residenziali) e circa 300 servizi di assistenza domiciliare, ed un numero di operatori ed occupati non inferiore a 25.000.

Sono tre le forme di accreditamento previste dalla delibera 514/2009: l'accreditamento transitorio (per i servizi già parte del sistema e dotati di alcuni dei requisiti richiesti), l'accreditamento provvisorio (per i nuovi servizi) e l'accreditamento definitivo (per i servizi in possesso di tutti i requisiti previsti).

Il 31 dicembre 2010 terminerà il rilascio degli accreditamenti transitori. A partire dal 1° gennaio 2011 saranno rilasciati gli accreditamenti definitivi. Il sistema sarà a regime entro il dicembre 2013.

## Il modello Hub & Spoke per l'assistenza ospedaliera

Le funzioni di alta specialità, per la bassa frequenza o per la complessità dell'assistenza, sono erogate presso pochi Centri ospedalieri altamente specializzati, a cui gli ospedali del territorio possono inviare gli ammalati quando le condizioni cliniche lo richiedono.

La programmazione dei Centri di alta specialità è fatta a livello regionale. Il modello organizzativo adottato - Hub & Spoke (letteralmente "mozzo e raggio" della ruota) - prevede il collegamento tra gli Hub (i Centri di alta specialità) e gli Spoke (gli ospedali del territorio). L'accesso ai Centri Hub è richiesto dagli specialisti degli ospedali del territorio.

La rete è stata prevista dal 3° Piano sanitario 1999 - 2001, confermata nel Piano sociale e sanitario 2008-2010. Riguarda specifiche discipline.

Queste le reti Hub & Spoke già attive: cardiocirurgia e cardiologia, neuroscienze, trapianti, grandi traumi, grandi ustioni, terapie intensive perinatali e pediatriche, alte specialità riabilitative, sistema 118, sistema trasfusionale e piano sangue, malattie rare (diverse reti per specifiche patologie rare), genetica.

Una nuova rete dedicata alle malattie rare scheletriche è

stata istituita nel 2009. È costituita da un Centro Hub interaziendale a Bologna (condiviso tra Irccs Rizzoli, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Azienda Usl) e da centri Spoke negli ospedali delle Aziende Usl di Piacenza, Forlì, Cesena, Ravenna, Rimini, dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, delle Aziende Ospedaliero-Universitarie di Modena e Ferrara.

Con la delibera di Giunta 608/2009 "Accordo fra la Regione Emilia-Romagna e l'Istituto Ortopedico Rizzoli" sono state individuate ulteriori funzioni Hub relative a ortopedia oncologica, chirurgia vertebrale, ortopedia pediatrica, revisione e sostituzione di protesi e terapia chirurgica delle gravi patologie infettive ossee, chirurgia del piede. Per queste funzioni saranno definite le reti specifiche e le relazioni con gli ospedali di riferimento.

La pianificazione regionale è ora concentrata su oncologia e diagnostica di laboratorio di elevata complessità.

Tutte le reti Hub & Spoke sono consultabili in una sezione dedicata del portale Saluter ([www.saluter.it](http://www.saluter.it)); molte hanno specifici siti internet consultabili in home page al bottone "siti tematici".

### Rete Hub & Spoke per le malattie rare scheletriche



- H:** Centro Hub interaziendale (Azienda Usl, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna)
- S:** Centri Spoke (Aziende Usl di Piacenza, Ravenna, Forlì, Cesena, Rimini; Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, Aziende Ospedaliero-Universitarie di Modena, Ferrara)

# La partecipazione dei professionisti allo sviluppo del Servizio sanitario regionale

In linea con le indicazioni del Piano sociale e sanitario 2008-2010, che individua le reti professionali (network clinici) come uno dei fattori di stimolo alla innovazione dei servizi, il Servizio sanitario regionale ha operato per favorire l'aggregazione di comunità professionali, viste come ambiti che rendono possibile il confronto multidisciplinare e multiprofessionale a partire dai problemi posti dalla quotidiana operatività dei servizi.

Il modello organizzativo Hub & Spoke è una delle forme più strutturate di network clinici, ampiamente sviluppate in diverse discipline.

Altre forme di network clinico meno strutturate, ad esempio le iniziative di ricerca avviate nell'ambito del Programma ricerca ed innovazione (Pri-er), hanno permesso lo sviluppo e il consolidamento di network professionali esplicitamente orientati alla elaborazione e conduzione di iniziative finalizzate al miglioramento della qualità dell'assistenza e alla promozione di innovazioni tecnologiche, cliniche e organizzative nei contesti aziendali.

Lo sviluppo di database clinici - dedicati a specifici interventi/servizi o di patologia - rappresenta un altro significativo ambito di sviluppo della partecipazione dei professionisti. Questi strumenti, la cui importanza nell'integrazione tra assistenza, ricerca e formazione, come testimoniato dalle esperienze maturate negli ultimi anni attorno ai database clinici delle coronarografie e angioplastiche coronariche, degli interventi cardiocirurgici, dell'aritmologia interventistica, degli interventi di protesi ortopedica e dei traumi gravi (consultabili nel sito dell'Agenzia sanitaria e sociale), a volte seguono la formalizzazione di un network, a volte la precedono.

L'esperienza del Registro regionale traumi è rappresentativa

di una dinamica più generale. Il Registro, avviato nel 2006 per la raccolta di informazioni utili a valutare il percorso assistenziale del traumatizzato dall'evento acuto all'esito consolidato, ha lo scopo di monitorare funzionalità ed efficacia dei 3 SIAT (Sistemi integrati di assistenza ai pazienti traumatizzati) dell'Emilia-Romagna, di verificare l'applicazione di protocolli e linee guida, di sviluppare opportunità di ricerca clinica e produrre conoscenze su efficacia clinica, implicazioni organizzative ed economiche e necessità formative della rete assistenziale, e per valutare l'impatto dell'introduzione di nuove tecnologie nella pratica clinica.

Il progressivo coinvolgimento dei professionisti, con gruppi di lavoro multidisciplinari, ha permesso di sviluppare tutti questi ambiti e di valorizzare le risorse professionali come condizione necessaria per mantenere la modalità organizzativa della rete. Il sito web dedicato (*Trauma Link*: <http://asr.regione.emilia-romagna.it/trauma/>) rappresenta un valido mezzo per la diffusione dei risultati del Registro, ma soprattutto, grazie alla banca dati bibliografica e alla discussione di casi clinici, si configura come uno strumento di conoscenza, di condivisione di esperienze e conoscenze, di definizione di proposte di formazione creando così i presupposti per un sistema organico di relazioni con identità comuni, valori professionali, linguaggi e codici condivisi.

Il network clinico, stimolando la collaborazione e al contempo lo sviluppo delle capacità professionali di ciascuno, rappresenta dunque una importante esperienza da allargare a linee di servizio complesse e differenziate. Un esempio in tal senso è il previsto sviluppo della rete Hub & Spoke dell'oncologia che dovrà mettere insieme professionalità e situazioni diagnostiche e assistenziali complesse e diversificate, che vanno dalla diagnosi alla terapia ospedaliera con tecniche sofisticate all'assistenza territoriale e domiciliare.

## La rete “stroke care”, assistenza integrata al paziente colpito da ictus

Con l'approvazione delle “Linee di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con ictus, Programma stroke care”, la Regione ha fornito alle Aziende sanitarie le indicazioni per l'attivazione della “rete stroke” provinciale, capace di garantire alla persona con ictus un percorso assistenziale integrato sia nella fase acuta che nella fase post-acuta e degli esiti. L'obiettivo è ridurre la mortalità e la disabilità dopo l'evento acuto.

Gli aspetti organizzativi salienti del modello “stroke care” sono: il riconoscimento precoce dei sintomi dell'ictus, anche attraverso la formazione specifica dei medici di famiglia e di continuità assistenziale, degli operatori del 118 e del Pronto soccorso; l'approccio clinico multidisciplinare da parte degli specialisti coinvolti; l'individuazione di un'area dedicata per l'assistenza in ospedale, con una precoce presa in carico riabilitativa (entro 48 ore) e una garanzia di continuità assistenziale; la definizione di un progetto riabilitativo individuale che preveda la presa in carico globale attraverso l'integrazione e il coordinamento tra ospedale e territorio e tra servizi sanitari e servizi sociali.

Sono stati inoltre individuati dalla Regione i Centri autorizzati all'utilizzo del farmaco Actilyse nel trattamento fibrinolitico dell'ictus ischemico acuto; a questo elenco si è aggiunta nel 2009 l'unità operativa di Pronto soccorso e medicina d'urgenza dell'Azienda Usl di Imola.

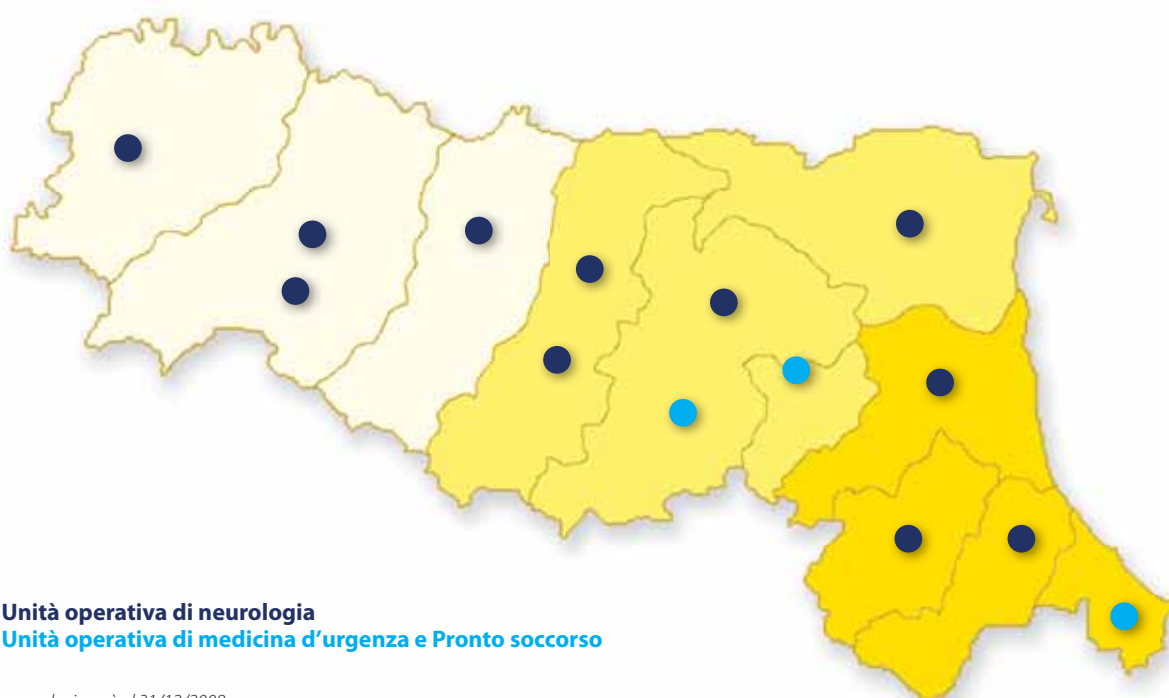
Questo l'elenco delle Aziende sanitarie in cui sono state autorizzate le Unità operative di neurologia: Azienda Usl di Piacenza (Ospedale Guglielmo da Saliceto), Azienda Usl di Parma (Ospedale di Fidenza), Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (Ospedale Maggiore), Azienda Ospedaliera

di Reggio Emilia (Arcispedale S.Maria Nuova), Azienda Usl di Modena (Ospedale di Baggiovara e Ospedale di Carpi), Azienda Usl di Bologna (Ospedale Maggiore), Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara (Arcispedale S.Anna), Azienda Usl di Forlì (Ospedale Morgagni-Pierantoni), Azienda Usl di Cesena (Ospedale Bufalini), Azienda Usl di Ravenna (Ospedale S.Maria delle Croci).

Le Aziende sanitarie in cui sono state autorizzate le Unità operative di medicina d'urgenza e pronto soccorso sono: Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna (Policlinico S.Orsola-Malpighi), Azienda Usl di Imola (Ospedale S.Maria della Scaletta), Azienda Usl di Rimini (Ospedale degli infermi).

Con la delibera 602/2009, sono stati ulteriormente definiti gli obiettivi per le Aziende sanitarie relativi al Programma stroke care: aderire al processo di miglioramento del percorso di diagnosi e cura delle persone con ictus e al processo di valutazione della qualità dei servizi, nel biennio 2009-2010, attraverso la partecipazione al “Progetto stroke care: un programma nazionale di audit clinico-organizzativo” finanziato dal Ministero della salute. La Regione Emilia-Romagna coordina infatti il programma strategico “Nuove conoscenze e problematiche assistenziali nell'ictus cerebrale” nell'ambito del programma ricerca sanitaria del Ministero della salute che ha l'obiettivo di creare un network interregionale sulla ricerca clinica e organizzativa nell'assistenza allo stroke, per promuovere il trasferimento nella pratica clinica di conoscenze riguardanti diagnosi, prognosi, terapia e riabilitazione dallo stroke. Sito internet: [www.saluter.it/stroke/](http://www.saluter.it/stroke/)

### Centri autorizzati alla somministrazione del farmaco “Actilyse” nel trattamento fibrinolitico dell'ictus ischemico acuto



La popolazione è al 31/12/2008

## Le terapie intensive aperte

In Emilia-Romagna è in corso di sperimentazione un modello organizzativo che cambia il volto delle terapie intensive. Elaborato con uno specifico progetto nell'ambito del Pri-er, prevede una organizzazione, già applicata in diversi Paesi (Svezia e Inghilterra, Francia, Stati Uniti), che consente un orario più ampio per le visite dei familiari (anche senza indumenti di protezione), più opportunità di relazione tra professionisti sanitari coinvolti, e tra questi e i familiari delle persone ricoverate.

La sperimentazione sta coinvolgendo 10 terapie intensive; l'obiettivo è di estendere il modello a tutto il Servizio sanitario regionale.

Il progetto ha preso l'avvio nel 2006 con la costituzione di un gruppo di lavoro "Umanizzazione delle cure in terapia intensiva", composto da professionisti appartenenti ad ambiti culturali differenti.

L'interesse per questo modello assistenziale è motivato dal fatto che offre l'opportunità di avvicinarsi da subito ad aspetti sia di carattere operativo, legati alle modalità di organizzazione del lavoro in reparto, sia inerenti al tema della comunicazione tra i professionisti di area critica, familiari e pazienti.

Per "terapie intensive aperte" si intendono strutture in cui sono eliminate tutte le barriere fisiche, temporali e relazionali non effettivamente utili alla cura del malato e in cui viene promosso un trattamento personalizzato che tiene conto delle varie dimensioni (fisica, psicologica e relazionale) di ogni individuo.

Tale modello assistenziale si contrappone a quello più tradizionale ed ancora largamente dominante nel nostro Paese di "terapia intensiva chiusa", in cui l'accesso dei visitatori è fortemente limitato in termini di orario e numero di persone che possono accedere, è imposto l'uso di dispositivi di protezione e le relazioni tra professionisti

sanitari e assistiti sono spesso frammentarie e fortemente circoscritte.

Il modello tradizionale "chiuso" poggia sul timore di interferenze dei familiari con il processo di cura e sull'idea che un accesso facilitato porti ad un aumento del rischio di infezioni e di stress a familiari e professionisti. Le evidenze disponibili, tuttavia, non solo dicono che questi timori sono infondati, ma addirittura che la separazione dai propri cari aumenta le sofferenze di paziente e famiglia.

Dalle indagini effettuate dal gruppo di lavoro all'inizio del suo percorso, era emerso un quadro caratterizzato, per la maggior parte delle strutture intensive, da una relativamente scarsa accessibilità alle visite, dalla imposizione ai familiari di un abbigliamento ad hoc per l'accesso e, infine, da un diffuso timore nel personale sanitario nei confronti di una maggiore apertura e accessibilità del reparto, pur nella consapevolezza della necessità di innovare l'assetto organizzativo.

Le indagini condotte nel corso del 2009, in piena sperimentazione, documentano come oggi non solo nelle 10 terapie intensive "aperte", ma anche nella gran parte delle altre terapie intensive del Servizio sanitario regionale si stia diffondendo una maggiore apertura sia in termini di orari che di rinuncia alla richiesta di vestizioni particolari, insieme ad una maggiore disponibilità, in generale, a considerare positivamente il modello proposto.

Nell'ambito della sperimentazione, nei prossimi mesi si prevede l'avvio di un percorso di formazione alla comunicazione e di incontri periodici di Unità operativa con la partecipazione di psicologi, al fine di supportare la gestione del carico emotivo e della relazione con ammalati e familiari. Il percorso prevede di affrontare anche il tema delle scelte di fine vita, aspetto evidentemente non secondario in una ottica di complessiva umanizzazione delle cure.

## L'organizzazione del Pronto soccorso

La Giunta regionale, con la delibera 1035 del 20 luglio 2009 è nuovamente intervenuta sul tema dell'opportuno ricorso ai servizi di pronto soccorso, a partire dalle indicazioni del Piano sociale e sanitario 2008-2010, dall'analisi dell'accesso a tali servizi e dal monitoraggio dell'applicazione delle indicazioni fornite con le delibere 602/2008, 24/2005, 264/2003.

La delibera 1035/2009 fornisce indicazioni alle Aziende sanitarie per l'individuazione di soluzioni organizzative necessarie a facilitare i percorsi più appropriati per le prestazioni urgenti e urgenti differibili, anche attraverso l'identificazione e l'utilizzo di ambulatori dedicati. Ridefinisce inoltre il sistema di compartecipazione alla spesa delle prestazioni erogate in pronto soccorso, identificando le seguenti condizioni di esenzione, fatta salva la compartecipazione per i codici bianchi in uscita:

- prestazioni erogate in Osservazione breve intensiva (OBI), situazioni cliniche che necessitano di un iter diagnostico-terapeutico di norma non inferiore alle 6 ore e non superiore alle 24 ore;
- prestazioni seguite da ricovero;
- prime prestazioni riferite a trauma con accesso al pronto soccorso entro 24 ore dall'evento;
- prestazioni riferite a trauma con accesso al pronto soccorso oltre 24 ore nei casi in cui si dia contestualmente corso a intervento terapeutico;
- prestazioni riferite ad avvelenamenti acuti;
- prestazioni erogate a minori di 14 anni;
- prestazioni riferite a infortuni sul lavoro;
- prestazioni richieste da medici e pediatri di famiglia, dai medici di continuità assistenziale o di altro pronto soccorso;
- prestazioni erogate a persone esenti per patologia e/o reddito (ai sensi della normativa vigente);

- prestazioni erogate a stranieri temporaneamente presenti (tesserino STP).

Le precedenti delibere (602/2008, 25/2005, 264/2003) avevano dato indicazioni per migliorare l'appropriatezza di uso dei servizi di pronto soccorso attraverso la individuazione di percorsi alternativi sia in ambito territoriale che ospedaliero.

In ambito territoriale erano state date indicazioni per: apertura di ambulatori di continuità assistenziale, partecipazione dei Nuclei di cure primarie con ampliamento degli orari di apertura degli ambulatori dei medici di famiglia, attività specialistica ambulatoriale richiesta urgentemente dal medico o dal pediatra di famiglia.

In ambito ospedaliero erano state date indicazioni riguardo a: utilizzo del triage infermieristico (con personale appositamente formato); definizione dei criteri per l'attivazione dell'OBI; individuazione di percorsi ambulatoriali complessi; individuazione dei "codici bianchi" in uscita (classificati da personale medico) quali prestazioni non urgenti e quindi soggette a ticket.

Sia in ambito territoriale che in ambito ospedaliero sono state date indicazioni riguardo alle procedure di comunicazione messe a punto con la rete Sole (Sanità on line) allo scopo di riportare sempre l'episodio assistenziale all'interno della gestione clinica del paziente da parte del medico curante.

Nel 2008 gli accessi al pronto soccorso sono stati 1.832.659 (1.779.501, nel 2007, 1.774.416 nel 2006). I ricoveri hanno riguardato il 13,9% degli accessi (il 14,4% nel 2007 e nel 2006). Gli accessi in OBI non seguiti da ricovero sono stati 65.647 (oltre 56mila nel 2007, oltre 50mila nel 2006).

### Attività di Pronto soccorso per Azienda sanitaria - Anni 2006-2007-2008

Azienda sanitaria	Anno 2006		Anno 2007		Anno 2008	
	Accessi	% Ricovero	Accessi	% Ricovero	Accessi	% Ricovero
Azienda Usl di Piacenza	111.512	13,9	111.569	13,9	114.323	13,7
Azienda Usl di Parma	36.712	13,8	38.260	15,3	38.846	15,1
Azienda Usl di Reggio Emilia	91.390	10,6	90.947	11,1	94.595	10,6
Azienda Usl di Modena	195.424	13,3	193.996	13,8	202.699	13,3
Azienda Usl di Bologna	219.226	16,0	228.081	14,5	237.708	14,0
Azienda Usl di Imola	64.790	12,5	61.055	14,5	61.693	15,0
Azienda Usl di Ferrara	88.907	13,6	91.786	13,2	92.864	13,2
Azienda Usl di Ravenna	175.509	13,5	175.745	13,2	182.599	12,8
Azienda Usl di Forlì	57.910	13,1	57.937	12,8	61.196	12,3
Azienda Usl di Cesena	80.478	15,8	79.364	15,2	80.966	14,5
Azienda Usl di Rimini	122.003	12,8	118.389	13,4	124.655	11,7
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	79.723	19,3	79.129	19,8	81.699	19,3
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia	90.189	13,8	90.006	13,6	90.634	13,4
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	106.116	12,5	106.466	13,5	111.048	12,9
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna	135.958	19,0	137.217	17,9	138.205	17,9
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara	73.759	21,7	74.052	20,9	72.795	19,0
IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna	44.810	5,4	45.502	5,3	46.134	5,2
<b>Totale regione</b>	<b>1.774.416</b>	<b>14,4</b>	<b>1.779.501</b>	<b>14,4</b>	<b>1.832.659</b>	<b>13,9</b>

## Accordo tra Regione e ospedalità privata

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

La sottoscrizione dell'accordo 2007-2009 è stata l'occasione per fare una ricognizione, con il coinvolgimento delle Aziende Usl, dei fabbisogni di assistenza ospedaliera integrando nel budget regionale le risorse locali aggiuntive, storicamente utilizzate dalle singole Aziende Usl.

L'accordo, nella sua parte generale, regola i rapporti per quanto riguarda l'accesso alle prestazioni, i controlli dei pagamenti ed altri aspetti di carattere generale, mentre tratta separatamente la definizione dei budget e delle prestazioni di alta specialità, vale a dire cardiocirurgia e neurochirurgia, di psichiatria e delle restanti attività di ricovero, cosiddette di non alta specialità.

In particolare l'accordo di alta specialità, riferito alle prestazioni di cardiocirurgia e neurochirurgia, è in corso di discussione con le quattro strutture interessate e l'AIOP. Pertanto, fino alla sottoscrizione, resta valido quanto indicato, dal punto di vista economico e dei contenuti prestazionali, nell'accordo precedente.

Sono invece definiti i budget, sia di ambito provinciale che un budget complessivo regionale, per le prestazioni erogate a cittadini residenti in ambiti provinciali diversi rispetto a quello su cui insiste la struttura per il settore di non alta specialità e un budget regionale per l'ambito psichiatrico.

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

L'accordo triennale 2007-2009, come i precedenti, ha il carattere di accordo quadro, rispetto al quale i contratti locali fra Aziende Usl e strutture private possono definire in modo più specifico volumi e tipologie di servizio.

Sono previsti alcuni cambiamenti significativi rispetto agli accordi precedenti. Infatti, per la definizione dei budget provinciali viene superato il concetto puramente storico.

A dieci anni dall'inizio del sistema degli accordi regionali, è stato fatto lo sforzo di ridefinizione dei fabbisogni locali, attraverso il coinvolgimento diretto delle Aziende Usl, andando pertanto a determinare una base più realistica ed attinente al reale livello di utilizzo e di integrazione delle strutture private per la definizione dei budget.

Viene pertanto eliminato il sistema di annullamento della penalità a fronte del raggiungimento di obiettivi definiti, finanziato attraverso uno specifico fondo regionale, ma, avendo verificato negli anni l'effettivo utilizzo del fondo, questo viene integrato nel budget.

Vengono comunque mantenuti, con un aggiornamento, gli obiettivi di qualità (con particolare riferimento al contributo del privato alla riduzione dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici e al bisogno di ricoveri da pronto soccorso e di lunga degenza dopo dimissioni da reparti per acuti degli ospedali pubblici) che andranno ad incidere sulle valutazioni delle penalità in sede di Commissione paritetica, l'organismo che valuta l'applicazione delle penalità e pertanto certifica il fatturato netto finale delle strutture.

Nell'accordo è già previsto l'ammontare economico per tutti e tre gli anni di validità. Esso sancisce un ulteriore passo avanti verso una maggiore integrazione delle strutture private nella rete dell'offerta del Servizio sanitario regionale, prevedendo anche un sistematico sviluppo dei percorsi di collegamento con i servizi delle Aziende Usl per l'implementazione delle dimissioni protette anche dalle strutture private.

Con l'accordo 2007-2009, l'area psichiatrica privata è pienamente integrata nel sistema pubblico. Sono stati ridefiniti i posti letto ospedalieri intensivi e ordinari e di residenza specialistica, a trattamento intensivo, a trattamento prolungato e, per garantire meglio l'integrazione con il pubblico ai fini della continuità delle cure, sono previsti momenti di coordinamento delle stesse strutture private con i Dipartimenti di salute mentale delle Aziende Usl.

Il privato, con questo accordo, si impegna inoltre a concorrere al rispetto degli accordi che l'Emilia-Romagna sigla con altre Regioni sulla mobilità per governare un fenomeno che è oggetto di grande attenzione a livello nazionale.



# L'organizzazione del Distretto

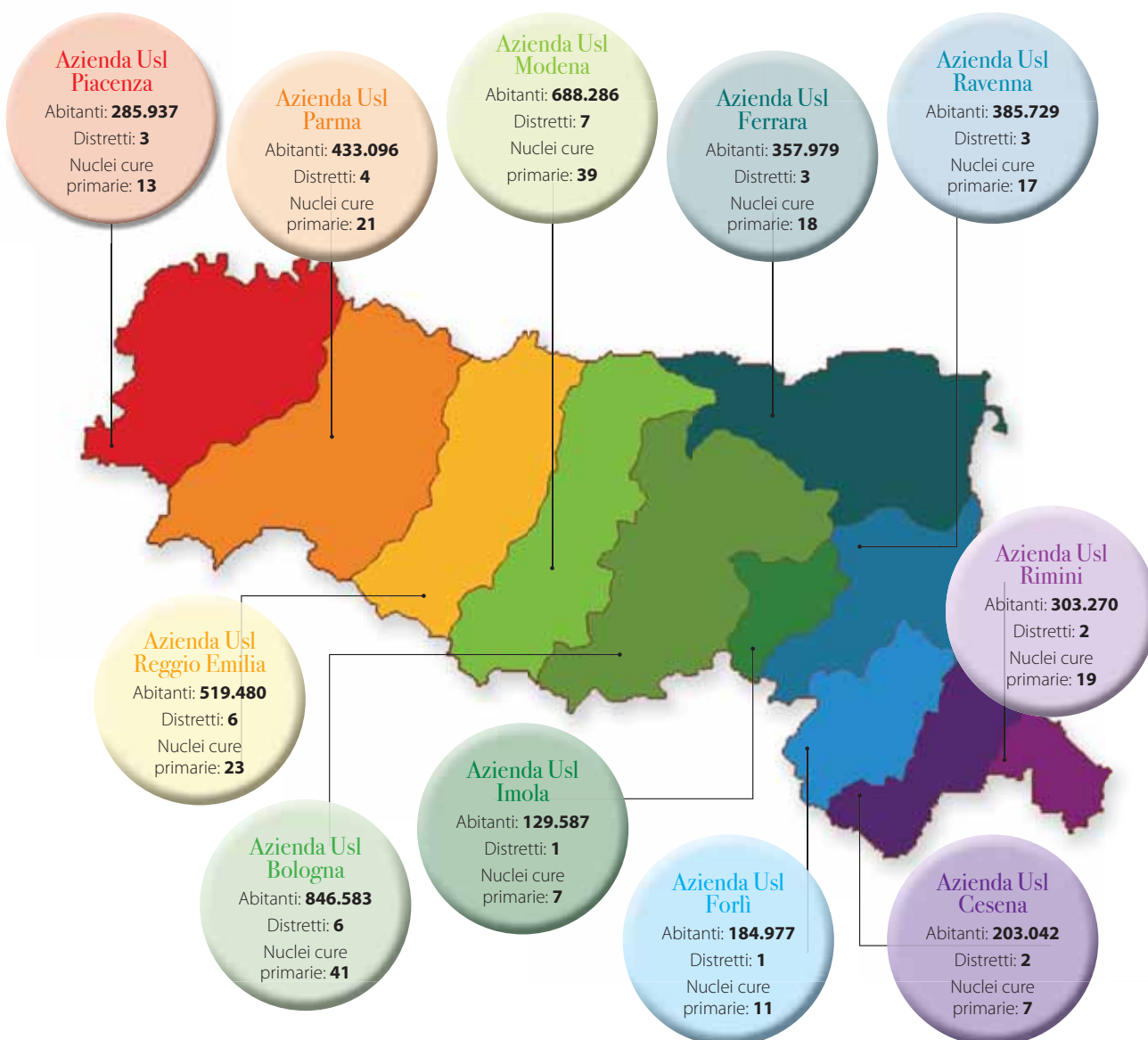
Il Distretto ha il ruolo di garante dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. È questo l'ambito in cui si rilevano i bisogni, si programmano i servizi, si eroga assistenza sanitaria e socio-sanitaria, si valutano i risultati. Il direttore di Distretto, in base ai bisogni e secondo modalità assistenziali che favoriscono presa in carico dell'assistito, personalizzazione dei servizi e integrazione tra i professionisti, commissiona i servizi ai diversi Dipartimenti del Servizio sanitario regionale: non solo a quelli territoriali (Dipartimento cure primarie con i Nuclei di cure primarie,

Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche, Dipartimento sanità pubblica) ma anche a quelli ospedalieri, facilitando il passaggio della persona assistita tra i diversi livelli assistenziali.

La programmazione sociale, sanitaria, socio-sanitaria e del Fondo per la non autosufficienza è in capo al Comitato di Distretto (che riunisce i sindaci dei Comuni afferenti), di concerto con il direttore di Distretto.

Al 31 dicembre 2008, i Distretti sono 38, i Nuclei di cure primarie 216.

## Distretti, Nuclei di cure primarie, popolazione di riferimento\* Anno 2008: Distretti 38, Nuclei di cure primarie 216



\*La popolazione è al 31/12/2008

## Accordo con i medici di medicina generale

Il percorso di riorganizzazione della medicina generale ha avuto un forte impulso con la sottoscrizione dell'Accordo integrativo regionale del 2006. Tutti i medici di famiglia sono organizzati nei Nuclei di cure primarie (strutture organizzative di facile accessibilità per i cittadini che, a seconda della realtà provinciale, possono condividere strutture ambulatoriali, risorse infermieristiche e risorse specialistiche).

Tale organizzazione, salvaguardando il ruolo fiduciario del medico di famiglia con il proprio assistito che rimane fondamentale e privilegiato, permette un confronto tra gli operatori del territorio nell'interesse dei cittadini - che possono trovare, in una sola struttura e vicino alla propria abitazione, una risposta completa - e dei professionisti del territorio che, grazie al confronto quotidiano, possono migliorare la qualità del loro intervento assistenziale.

Il 2008 è stato l'anno dell'analisi delle criticità ancora presenti nella struttura di offerta della medicina generale e della messa a regime dei contenuti dell'Accordo del 2006. In particolare si è progressivamente sviluppata l'estensione degli orari di apertura degli ambulatori (in modo coordinato tra i medici di famiglia di uno specifico Nucleo, anche attraverso lo sviluppo "della medicina di gruppo", e di quella in rete). Ciò sta significando un aumento dell'accessibilità alle cure del medico di famiglia, anche per problemi urgenti che non richiedono il ricorso al pronto soccorso ("i codici bianchi"), e dei percorsi di presa in carico delle persone con patologie croniche.

Il percorso intrapreso ha l'obiettivo di integrare a pieno titolo i medici di famiglia nella vita dell'Azienda sanitaria ed in particolare nei Nuclei di cure primarie, le unità organizzative fondamentali su cui si basa l'assistenza primaria, e il raccordo con gli altri servizi

di assistenza primaria erogati nel Distretto.

L'obiettivo per il 2009 è di portare a compimento la ristrutturazione organizzativo-tecnologica della medicina generale e di diffondere ulteriormente esperienze innovative di presa in carico di pazienti affetti dalle più importanti patologie croniche (diabete, scompenso cardiaco, bronchite cronica, insufficienza renale,...), già presenti a diversi gradi di sviluppo nelle Aziende Usl.

Sul fronte tecnologico, dal 2008 al 2009, si è realizzata una importante estensione della rete Sole (Sanità on line), vale a dire la messa in rete telematica dei medici di famiglia sia con gli altri medici del Servizio sanitario per lo scambio di informazioni sull'assistito, nel rispetto della privacy, sia con le Aziende sanitarie per l'invio delle refertazioni e per la richiesta di prestazioni. L'ampliamento della adesione alla rete Sole è stata favorita anche dalla sottoscrizione dell'Accordo regionale con i pediatri di libera scelta.

A conforto della validità del modello organizzativo dell'Emilia-Romagna, sta il fatto che il nuovo Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici convenzionati (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali), sottoscritto nel dicembre del 2008, indica una organizzazione territoriale simile, con precise indicazioni per l'erogazione delle cure primarie in forma integrata in strutture territoriali identificate (chiamate Unità complesse di cure primarie).

A livello regionale, il 2009 sarà anche l'anno dell'avvio delle consultazioni per il nuovo Accordo integrativo regionale, secondo i contenuti dell'accordo nazionale siglato nel dicembre 2008.

### Medici di medicina generale (mmg) e popolazione assistita per Nucleo di cure primarie (Ncp) al 31.12.2008

Azienda Usl	Media mmg per Ncp	Numero minimo e massimo mmg per Ncp	Media popolazione assistita per Ncp	Popolazione assistita minima e massima per Ncp
Azienda Usl di Piacenza	15	12-22	18.120	12.458-26.759
Azienda Usl di Parma	14	6-23	17.972	6.533-29.885
Azienda Usl di Reggio Emilia	15	4-28	16.720	3.862-30.855
Azienda Usl di Modena	14	4-28	15.725	4.087-32.332
Azienda Usl di Bologna	15	8-28	20.524	10.005-36.224
Azienda Usl di Imola	13	6-21	15.978	7.277-24.699
Azienda Usl di Ferrara	16	11-30	18.073	9.836-34.748
Azienda Usl di Ravenna	17	9-25	19.611	11.429-27.393
Azienda Usl di Forlì	14	5-24	14.251	5.449-22.469
Azienda Usl di Cesena	21	15-31	25.017	15.706-34.614
Azienda Usl di Rimini	12	5-17	13.754	7.311-20.285
<b>Media regionale</b>	<b>15</b>	<b>4-31</b>	<b>17.674</b>	<b>3.862-36.224</b>

## Accordo con i pediatri di libera scelta

Il 2008 è stato un anno importante per la pediatria di famiglia. Il 17 dicembre è stato infatti sottoscritto l'Accordo integrativo regionale per la pediatria di libera scelta, dopo una negoziazione durata più di due anni.

Gli obiettivi condivisi con le Organizzazioni sindacali rappresentanti i pediatri di famiglia favoriscono il potenziamento dell'accessibilità alle cure, la continuità assistenziale, una maggiore integrazione tra pediatri di libera scelta e gli altri professionisti del territorio, dell'ospedale, delle strutture di assistenza sociale per migliorare la presa in carico e favorire la buona crescita dei bambini accentuando, accanto alle attività cliniche di diagnosi e cura, gli interventi preventivi per rimuovere le cause che possono portare a condizioni di salute non desiderabili.

L'accordo definisce precisi obiettivi assistenziali, di sviluppo organizzativo e di continuità dell'assistenza.

Rispetto agli obiettivi assistenziali, ogni pediatra partecipa al "Progetto regionale salute infanzia" assicurando la redazione del "libretto di salute" (un diario clinico del bambino/a assistito che si configura quale strumento di comunicazione tra pediatra, genitori e altri professionisti), la redazione di 7 "bilanci di salute", rilevazioni periodiche dello stato di salute del bambino/a con valutazione di diversi aspetti, tra i quali valutazioni per la diagnosi precoce dell'autismo, per la prevenzione dell'obesità, per la prevenzione dell'HPV, e la rilevazione dei casi di bimbi con patologie croniche, rare o a rischio sociale.

I pediatri di famiglia si rendono disponibili, in collaborazione con le strutture aziendali, all'individuazione di obiettivi di salute, alla definizione di percorsi diagnostici terapeutici, alla realizzazione di progetti e protocolli di comunicazione con i professionisti territoriali e ospedalieri per condividere informazioni cliniche rilevanti ai fini della cura e della continuità assistenziale, ai programmi per il collegamento in rete telematica con i servizi aziendali per lo scambio di informazioni relative, ad esempio, a prescrizioni, referti, cartelle cliniche (Rete Sole) in modo da semplificare i percorsi burocratici a carico dei cittadini.

Sul piano organizzativo, i pediatri di libera scelta, come i medici di medicina generale, partecipano ai Nuclei di

cure primarie delle Aziende Usl, articolazioni organizzative dei Dipartimenti di cure primarie deputate all'erogazione dell'assistenza primaria e a garantire il collegamento con gli altri servizi per ogni necessità assistenziale. Questo modello organizzativo permette una maggiore integrazione con l'insieme dei servizi e dei professionisti dell'Azienda sanitaria con significative e positive ricadute sull'assistenza. L'adesione al Nucleo da parte dei pediatri di libera scelta sarà a regime entro il 31 dicembre 2009.

Per la continuità dell'assistenza, ogni pediatra di libera scelta è impegnato (se definito a livello della singola Azienda Usl) a garantire ai genitori la possibilità di contatti telefonici diretti per consulenze sui problemi di salute dei bambini almeno per due ore al giorno in aggiunta al normale orario di ambulatorio.

Ogni pediatra di libera scelta partecipa inoltre ai progetti sperimentali aziendali finalizzati ad assicurare continuità assistenziale diurna nelle giornate festive e prefestive. Una sperimentazione in tal senso è attualmente in atto all'Azienda Usl di Bologna.

Per le forme associative tra pediatri di libera scelta che dispongono di collegamento in rete degli studi con software compatibili, con accordi aziendali potranno essere definiti il fabbisogno e le modalità di estensione coordinata delle fasce orarie di apertura giornaliera degli ambulatori al fine di migliorare le possibilità di accesso ai servizi e sviluppare adeguate forme di continuità dell'assistenza pediatrica.

L'accordo prevede poi, a livello aziendale, l'indicazione delle condizioni di opportunità della visita domiciliare. Tali indicazioni devono essere riportate nella Carta dei servizi che ogni pediatra dovrà predisporre e mettere a disposizione dei propri assistiti nell'ambulatorio.

Infine, l'accordo fornisce obiettivi prioritari di intervento che dovranno essere contenuti negli accordi aziendali. Tra questi, programmi di assistenza integrata ai bambini con malattie croniche o in situazioni di disagio psicologico e sociale, programmi per l'adozione di corretti stili di vita, campagne di vaccinazioni (compresa quella contro l'HPV), programmi di prevenzione e diagnosi tempestiva di carie e malocclusioni, programmi per la prevenzione e la cura dell'obesità, programmi per un uso appropriato di antibiotici.

# L'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari

Nel 2008 si è completato, dal punto di vista normativo, il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie, delle attrezzature in materia di sanità penitenziaria. Iter iniziato con il dlgs. 230/199 e concluso con il DPCM del 1° aprile 2008, che ha anche previsto il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG).

L'attenzione da sempre dedicata dalla Regione, dagli Enti locali, dal volontariato, dal privato sociale alla istituzione carceraria, già in precedenza aveva portato a protocolli di collaborazione con il Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria, ponendo così le basi per realizzare il trasferimento della sanità penitenziaria al Servizio sanitario regionale.

In Emilia-Romagna sono 12 gli istituti penitenziari: 3 con meno di 200 detenuti (Rimini, Ravenna e Forlì), 3 di medie dimensioni (Ferrara, Reggio Emilia e Piacenza), 3 di grandi dimensioni (Bologna, Modena e Parma, quest'ultimo ospita un centro clinico), 1 Casa di lavoro (Saliceta San Giuliano), 1 Casa di reclusione a custodia attenuata (Castelfranco Emilia), 1 istituto per i minorenni (con 20 minori al 31/12/2008). È presente anche un OPG con sede a Reggio Emilia.

La popolazione carceraria è passata da 3.327 detenuti del 31/12/2000 ai 4.074 del 31/12/2008 (+22%). Gli indici di sovraffollamento mostrano i valori più alti a livello nazionale, soprattutto per gli istituti di Bologna, per l'OPG di Reggio Emilia, e per gli istituti di Ravenna e Piacenza. Tale situazione non agevola il trasferimento delle funzioni sanitarie rendendo spesso di difficile attuazione gli standard assistenziali previsti dal Servizio sanitario regionale.

## Il modello organizzativo per la salute delle persone detenute

La Regione Emilia-Romagna, con delibera 314/2009, ha fornito alle Aziende Usl, titolari dell'assistenza alle persone detenute, indicazioni sull'organizzazione assistenziale: la continuità terapeutica costituisce il principio fondante per l'efficacia degli interventi di cura e deve essere dunque garantita sia al momento dell'ingresso in istituto che al momento della scarcerazione.

All'interno di ogni istituto viene individuato dalla direzione dell'Azienda Usl un "medico referente per la salute nell'istituto penitenziario", che ha il compito di coordinare le attività dei tre Dipartimenti territoriali all'interno del carcere: è il responsabile clinico ed è tenuto a rapportarsi con la direzione dell'Istituto per tutto ciò che attiene alla dimensione della sicurezza.

Le Aziende Usl esercitano le funzioni di programmazione, allocazione delle risorse e verifica delle attività assistenziali attraverso un responsabile del programma aziendale per la salute negli istituti penitenziari, che opera in staff alla direzione sanitaria.

Il Programma regionale per la salute negli istituti penitenziari, di durata triennale, deve formulare una proposta di riparto delle risorse alle Aziende Usl, definire le linee di sviluppo organizzativo, gli standard clinico assistenziali, le

modalità di collaborazione con il Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria e con il Centro di Giustizia minorile, le attività di formazione, ricerca e innovazione. L'approvazione del primo programma è prevista entro il 30 settembre 2009.

Il passaggio della medicina penitenziaria ha avuto importanti ricadute sull'organizzazione delle Aziende Usl sia in termini di risorse umane che finanziarie. Con la delibera 1063/2008 e le determinazioni del direttore generale sanità e politiche sociali 10407 del 5/9/2008 e 10409 del 5/9/2008, la Regione ha disposto, tra l'altro, l'adeguamento delle dotazioni organiche delle Aziende sanitarie in relazione al numero del personale trasferito dal Ministero e ha individuato i destinatari del trasferimento. Complessivamente sono state trasferite dalle dipendenze del Ministero della Giustizia al Servizio sanitario regionale 249 persone, di cui quasi il 50% personale medico, il 43% personale infermieristico.

## Il superamento dell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Reggio Emilia

Attualmente sono circa 300 gli internati nell'OPG di Reggio Emilia (47 emiliano-romagnoli) a fronte di 131 celle dimensionate per essere singole. La struttura è nata come carcere. Un solo reparto, Antares, con un progetto finanziato fin dal 2004 dalla Regione, ha celle aperte e presenza di personale sanitario e non di custodia. Le celle, negli altri 4 reparti, sono chiuse di giorno e di notte e i pazienti possono fruire solo di una modesta attività riabilitativa. Questa situazione condiziona pesantemente le potenzialità terapeutiche, la progettualità riabilitativa e gli esiti di cura.

All'OPG lavorano operatori sanitari, amministrativi e di polizia penitenziaria. In considerazione della delicatezza del compito e delle potenzialità di salute e sicurezza sociale che una assistenza sanitaria qualificata può garantire in questo contesto, l'Azienda Usl di Reggio Emilia e la Regione hanno predisposto un programma speciale per l'OPG posto in capo al Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche dell'Azienda Usl. Per dare stabilità e qualità alla assistenza è stato approvato un piano di assunzioni di oltre 70 unità di personale (medico, psicologico, infermieristico, educativo, riabilitativo), in luogo degli oltre 100 contratti di lavoro libero-professionali precedentemente stipulati dalla Amministrazione penitenziaria.

Il piano di assunzioni e il trasferimento del personale dal Ministero all'Azienda Usl si è completato nel 2008. In totale operano all'OPG: 8 medici, 4 psicologi, 33 infermieri, 22 operatori socio-sanitari, 6 terapisti della riabilitazione psichiatrica (tutti dipendenti dell'Ausl di Reggio Emilia), oltre a 81 agenti di polizia penitenziaria.

Il lavoro di riorganizzazione e qualificazione dell'assistenza procede per fasi attraverso azioni di agevolazione delle dimissioni, di regionalizzazione dell'utilizzo degli OPG e di regionalizzazione della offerta di strutture alternative. Ognuna di queste fasi richiede un forte coordinamento tra i Ministeri interessati e le Regioni, coordinamento che dovrà essere garantito dal Comitato permanente sugli OPG, istituito nel febbraio del 2009 presso la Presidenza del Consiglio.

## L'Osservatorio regionale per l'innovazione

L'Osservatorio regionale per l'innovazione, organizzato dall'Agenzia sanitaria e sociale dell'Emilia-Romagna, è stato istituito nel 2007 con le seguenti finalità:

- sostenere e orientare i processi di adozione di nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche nei contesti assistenziali;
- identificare precocemente, attraverso le opportune collaborazioni con l'industria e con i network internazionali delle agenzie di technology assessment, tecnologie emergenti di rilevanza per il Servizio sanitario regionale al fine di consentire una valutazione delle loro possibili implicazioni e la definizione di programmi di adozione che ne consentano la verifica di impatto;
- censire e documentare rilevanti innovazioni clinico-organizzative introdotte nei servizi, al fine di favorirne la conoscenza, la condivisione e la eventuale diffusione.

Se da un lato, infatti, la necessità di acquisire tecnologie diagnostico-terapeutiche innovative o di rivedere gli assetti organizzativi per rispondere in modo più adeguato all'evolvere dei complessi bisogni assistenziali costituisce un positivo elemento di dinamicità del sistema, dall'altro è parimenti necessario identificare tempestivamente le vere e proprie innovazioni, armonizzare la loro introduzione nel Servizio sanitario con una dislocazione funzionale a garantirne l'accessibilità su tutto il territorio regionale.

Il fine è di evitare ridondanze nei servizi e garantire la sostenibilità economica.

L'attività dell'Osservatorio, avviata nel 2008, si sta sviluppando su diversi ambiti.

L'ambito dei piani di adozione delle tecnologie innovative ha visto coinvolti diversi network professionali che hanno collaborato con l'Osservatorio nel valutare e definire le potenzialità delle tecnologie che vengono proposte, al fine di stabilirne eventuali indicazioni di uso o di sperimentazione. Tra le tecnologie valutate fino ad oggi ci sono il robot da Vinci, la Tomoterapia, il sistema di navigazione magnetica NIOBE e il Fibroscan.

A sostegno dei programmi di realizzazione delle innovazioni clinico-organizzative il network dei referenti aziendali per l'Osservatorio e per la ricerca e innovazione ha organizzato un ciclo di laboratori per lo studio e la condivisione di metodologie di realizzazione, valutazione e condivisione delle esperienze.

L'Osservatorio è promotore di gruppi metodologici per lo sviluppo e la sperimentazione di strumenti che facilitino l'individuazione di quesiti di ricerca prioritari e rilevanti per i servizi, di metodi per la valutazione economica e per la valutazione dell'impatto organizzativo delle innovazioni.

L'Osservatorio infatti si configura come un network che include competenze delle Aziende sanitarie, a partire dai loro Collegi di direzione, ai quali competono le funzioni propositive e di verifica per lo sviluppo strategico nel campo della ricerca, dell'innovazione e della formazione.

Sito internet: <http://asr.regione.emilia-romagna.it/>

## L'Anagrafe regionale della ricerca

L'Anagrafe regionale della ricerca intende migliorare la tracciabilità e la visibilità dell'attività di ricerca presente in regione per far emergere e quindi valorizzarne i processi e i risultati.

La necessità di migliorare la tracciabilità della ricerca è stata avvertita come prioritaria sin dal 2005 quando nell'ambito del Programma Ricerca e Innovazione dell'Emilia-Romagna (Pri-er) è stata condotta una indagine retrospettiva che ha prodotto il primo censimento regionale della ricerca, i cui risultati sono stati pubblicati sul dossier dell'Agenzia sanitaria e sociale 144/2007. Quel lavoro, che ha raccolto i dati di oltre 3.000 progetti attivi nel corso del triennio 2002-2004, ha permesso l'avvio di una riflessione sia su tematiche generali (es. cosa si può considerare ricerca nell'ambito di un censimento) sia sulle criticità e sulle opportunità del metodo usato di raccolta e analisi dei dati. I lavori sono proseguiti nell'ambito di un gruppo che ha coinvolto tutte le Aziende sanitarie, che hanno individuato al loro interno i referenti locali per la ricerca.

Le caratteristiche salienti e innovative dell'Anagrafe sono:

- visione prospettica;
- utilizzo di una classificazione standard e univoca;
- completezza, attraverso l'inclusione di tutte le tipologie

della ricerca;

- attenzione rivolta sia agli aspetti scientifici che amministrativi dei progetti;
- disponibilità e analisi dei dati sia centralizzata che locale.

Nel corso del 2008 è stata completata la fase pilota con l'immissione da parte delle Aziende sanitarie di circa 200 schede relative ad altrettanti progetti. Dopo questa fase e i successivi aggiustamenti che hanno visto alcune semplificazioni e l'adozione di una classificazione della ricerca già utilizzata dalla Clinical Research Collaboration inglese, è adesso in fase di avvio la raccolta dati a regime.

L'Anagrafe quindi permetterà a breve di analizzare su varie dimensioni le attività di ricerca che vengono svolte nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie, nelle Aziende UsI e negli IRCCS fornendo un valido supporto per individuare le aree di maggior o minor interesse, quelle nelle quali si potrebbe investire per sviluppare sinergie interaziendali, quelle potenzialmente ripetitive o carenti, permettendo in sostanza di avere una visione unitaria di tutta l'attività che viene intrapresa a livello regionale, sia essa preclinica, clinica, osservazionale o di ricerca sui servizi sanitari.

Sito internet: <http://asr.regione.emilia-romagna.it/>

## Il bilancio di missione

Le Aziende sanitarie sono tenute, secondo quanto previsto dalla legge regionale di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario regionale n. 29 del 2004, a presentare ogni anno, unitamente al bilancio di esercizio, un bilancio di missione. È questo uno strumento finalizzato a collegare in modo coerente i risultati economici a quelli di salute, e a permettere la verifica periodica del grado di realizzazione degli obiettivi assegnati alle singole Aziende sanitarie dalla Regione e a livello locale. La delibera della Giunta regionale 213/2005 ha fornito le linee guida e un modello di riferimento per la sua redazione.

La fase sperimentale di adozione di questo importante strumento è iniziata nella seconda metà del 2004 con 5 Aziende Usl pilota, si è poi estesa a tutte le Aziende Usl nel 2005 e si è completata interessando, dal 2007, anche tutte le Aziende Ospedaliero-Universitarie, l'Azienda ospedaliera, l'Irccs Rizzoli. Durante tutto questo percorso le scelte di metodo sono state condivise da Regione e Aziende sanitarie e il risultato che si è ottenuto può essere definito come uno strumento di entrambe. Ormai è possibile non solo esaminare i bilanci di missione di ogni singola Azienda sanitaria ma anche una sintesi di interesse regionale insieme a prime valutazioni approfondite.

Il bilancio di missione si caratterizza in particolare, quindi, come uno strumento tecnico, annuale, obbligatorio, pubblico, direttamente indirizzato dalle direzioni aziendali e redatto, sulla base di un modello regionale condiviso, in sette capitoli:

1. il contesto di riferimento
  2. il profilo aziendale
  3. gli obiettivi istituzionali e le strategie aziendali
  4. le condizioni di lavoro, le competenze e l'efficienza dell'organizzazione del lavoro
  5. il sistema di relazioni e gli strumenti di comunicazione
  6. la ricerca e l'innovazione
  7. gli obiettivi specifici di rilevanza istituzionale
- Contiene un'ampia quantità di informazioni, fra cui un set

minimo di indicatori comuni per tutte le Aziende sanitarie. Gli indicatori quantitativi del funzionamento delle Aziende sanitarie sono, tuttavia, accompagnati (e contestualizzati) con descrizioni e narrazioni strutturate delle scelte e delle conseguenti attività aziendali. L'Azienda sanitaria è soggetto che si descrive e, per così dire, si racconta, rappresentando il modo in cui ha concretamente interpretato il proprio ruolo nel contesto delle politiche regionali e locali.

Rispetto al bilancio sociale ha finalità a un tempo più ampie e più mirate: serve infatti non solo a illustrare gli esiti dell'azione istituzionale svolta dall'Azienda sanitaria, ma anche (e forse in primo luogo) a supportare in modo attivo e dinamico il sistema delle relazioni fra l'Azienda sanitaria e i suoi principali interlocutori istituzionali: la Regione e gli Enti locali (nello specifico le Conferenze territoriali sociali e sanitarie).

Tale impegno corrisponde alla esigenza degli ambiti di governo dei sistemi sanitari di esercitare pienamente le proprie funzioni di verifica e monitoraggio della attività dei servizi sotto la propria giurisdizione, come pure alla necessità di rafforzare la capacità di rendicontare in modo trasparente ai cittadini sulla qualità delle prestazioni erogate, ponendo quindi enfasi su quella specifica dimensione delle relazioni che attraversano i sistemi sanitari definita come accountability.

Attualmente sono in corso alcune azioni per l'ampliamento dei contenuti della rendicontazione coerentemente alle indicazioni strategiche fornite dal Piano sociale e sanitario 2008-2010, che definisce il bilancio di missione strumento di rendicontazione sociale a supporto della governance.

In particolare le tematiche su cui si sta lavorando sono: l'integrazione sociale e sanitaria e i Distretti, le Aree vaste, l'innovazione tecnologica, clinica e organizzativa.

Maggiori dettagli sui bilanci di missione delle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna possono essere reperiti nei dossier 107/2005, 148/2007 e 163/2008 curati dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale e sul sito web della stessa Agenzia:

<http://asr.regione.emilia-romagna.it/>

## La rete Sole (Sanità on line)

La progettazione di una infrastruttura telematica in grado di mettere in collegamento tra loro medici e pediatri di famiglia, servizi ospedalieri e territoriali è iniziata nel 2003 con l'obiettivo di facilitare la comunicazione tra operatori sanitari e, di conseguenza, di semplificare ai cittadini l'accesso ai servizi migliorando la presa in carico e la continuità assistenziale. In altre parole, con Sole, per quanto possibile, invece delle persone, sono le informazioni che "viaggiano", nel rigoroso rispetto della privacy.

### La rete telematica per lo scambio di informazioni

A regime, studi dei medici e dei pediatri di famiglia, punti di assistenza domiciliare infermieristica, punti di continuità assistenziale, ospedali, poliambulatori distrettuali e ospedali, hospice, centri di salute mentale, consultori familiari, saranno in rete: potranno scambiarsi informazioni sugli assistiti - dalle cartelle cliniche, alle prescrizioni di visite ed esami specialistici, ai referti, ai ricoveri, alle dimissioni, ai piani terapeutici - e potranno usufruire di procedure semplificate per gli adempimenti amministrativi.

La rete Sole è una rete integrata che pone il medico e il pediatra di famiglia quali primo riferimento per i problemi di salute delle persone e per i necessari percorsi di cura.

Ai medici e ai pediatri di famiglia la rete Sole garantisce la comunicazione dei dati e dei documenti delle prestazioni erogate ai loro assistiti dalle Aziende sanitarie della regione (al fine della continuità assistenziale), facilita gli adempimenti amministrativi e di comunicazione con i Dipartimenti di cure primarie (adempimenti previsti dagli accordi collettivi nazionali e dagli accordi attuativi regionali), fornisce una struttura organizzativa per l'erogazione della formazione permanente ed è in procinto di integrare la piattaforma regionale di e-learning per l'aggiornamento professionale continuo a distanza.

Alle Aziende Usl, ai servizi territoriali, ai servizi ospedalieri (di Aziende Usl, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere-Universitarie, Irccs) la rete Sole garantisce la comunicazione tempestiva da parte dei medici e pediatri di famiglia riguardo ad assistiti, prescrizioni, richiesta di ricoveri, richieste di assistenza domiciliare, gestione integrata di persone con particolari patologie (ad esempio i diabetici per i quali è stato sviluppato uno specifico programma di cura).

A maggio 2009 sono 3.231 i medici e i pediatri di famiglia collegati alla rete Sole (pari all'85% del totale dei convenzionati con il Servizio sanitario regionale, il 90% dei soli medici di famiglia). Ad ognuno sono stati forniti: pc, stampante, linea ADSL, software di cartella clinica per il dialogo con i servizi delle Aziende sanitarie. Il collegamento alla rete Sole da parte di medici e pediatri ha avuto un picco nel corso dell'ultimo anno (*come si evince dalla tabella*).

### I servizi già attivi

Questi i servizi attivati.

- Comunicazione in automatico, dagli uffici dell'Azienda Usl ai medici e pediatri di famiglia, degli aggiornamenti

anagrafici degli assistiti con le relative scelte o revoche effettuate dagli stessi.

- Utilizzo di un unico catalogo regionale delle prestazioni (catalogo Sole) da parte di medici e pediatri di famiglia e medici specialisti delle Aziende sanitarie per la prescrizione di prestazioni specialistiche ambulatoriali.
- Invio da parte dei medici e dei pediatri di famiglia alle Aziende Usl delle prescrizioni di visite ed esami specialistici per i propri assistiti. Tali prescrizioni sono messe a disposizione dei sistemi CUP aziendali/provinciali, i quali attraverso un codice, "recuperano" in via informatica tutte le informazioni contenute nella ricetta cartacea, velocizzando così i tempi di sportello e agevolando le prenotazioni telefoniche. Ritorno dalle Aziende sanitarie ai medici e pediatri di famiglia dei referti dei propri assistiti per accertamenti di laboratorio, di radiologia e specialistica, oltre che delle notifiche di avvenuto ricovero/dimissione in ospedale, delle relative lettere di dimissioni, dei referti sintetici di prestazioni di pronto soccorso (nel rispetto della normativa sulla privacy, Dlgs 196/2003).
- Gestione informatizzata tra medico e pediatra di famiglia e Azienda sanitaria del modulo per la richiesta di esami clinici che prevedono l'uso di mezzi di contrasto.
- Messa a disposizione da parte delle Aziende sanitarie ai medici e ai pediatri di famiglia della codifica unica delle esenzioni dal pagamento del ticket.
- Gestione del processo amministrativo da parte delle Aziende Usl dell'assistenza domiciliare integrata, grazie alla condivisione tra medici, pediatri di famiglia e Azienda Usl del piano di avvio della presa in carico dell'assistito.
- Sperimentazione in alcune Aziende Usl (Reggio Emilia, Ferrara, Ravenna e Rimini) dello scambio, in tempo reale, tra medici e pediatri di famiglia e specialisti delle informazioni relative alla presa in carico dei pazienti diabetici (nell'ambito del programma assistenza integrata diabete tra il medico di famiglia e il Centro diabetologico).
- Messa a disposizione di medici e pediatri di famiglia, delle Aziende sanitarie e Irccs dell'Indice Regionale Eventi Clinici (IREC) per la raccolta dei dati e dei documenti di tutti gli eventi clinici relativi a ciascun assistito in previsione della costruzione del fascicolo sanitario elettronico dell'assistito, nel rispetto della privacy.
- notifica da parte dei medici e dei pediatri di famiglia all'Azienda Usl delle prestazioni aggiuntive erogate agli assistiti (come ad esempio fleboclisi, medicazioni, vaccinazioni);
- Help desk dalle 8,30 alle 18 dei giorni feriali.

### I prossimi obiettivi

Entro il 2009 si prevede di raggiungere il collegamento alla rete Sole del 95% dei medici e pediatri di famiglia, e la progressiva diffusione dei servizi Sole già attivati per tutti i documenti coinvolti in questa forma di comunicazione.

Oltre al collegamento diretto del singolo medico e pediatra di famiglia con i servizi aziendali, la rete Sole collegherà tra loro gli studi di 1.600 medici che fanno riferimento ai Nuclei di cure primarie (reti orizzontali) in modo da permettere l'accesso alle informazioni degli assistiti da parte di tutti i medici dello stesso Nucleo in caso di necessità.

Si prevede inoltre di attivare la possibilità per ogni medico e pediatra di famiglia di accedere ai documenti sanitari inerenti agli accessi del proprio assistito anche presso Aziende sanitarie diverse da quella di residenza.

Proseguirà anche nel 2009 la distribuzione ai medici e pediatri di famiglia, agli specialisti ambulatoriali e ospedalieri, agli amministrativi delle Aziende sanitarie e di IRCCS della carta per la firma digitale (Carta nazionale dei servizi) con la quale possono essere sottoscritte, ad esempio, le prescrizioni, i referti, le lettere di dimissione dall'ospedale.

È prevista la sperimentazione su una Azienda sanitaria per

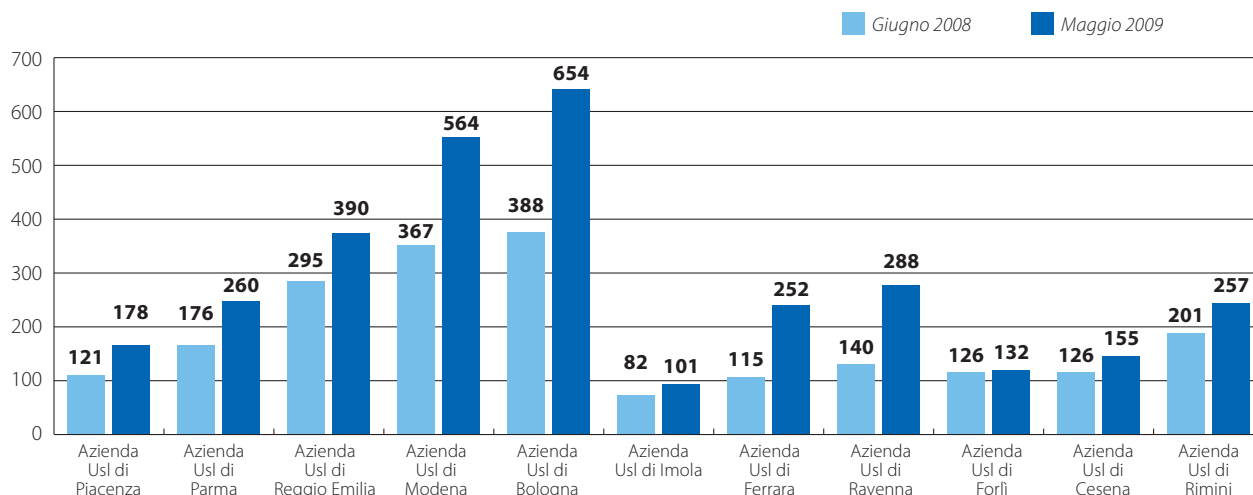
ognuna delle 3 Aree vaste del Patient summary (sintesi redatta dal medico o pediatra di famiglia sulle condizioni di salute dell'assistito in un particolare momento, consultabile in condizioni di emergenza/urgenza o comunque in caso di necessità). La sperimentazione sarà utile anche al confronto in atto a livello nazionale sul Fascicolo sanitario elettronico, progetto del Ministero della salute al quale la Regione Emilia-Romagna partecipa.

Sarà inoltre condotta una valutazione della possibilità di integrazione nella rete Sole delle strutture private accreditate al fine di inserire anche queste strutture nel processo di comunicazione attivato.

Infine, nell'ambito della rete Sole, sarà condotta una sperimentazione su un bacino d'utenza definito presso alcune Aziende sanitarie "pilota" (che saranno identificate nei prossimi mesi) per l'accesso diretto dei cittadini alla consultazione dei propri referti.

Il completamento della realizzazione della rete è previsto entro il 2009; il passaggio a regime nel 2010. I costi complessivamente previsti al 31 dicembre 2009 sono di 40 milioni di euro per la realizzazione e di 8,5 milioni di euro annui per la gestione.

### Incremento adesione alla rete Sole di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta per Azienda Usl da giugno 2008 a maggio 2009





## Le Aziende pubbliche di servizi alla persona (Asp)

La riforma delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (Ipab) dell'Emilia-Romagna per la costituzione di Aziende pubbliche di servizi alla persona (Asp), avviata con la legge regionale n. 2 del 2003, è inserita nel processo di costruzione di un sistema di welfare regionale e locale fondato sui principi dell'universalismo, dell'equità e della solidarietà, volto a garantire omogeneità e certezza di diritti ai cittadini.

Attraverso la trasformazione delle Ipab in Asp, l'obiettivo è infatti quello di costituire una rete di offerta pubblica di servizi assistenziali, sociali e socio-sanitari, residenziali, semi-residenziali e domiciliari, uniforme sul territorio regionale

che, assieme all'offerta di servizi dei soggetti privati, sia in grado di ampliare la capacità di risposta assistenziale.

La riforma ha previsto la possibilità, per le Ipab che ne avevano le caratteristiche di legge, di scegliere la strada della depubblicizzazione.

Le Asp sono enti di natura pubblica con compiti di gestione ed erogazione di servizi sociali e socio-sanitari previsti dalla pianificazione distrettuale. I Comuni del Distretto di appartenenza, componenti l'Assemblea dei soci, svolgono funzioni di indirizzo e di vigilanza sull'attività.

Al 1 agosto 2009 sono 43 le Asp già costituite; per le restanti 7 è ormai in fase conclusiva il percorso istruttorio.

### Asp costituite\*

Provincia	Distretto	Nome Asp	Sede Asp	Decorrenza costituzione Asp
Bologna	Bologna	Giovanni XXIII	Bologna	1 gennaio 2007
Modena	Vignola	Giorgio Gasparini	Vignola	1 gennaio 2007
Parma	Parma	Ad Personam	Parma	3 maggio 2007
Bologna	Bologna	Poveri Vergognosi	Bologna	1 gennaio 2008
Modena	Carpi	Asp delle Terre d'argine	Carpi	1 gennaio 2008
Ferrara	Centro Nord	Centro servizi alla persona	Ferrara	1 gennaio 2008
Bologna	Imola	Circondario Imolese	Castel S. Pietro	1 gennaio 2008
Modena	Modena	Charitas - Asp: Servizi assistenziali per disabili	Modena	1 gennaio 2008
Bologna	Pianura Est	Donini-Damiani	Budrio	1 gennaio 2008
Bologna	Pianura Est	Galuppi-Ramponi	Pieve di Cento	1 gennaio 2008
Bologna	Pianura Ovest	Seneca	Crevalcore	1 gennaio 2008
Reggio Emilia	Reggio Emilia	Opus Civium	Castelnovo di Sotto	1 gennaio 2008
Reggio Emilia	Reggio Emilia	Rete - Reggio Emilia Terza Età	Reggio Emilia	1 gennaio 2008
Rimini	Rimini Nord	Valle del Marecchia	Santarcangelo di Romagna	1 gennaio 2008
Ravenna	Faenza	Solidarietà Insieme	Castelbolognese	1 febbraio 2008
Ravenna	Lugo	Bassa Romagna	Bagnacavallo	1 febbraio 2008
Ravenna	Faenza	Prendersi cura	Faenza	1 marzo 2008
Parma	Provinciale	Rodolfo Tanzi	Parma	1 marzo 2008
Bologna	Bologna	Irides (Istituzioni riunite infanzia disabilità e sociale)	Bologna	1 aprile 2008
Forlì-Cesena	Forlì	Oasi	Forlì	1 aprile 2008
Reggio Emilia	Guastalla	Progetto Persona - Azienda intercomunale servizi alla persona	Guastalla	1 aprile 2008
Modena	Mirandola	Asp dei Comuni modenesi Area Nord	San Felice sul Panaro	1 aprile 2008
Reggio Emilia	Reggio Emilia	Osea (Opere di servizi educativi assistenziali)	Reggio Emilia	1 aprile 2008
Rimini	Rimini Nord	Casa Valloni	Rimini	1 aprile 2008
Forlì-Cesena	Rubicone Costa	Asp del Rubicone	San Mauro Pascoli	1 aprile 2008
Reggio Emilia	Correggio	Asp Magiera Ansaloni	Rio Saliceto	1 maggio 2008
Ferrara	Ferrara Sud-Est	Asp del Delta ferrarese	Codigoro	1 maggio 2008
Modena	Castelfranco Emilia	Delia Repetto	Castelfranco Emilia	1 giugno 2008
Ravenna	Ravenna	Asp Ravenna Cervia e Russi	Ravenna	1 luglio 2008
Bologna	San Lazzaro di Savena	Laura Rodriguez Y Laso De' Buoi	San Lazzaro di Savena	1 luglio 2008
Parma	Sud Est	Azienda Sociale Sud Est	Langhirano	1 luglio 2008
Parma	Fidenza	Distretto di Fidenza	Fidenza	1 luglio 2008
Ferrara	Ferrara Sud-Est	Argenta - Portomaggiore "Eppi-Manica-Salvatori"	Argenta	1 luglio 2008
Modena	Modena	Patronato pei figli del popolo e Fondazione San Paolo e San Geminiano	Modena	1 luglio 2008
Reggio Emilia	Castelnovo ne' Monti	Don Cavalletti	Carpinetti	1 agosto 2008
Piacenza	Città di Piacenza	Collegio Morigi - De Cesaris	Piacenza	1 settembre 2008
Parma	Valli Taro e Ceno	Cav. Marco Rossi Sidoli	Compiano	1 settembre 2008
Forlì-Cesena	Forlì	Asp San Vincenzo De' Paoli	Santa Sofia	1 gennaio 2009
Parma	Parma	Asp Bassa Est San Mauro Abate	Colorno	1 gennaio 2009
Piacenza	Ponente	Azalea	Castel San Giovanni	1 gennaio 2009
Reggio Emilia	Reggio Emilia	Asp Ss. Pietro e Matteo	Reggio Emilia	1 febbraio 2009
Forlì-Cesena	Cesena - Valle del Savio	Asp del Distretto Cesena Valle del Savio	Cesena	1 aprile 2009
Piacenza	Città di Piacenza	Asp Città di Piacenza	Piacenza	1 agosto 2009

\* al 1 agosto 2009

# Le informazioni sui servizi per l'equità e l'appropriatezza di accesso

## Il numero verde 800 033 033

Con l'obiettivo di assicurare a tutti i cittadini equità di accesso alle informazioni sui servizi sanitari e socio-sanitari, sulle modalità e sui luoghi di erogazione in tutto il territorio regionale, è attivo dal giugno 2002 il numero verde unico del Servizio sanitario regionale 800 033 033. Un numero verde in grado di garantire a tutti e a tutte, con una telefonata gratuita sia da telefono fisso che da cellulare e da tutto il Paese, le informazioni necessarie per sapere dove andare, cosa serve, come fare per usufruire dei servizi sanitari e socio-sanitari offerti dal sistema sanitario pubblico dell'Emilia-Romagna. Il servizio è disponibile 50 ore settimanali, risponde dalle 8.30 alle 17.30 nei giorni feriali e dalle 8.30 alle 13.30 il sabato.

Con un call center di 14 postazioni (9 operatori appositamente formati), una rete di operatori per la gestione delle informazioni e del back office informativo - che fa capo alla struttura informazione e comunicazione dell'Assessorato alle politiche per la salute e a tutti gli Uffici relazioni con il pubblico delle 16 Aziende sanitarie e dell'Irccs Rizzoli di Bologna, con il supporto tecnico dei rispettivi servizi telematici informatici - questo servizio telefonico ha dimostrato di essere gradito e utilizzato, sia dai cittadini emiliano-romagnoli che da residenti fuori regione.

L'aumento delle chiamate al numero verde continua anche nel 2008: + 5,6% (era stato + 4,8% nel 2007 rispetto al 2006). Complessivamente, nel 2008 sono arrivate 120.660 telefonate, con un media di 10.055 chiamate al mese e di 439 al giorno. Dal momento della sua attivazione (giugno 2002) a tutto il 2008, il numero verde ha ricevuto oltre 620.000 telefonate. Buoni anche i tempi di attesa dal momento della chiamata al momento della risposta dell'operatore: mediamente 17 secondi.

Il servizio informativo del numero verde si avvale di una banca dati unica regionale/aziendale: costruita e costantemente aggiornata dalla Regione e dalle Aziende sanitarie, comprende oltre 2.300 servizi-prestazioni, programmi regionali e una serie di risposte standard alle domande più frequenti.

Gli operatori del call center, che hanno a disposizione la banca dati per la consultazione, possono, se necessario per completare la risposta al cittadino, trasferire direttamente la telefonata all'Ufficio relazioni con il pubblico di ogni Azienda sanitaria e dell'Irccs Rizzoli di Bologna, sempre senza oneri per chi ha telefonato. Questo trasferimento di chiamata, che nei primi anni di attività del servizio si verificava nel 30% delle telefonate, nel 2008 è stato del 12,8% (15,8% nel 2007).

Le persone consultano il numero verde soprattutto per sapere dove e come effettuare e prenotare visite, esami, terapie, interventi (nel 45% dei casi), il secondo motivo delle chiamate (12,8%) sono le richieste sulle sedi, le strutture e gli operatori del Servizio sanitario. Al terzo posto (9,7%) le domande che riguardano la sanità pubblica, in particolare le certificazioni sanitarie e le vaccinazioni. Significative (8,1%) anche le richieste sui temi oggetto di campagne informative regionali: screening per la prevenzione dei tumori, donazione di sangue, assistenza odontoiatrica, lotta alla zanzara tigre,

vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV), lotta all'Aids. Il maggior numero di chiamate proviene dall'area bolognese, seguono le province di Reggio Emilia e di Modena.

## Gli sviluppi del servizio numero verde

A partire dal numero verde e dalla banca dati di cui dispone, sono stati sviluppati due ulteriori servizi: il primo mette a disposizione su internet le informazioni già sistematizzate della banca dati e il secondo collega il numero verde ai punti di prenotazione telefonica di visite ed esami specialistici.

### 1) La Guida ai servizi - informazioni on line

Dal novembre 2006 è pubblicata sul portale del Servizio sanitario regionale Saluter ([www.saluter.it](http://www.saluter.it)) e sui siti delle Aziende sanitarie e dell'Irccs Rizzoli, la "Guida ai servizi, informazioni on line" che, con un motore di ricerca specifico, offre la possibilità di consultare direttamente le informazioni sui servizi sanitari e socio-sanitari erogati dal Servizio sanitario regionale. Le informazioni sono tratte dalla banca dati del numero verde; vengono aggiornate contestualmente; un apposito editing favorisce la consultazione diretta.

Nei prossimi mesi è prevista anche la pubblicazione delle informazioni relative alla specialistica ambulatoriale (circa 2000 visite ed esami specialistici), al momento non presenti, e di tutti i punti di prenotazione Cup (sportello, telefonico, farmacia/altro) presenti nel territorio regionale. Progressivamente saranno implementate altre informazioni estraibili dalla banca dati unica: ulteriori sedi di servizi, programmi regionali/aziendali, risposte alle domande più frequenti. Nel 2008 sono state 71.961 le visite alla Guida.

### 2) La prenotazione di visite ed esami specialistici

Dal marzo 2007, prima sperimentalmente poi a regime, gli operatori del call center del numero verde, possono trasferire al CUP telefonico aziendale, per la prenotazione, le telefonate dei cittadini che chiedono informazioni su visite ed esami specialistici e che sono in possesso di impegnativa. Il servizio, attivabile solo per le visite e gli esami prenotabili telefonicamente, ha registrato un crescente gradimento da parte degli utenti ed è stato utilizzato nel 2008 in 5.152 casi, che rappresentano il 4,3% del volume di attività del numero verde (nel 2007 erano state 2.773 le telefonate trasferite).

## Gli sviluppi futuri

In coerenza con le indicazioni del Piano sociale e sanitario 2008-2010, i prossimi progetti riguarderanno il supporto allo sviluppo del welfare di comunità locale e regionale previsto dallo stesso Piano. Al riguardo, uno degli obiettivi sarà il coordinamento con gli altri punti informativi e di accesso ai servizi (ad esempio gli Sportelli sociali e gli Uffici relazioni con il pubblico dei Comuni).

Altri progetti riguarderanno la possibilità di attivare le tecnologie necessarie per permettere l'accesso alle informazioni alle persone con sordità e la disponibilità delle informazioni del numero verde nelle lingue delle principali etnie presenti in Emilia-Romagna.

Coordinamento editoriale e di redazione: Marta Fin

Redazione: Marta Fin, Nicola Quadrelli, Nicola Santolini, con il contributo di dirigenti e funzionari dei Servizi della Direzione generale sanità e politiche sociali e dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale.

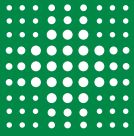
Progetto grafico e impaginazione:  
Tracce - Modena

Stampa:  
Nuovagrafica di Carpi (Mo)  
Ottobre 2009

Regione Emilia-Romagna  
Assessorato politiche per la salute  
Viale Aldo Moro, 21  
40127 Bologna  
Tel. 051 5277150

[www.saluter.it](http://www.saluter.it)  
[infosaluter@saluter.it](mailto:infosaluter@saluter.it)

Numero verde del Servizio sanitario regionale 800-033.033



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA