



strutture, spesa, attività



programmi



modelli organizzativi



Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna

LE STRUTTURE, LA SPESA, LE ATTIVITÀ, I PROGRAMMI, I MODELLI ORGANIZZATIVI,
I DATI AL 31.12.2007

Il 1° Piano sociale e sanitario 2008-2010



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

 Regione Emilia-Romagna

Il Piano sociale e sanitario della Regione Emilia-Romagna 2008 - 2010 4-5-6-7

Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna: i risultati e gli impegni 8-9

Strutture, spesa, attività

Aziende sanitarie, popolazione, personale dipendente, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta	10-11
La popolazione	12-13-14
L'evoluzione della spesa: raffronto con le altre Regioni	15-16
Spesa per funzioni e livelli di assistenza per cittadini residenti, spesa pro-capite	17
Edilizia sanitaria e socio-sanitaria: interventi per nuove strutture e per l'ammodernamento di quelle esistenti	18-19
Assistenza ospedaliera: posti letto, ricoveri, tempi di attesa per interventi programmati	20-21
Posti in strutture per persone anziane, con disabilità, disagio psichico, dipendenze patologiche	22
L'assistenza in hospice	23
Servizi per le demenze senili	24
Assistenza domiciliare	25
Assegni di cura	26
Assistenza specialistica ambulatoriale	27-28
L'assistenza farmaceutica	29
Servizi per la salute mentale	30
Servizi per le tossicodipendenze	31
L'assistenza nei Consultori familiari, negli Spazi giovani e negli Spazi per le donne immigrate e i loro bambini	32
Donazioni e trapianti di organi, tessuti e cellule	33-34
Raccolta e consumo di sangue	35
Programmi di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto	36-37
La vaccinazione antinfluenzale	38
Le vaccinazioni nell'infanzia	39
Sicurezza nei luoghi di lavoro	40-41-42
Sicurezza alimentare	43-44

Programmi

I programmi di ricerca e innovazione	45
Programmi per la prevenzione, la sorveglianza e la gestione dei rischi correlati all'assistenza	46
Piano sul contenimento dei tempi di attesa per prestazioni specialistiche ambulatoriali e per ricoveri programmati	47
Programma per l'utilizzo del Fondo regionale per la non autosufficienza	48
Formazione nel sistema sanitario regionale	49
Programma di cure odontoiatriche, protesiche, ortesiche	50
Programma di vaccinazione contro l'HPV (Human Papilloma Virus)	51
Programma per l'assistenza alle persone con disturbo dello spettro autistico	52
Piano per la lotta alla zanzara tigre e per la prevenzione di Chikungunya e Dengue	53
Il percorso nascita	54

Modelli organizzativi

Le linee guida per la redazione dell'atto aziendale	55
L'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali	56
Il bilancio di missione	57
L'organizzazione del Distretto	58-59
Accordo con i medici di medicina generale	60
Il modello Hub & Spoke per l'assistenza ospedaliera	61
Il sistema 118	61
Le reti Hub & Spoke per le gravi disabilità	62
Le reti Hub & Spoke per la diagnosi e la cura di malattie rare	63
La rete "Stroke care", assistenza integrata al paziente colpito da ictus	64
La riorganizzazione del Pronto soccorso	65
L'accordo tra Regione e ospedalità privata	66
L'Osservatorio regionale per l'innovazione	67
L'acquisizione di beni e servizi: le convenzioni con Intercent-ER	67
Progetto Sole (Sanità on line)	68
Le Aziende pubbliche di servizi alla persona (Asp)	69
Le informazioni sui servizi: il numero verde	70

Il Piano sociale e sanitario della Regione Emilia-Romagna 2008-2010

Il 1° Piano sociale e sanitario della Regione Emilia-Romagna è stato approvato dalla Assemblea legislativa il 22 maggio 2008 (delibera 175). È stato elaborato congiuntamente dagli Assessorati politiche per la salute e politiche sociali, posto al confronto della Cabina di regia per il welfare (luogo di concertazione tra Regione ed Enti locali), discusso e condiviso con le rappresentanze istituzionali e della società regionale in molte iniziative organizzate nei diversi territori.

“Sappiamo che occorre un nuovo progetto: che porti a sintesi quel che la società moderna tende a dividere; che riproduca quella coesione sociale che non si rigenera più secondo percorsi informali o spontanei; che affermi nuove sicurezze, di fronte all'evidente spiazzamento economico e culturale che molti soffrono rispetto al cambiamento che incalza. Da qui nasce l'idea di un patto da proporre alla società regionale, un patto per la qualità dei servizi, per sostenere le famiglie, per rafforzare fiducia e sicurezza”, ha scritto il presidente della Regione Vasco Errani nella presentazione del Piano.

“È il primo Piano frutto di una progettazione comune e di uno stretto confronto con le parti sociali e gli Enti locali che, a partire da una rilettura dei bisogni delle persone e delle comunità, ha messo in campo una forte innovazione nelle politiche e nei servizi basata sull'integrazione, fin dal momento della programmazione, di tutti i soggetti coinvolti nello sviluppo del welfare: Regione, Enti locali, terzo settore, forze sociali”, ha commentato l'assessore alle politiche per la salute Giovanni Bissoni al momento dell'approvazione del Piano in Assemblea legislativa.

“Il Piano rappresenta un risultato importante per tutto il sistema di welfare della regione, ora spetta ai territori darne completa attuazione affinché il programma si trasformi in interventi e in servizi a sostegno di tutti i cittadini”, ha aggiunto nella stessa occasione l'assessora alle politiche sociali Annamaria Dapporto.

Il 2008 è l'anno “di rodaggio” per l'applicazione del Piano, in particolare rispetto al sistema di governance da mettere in campo per garantire l'effettiva integrazione delle politiche, dei servizi, degli operatori.

Specifiche linee guida saranno approvate per assicurare elementi comuni ai diversi percorsi programmatori, e in particolare per assicurare la partecipazione del terzo settore a tutti i livelli della programmazione.

Gli indirizzi generali per lo sviluppo delle politiche dovranno essere indicati nell'Atto di indirizzo elaborato dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria. Le scelte strategiche saranno adottate nel Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale elaborato dal Comitato di Distretto ed esplicitate nel Piano triennale 2009-2011 e nel 1° Programma attuativo 2009. Le Conferenze, preliminarmente, dovranno provvedere alla elaborazione e condivisione del “Profilo di comunità” (lettura partecipata dei bisogni di salute e di benessere della popolazione, strumento di supporto per l'individuazione delle priorità e delle criticità).

Dovrà essere completata la struttura organizzativa degli Uffici di Piano e la funzionalità degli Uffici di supporto alle Conferenze territoriali sociali e sanitarie per rendere efficace non solo il processo di programmazione ma anche la sua attuazione e monitoraggio.

Di seguito una scheda di sintesi del Piano.

Un nuovo welfare di comunità per una società che cambia

Il Piano sociale e sanitario 2008 - 2010 porta a compimento un sistema integrato di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari per la realizzazione di un nuovo welfare universalistico, equo, radicato nelle comunità locali e nella regione. Un processo avviato con le leggi regionali n. 2 del 2003 (legge quadro sui servizi sociali) e n. 29 del 2004 (legge di riorganizzazione del Servizio sanitario regionale).

I mutamenti intervenuti nel quadro demografico e socio-economico - invecchiamento della popolazione, aumento delle persone immigrate, contrazione e parallelo aumento dei nuclei familiari con esigua rete parentale, aumento delle forme di lavoro meno stabili e delle contraddizioni tra generazioni su lavoro e futuro - richiedono un significativo cambiamento delle politiche poiché i bisogni “della società che cambia”, sempre più articolati e complessi, non consentono risposte settoriali, alla malattia o al di-

sagio sociale ad esempio, ma richiedono risposte unitarie che considerino la persona nella sua globalità, anche di relazione, che sappiano garantire assistenza senza soluzione di continuità.

L'obiettivo è lo sviluppo di una società solidale, in cui i diritti siano esigibili, in cui sia rafforzata quella coesione sociale che da sempre caratterizza la comunità regionale e che rappresenta un alto fattore di crescita e dunque di competitività.

Il Piano non rappresenta però una semplice giustapposizione delle linee di programmazione, ma una trasformazione di ottica e il riconoscimento della necessità di declinare assieme le problematiche della sanità e del sociale per fare del welfare una parte sostanziale e positiva del cambiamento in atto.

L'integrazione: una necessità per il nuovo welfare

Garantire risposte personalizzate, e nel contempo garan-

tire equità d'accesso nei vari territori, è possibile in una logica di integrazione a tutti i livelli. Essa permette infatti lo sviluppo di reti assistenziali a cui partecipano servizi diversi e, al tempo stesso, permette di coinvolgere, valorizzando le singole autonomie, tutti i soggetti - Regione, Enti locali, Aziende sanitarie, terzo settore, privato profit, forze sociali - che a vario titolo sono chiamati a svolgere un ruolo per l'affermazione dei diritti di cittadinanza, contributo fondamentale per lo sviluppo di una società più coesa, civile e dinamica.

Per questo, il Piano sviluppa l'integrazione a livello della programmazione e della valutazione, dell'organizzazione e dell'erogazione dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari, definendo ruoli e responsabilità dei soggetti coinvolti.

L'integrazione: istituzionale, tra servizi, tra operatori

L'assetto istituzionale attraverso il quale la Regione e gli Enti locali hanno organizzato la funzione di governo del sistema pubblico di welfare regionale e locale si consolida attorno a due direttrici: il ruolo della Regione nel governo del Servizio sanitario, il ruolo degli Enti locali nel governo dei servizi sociali, esercitati entrambi in una logica di collaborazione e integrazione.

L'integrazione si sviluppa nella Conferenza territoriale sociale e sanitaria e nel Comitato di Distretto (organi di raccordo tra Enti locali e Aziende sanitarie per il governo, a livello locale, di funzioni e servizi sanitari e socio-sanitari), in forme associative tra Enti locali (per il governo e l'erogazione dei servizi sociali), in accordi gestionali tra Comuni e Aziende UsI (per la costituzione di nuovi Uffici di piano a supporto della programmazione ed erogazione di servizi in ambito distrettuale) e nella "cabina di regia", istituita a livello regionale quale luogo di definizione e di concertazione delle politiche sociali e sanitarie (vi partecipano gli assessori regionali alle politiche per la salute e alle politiche sociali, i sindaci, i presidenti delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie). L'integrazione istituzionale si sviluppa inoltre con l'Università, essenziale per quanto riguarda la ricerca, la formazione e l'innovazione nei servizi, attraverso la Conferenza Regione-Università.

Il modello organizzativo del nuovo welfare, in continuità con quello già adottato con il 3° Piano sanitario regionale, è costituito da reti integrate di servizi: tra servizi ospedalieri, tra servizi ospedalieri, servizi sanitari, servizi socio-sanitari e servizi sociali del territorio.

L'ambito distrettuale diventa la sede elettiva della integrazione: del Comitato di Distretto e del direttore di Distretto (con il supporto dei nuovi Uffici di piano nel governo e nella programmazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali a livello distrettuale); dei medici di famiglia (con i Nuclei di cure primarie), dei servizi sanitari e sociali territoriali e di questi con i servizi ospedalieri; della elaborazione del piano e dell'utilizzo del Fondo per la non autosufficienza; delle Aziende pubbliche di servizi alla persona (nate dalla trasformazione delle ex Ipab); dei rapporti con soggetti privati profit e no profit nell'erogazione di servizi sociali e socio-sanitari residenziali e domiciliari, dei rapporti con il volontariato e l'associazionismo.

Gli strumenti della programmazione integrata

Con il Piano sono portati a sintesi unitaria gli strumenti di programmazione sperimentati negli ultimi anni: Piani

per la salute, Piani di zona, Programmi delle attività territoriali, Piano di azione per gli anziani, Programma per l'integrazione dei cittadini stranieri.

L'integrazione avviene a livello regionale, provinciale e distrettuale con il coinvolgimento, nel rispetto delle relative competenze, di tutti i soggetti (Regione, Enti locali, strutture pubbliche, private profit e non profit, associazioni, volontariato, forze sociali), coinvolti nel sistema di welfare. A livello regionale vengono definiti il programma annuale del riparto del Fondo sociale regionale e del Fondo regionale per la non autosufficienza, il Piano regionale per la prevenzione, le linee di programmazione del Servizio sanitario.

Le Conferenze territoriali sociali e sanitarie elaborano e condividono il Profilo di comunità, una lettura ragionata e partecipata dei bisogni di salute e benessere della popolazione di riferimento che consente l'individuazione delle criticità, delle priorità e delle scelte strategiche che sono poi esplicitate nell'"Atto di indirizzo triennale".

Il Comitato di Distretto (assieme al direttore di Distretto per gli interventi di integrazione socio-sanitaria), in coerenza con l'Atto di indirizzo, approva il Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale triennale, articolato poi in Programmi attuativi annuali.

Il Fondo regionale per la non autosufficienza

In Emilia-Romagna, le persone con più di 65 anni sono 968.208 (al 31.12.2007), quasi un quarto della popolazione. Di particolare rilievo sono "i grandi vecchi", la popolazione con più di 80 anni (291.829 in totale) dove si concentrano maggiori problemi di autosufficienza e bisogni assistenziali più forti.

Il Fondo per la non autosufficienza, tuttavia, trascende i confini della età anziana per comprendere anche gravi disabilità cronicizzate o progressivamente degenerative e dunque tali da richiedere trattamenti di lungo periodo particolarmente complessi e assai onerosi.

Il Fondo è gestito a livello distrettuale, la sua alimentazione è demandata anche ad un maggiore e mirato prelievo fiscale ed è pertanto indispensabile che sia capace di produrre una maggiore equità nello sviluppo della rete dei servizi e migliori condizioni di eguaglianza assistenziale con omogenee opportunità di accesso, qualità nei trattamenti, equa contribuzione a carico dei cittadini. È finalizzato a potenziare la rete dei servizi (in particolare la domiciliarità), a contenere la compartecipazione delle persone alle "spese alberghiere" delle residenze (in relazione alla capacità di reddito), a riconoscere le forme di autorganizzazione delle famiglie con un'attenzione specifica alle assistenti domiciliari straniere (con formazione ad hoc) e alla promozione di forme innovative di assistenza.

Le Aziende pubbliche di servizi alla persona (Asp)

La legge regionale 2/2003 ha normato la trasformazione delle Ipab in Aziende pubbliche di servizi alla persona (Asp): nuovi soggetti pubblici, costituiti dai Comuni associati in ambito distrettuale o sub-distrettuale, produttori ed erogatori di servizi socio-sanitari e sociali per le persone in ogni fascia di età. L'Asp permette una gestione unitaria e una qualificazione dei servizi grazie al superamento della frammentarietà degli interventi e allo sviluppo dell'integrazione con gli altri soggetti e servizi che costituiscono il welfare di comunità.

L'innovazione

Il processo di innovazione non riguarda solo le politiche e la programmazione per dare risposte globali a bisogni complessi (con il nuovo assetto di "governance" territoriale), riguarda anche la capacità di introdurre quelle innovazioni tecnologiche e biomediche che la ricerca mette a disposizione dei servizi sanitari e quelle innovazioni organizzative e professionali che sono richieste dai bisogni in evoluzione delle persone e delle famiglie e dai cambiamenti demografici e socio-economici in corso.

La medicina rigenerativa, l'oncologia, le neuroscienze, la diagnostica avanzata sono i campi di intervento congiunto Università-Servizio sanitario regionale che si sviluppa prioritariamente nelle 4 Aziende Ospedaliere-Universitarie. Destinato a tutte le Aziende sanitarie invece è il Programma di ricerca e innovazione dell'Emilia-Romagna (PRI-ER) che si occupa della valutazione d'impatto di specifici interventi e tecnologie, a partire da quelli in ambito cardiovascolare e oncologico.

Una attenzione specifica è dedicata anche alle medicine non convenzionali: un Osservatorio regionale ha il compito di promuovere progetti di ricerca per verificare le possibilità di integrazione nei processi assistenziali dell'agopuntura, dell'omeopatia e della fitoterapia.

In campo sociale e socio-sanitario l'innovazione riguarda l'organizzazione dei servizi che deve essere volta ad assicurare un ruolo centrale alla persona ed alla sua famiglia nella definizione dei progetti di sostegno rispondendo a bisogni complessi e "multidimensionali", il conseguente sviluppo delle professionalità e la collaborazione tra professionalità diverse (con specifiche iniziative di formazione), la qualificazione del sistema dell'accesso (con sistemi informativi integrati), ma anche la costruzione del sistema di rapporti con i fornitori di servizi basato sull'accreditamento.

La stessa costituzione delle Aziende pubbliche di servizi alla persona concorre a sostenere questo disegno chiarendo il ruolo della componente pubblica nella realizzazione dei servizi sociali e socio-sanitari. In questa prospettiva un elemento decisivo di innovazione, avviato con le esperienze dei Piani di zona, riguarda la valorizzazione delle risorse attive della realtà sociale e del terzo settore, il loro coinvolgimento nella pianificazione, attuazione e monitoraggio degli interventi.

La comunicazione e la partecipazione

Per orientare i cittadini e le cittadine all'accesso dei servizi del nuovo welfare e per rendere effettiva la loro possibilità di determinare in modo attivo i percorsi di sostegno che li riguardano, il Piano prevede l'integrazione, a livello locale, tra i punti informativi e di accesso ai servizi, con una particolare attenzione alle fasce "più deboli" (anziani, immigrati, persone con "disagio" economico e sociale): gli Sportelli sociali, gli Sportelli unici distrettuali, gli Uffici relazioni con il pubblico devono dunque essere tra loro comunicanti.

Più in generale, oltre a facilitare l'uso appropriato dei servizi, la strategia proposta dal Piano è centrata sullo sviluppo di un sistema di comunicazione regionale e locale per: rafforzare la capacità delle persone di effettuare scelte consapevoli rispetto alla salute e di orientare i propri comportamenti (ad esempio nelle scelte alimentari, nelle vaccinazioni, negli screening, nella gestione di emergen-

ze); utilizzare il parere delle persone nella valutazione dei servizi per garantire adeguati processi di miglioramento; e, infine, per valorizzare la partecipazione delle comunità nelle scelte per la salute e nella programmazione sociale e sanitaria. La costruzione di una partnership tra cittadini, cittadine e servizi è una delle leve fondamentali per migliorare la salute e la qualità della vita e per offrire un'assistenza sanitaria e sociale di tipo universalistico, fedele ai principi d'equità, accessibilità ed efficacia.

L'area sanitaria

Il Servizio sanitario nazionale, fondato con la legge n. 833 del 1978, confermato nei suoi principi di universalità di accesso, globalità di copertura, finanziamento attraverso la fiscalità generale dalla legislazione nazionale e regionale, rappresenta una delle più grandi conquiste e uno dei fattori fondamentali della coesione sociale del Paese.

La politica sanitaria della Regione, sviluppata dal 3° Piano sanitario e organizzata con la legge 29 del 2004, ha avuto l'obiettivo di realizzare un sistema che sapesse essere al tempo stesso universale nelle garanzie e locale nella capacità di soddisfare le aspettative dei singoli e delle comunità.

Questo ha comportato una integrazione della programmazione regionale e delle Aziende sanitarie con le funzioni di governo degli Enti locali riguardo ai servizi sanitari e socio-sanitari (Conferenze territoriali sociali e sanitarie, Comitato di Distretto), la necessità di una maggiore partecipazione degli operatori alle strategie aziendali e alla organizzazione dei servizi (Collegio di direzione), la responsabilizzazione degli operatori attraverso l'adozione di modalità di lavoro finalizzate al miglioramento della pratica professionale e al corretto uso delle risorse a disposizione della diagnosi e delle terapie (governo clinico), la progressiva integrazione delle innovazioni tecnologiche (programma Regione-Università, PRI-ER), la formazione dei professionisti (Educazione continua in medicina), la partecipazione dei cittadini e delle loro forme organizzate (Piani di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale).

Il Piano sociale e sanitario 2008-2010 conferma e rilancia il nuovo ruolo del Distretto quale punto di programmazione dei servizi per la popolazione di riferimento, di erogazione dell'assistenza primaria e quale luogo appropriato per l'integrazione tra soggetti e servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, gestiti dal pubblico (Aziende Usl, Asp, Comuni) o dal privato sociale profit e no profit. In questo quadro, di fondamentale importanza il ruolo dei medici di famiglia la cui attività deve avvenire in forme associate (i Nuclei di cure primarie) in modo da garantire maggiore accessibilità con ampliamento degli orari di apertura degli ambulatori e continuità delle cure attraverso la rete con gli altri servizi.

Per l'assistenza ospedaliera, viene confermato il modello delle reti integrate di servizi Hub & Spoke: ospedali di alta specializzazione (Hub) collegati agli ospedali del territorio (Spoke) per trattare casi complessi che richiedono alte tecnologie e professionalità. Dopo la genetica medica, i grandi traumi, la cardiologia e la cardiocirurgia, il sistema dell'emergenza-urgenza, i trapianti, il sistema trasfusionale (per citarne alcune), il Piano prevede prioritariamente lo sviluppo della rete oncologica regionale.

Per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie l'approccio prevede la partecipazione di diversi soggetti (Piano regionale della prevenzione), la necessità di sviluppare le competenze professionali e una partecipazione più organica dei Dipartimenti di sanità pubblica delle Aziende Usl al tema generale della sanità pubblica sviluppando una azione più unitaria con gli altri servizi sanitari.

Lo sviluppo dei Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche riguarda tutte le aree che contribuiscono alla salute mentale della popolazione in tutte le età: promozione della salute mentale, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico, del disturbo mentale e delle dipendenze patologiche nell'intero arco della vita. Leve strategiche sono la formazione degli operatori, la ricerca e l'innovazione anche attraverso il potenziamento del collegamento con l'Università, l'integrazione dei soggetti del terzo settore nella erogazione dei servizi.

L'area sociale

In Emilia-Romagna la diffusa e funzionale rete di servizi pubblici e privati, il ricco tessuto sindacale, della cooperazione, del volontariato laico e religioso, alimentano un capitale sociale che rappresenta una grande risorsa contro i rischi della emarginazione e della solitudine, ma i mutamenti che si sono verificati nell'ultimo trentennio sono stati contraddistinti da un ritmo e una profondità mai sperimentati prima.

L'Emilia-Romagna è una regione indubbiamente più ricca rispetto al passato, il benessere è diffuso, ma sono potenzialmente in aumento le disuguaglianze e i rischi di vulnerabilità e di esclusione sociale per fasce di popolazione. Di qui, lo sviluppo di questa area del Piano sociale e sanitario, a partire dalle indicazioni della legge regionale n. 2 del 2003.

Le politiche regionali negli anni recenti hanno investito sull'obiettivo di far nascere sistemi di welfare locali centrati sulla lettura dei bisogni e della programmazione in forma associata e concertata (i Piani di zona). Tale obiettivo si coniuga con la valorizzazione del ruolo della Regione come ente di programmazione, di regolazione e di indirizzo, degli Enti locali quali enti di programmazione, di progettazione ed erogazione dei servizi, dell'associazionismo e del volontariato quali soggetti partecipi all'erogazione dei servizi. Le politiche e i servizi, integrati con quelli sanitari e socio-sanitari, sono rivolti in particolare all'infanzia, ai giovani, alle famiglie, agli anziani, alle persone con disabilità, alle persone che vivono in situazioni di disagio sociale o economico, e perseguono obiettivi generali di benessere sociale. In particolare: contrasto della povertà e del rischio di esclusione sociale, sostegno all'inserimento sociale e lavorativo delle persone e delle famiglie immigrate, supporti alle famiglie, promozione dell'agio e del protagonismo dei bambini e dei giovani, riqualificazione del sistema di accoglienza dei minori accolti in affido o in comunità, sostegno alla non autosufficienza, alla domiciliarità, alle responsabilità familiari di cura con particolare riferimento al ruolo delle donne, al potenziamento dei servizi educativi e per favorire l'inclusione sociale e l'autonomia delle persone con disabilità.

Il sistema dei servizi è universalistico, finanziato dai Fondi sociali nazionale e regionale gestiti dai Comuni; prevede

una graduazione degli accessi per indirizzare le risorse e i servizi verso le situazioni caratterizzate da maggiore fragilità sociale e da bisogni di maggiore intensità perseguendo equità nell'accesso (a pari bisogni e condizioni, pari servizi) ed equità nella compartecipazione alla spesa (applicazione dell'ISEE, strumento per valutare la situazione economica della famiglia: reddito, situazione patrimoniale, numerosità del nucleo familiare).

Nel corso del triennio di applicazione del Piano saranno sperimentati "titoli per la fruizione di servizi", vale a dire titoli, in alternativa all'assegno di cura, assegnati sulla base di specifici requisiti per l'accesso ai servizi, a partire da quelli di assistenza domiciliare, una volta accreditati. "Carte dei servizi sociali" saranno realizzate e diffuse a livello di Comuni associati al fine di mettere in luce le procedure di accesso e gli standard di qualità. Per l'accesso al sistema dei servizi, ciascuna zona (l'ambito territoriale, distrettuale, in cui si realizza il Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale) si dovrà dotare di una funzione di "Sportello sociale" costituito da più punti per informare e orientare sui servizi e sulle procedure di accesso, con iniziative dedicate alla facilitazione dell'accesso alle persone in condizione di maggiore fragilità, a partire dalla popolazione immigrata e dagli anziani.

I soggetti e gli strumenti della programmazione



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

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

Con l'approvazione del 1° Piano sociale e sanitario 2008-2010, la Regione ha messo in campo gli strumenti programmatici ed organizzativi per perseguire concretamente lo sviluppo del nuovo welfare di comunità universalistico, previsto dallo stesso Piano, fondando le proprie attività sull'integrazione con lo scopo di fornire, in modo equo in tutti i territori, una risposta personale e globale ai bisogni della persona e della famiglia.

L'integrazione quale modalità di lavoro è stata assunta dal Servizio sanitario regionale già con il 3° Piano sanitario 1999-2001. Confermata dalla legge regionale 29/2004, con il Piano sociale e sanitario investe ora anche il sociale prevedendo il rafforzamento del rapporto con gli Enti locali, con il terzo settore e le rappresentanze dei cittadini.

La costituzione delle Aziende pubbliche di servizi alla persona (Asp), nate dalla riforma delle ex Ipab (50 quelle previste, 34 già costituite e per 16 è in via di conclusione la fase istruttoria), il programma per l'utilizzo del Fondo regionale per la non autosufficienza (che nel 2007, primo anno di avvio, ha utilizzato 255 milioni di euro e assicurato servizi a 54.500 persone, di cui 7.200 nuovi assistiti) rappresentano risultati importanti dello sviluppo dell'integrazione tra sanità e sociale.

Le linee guida per la redazione dell'atto aziendale consentono alle Aziende sanitarie di rafforzare l'integrazione con gli Enti locali. Il Distretto, oltre che luogo di formulazione dei piani di committenza che esprimono il bisogno di assistenza della popolazione di riferimento, è l'ambito elettivo della programmazione sociale e sanitaria, del Fondo per la non autosufficienza, della costituzione delle Asp, che coinvolgono a pieno titolo gli Enti locali.

Il processo per l'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi, attivo dal 2004 per i servizi sanitari e che ha già coinvolto numerosi ospedali, hospice, psichiatria pubblica, case di cura e strutture ambulatoriali private, è stato avviato nel 2007 anche per i servizi socio-sanitari e sociali.

Le attività, i programmi, i modelli organizzativi, gli accordi sviluppati nell'ambito del Servizio sanitario regionale, e riportati nelle pagine di questa pubblicazione, sono mirati a sviluppare l'integrazione quale modalità di lavoro.

I risultati al 31 dicembre 2007

Sono complessivamente positivi i risultati raggiunti nel 2007, qui di seguito commentati sinteticamente ma diffusamente riportati in grafici, tabelle e commenti nelle pagine che seguono.

Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna, fondato sui principi propri del Servizio sanitario nazionale – univer-

salità ed equità di accesso, responsabilità pubblica della tutela della salute, finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale – è composto da 16 Aziende sanitarie e da 1 Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico.

Per favorire qualità ed efficienza di servizi tecnico-logistici o di funzioni di assistenza con bacino sovraziendale sono state istituite 3 Aree vaste che riuniscono le Aziende sanitarie presenti nell'Area: Emilia nord, centro Emilia, Romagna.

I dipendenti del Servizio sanitario regionale, al 31 dicembre 2007, sono 60.710 (+ 985 rispetto al 2006). I medici e i pediatri di famiglia convenzionati sono rispettivamente 3.221 e 584.

La popolazione di riferimento è in crescita: 4.275.843 cittadini e cittadine al 31 dicembre 2007, + 52.258 rispetto al 2006. La crescita è in relazione all'aumento della natalità (40.518 i nati nel 2007 di cui il 23% da mamma straniera) e all'aumento delle persone che arrivano da altre parti del mondo (365.720 al 31 dicembre 2007, 8,6% della popolazione). L'Emilia-Romagna si conferma inoltre come una delle Regioni "più vecchie" d'Italia con 968.208 persone con più di 65 anni (il 22,6% della popolazione contro il 19,8% nazionale), 488.469 persone con più di 75 anni (l'11,4%) e 134.527 over 85enni (il 3,1% del totale).

I posti letto ospedalieri sono 19.983 (19.887 nel 2006). Sono 3,83 per mille abitanti i posti letto per acuti, 0,9 ogni mille abitanti quelli per riabilitazione e lungodegenza. I ricoveri sono complessivamente 851.574. L'indice di attrazione extraregionale è del 15,01% (14,5 nel 2006).

I posti in strutture residenziali e semiresidenziali sono 27.126 (erano 28.314 nel 2006 ma comprendevano anche 1.200 posti non convenzionati e dunque non utilizzati dal Servizio sanitario). I posti letto in hospice sono 216 (170 nel 2006).

Sono 48 le strutture delle Aziende Usl per la diagnosi e la cura delle demenze senili dove le visite e i nuovi utenti sono in crescita passando rispettivamente da 50.784 nel 2006 a 56.542 nel 2007 e da 14.668 nel 2006 a 16.214 nel 2007.

Gli assistiti a domicilio passano da 77.085 nel 2006 a 81.123 nel 2007; gli assegni di cura sono stati erogati a 20.602 persone (18.395 nel 2006).

Sono state 70.045.980 le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate, un dato sostanzialmente stabile rispetto al 2006 (69.812.752).

La rete dei servizi per la salute mentale evidenzia una crescita degli utenti adulti – da 62.618 nel 2006 a 66.813 nel 2007 – e minori da 36.818 nel 2005 a 38.296 nel 2006.

Le persone con dipendenza da sostanze stupefacenti e alcol in trattamento presso i SerT sono state 22.066 (di cui 4.055 provenienti da altre regioni).

La rete consultoriale registra una sostanziale stabilità dei dati di attività e di utenti rispetto al 2006 (920.126 pre-

stazioni contro 893.124; 467.800 utenti contro 452.891). Un dato di rilievo riguarda l'assistenza alle donne in gravidanza: dal 1995 al 2007 passano da 7.069 a 16.405 (da 740 a 7.811 le donne straniere).

Per le donazioni di organi l'Emilia-Romagna, anche nel 2007, si conferma al di sopra della media nazionale (26,4 donatori utilizzati per milione di abitanti contro il 19,3 nazionale). I trapianti di organi sono stati 320, di cui 15 da donatore vivente (erano stati 311 nel 2006).

Le donazioni di sangue nel 2007 hanno registrato un calo a causa della sospensione della raccolta nelle aree colpite nell'estate da una epidemia di Chikungunya (virus trasmesso dalla zanzara tigre): sono state 245.173 le unità di sangue raccolte (248.764 nel 2006). L'autosufficienza regionale è stata garantita ma le unità trasferite alle Regioni carenti hanno registrato una flessione: 6.301 nel 2007 contro 15.115 nel 2006.

I tre programmi di screening – per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori della mammella, del collo dell'utero, e del colon-retto – registrano buoni risultati: l'adesione all'invito è del 73,8% per lo screening mammografico (il 60,4% a livello nazionale), del 55,6% per la cervice uterina (il 39,8% a livello nazionale), del 46,7% per il colon-retto (il 46% a livello nazionale).

La campagna di vaccinazione antinfluenzale 2007-2008, pur rimanendo a livelli alti di copertura, ha registrato una lieve flessione rispetto alla campagna 2006-2007 nelle persone con più di 65 anni (707.387 contro 715.239) e in adulti e bambini con malattie croniche (188.232 contro 195.917). Da migliorare anche l'adesione alla vaccinazione degli operatori del Servizio sanitario regionale: 14.844 i vaccinati nel 2007-2008 contro i 15.845 del 2006-2007. Buoni i risultati per le vaccinazioni nell'infanzia dove sono stabilmente superati gli obiettivi nazionali. Partito nel marzo 2008 il programma di vaccinazione contro i sierotipi 16 e 18 del virus HPV (responsabili del 70% dei tumori del collo dell'utero).

Per la sicurezza nei luoghi di lavoro, dal 2000 al 2007, in Emilia-Romagna gli infortuni denunciati all'INAIL sono diminuiti di circa il 7% (da 140.766 a 130.626) e gli incidenti mortali si sono ridotti del 36% (da 174 a 111). In particolare nel settore edilizia, in forte crescita come numero di imprese e di occupati, sia l'indice di irregolarità che di incidenza degli infortuni sono in diminuzione: il primo passa da 38,94 nel 2001 a 32,65 nel 2007 e il secondo da 8,97 nel 2001 a 6,25 nel 2007. Uno specifico piano per individuare cause di infortuni e malattie professionali riguarda il comparto attività sanitarie e sociali; in questo ambito i dati riferiti al Servizio sanitario regionale nel 2006 registrano 7.827 infortuni, gli accertamenti sul personale esposto a rischi lavorativi registrano l'87,1% di idonei, il 6,9 di casi con limitazioni o prescrizioni, lo 0,4 casi di inidoneità.

I controlli per la sicurezza alimentare registrano una diminuzione delle irregolarità negli stabilimenti di lavorazione del latte e di prodotti lattiero-caseari (da 63% nel 2006 a 25,8% nel 2007), dei prodotti della pesca (dal 25% nel

2006 all'11% nel 2007), negli impianti di lavorazione carni e depositi (dal 40% nel 2006 a 29,6% nel 2007), negli allevamenti di pollame (da 4,3% nel 2006 a 1,1% nel 2007).

Il programma per le cure odontoiatriche, protesiche, ortesiche rivolte a persone con patologie che provocano problemi di natura odontoiatrica o che sono in condizioni economiche svantaggiate ha ampliato il numero di persone a cui sono garantite le cure gratuite e le fasce di reddito che danno diritto alla gratuità o a tariffe e prezzi calmierati.

I programmi di ricerca e innovazione coinvolgono tutte le Aziende sanitarie e IRCCS. La formazione in Educazione continua in medicina ha riguardato 61.400 operatori.

L'accordo con i medici di medicina generale, mirato ad integrare questi professionisti nella vita dell'Azienda sanitaria, ha prodotto significativi risultati: il 94% degli stessi è organizzato nei Nuclei di cure primarie; esperienze significative di presa in carico di persone con patologie croniche sono diffuse in diverse Aziende Usl (in tutte la presa in carico della persona con diabete); il collegamento con la rete telematica Sole (che collega medici e pediatri di famiglia, servizi e operatori delle Aziende sanitarie) riguarda già 2.075 medici e pediatri di famiglia.

La spesa del Servizio sanitario regionale nel 2007 è stata di 7,616 miliardi di euro (7,285 nel 2006 e 7,053 nel 2005). La spesa pro-capite è di 1.773 euro (1.725 nel 2006).

Il riequilibrio tra spesa ospedaliera e spesa territoriale, già operato da diversi anni, ha fatto registrare nel 2007 il 42,02% di spesa ospedaliera e il 53,36% di spesa territoriale; il riequilibrio di spesa è stato contestuale alla qualificazione dei servizi sia territoriali che ospedalieri, come dimostra l'indice di attrazione extraregionale (persone di altre regioni ricoverate in ospedali dell'Emilia-Romagna) arrivato nel 2006 al 15,01% (14,56% nel 2006).

Nel 2007 sono proseguiti gli investimenti per ammodernare o costruire strutture sanitarie e socio-sanitarie: dal 1998 al 2007 sono complessivamente pari a 2,5 miliardi le risorse impegnate.

La spesa farmaceutica complessiva ha registrato un aumento pari all'1,6%, diminuisce però dell'1,4% la voce di spesa più consistente, la farmaceutica territoriale, che rappresenta il 73,7% del totale di spesa.

Nel 2008, il Servizio sanitario regionale avrà a disposizione 7,183 miliardi, secondo quanto prevede il riparto del Fondo sanitario nazionale tra le Regioni; l'aumento rispetto al 2007 è del 3,5%. A queste risorse si aggiungono altri 150 milioni di euro che derivano dalla manovra di bilancio regionale: 100 milioni finalizzati a garantire l'equilibrio economico finanziario del Servizio sanitario regionale nel 2008, 50 milioni destinati al Fondo regionale per la non autosufficienza, che potrà contare complessivamente su 353 milioni di euro. A copertura della spesa sanitaria complessiva concorrono poi le entrate proprie delle Aziende sanitarie e il saldo attivo della mobilità interregionale.

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

Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna è composto da 11 Aziende Unità Sanitarie Locali, 4 Aziende Ospedaliero-Universitarie, 1 Azienda Ospedaliera, 1 Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS).

Al 31 dicembre 2007, i posti letto negli ospedali delle Aziende sanitarie sono 16.158; 38 i Distretti.

La programmazione regionale ha previsto l'istituzione di Aree vaste con lo scopo di 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 e già operative: Area

vasta Emilia Nord (comprende le Aziende sanitarie di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena), Area vasta Centro Emilia (comprende le Aziende sanitarie di Bologna, Imola e Ferrara), Area vasta Romagna (comprende le Aziende sanitarie di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini).

I dipendenti del Servizio sanitario regionale sono 60.710 (+985 rispetto al 2006, significativo l'aumento per gli infermieri + 328). I medici di famiglia e i pediatri di libera scelta convenzionati sono rispettivamente 3.221 e 584.

La popolazione di riferimento è di 4.275.843 residenti (+ 52.258 rispetto al 31 dicembre 2006).

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	281.613	6,6%	3	843	3.599	216	33
Azienda Usl di Parma	425.690	10,0%	4	393	2.450	305	55
Azienda Usl di Reggio Emilia	510.148	11,9%	6	735	3.926	341	79
Azienda Usl di Modena	677.672	15,8%	7	1.612	6.258	531	97
Azienda Usl di Bologna	836.511	19,6%	6	1.859	8.368	634	116
Azienda Usl di Imola	127.554	3,0%	1	577	1.706	96	20
Azienda Usl di Ferrara	355.809	8,3%	3	753	3.151	286	38
Azienda Usl di Ravenna	379.467	8,9%	3	1.220	4.795	286	49
Azienda Usl di Forlì	182.682	4,3%	1	634	2.673	153	23
Azienda Usl di Cesena	200.364	4,7%	2	652	2.708	149	30
Azienda Usl di Rimini	298.333	7,0%	2	910	3.429	224	44
Totale Aziende Usl	4.275.843	100,0%	38	10.188	43.063	3.221	584

Aziende Ospedaliere, Ospedaliero-Universitarie, IRCCS	Posti letto pubblici**	Personale dipendente
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	1.361	3.830
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia	904	2.645
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	775	2.429
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna	1.730	4.996
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara	324	2.550
IRCCS - Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna	876	1.197
Totale Aziende Ospedaliere, Ospedaliero-Universitarie, IRCCS	5.970	17.647
Totale regione	16.158	60.710

*Popolazione al 31/12/2007

** Nella tabella non sono compresi i posti letto dell'ospedalità privata accreditata (compresi invece nei grafici di pagina 20).

Le Aree vaste

Area vasta	Popolazione	Popolazione ≥ 65 anni	% Popolazione ≥ 65 anni
Area vasta Emilia Nord (Aziende sanitarie di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena)	1.895.123	409.771	21,6%
Area vasta Centro Emilia (Aziende sanitarie di Bologna, Imola, Ferrara)	1.319.874	320.668	24,3%
Area vasta Romagna (Aziende sanitarie di Ravenna, Forlì, Cesena, Rimini)	1.060.846	237.769	22,4%
Totale	4.275.843	968.208	22,6%

*Popolazione al 31/12/2007

Il personale dipendente del Servizio sanitario regionale - Anni 2006-2007

	Anno 2006	Anno 2007
Dirigenti medici	8.550	8.638
Dirigenti veterinari	549	530
Dirigenti sanitari	1.122	1.131
Dirigenti professionali, tecnici e amministrativi	578	568
Personale infermieristico	25.865	26.193
Personale tecnico sanitario	3.264	3.350
Personale della prevenzione	914	911
Personale della riabilitazione	2.250	2.282
Assistenti sociali	415	425
Personale tecnico	5.130	5.267
Operatori tecnici addetti all'assistenza	642	296*
Operatori socio sanitari	3.860	4.623
Ausiliari specializzati	762	621
Personale amministrativo	5.806	5.865
Assistenti religiosi	18	10
Totale	59.725	60.710

*Qualifica in esaurimento

La popolazione

La popolazione dell'Emilia-Romagna cresce per effetto della ripresa della natalità e per l'aumento delle persone provenienti da altre parti del mondo. La crescita diventa significativa a partire dalla seconda metà degli anni '90, come si può vedere dai grafici che riportano la serie storica degli ultimi 20 anni.

Al 31 dicembre 2007 sono 4.275.843 i residenti (2.195.877 donne, 2.079.966 uomini), più 52.258 rispetto al 2006. Negli ultimi 10 anni la crescita è stata dell'8,3%, 328.695 in totale, (il 4,8% a livello nazionale).

Aumentano i nati, anche per effetto della presenza di famiglie straniere: nel 2007 sono stati 40.518, di cui il 23% da madre straniera. Lo scorso anno erano stati 39.435 (il 21% da mamma straniera) e 30.139 nel 1997.

Il tasso di natalità in Emilia-Romagna nel 2007 raggiunge quello nazionale pari a 9,5; nel 1997 era 7,6 e quello nazionale 9,4. Aumentano le persone straniere residenti (Marocco, Albania, Romania, Tunisia, Cina, i primi cinque Paesi maggiormente rappresentati): sono 365.720 al 31 dicembre 2007, l'8,6% della popolazione contro il 5,8% nazionale. Nel 2006 erano 318.076, il 7,5% del totale contro il 4,6 nazionale. Nel 1997, primo anno di rilevazione sistematica dopo la

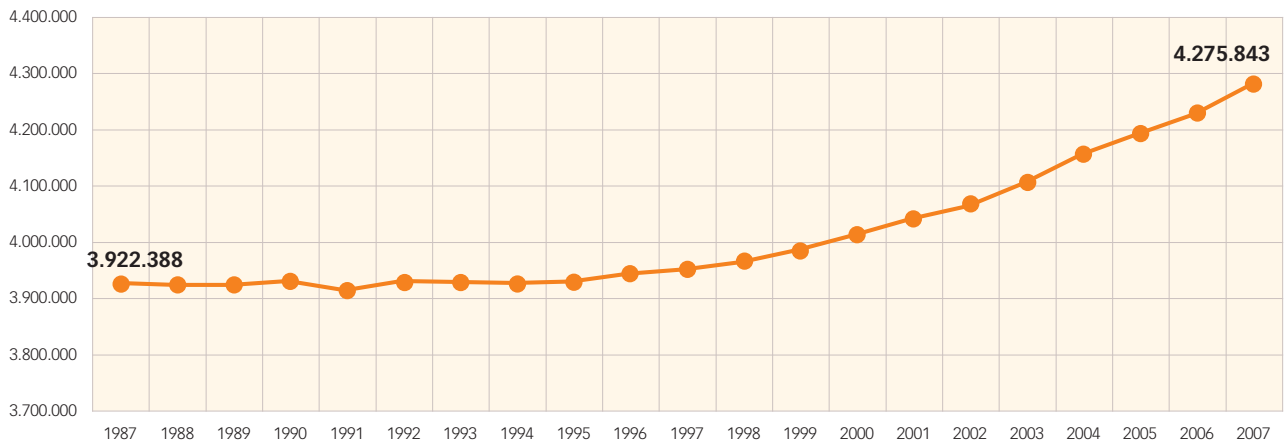
prima regolarizzazione fatta con la "legge Martelli" del '90, erano 81.265. L'analisi secondo il genere della popolazione immigrata registra ancora una prevalenza di uomini: 185.022 rispetto a 180.698 donne. Tuttavia, la componente femminile, soprattutto per effetto della immigrazione dai Paesi dell'est europeo, è considerevolmente aumentata dal 1997 al 2007 passando dal 42,4 al 49,4% (gli uomini passano dal 57,6 al 50,6%). La provincia con il maggior numero di stranieri residenti è Reggio Emilia (il 10,3% della popolazione), seguita da Piacenza (10,09%), Modena (9,9%), Parma (9,2). La provincia con il minor numero di stranieri residenti è Ferrara (5,3% sul totale).

Rispetto alla composizione per età, i dati confermano l'Emilia-Romagna come una delle regioni "più vecchie" d'Italia: al 31 dicembre 2007 sono 968.208 le persone con più di 65 anni (il 22,6% del totale della popolazione, era il 22,8 nel 2006) rispetto a un dato nazionale pari al 19,8% (era il 19,7% nel 2006). Significativa è anche la presenza di over 75enni (488.469 persone, l'11,4% del totale) e di over 85enni (134.527, il 3,1% del totale).

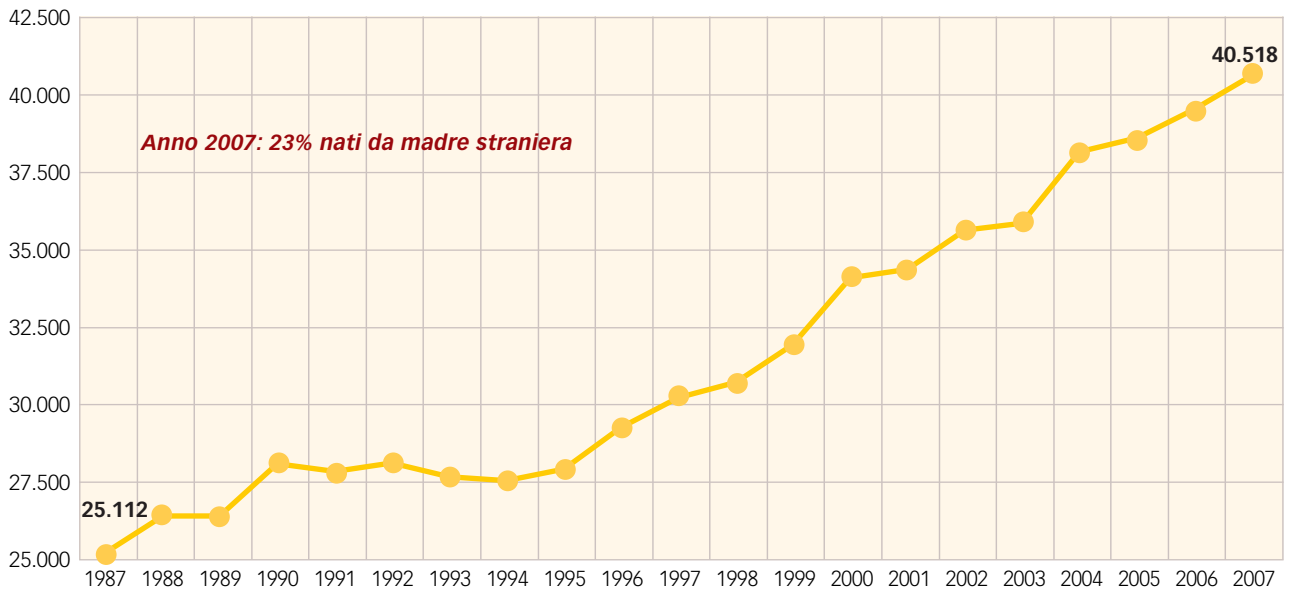
Per approfondimenti:

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

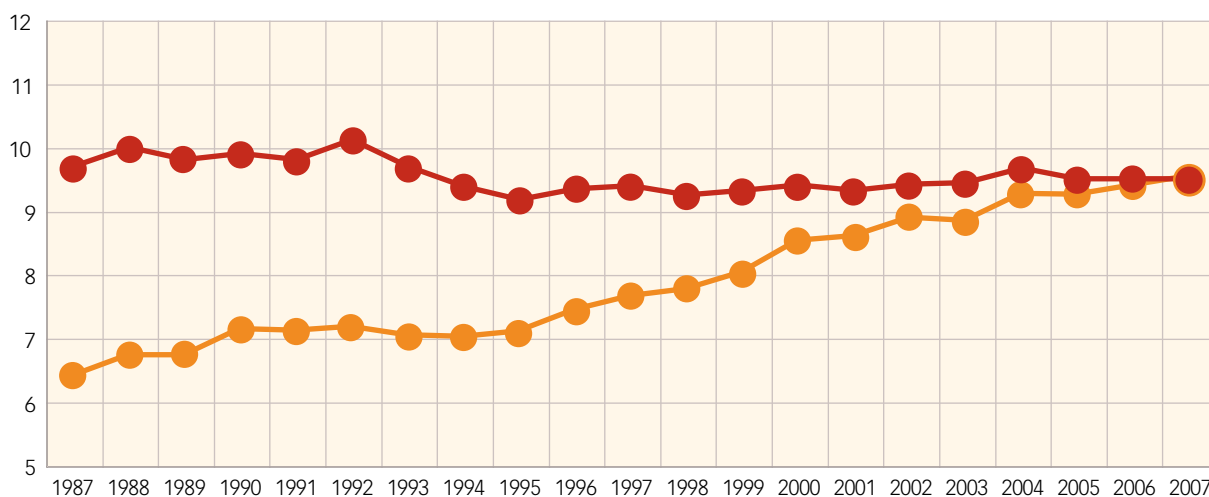
Popolazione residente in Emilia-Romagna dal 1987 al 2007



Nati residenti in Emilia-Romagna dal 1987 al 2007



Tasso di natalità Emilia-Romagna-Italia - Anni 1987-2007

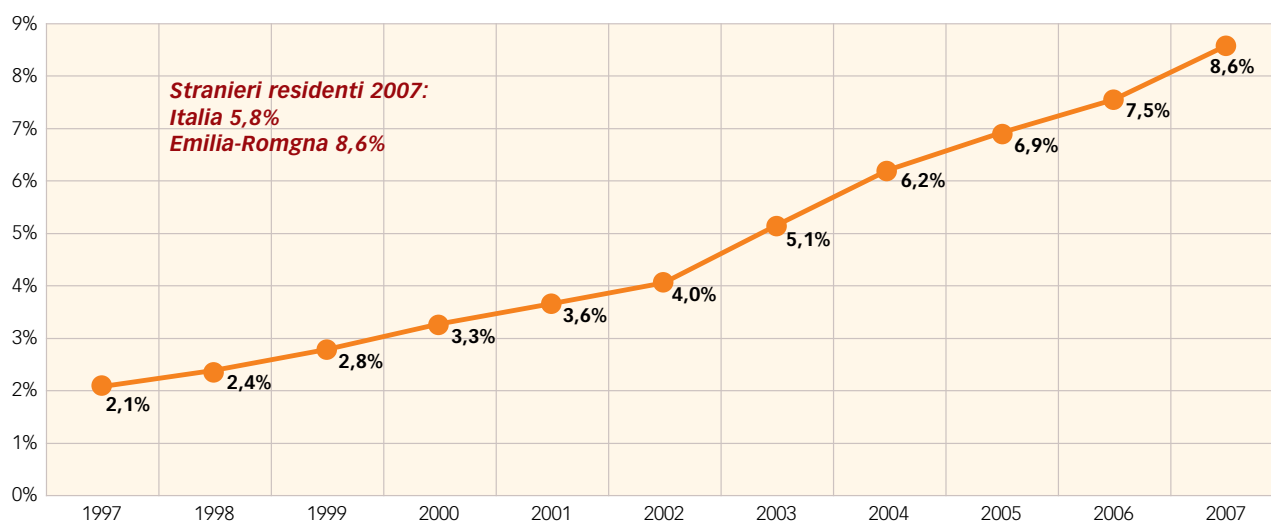


Emilia-Romagna Italia

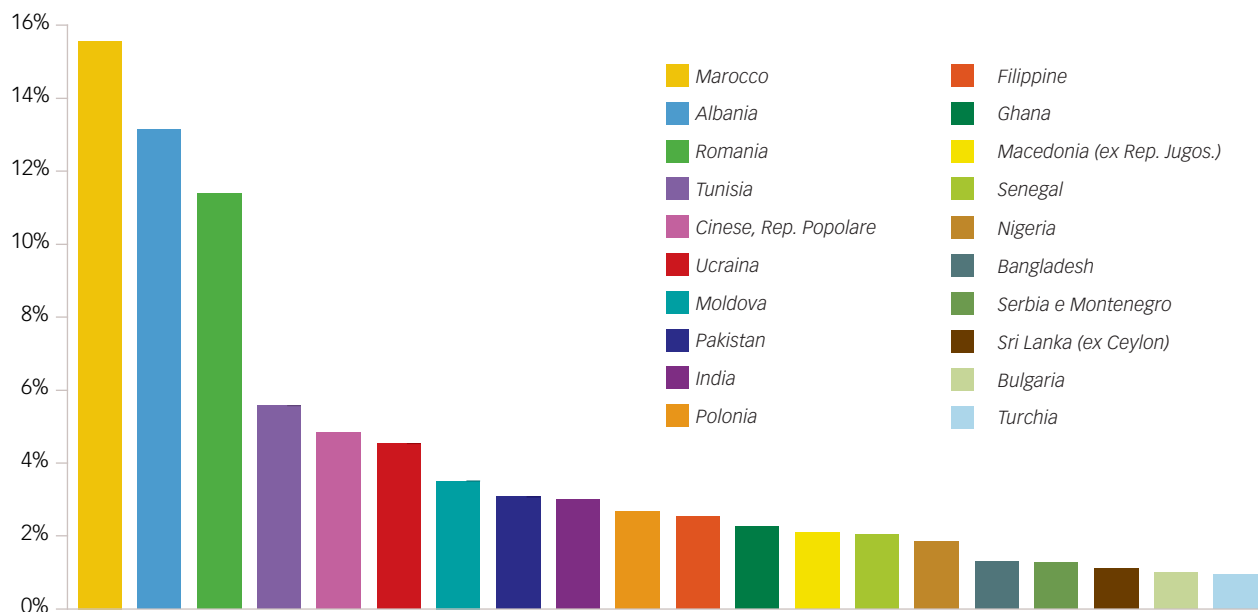
Popolazione straniera residente per Azienda Usl - Anno 2007

Aziende Usl	totale residenti	totale stranieri residenti	% stranieri sul totale dei residenti
Azienda Usl di Piacenza	281.613	28.419	10,1%
Azienda Usl di Parma	425.690	39.147	9,2%
Azienda Usl di Reggio Emilia	510.148	52.420	10,3%
Azienda Usl di Modena	677.672	67.316	9,9%
Azienda Usl di Bologna	836.511	67.113	8,0%
Azienda Usl di Imola	127.554	8.158	6,4%
Azienda Usl di Ferrara	355.809	18.858	5,3%
Azienda Usl di Ravenna	379.467	31.239	8,2%
Azienda Usl di Forlì	182.682	15.108	8,3%
Azienda Usl di Cesena	200.364	15.397	7,7%
Azienda Usl di Rimini	298.333	22.545	7,6%
Totale regione	4.275.843	365.720	8,6%

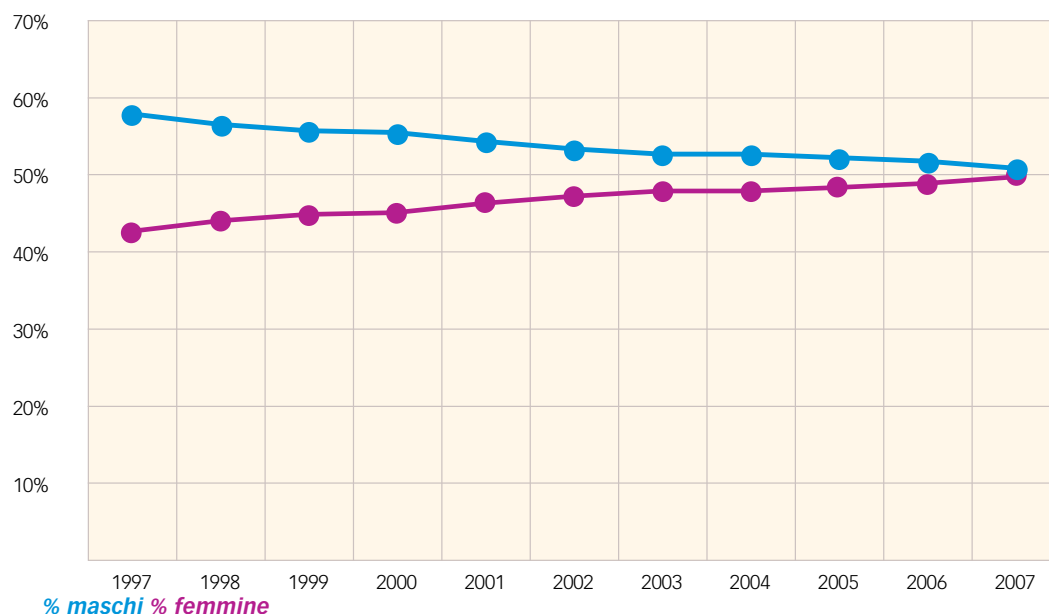
Percentuale di popolazione straniera sulla popolazione residente in Emilia-Romagna Anni 1997-2007



Popolazione straniera residente in Emilia-Romagna per Paese di cittadinanza al 31.12.2007



Composizione per sesso della popolazione straniera residente: anni 1997 - 2007



Popolazione anziana residente per Azienda Usl - Anno 2007

Aziende USL	Totale popolazione	oltre 65 anni	% oltre 65 anni	oltre 75 anni	% oltre 75 anni	oltre 85 anni	% oltre 85 anni
Azienda Usl di Piacenza	281.613	68.412	24,3%	34.818	12,4%	9.510	3,4%
Azienda Usl di Parma	425.690	98.012	23,0%	50.268	11,8%	14.294	3,4%
Azienda Usl di Reggio Emilia	510.148	101.796	20,0%	51.532	10,1%	14.220	2,8%
Azienda Usl di Modena	677.672	141.551	20,9%	70.789	10,4%	19.524	2,9%
Azienda Usl di Bologna	836.511	200.847	24,0%	102.226	12,2%	28.643	3,4%
Azienda Usl di Imola	127.554	28.986	22,7%	14.768	11,6%	4.114	3,2%
Azienda Usl di Ferrara	355.809	90.835	25,5%	45.221	12,7%	11.730	3,3%
Azienda Usl di Ravenna	379.467	91.362	24,1%	46.639	12,3%	13.063	3,4%
Azienda Usl di Forlì	182.682	43.329	23,7%	22.188	12,1%	6.308	3,5%
Azienda Usl di Cesena	200.364	42.128	21,0%	20.300	10,1%	5.277	2,6%
Azienda Usl di Rimini	298.333	60.950	20,4%	29.720	10,0%	7.844	2,6%
Totale regione	4.275.843	968.208	22,6%	488.469	11,4%	134.527	3,1%

L'evoluzione della spesa: raffronto con le altre Regioni

È stata di 7,616 miliardi di euro la spesa totale del Servizio sanitario regionale nel 2007. L'analisi nel quinquennio dal 2003 al 2007 mostra indici di crescita allineati alla media nazionale, pur in presenza di una crescita della popolazione dell'Emilia-Romagna superiore rispetto

a quella nazionale (4,3% nel quinquennio a fronte del 3% nazionale). Un risultato apprezzabile, a cui va aggiunto anche il crescente saldo attivo della mobilità sanitaria, che nel 2007 è stato di 329 milioni di euro (308 nel 2006).

La spesa Regione per Regione - Anni 2003-2005-2007 (cifre assolute in migliaia di euro)

Regioni e Province autonome	Totale spesa 2003	Totale spesa 2005	Totale spesa 2007	Differenza % 2005/2003	Differenza % 2007/2005	Differenza % 2007/2003
Piemonte	6.145.739	7.192.655	7.754.971	17,03%	7,82%	26,18%
Valle D'aosta	197.592	224.758	247.401	13,75%	10,07%	25,21%
Lombardia	12.716.438	14.777.327	16.120.234	16,21%	9,09%	26,77%
Provincia autonoma Bolzano	907.932	982.400	1.067.971	8,20%	8,71%	17,63%
Provincia autonoma Trento	804.212	856.642	941.072	6,52%	9,86%	17,02%
Veneto	6.530.028	7.560.710	8.157.991	15,78%	7,90%	24,93%
Friuli Venezia Giulia	1.731.769	1.987.822	2.167.322	14,79%	9,03%	25,15%
Liguria	2.471.386	2.924.715	3.067.154	18,34%	4,87%	24,11%
Emilia-Romagna	6.110.902	7.053.411	7.615.948	15,42%	7,98%	24,63%
Toscana	5.130.930	5.927.252	6.315.076	15,52%	6,54%	23,08%
Umbria	1.276.166	1.398.837	1.492.953	9,61%	6,73%	16,99%
Marche	2.083.768	2.345.038	2.534.824	12,54%	8,09%	21,65%
Lazio	8.072.280	10.107.400	10.425.232	25,21%	3,14%	29,15%
Abruzzo	1.972.322	2.246.372	2.270.761	13,89%	1,09%	15,13%
Molise	526.421	654.418	614.769	24,31%	-6,06%	16,78%
Campania	7.788.404	9.663.536	9.577.045	24,08%	-0,90%	22,97%
Puglia	5.126.498	6.160.918	6.619.515	20,18%	7,44%	29,12%
Basilicata	769.244	897.681	963.149	16,70%	7,29%	25,21%
Calabria	2.585.899	2.858.194	3.164.400	10,53%	10,71%	22,37%
Sicilia	6.642.986	7.814.847	8.224.197	17,64%	5,24%	23,80%
Sardegna	2.272.758	2.692.359	2.660.276	18,46%	-1,19%	17,05%
Italia	81.863.675	96.327.292	102.002.261	17,67%	5,89%	24,60%

Fonte 2003: Relazione generale sulla situazione economica del Paese 2006

Fonte 2005 e 2007: Relazione generale sulla situazione economica del Paese 2007

Andamento della popolazione residente in Emilia-Romagna e in Italia - Anni 2003-2005-2007

	2003	2005	2007
Emilia-Romagna	4.101.324	4.187.544	4.275.843
Italia	57.888.245	58.751.711	59.619.290

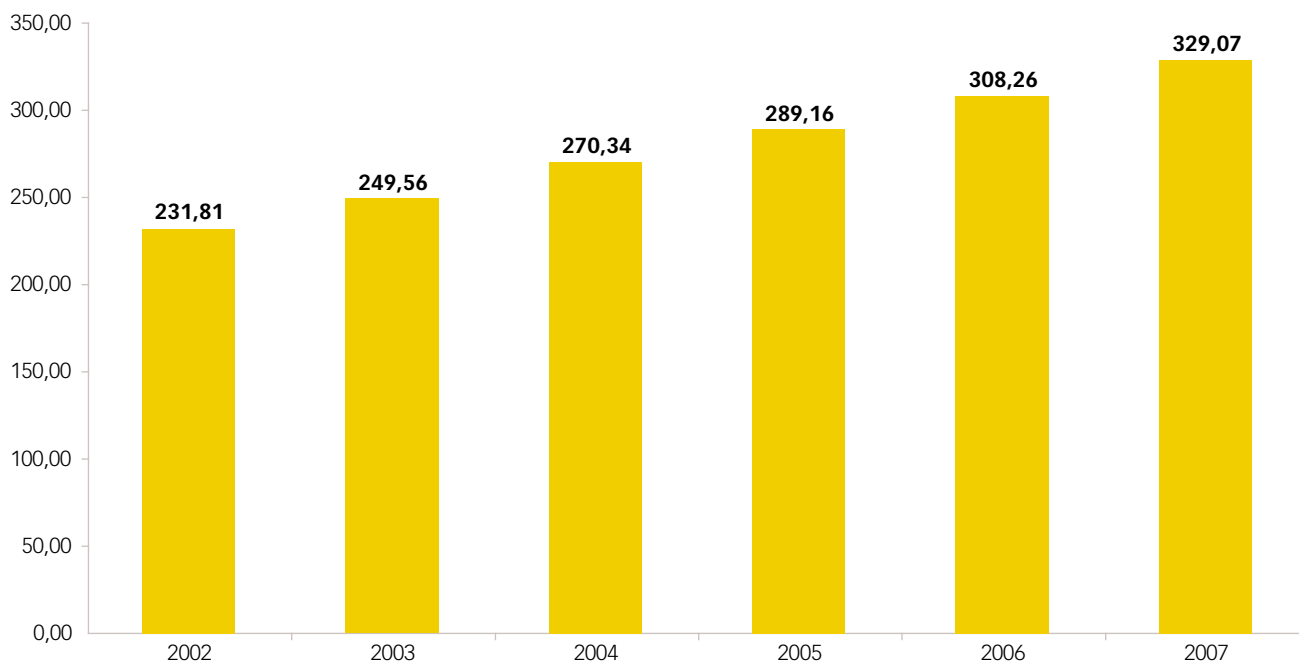
	Incremento % 2005/2003	Incremento % 2007/2005	Incremento % 2007/2003
Emilia-Romagna	2,10%	2,11%	4,26%
Italia	1,49%	1,48%	2,99%

Popolazione residente al 31/12

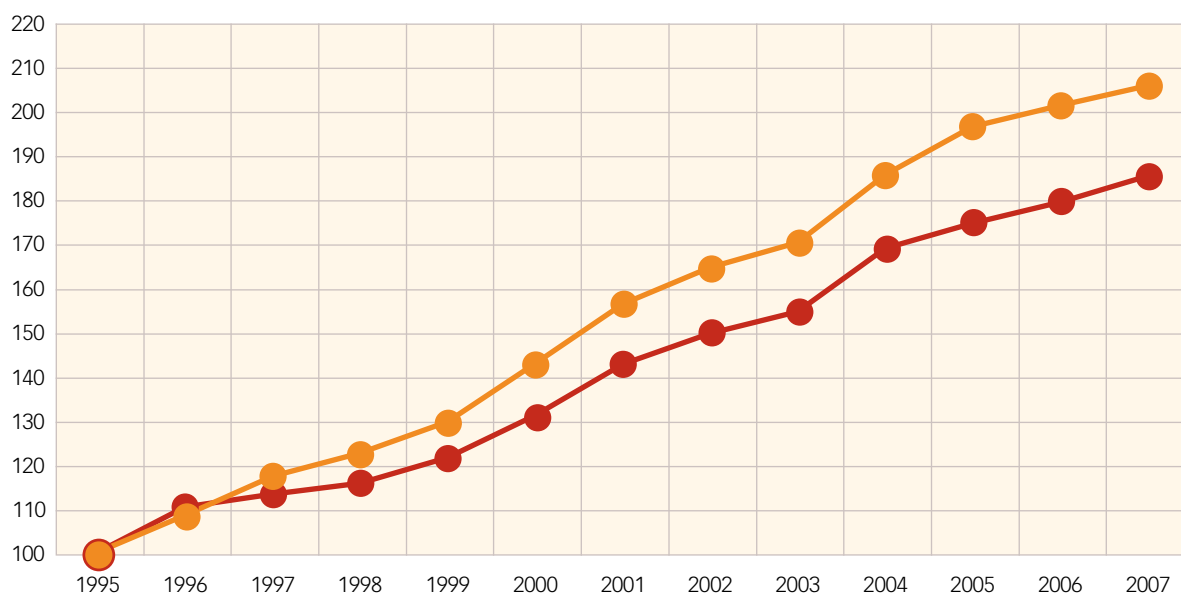
Fonte: Regione Emilia-Romagna - Statistica self-service

Fonte dati nazionali: ISTAT

Saldo mobilità interregionale - Anni 2002-2007 (in milioni di euro)



Spesa totale pro-capite in Emilia-Romagna e in Italia - Anni 1995-2007 (numeri indice 1995 = 100)



Emilia-Romagna Italia

Il grafico rappresenta l'incremento annuale della spesa pro-capite della Regione Emilia-Romagna e dell'Italia. Il valore di partenza dell'anno 1995 viene posto uguale a 100 come valore indice.

Il bilancio di missione

A partire dal 2007 tutte le Aziende sanitarie e l'IRCCS Rizzoli redigono il bilancio di missione annuale, strumento di rendiconto sui risultati dell'attività assistenziale svolta in relazione agli obiettivi di salute fissati dalla programmazione regionale e locale. Il bilancio di missione, previsto dalla legge regionale 29/2004 e introdotto con la delibera di Giunta 213/2005, affianca ed è comple-

mentare al bilancio di esercizio economico-finanziario; insieme permettono di avere un quadro complessivo dei risultati raggiunti. È stato sperimentato nel 2004 da 5 Aziende UsI pilota, diffuso nel 2005 a tutte le Aziende UsI, dal 2007 è redatto da tutte le Aziende del Servizio sanitario regionale.

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

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

Le scelte di politica sanitaria dell'Emilia-Romagna hanno cambiato profondamente gli aspetti strutturali, organizzativi e programmatori dell'intero sistema, perseguendo il riequilibrio dell'offerta tra servizi ospedalieri e territoriali. All'ospedale è stato assegnato un ruolo sempre più specifico per la cura di persone che necessitano di un'assistenza complessa in strutture ad elevata concentrazione di tecnologie e competenze professionali. Allo stesso tempo, è stata potenziata, diversificata e qualificata l'assistenza sul territorio e domiciliare. Già da alcuni anni la

spesa per l'assistenza distrettuale ha superato quella per l'assistenza ospedaliera con un assorbimento di risorse nel 2007 pari al 53,3%.

La metodologia utilizzata nel 2007 per l'elaborazione dei dati è la stessa del 2006; per le prestazioni finanziate dal Fondo regionale per la non autosufficienza i costi includono esclusivamente la quota storica consolidata 2006 di spesa a carico del Fondo sanitario regionale.

La spesa pro-capite passa da 1.725 euro nel 2006 a 1.773 euro nel 2007, con un incremento di poco inferiore al 3%.

Spesa per funzioni e livelli di assistenza - Anni 2006-2007

Livelli di assistenza	Costo 2006 in migliaia di euro	% sul totale	Costo pro-capite 2006 in euro	Costo 2007 in migliaia di euro	% sul totale	Costo pro-capite 2007 in euro
Totale assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (1)	322.961	4,43%	76,47	350.298	4,62%	81,92
Assistenza di base (medici di medicina generale, continuità assistenziale, pediatri di libera scelta)	396.764	5,45%	93,94	417.434	5,51%	97,63
Emergenza sanitaria territoriale	106.724	1,46%	25,27	113.896	1,50%	26,64
Assistenza farmaceutica territoriale	1.017.909	13,97%	241,01	1.017.009	13,41%	237,85
Assistenza integrativa e protesica	110.560	1,52%	26,18	110.253	1,45%	25,79
Assistenza specialistica compreso Pronto soccorso non seguito da ricovero	1.237.655	16,99%	293,03	1.262.853	16,66%	295,35
Assistenza domiciliare	151.483	2,08%	35,87	151.043	1,99%	35,32
Assistenza alle donne, famiglia, coppie (Consultori, Pediatrie di comunità)	85.137	1,17%	20,16	85.776	1,13%	20,06
Assistenza psichiatrica	315.193	4,33%	74,63	336.364	4,44%	78,67
Assistenza riabilitativa ai disabili	117.479	1,61%	27,81	117.619	1,55%	27,51
Assistenza ai tossicodipendenti	62.311	0,86%	14,75	64.700	0,85%	15,13
Assistenza agli anziani	312.172	4,28%	73,91	319.412	4,21%	74,70
Assistenza ai malati terminali	16.975	0,23%	4,02	18.587	0,25%	4,35
Assistenza a persone affette da HIV	4.163	0,06%	0,99	4.705	0,06%	1,10
Assistenza idrotermale	19.787	0,27%	4,68	25.662	0,34%	6,00
Totale assistenza distrettuale	3.954.312	54,28%	936,25	4.045.313	53,36%	946,09
Totale assistenza ospedaliera	3.008.422	41,29%	712,29	3.186.219	42,02%	745,17
Totale livelli di assistenza per residenti	7.285.695	100,00%	1.725,00	7.581.830	100,00%	1.773,18

Fonte: Modello LA consuntivo 2006 e 2007 - La popolazione utilizzata per il calcolo del costo pro-capite è quella regionale (statistica self-service) residente al 31/12.

Popolazione al 31/12/2006: **4.223.585**

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

NOTE

La spesa per livelli di assistenza comprende anche i costi complessivi di gestione dei servizi.

Per le prestazioni finanziate dal Fondo regionale per la non autosufficienza i costi includono esclusivamente la quota storica di spesa a carico del Fondo sanitario regionale pari a 211 milioni di euro.

(1) Nel totale Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, in relazione ad un aggiornamento delle Linee guida per la compilazione del modello, non 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 15-16 milioni di euro, che restano allocati al livello dell'Assistenza specialistica.

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

Il 2007 si è caratterizzato sul piano degli investimenti sanitari per l'approvazione da parte dell'Assemblea legislativa del quarto aggiornamento del programma regionale di investimenti in sanità e per la firma dell'Accordo di Programma integrativo fra la Regione Emilia-Romagna e lo Stato.

Con delibera 1183/2007 la Giunta regionale ha approvato la programmazione di interventi per 9 milioni di euro dei quali: 5,4 milioni per il 4° aggiornamento del programma regionale di investimenti in sanità (che comprende anche 2,2 milioni di euro da fondi delle Aziende sanitarie) e 3,6 milioni per la seconda fase del programma odontoiatria. Con l'Accordo di Programma integrativo lo Stato ha autorizzato la realizzazione di 8 interventi approvati dalla programmazione regionale già nel 2003 il cui costo complessivo è di 57,239 milioni di euro (così ripartiti: Stato 45,433 milioni, Regione 3,494 milioni, Aziende sanitarie 8,311 milioni).

I finanziamenti del 4° aggiornamento e dell'Accordo integrativo Stato-Regione sono destinati a completare opere iniziate nei trienni precedenti, all'adeguamento

delle strutture sanitarie alle norme sulla sicurezza e sull'accreditamento, a favorire processi di riorganizzazione aziendale.

Complessivamente, al 31 dicembre 2007, ammontano a 2 miliardi e 507 milioni di euro gli investimenti attivati negli ultimi 18 anni.

Gli investimenti sono avvenuti in tre tranche. La prima, conclusa, ha riguardato 161 interventi e un finanziamento complessivo di circa 734 milioni di euro. La seconda tranche comprende 123 interventi, per un finanziamento di 835 milioni di euro: ne sono stati completati 88 e 33 sono in via di realizzazione (altri due interventi sono stati sospesi a causa di un contenzioso con la ditta appaltatrice e per il ritrovamento di un ordigno bellico). La terza tranche prevede 523 interventi (228 area sanitaria e 295 area socio-sanitaria) per 938 milioni di euro.

Oltre a questi programmi, le Aziende sanitarie realizzano regolarmente, con fondi propri, interventi di ammodernamento delle proprie strutture.

I programmi e i finanziamenti (in euro)- Anni 1998 - 2007

	Stato	Regione	Enti*	Totale
1^ tranche - conclusa	545.865.652	34.008.522	154.293.398	734.167.573
2^ tranche - in via di ultimazione	467.223.579	24.592.128	342.721.127	834.536.834
3^ tranche - in corso di realizzazione	317.947.408	208.938.234	411.479.072	938.364.714
Totale	1.331.036.640	267.538.884	908.493.597	2.507.069.122

*Gli Enti possono essere Comuni ex Ipab e Onlus

I programmi

PRIMA TRANCHE: conclusa *

161 interventi

Investimenti per circa 734 milioni di euro

Gli interventi hanno riguardato tra l'altro:

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

Sono stati inoltre realizzati e attivati:

i reparti di malattie infettive negli Ospedali di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Ferrara, Ravenna, Forlì, Cesena, Rimini.

*in corso di ultimazione il reparto di malattie infettive del Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna.

SECONDA TRANCHE: in via di ultimazione
123 interventi
Investimenti per 835 milioni di euro

Gli interventi conclusi sono 88, tra questi:

- i nuovi Ospedali di Fidenza (Parma), Baggiovara e Sassuolo (Modena), San Giovanni in Persiceto (Bologna), Lagosanto (Ferrara), l'ampliamento dell'Ospedale Maggiore di Parma e dell'Ospedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia, il completamento dell'Ospedale riabilitativo di Villanova d'Arda (Piacenza) e dell'Ospedale di Vignola (Modena), la ristrutturazione e l'ampliamento del reparto "Nuove patologie" del Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna;
- il Dipartimento di prevenzione di Piacenza, il Polo socio-sanitario di Langhirano, il Distretto di Mirandola (Mo), il nuovo Palazzetto ambiente a Ravenna, l'acquisto e installazione dell'acceleratore lineare a Piacenza;
- l'adeguamento alla normativa sulla sicurezza e l'accreditamento di presidi ospedalieri e territoriali;
- la realizzazione di 42 Rsa per persone anziane e persone disabili.

Gli interventi in corso di realizzazione sono 33, tra cui:

- 1 nuova struttura extra-ospedaliera;
- 13 Rsa per anziani e disabili;
- il completamento degli interventi negli Ospedali di Fiorenzuola (Pc), Policlinico di Modena, Policlinico S. Orsola e Ospedali Maggiore e Bellaria di Bologna, nuovo Ospedale di Porretta (Bologna), nuovo Ospedale di Cona (Ferrara), ammodernamento degli Ospedali Santa Maria delle Croci di Ravenna, Bufalini di Cesena e Infermi di Rimini.

Al 31 dicembre 2007 risultavano sospesi due interventi (per un contenzioso con la ditta appaltatrice e per il ritrovamento di un ordigno bellico).

TERZA TRANCHE:
523 interventi
per 938 milioni di euro

Per la sola area sanitaria gli interventi sono 188, tra cui:

- 8 interventi per l'Area metropolitana di Bologna: il Polo tecnologico del Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna (già attivato), i Poli cardiologico e cardiocirurgico sempre del S. Orsola-Malpighi (in via di definizione), la ristrutturazione della sede ospedaliera dell'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna e altri 4 interventi negli Ospedali Bellaria di Bologna (in corso di esecuzione), di Bazzano (già attivato) e Budrio (concluso), nonché nel complesso Roncati di Bologna;
- 20 strutture per le cure palliative: 14 concluse (13 già attivate), 5 in corso d'esecuzione;
- 69 interventi per la libera professione intramuraria: 32 conclusi (26 già attivati), 35 in corso di esecuzione, 2 in corso di aggiudicazione dei lavori;
- 11 interventi previsti dall'Accordo di programma stralcio 2004: 4 già attivati, 7 in fase di realizzazione;
- 1 intervento in corso di realizzazione per il potenziamento dell'Ospedale di Parma (Accordo stralcio 2005)
- 111 interventi di vario tipo previsti dai programmi regionali: 40 conclusi (36 già attivati), 25 con lavori in corso, 46 in corso d'aggiudicazione dei lavori.

Assistenza ospedaliera: posti letto, ricoveri, tempi di attesa per interventi programmati

I posti letto pubblici e privati accreditati del Servizio sanitario regionale al 31 dicembre 2007 sono 19.983 (16.158 pubblici, 3.825 privati accreditati). Comprendono posti letto per acuti (14.336), per lungodegenza e riabilitazione (3.821), per day hospital (1.826). Il numero di posti letto complessivo è sostanzialmente stabile rispetto al 31 dicembre 2006 (19.887 il totale). Ogni mille abitanti ci sono 3,83 posti letto per acuti (ricoveri ordinari e day hospital) e 0,9 posti letto riservati alla lungodegenza e alla riabilitazione. Il tasso di ospedalizzazione, per mille abitanti, è 138 per i ricoveri ordinari e 45,4 per il day hospital. Continua a crescere l'indice di attrazione di persone provenienti da altre regioni: nel 2007 è stato del 15,01%, era il 14,5 nel 2006 e il 13,8 nel 2005.

I ricoveri nel 2007 sono stati 851.574 (797.677 in posti letto per acuti, 22.628 in riabilitazione e 31.269 in lungodegenza).

Nel 2007, nelle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate sono stati 296.000 i ricoveri programmati a carico del Servizio sanitario regionale.

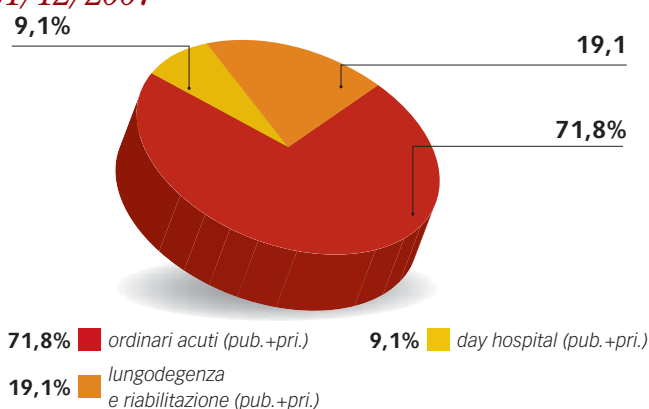
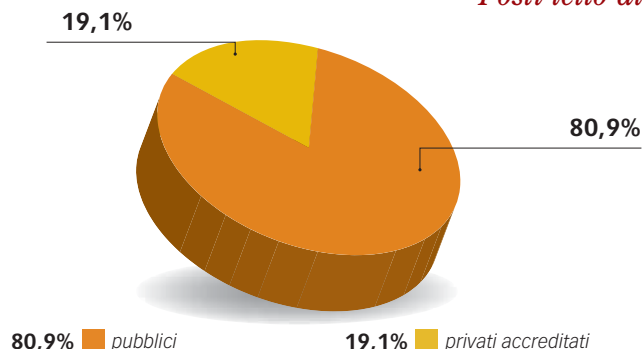
Per alcune tipologie di intervento la Regione ha individuato,

in accordo con le indicazioni nazionali, obiettivi specifici: per gli interventi chirurgici nelle patologie neoplastiche di utero, mammella e colon-retto è previsto il trattamento entro 30 giorni nel 100% dei casi, per gli interventi di angioplastica coronarica e di bypass aortocoronarico è previsto il trattamento entro 60 giorni nel 90% dei casi, per gli interventi di endoarteriectomia carotidea è previsto il trattamento entro 90 giorni nel 90% dei casi, per gli interventi di asportazione di cataratta e di atropotesi d'anca è previsto il trattamento entro 180 giorni nel 90% dei casi. Nell'area cardiologica, vascolare ed oculistica, i livelli di raggiungimento degli obiettivi si confermano soddisfacenti anche per il 2007, mentre gli interventi di artroprotesi d'anca mostrano un margine di miglioramento.

Nell'area oncologica i dati sono influenzati dai tempi complessivi dei percorsi diagnostico-terapeutici pre intervento e dalle modalità di rilevazione dei tempi d'attesa 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 2007: 19.983

Posti letto al 31/12/2007



Posti letto pubblici e privati accreditati al 31.12.2007 per 1000 abitanti

Acuti	3,83
Lungodegenza e riabilitazione	0,90

Tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti al 31.12.2007

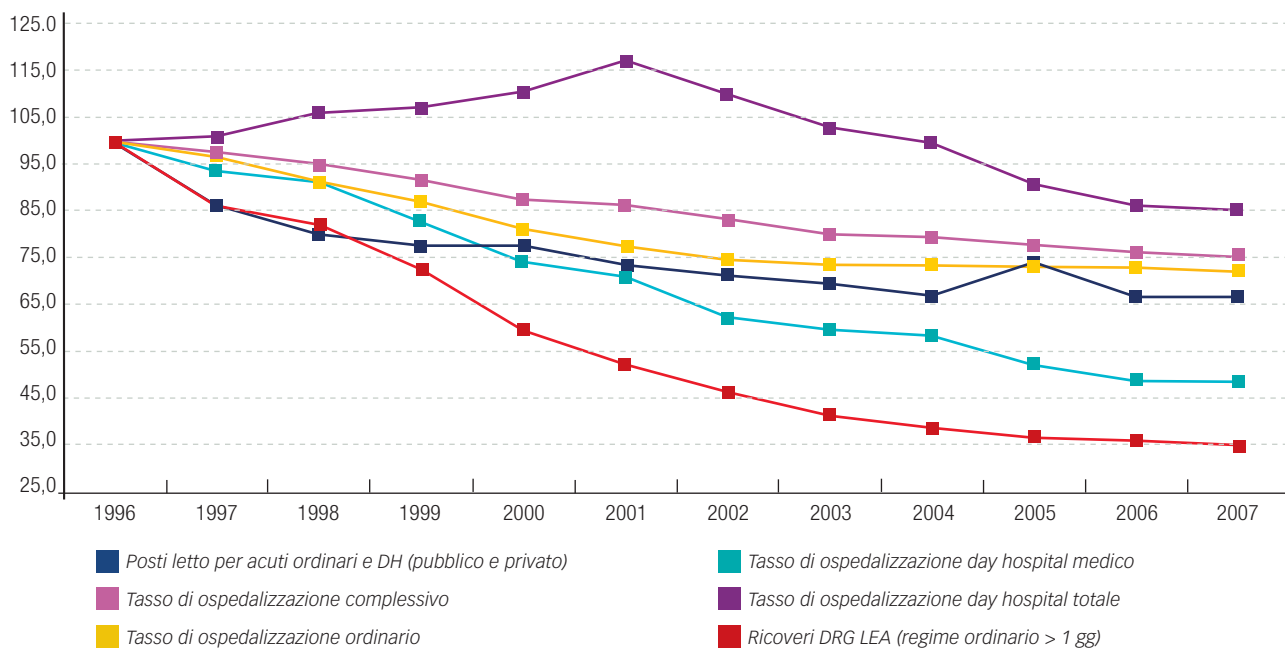
Ordinario	138,0
Day hospital	45,4

Ricoveri (acuti, riabilitazione e lungodegenza) al 31.12.2007

Acuti	797.677
Riabilitazione	22.628
Lungodegenza	31.269
Totale	851.574

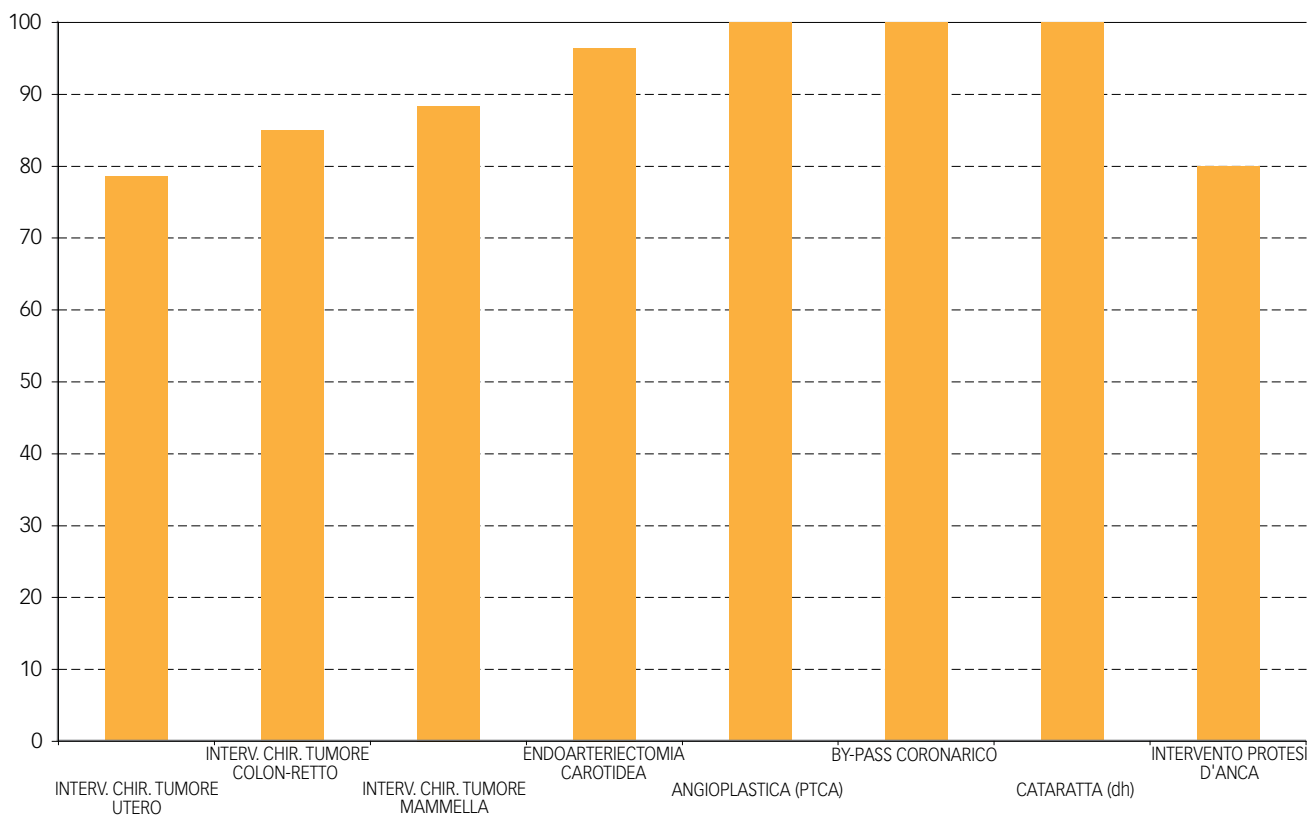
Indice di attrazione extraregionale Anno 2007: 15,01%

Tassi di ospedalizzazione - Anni 1996 - 2007 (numeri indice 1996 = 100)



I posti letto pubblici sono passati dai 20.657 del 1996 ai 16.158 del 2007, con una parziale trasformazione in posti letto di lungodegenza post acuti

Percentuale interventi programmati eseguiti entro i tempi previsti dagli obiettivi nazionali Anno 2007



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

I servizi sanitari e sociosanitari per gli anziani, le persone con disabilità, disagio psichico, dipendenze patologiche comprendono una rete di strutture residenziali e semi-residenziali.

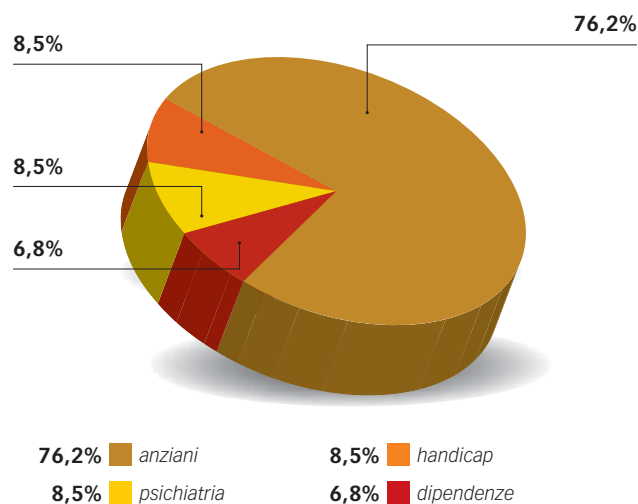
Al 31 dicembre 2007 i posti in struttura residenziale sono 19.650 (erano 20.779 nel 2006), in struttura semi-residenziale sono 7.476 (erano 7.533). Va segnalato che, per quanto attiene l'offerta nell'area delle dipendenze, fino allo scorso anno venivano conteggiati tutti i posti degli Enti iscritti

all'Albo regionale degli Enti ausiliari; detto Albo comprendeva anche 1.200 posti non convenzionati. Con il processo di accreditamento avviato nel 2007 l'offerta regionale è stata ridefinita sulle sole strutture accreditate.

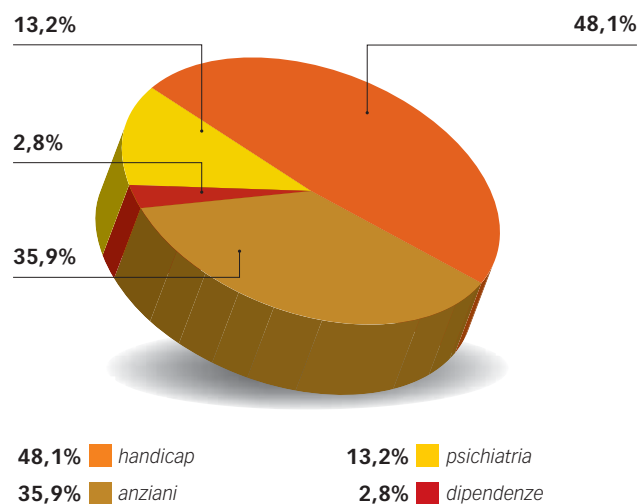
Dal 2007, con l'avvio del programma triennale per l'utilizzo del Fondo regionale per la non autosufficienza, anche la rete delle strutture residenziali e semi-residenziali è coinvolta nel processo di ulteriore qualificazione di tutti i servizi a favore delle persone non autosufficienti.

Posti residenziali e semiresidenziali - Anno 2007: 27.126

Posti residenziali



Posti semiresidenziali



L'assistenza in hospice

Sono 18 con 216 posti letto gli hospice in Emilia-Romagna. Erano 17 con 202 posti letto al 31 dicembre 2007 (l'ultimo arrivato, l'hospice di Guastalla con 14 posti letto è stato inaugurato nel marzo 2008 e non è compreso nella tabella sotto riportata).

L'incremento della rete è stato significativo anche negli ultimi anni: si è passati da 14 hospice con 170 posti letto nel 2005 ai 18 con 216 posti letto considerando anche l'hospice di Guastalla aperto nel marzo 2008. Anche le persone ricoverate sono aumentate passando da 2.389

nel 2005 a 3.182 nel 2007.

Gli hospice sono inseriti nel sistema di cura del Servizio sanitario regionale. Assicurano assistenza personalizzata che comprende anche cura del dolore e sostegno psicologico.

Gli hospice sono situati presso strutture ospedaliere o sul territorio; possono essere gestiti direttamente dalle Aziende sanitarie o da associazioni di volontariato no profit in convenzione con le Aziende sanitarie.

Hospice: Anni 2005 - 2006 - 2007

Aziende Sanitarie	Hospice		Anno 2005			Anno 2006			Anno 2007		
			posti letto	pazienti ricoverati	degenza media (gg.)	posti letto	pazienti ricoverati	degenza media (gg.)	posti letto	pazienti ricoverati	degenza media (gg.)
Azienda UsI PIACENZA	Hospice di Borgonovo Valtidone	Pubblico	10	7	20,1	10	149	16,6	10	159	18,9
Azienda UsI PARMA	Hospice Borgotaro	Pubblico	8	59	22,4	8	107	17,3	8	81	23,9
	Hospice Langhirano	Pubblico	12	25	21,6	12	57	38,9	12	115	31,2
	Hospice Fidenza	Privato accreditato	15	152	23,1	15	193	24,2	15	202	18,8
	Hospice Piccole Figlie	Privato accreditato							8	24	12,0
Azienda UsI REGGIO EMILIA (*)	Hospice Madonna Dell'uliveto di Albinea	Privato accreditato	12	207	20,2	12	204	20,6	12	221	19,1
Azienda Ospedaliero Universitaria MODENA	Hospice Policlinico di Modena	Pubblico	10	286	12,7	10	297	12,5	10	282	12,9
Azienda UsI BOLOGNA	Hospice Chiantore Seragnoli	Privato accreditato	30	493	19,3	30	514	20,0	30	620	15,2
	Hospice Bellaria	Pubblico							13	143	19,2
Azienda UsI IMOLA	Hospice Castel S.Pietro	Pubblico	12	148	17,9	12	217	17,0	12	197	21,0
Azienda UsI FERRARA	Hospice Ado	Privato accreditato	12	207	20,1	12	200	19,5	12	194	21,0
	Hospice Codigoro	Pubblico							11	25	15,4
Azienda UsI RAVENNA	Hospice Lugo	Pubblico	8	83	23,2	8	120	19,6	8	103	24,0
Azienda UsI FORLÌ	Hospice Forlimpopoli	Pubblico	11	302	12,5	11	265	14,5	11	256	14,5
	Hospice di Dovadola	Pubblico	8	12	20,5	8	108	22,9	8	134	19,7
Azienda UsI CESENA	Hospice Savignano sul Rubicone	Pubblico	12	246	16,6	12	233	25,0	12	232	19,1
Azienda UsI RIMINI	Hospice Rimini	Pubblico	10	162	17,7	10	195	15,1	10	194	14,1
Totale			170	2.389	17,8	170	2.859	19,0	202	3.182	18,0

(*) Nel marzo 2008 è stato inaugurato l'hospice di Guastalla (hospice pubblico con sede all'Ospedale di Guastalla, Azienda UsI Reggio Emilia) con 14 posti letto

Servizi per le demenze senili

L'assistenza alle persone colpite da demenza e il sostegno ai loro famigliari 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 famigliari, il volontariato.

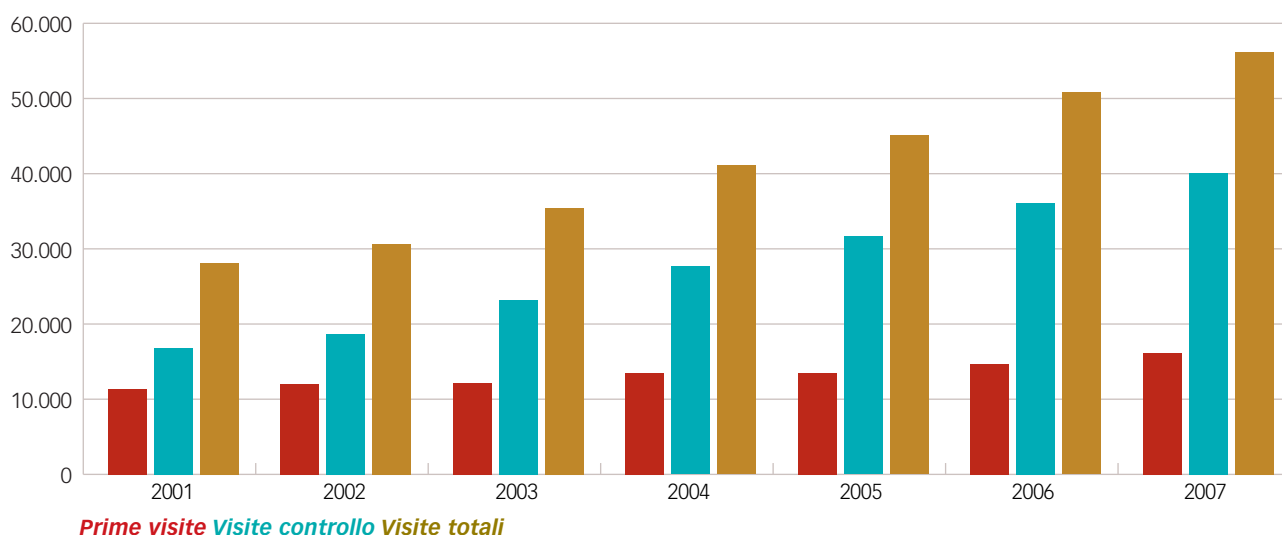
In Emilia-Romagna sono 48 le strutture delle Aziende Usl per la diagnosi e la cura delle demenze senili: 4 a Piacenza, 4 a Parma, 7 a Reggio Emilia, 9 a Modena, 10 a Bologna, 1 a Imola, 6 a Ferrara, 4 a Ravenna, 1 a Forlì, 1 a Cesena, 1 a Rimini.

La cura dell'Alzheimer (principale causa di demenza senile) prevede interventi diversi: farmacologici, di stimolazione cognitiva, sostegno psicologico e gruppi di aiuto per i famigliari, corsi formativi e informativi per famigliari e operatori, consulenze specialistiche. Offrire una informale stimolazione cognitiva alle persone con Alzheimer

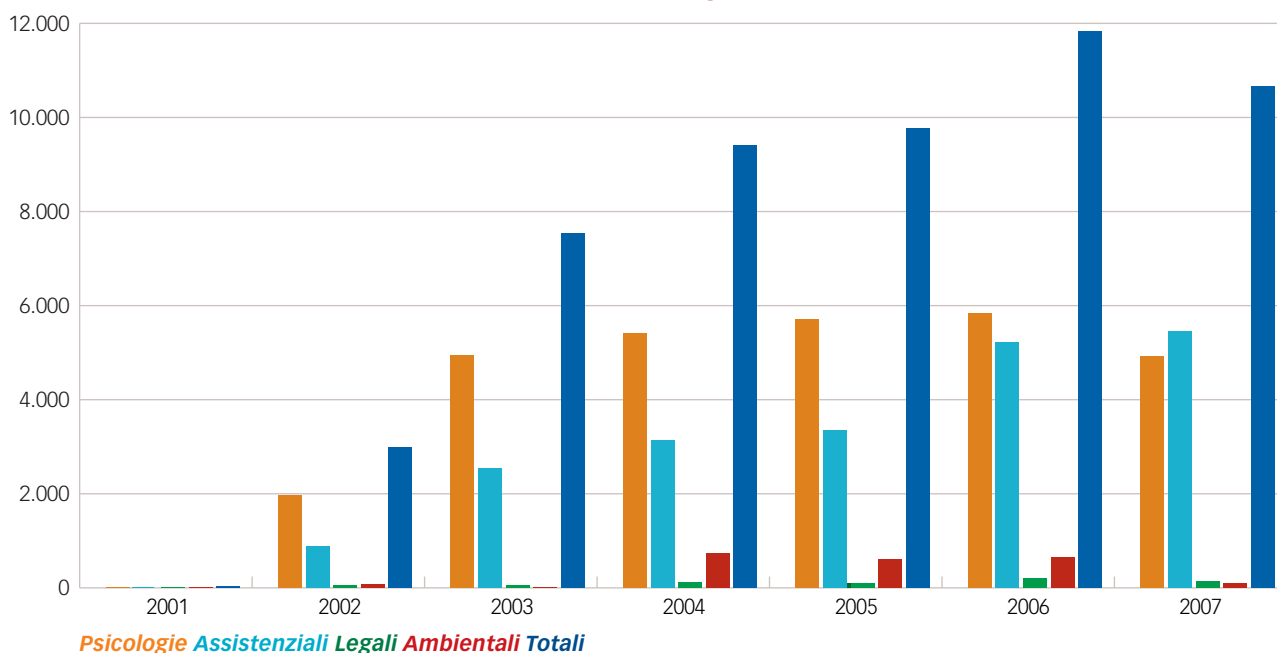
e, allo stesso tempo, una opportunità per i famigliari di condividere i propri problemi con altre persone che vivono la stessa esperienza è l'idea alla base dei "Caffè Alzheimer", momenti di incontro informali promossi in alcune Aziende Usl, spesso in collaborazione con le associazioni dei famigliari. Nel 2008, nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza, gli ambiti distrettuali hanno destinato 684.000 euro per lo sviluppo di attività rivolte ai gruppi, tra cui i Caffè Alzheimer.

Tra il 2007 e il 2001 le visite complessive effettuate dalle strutture specializzate dell'Emilia-Romagna sono raddoppiate (56.542 contro 28.128), sono state 50.784 nel 2006. Nel 2007 i nuovi utenti sono stati 16.214 (lo scorso anno erano stati 14.668). Le consulenze specialistiche sono state 10.806, rispetto alle 11.893 del 2006.

Visite - Anni 2001-2007



Consulenze specialistiche ai famigliari - Anni 2001-2007



Assistenza domiciliare

Continua a crescere il numero delle persone che ricevono assistenza al proprio domicilio. Nel 2007 sono state 81.123 le persone assistite per un totale di 96.258 "prese in carico" (vale a dire più periodi di assistenza per la stessa persona). Nel 2006 gli assistiti a domicilio erano stati 77.085 (90.403 le "prese in carico"); nel 2005 gli assistiti erano stati 71.237 e le "prese in carico" 84.001.

Crescono nel 2007 anche gli accessi degli operatori nelle case degli assistiti raggiungendo la quota di 2.252.130 (2.078.765 nel 2006).

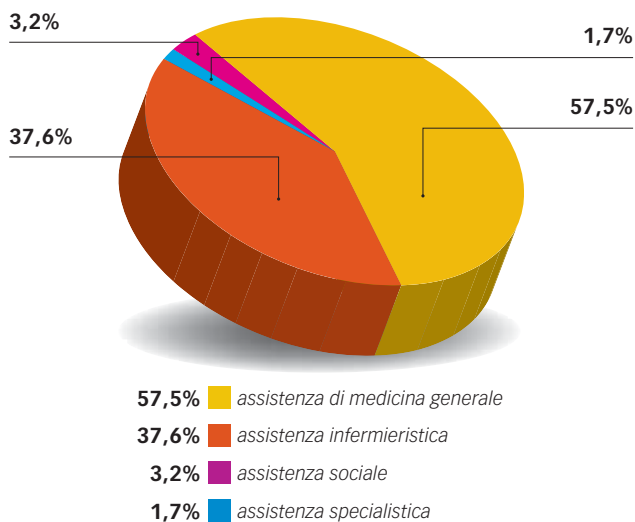
Il sistema delle cure domiciliari è rivolto ad assistere per-

sone non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza in condizioni di salute trattabili a domicilio, con idonea condizione abitativa e supporto familiare o "di vicinato". Con questa forma di assistenza si punta a 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 alla erogazione dei presidi e degli ausili. L'avvio del Fondo regionale per la non autosufficienza ha, tra le priorità, il sostegno della domiciliarità.

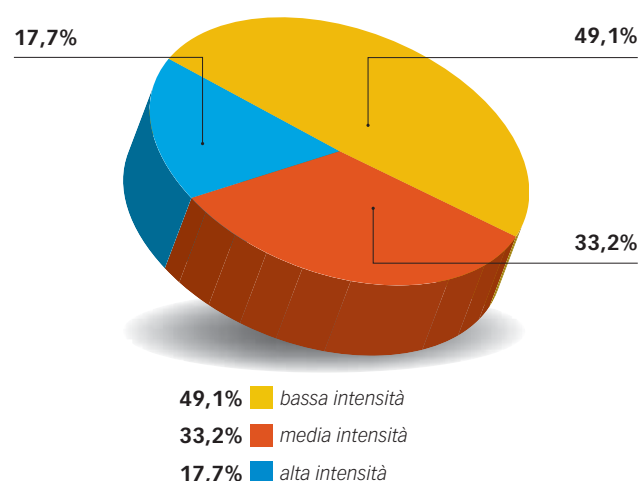
Prese in carico di persone assistite nel 2007: 96.258

Totale delle persone assistite nel 2007: 81.123

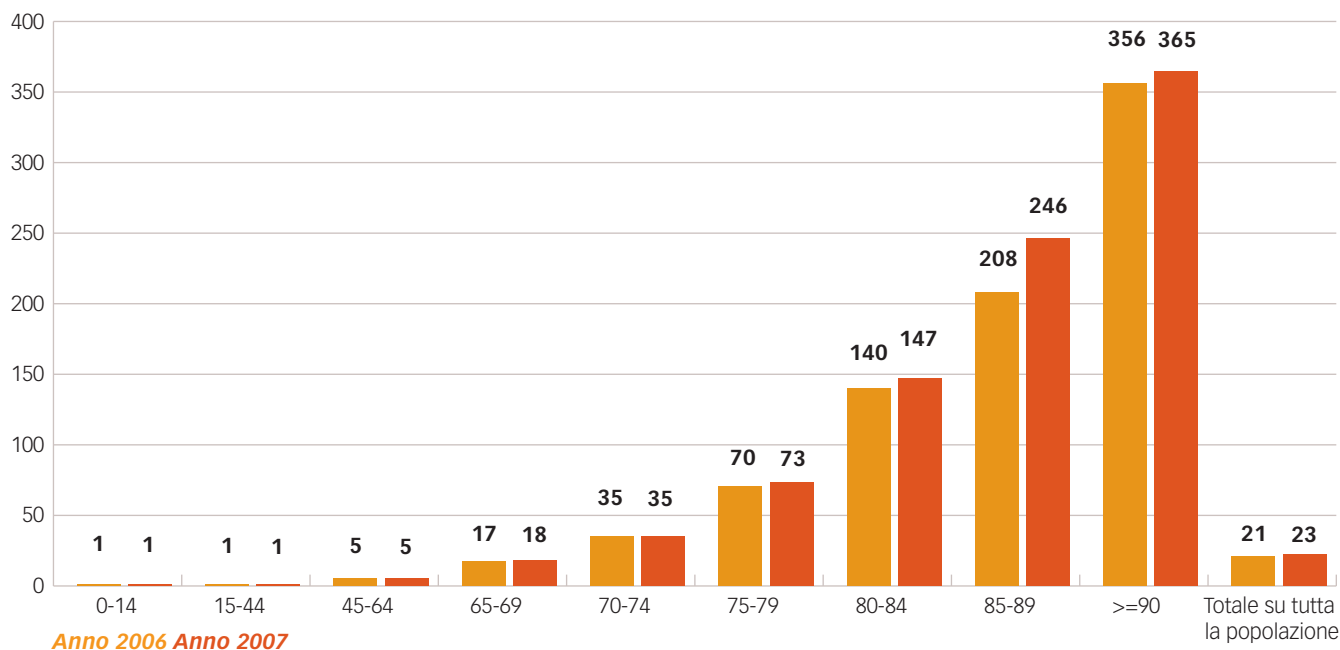
Tipologia di assistenza domiciliare



Livello intensità assistenziale



*Persone in assistenza domiciliare, tassi specifici per fasce di età per 1.000 abitanti
Anni: 2006 - 2007*



Assegni di cura

Nel 2007 cresce in modo rilevante il numero di coloro che usufruiscono dell'assegno di cura (destinato a coloro che assistono a casa i propri congiunti ammalati, disabili o non autosufficienti): 20.602 i beneficiari, +10,7% rispetto al 2006 (quando la crescita era stata contenuta rispetto al 2005: +1,9%).

In assoluto, dal 2000 ad oggi, le famiglie emiliano-romagnole che hanno usufruito di questa misura di sostegno sono più che raddoppiate, passando da 9.600 nel 2000 a 20.602 nel 2007.

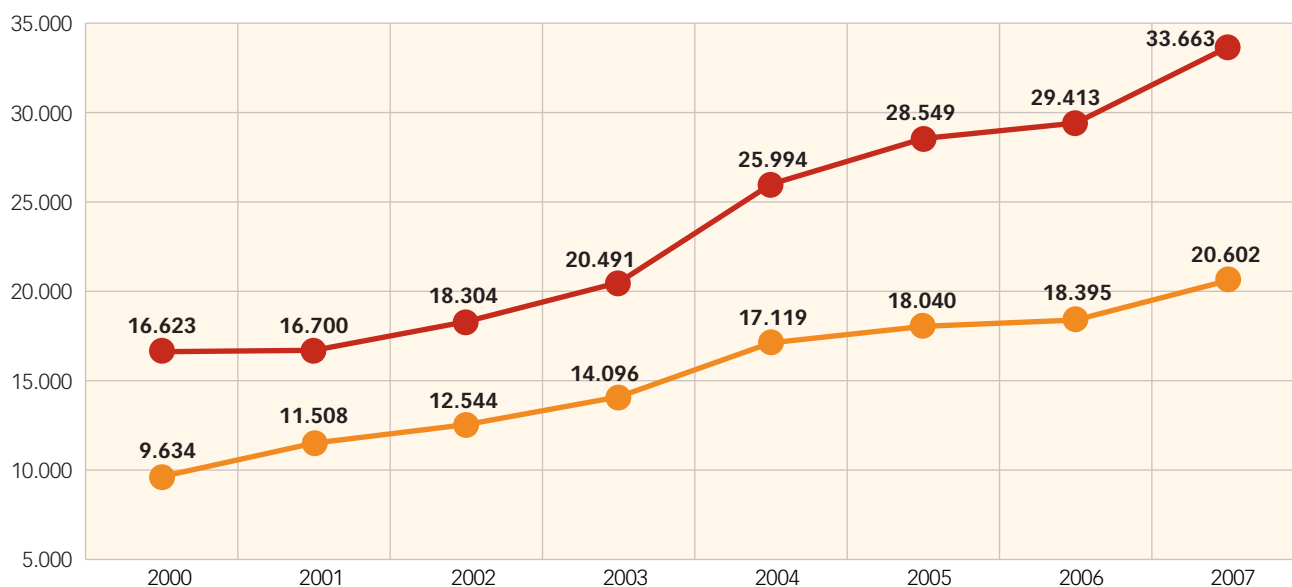
Cresce anche la spesa complessiva per gli assegni di

cura che nel 2007 raggiunge la quota di 33,6 milioni di euro di cui 31,9 a carico del Fondo regionale per la non autosufficienza e 1,7 milioni di euro provenienti da risorse dei Comuni.

Dal 2007, il finanziamento degli assegni di cura è compreso tra le risorse assegnate al Fondo regionale per la non autosufficienza e rappresenta il 13,7% delle risorse complessive assegnate allo stesso Fondo nel 2007. L'assegno di cura prevede anche un contributo aggiuntivo per la regolarizzazione delle assistenti familiari (che andrà a regime nel 2008).

Persone che hanno percepito l'assegno di cura nel 2007: 20.602

Utenti e spesa - Anni 2000-2007



Utenti Spesa in migliaia di euro

Assistenza specialistica ambulatoriale

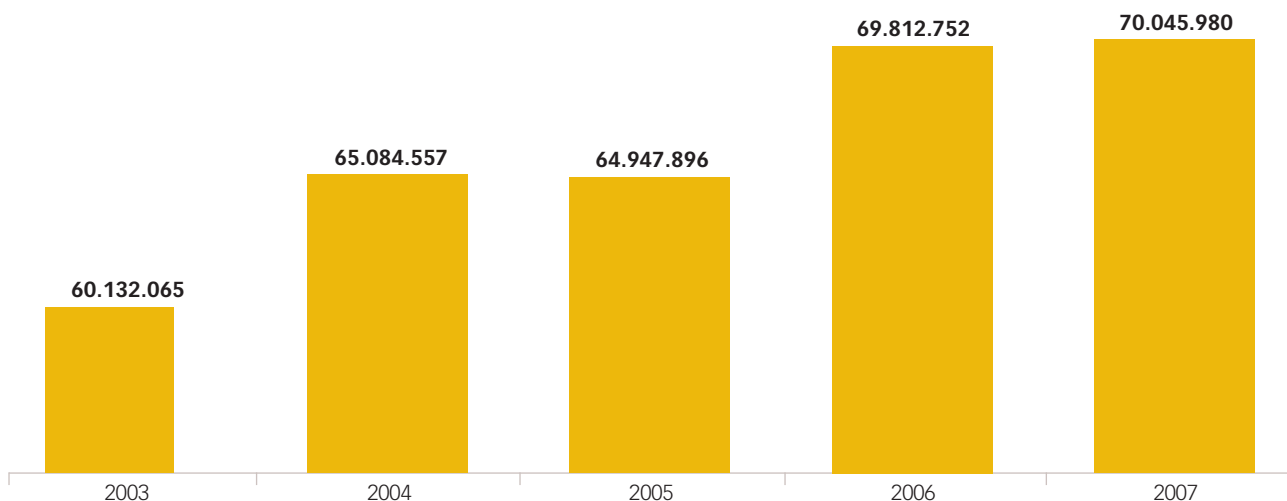
Nel 2007 sono state erogate complessivamente 70.045.980 prestazioni specialistiche ambulatoriali, un numero sostanzialmente stabile rispetto al 2006 (erano state 69.812.752). Le prestazioni erogate sono per l'11,8% visite specialistiche, per il 10,2% prestazioni di diagnostica, per il 71,6% laboratorio, per il 3% riabilitazione, per il 3,4% prestazioni terapeutiche.

Nel 2006, come previsto dall'accordo Stato-Regioni del marzo, l'Emilia-Romagna ha approvato il Piano regionale per il contenimento dei tempi di attesa che riguarda le prestazioni specialistiche (visite ed esami) e le prestazioni in ricovero (in alcune aree specifiche). Per la specialistica sono state identificate 41 prestazioni raggruppate nelle aree oncologica, cardiovascolare, materno-infantile, geriatrica e 5 visite specialistiche di grande impatto: visita dermatologica, oculistica, otorinolaringoiatrica, ortopedica, urologica.

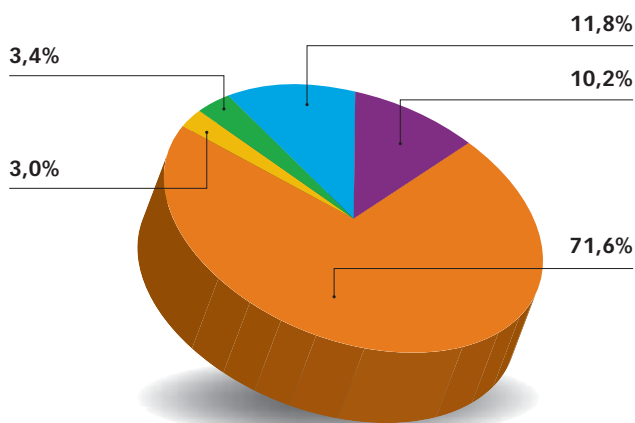
Il Piano riconferma i tempi massimi di attesa entro i quali le prestazioni devono essere erogate: 24 ore per le urgenze, 7 giorni per le urgenze differibili, 30 giorni per le prime visite, 60 giorni per le prestazioni strumentali di primo accesso. In particolare, il Piano regionale, per le 41 prestazioni specialistiche ambulatoriali individuate, specifica che i tempi massimi di attesa devono essere rispettati in almeno il 90% dei casi.

Il monitoraggio dei tempi di attesa è attivo in Emilia-Romagna dal 1999 ed ha riguardato, fino all'adozione del Piano regionale, in modo costante negli anni, il 25% delle visite e il 17% delle prestazioni diagnostiche erogate. Dal 2007 riguarda le 41 prestazioni specialistiche previste dal Piano regionale di contenimento dei tempi di attesa comprendendo 12 visite specialistiche e 24 gruppi di prestazioni diagnostiche.

Prestazioni specialistiche - Anni 2003-2007



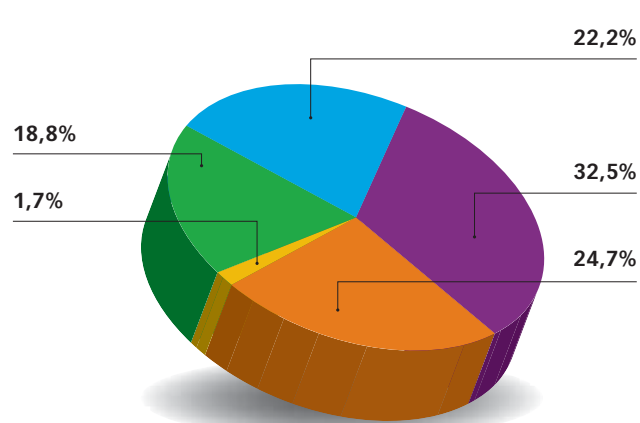
Tipologia delle prestazioni - Anno 2007



71,6% laboratorio
11,8% visite
10,2% diagnostica

3,4% terapeutiche
3,0% riabilitative

Valori economici delle prestazioni - Anno 2007



32,5% diagnostica
24,7% laboratorio
22,2% visite

18,8% terapeutiche
1,7% riabilitative

Prestazioni specialistiche per tipologia - Anno 2007

		N. di prestazioni erogate	% N. di prestazioni erogate
Visite	Prima visita	5.818.798	
	Visita di controllo	2.415.564	
	Osservazione breve intensiva	56.423	
	Totale visite	8.290.785	11,8%
Diagnostica	Diagnostica strumentale con radiazioni	2.842.170	
	Diagnostica strumentale senza radiazioni	3.894.967	
	Biopsia	71.080	
	Altra diagnostica	319.527	
	Totale diagnostica	7.127.744	10,2%
Laboratorio	Prelievi	4.681.515	
	Chimica clinica	35.340.801	
	Ematologia/coagulazione	6.875.848	
	Immunoematologia e trasfusionale	176.089	
	Microbiologia/virologia	2.425.035	
	Anatomia ed istologia patologica	559.154	
	Genetica/citogenetica	121.730	
	Totale laboratorio	50.180.172	71,6%
Riabilitazione	Riabilitazione diagnostica	122.917	
	Riabilitazione e rieducazione funzionale	1.320.328	
	Terapia fisica	556.115	
	Altra riabilitazione	100.654	
	Totale riabilitazione	2.100.014	3,0%
Prestazioni terapeutiche	Radioterapia	298.922	
	Dialisi	449.678	
	Odontoiatria	149.000	
	Trasfusioni	18.478	
	Chirurgia ambulatoriale	311.483	
	Altre prestazioni terapeutiche	1.119.704	
	Totale prestazioni terapeutiche	2.347.265	3,4%
Totale regione	70.045.980	100,0%	

L'assistenza farmaceutica

L'assistenza farmaceutica è basata sull'integrazione tra servizi ospedalieri e servizi territoriali a garanzia della continuità e della congruità dei trattamenti terapeutici. La spesa è classificata in territoriale ed ospedaliera. La farmaceutica territoriale è composta dalla convenzionata (farmaci distribuiti dalle farmacie del territorio su ricetta del Servizio sanitario; distribuzione diretta di farmaci di fascia A da parte delle strutture delle Aziende sanitarie in caso di dimissione da ricovero o visita specialistica, di pazienti cronici, anziani e con patologie complesse in carico alle strutture sanitarie aziendali o in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale), e dalla distribuzione "per conto" (farmaci distribuiti dalle farmacie del territorio a pazienti cronici e anziani sulla base di specifici accordi tra farmacie ed Aziende UsI).

Nel 2007 la spesa farmaceutica territoriale è diminuita dell'1,4%. In questo ambito, la spesa netta per la convenzionata, a fronte di un incremento delle prescrizioni del 4,7%, è diminuita del 3%, un contenimento attribuibile alla riduzione dei prezzi dei farmaci operata dall'Agenzia Italiana del Farmaco e ai risultati ottenuti a livello regionale con la distribuzione diretta e "per conto". A livello nazionale l'incremento delle prescrizioni è stato del 4,3% e la diminuzione di spesa del 6,8% (Fonte: Rapporto OSMED 2007). La spesa farmaceutica ospedaliera - farmaci erogati in ricovero e in attività ambulatoriale - è aumentata dell'11,3%, un incremento dovuto alla immissione sul mercato di nuovi farmaci ad alto costo e ad un aumento dei consumi di medicinali per la cura di patologie cronicodegenerative,

in particolare antineoplastici ed immunosoppressori. Questi ultimi rappresentano una quota significativa dei farmaci classificati come "H OSP2", utilizzabili anche in ambito extraospedaliero per la cura a domicilio e per i quali l'aumento di spesa in erogazione diretta è stato pari al 19,6%. La spesa territoriale e la spesa ospedaliera hanno rappresentato rispettivamente il 73,7% e il 26,3% della spesa farmaceutica totale, rappresentando la prima una quota di riduzione particolarmente significativa.

Nell'ambito delle indicazioni del Piano sociale e sanitario 2008-2010 è stato realizzato il Prontuario terapeutico regionale, strumento utile a garantire la disponibilità di farmaci con evidenze cliniche documentate, processi di condivisione tra i professionisti su tali evidenze, loro trasferibilità alla pratica clinica e valutazione efficacia/costi sostenuti.

Per la prevenzione del rischio da uso di farmaci, la Regione sostiene il consolidamento in tutte le Aziende sanitarie della Farmacovigilanza, lo sviluppo di sistemi per la prescrizione informatizzata, la preparazione centralizzata di farmaci antiblastici, la distribuzione personalizzata tramite l'erogazione diretta.

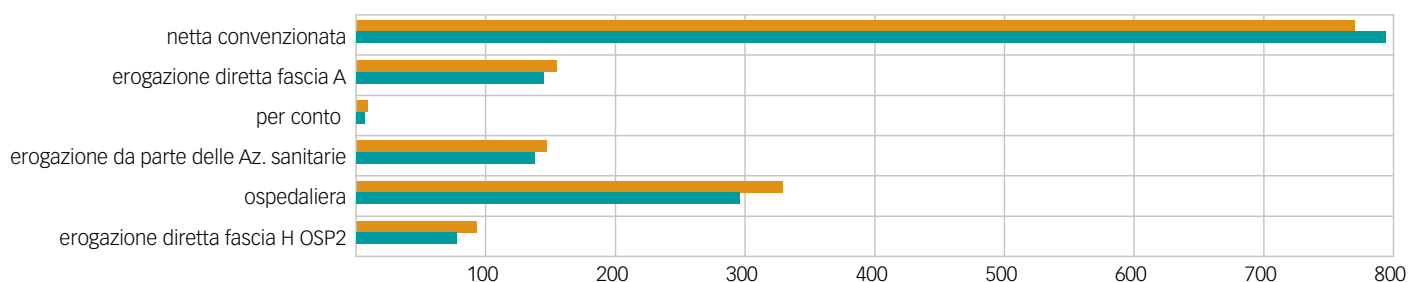
La spesa farmaceutica convenzionata pro-capite

Nel 2007, analogamente a quanto già osservato negli anni precedenti, il costo netto pro-capite dell'assistenza farmaceutica convenzionata nella Regione Emilia-Romagna è risultato inferiore al dato nazionale: 172,1 euro contro 194,4.

Spesa farmaceutica per tipologia e variazione percentuale - Anni 2006-2007

	2006	2007	var%	% sul totale 2007
Spesa netta farmaceutica convenzionata	793.383.348	769.734.202	-3,0	61,4
Spesa erogazione diretta al cittadino farmaci fascia A	144.708.132	155.121.948	7,2	12,4
di cui "per conto" attraverso le farmacie convenzionate	6.738.808	8.641.122	28,2	
di cui erogazione attraverso i servizi farmaceutici delle Aziende sanitarie	137.969.325	146.480.825	6,2	
Totale spesa farmaceutica territoriale	938.091.480	924.856.149	-1,4	73,7
Spesa farmaceutica ospedaliera	296.039.821	329.376.906	11,3	26,3
di cui erogazione diretta farmaci fascia H OSP2	77.580.877	92.758.916	19,6	
Spesa farmaceutica regionale complessiva	1.234.131.301	1.254.233.056	1,6	

Ripartizione della spesa farmaceutica per tipologia - Anni 2006-2007



2007 2006 spesa in milioni di euro

Servizi per la salute mentale

Le attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale rivolte alle persone con disturbi mentali o dipendenze patologiche in tutte le età della vita prevedono il coinvolgimento delle Aziende USL, degli Enti locali, del volontariato e del privato accreditato sotto il coordinamento del Dipartimento di salute mentale-dipendenze patologiche istituito in ogni Azienda USL (delibera di Giunta 2011/07) con l'importante innovazione dell'aggregazione del SerT all'interno del Dipartimento, già costituito dalla psichiatria adulti e dalla neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza al fine di fornire risposte globali ai bisogni assistenziali.

L'insieme delle problematiche organizzative e cliniche sono state affrontate nella 2° Conferenza regionale sulla salute mentale, realizzata nel 2007; i risultati sono stati la base di riferimento per l'area salute mentale del Piano sociale e sanitario 2008-2010 e del relativo Piano attuativo 2008-2010.

Sempre nel corso del 2007 si è concluso l'iter per la definizione dei requisiti di accreditamento delle strutture e dei servizi della neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza, territoriali ed ospedaliere, ed i relativi processi clinico-assistenziali: l'Emilia-Romagna è fra le poche regioni ad aver raggiunto questo risultato.

Tra le iniziative attivate nel corso del 2007: il programma regionale integrato sull'autismo; l'emanazione di indirizzi

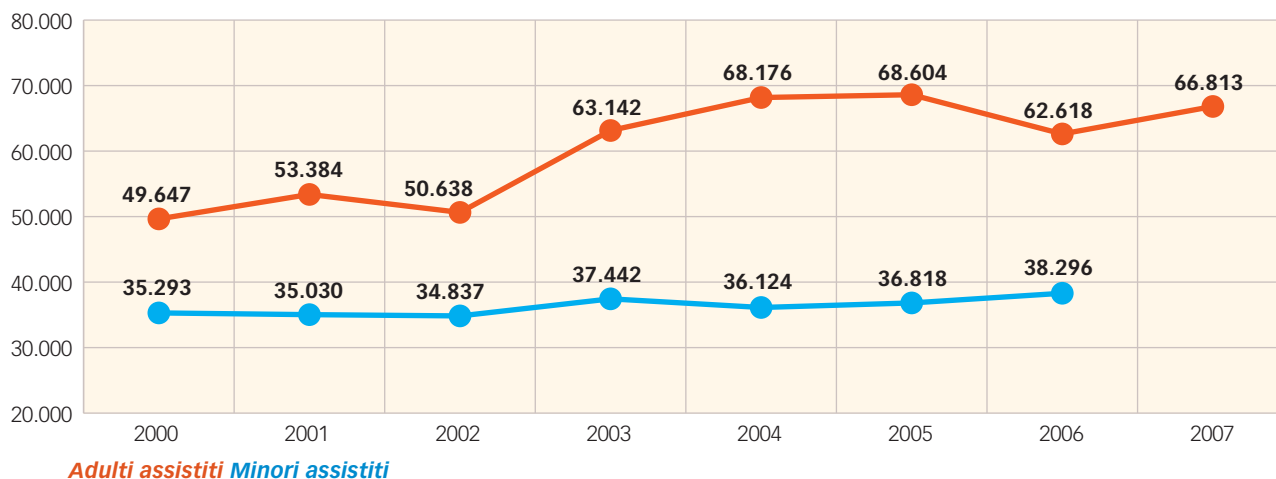
clinici ed organizzativi alle Aziende USL (con un gruppo tecnico per il confronto e il monitoraggio) per il corretto approccio multidisciplinare alla cura dei bambini con deficit di attenzione ed iperattività (ADHD), anche a seguito della immissione in commercio di farmaci specifici per questo disturbo; l'avvio del coordinamento della rete regionale di cura per i disturbi del comportamento alimentare.

Sul fronte dei dati, si registra un incremento degli utenti sia minori che adulti a partire dal 2000 (la flessione del dato di attività per gli adulti riferito al 2006 è da mettere in relazione all'entrata a regime, in quell'anno, del nuovo sistema informativo).

Nel 2007 i dati evidenziano un incremento degli utenti in tutte le fasce d'età. Gli adulti in carico ai Centri di salute mentale sono passati da 62.618 nel 2006 a 66.813 nel 2007, di cui il 58% di sesso femminile (erano 49.647 nel 2000). I minori in carico alle Unità operative di neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza sono passati da 35.293 nel 2000 a 38.296 nel 2006 (ultimo dato disponibile) con l'offerta di 643.737 prestazioni nel 2006.

Le prestazioni erogate dai Centri di salute mentale territoriali nel 2007 ammontano a 1.617.000. Sempre nell'anno, sono stati effettuati dai presidi ospedalieri - pubblici e privati accreditati - 14.041 ricoveri, pari ad un tasso di 18,7 per 10.000 abitanti.

Adulti e minori assistiti - Anni 2000-2007



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 collegato a situazioni di disagio sociale. Nel 2007 sono state prese in carico 12.512 persone con tossicodipendenza e 5.499 persone con alcoldipendenza, a cui si aggiungono 4.055 persone con tossicodipendenza provenienti da altre regioni.

L'eroina si conferma la sostanza prioritaria di abuso tra gli utenti dei SerT, interessando l'85,7% dei soggetti nel 2007 contro il 91,4% nel 1991. Il numero delle persone che si rivolgono ai Servizi per problemi connessi alla cocaina ri-

sulta notevolmente aumentato dal 1991 al 2007 passando dal 5,9% al 39,3%.

I dati delle strutture residenziali e semiresidenziali accreditate confermano il cambiamento avvenuto anche nel profilo dei pazienti dipendenti in trattamento. Su 2.722 persone che nell'anno 2006 (ultimo dato disponibile) hanno ricevuto un trattamento presso queste strutture, il 55,9% abusava principalmente di eroina, il 20,7% di cocaina, il 14,3% di alcol.

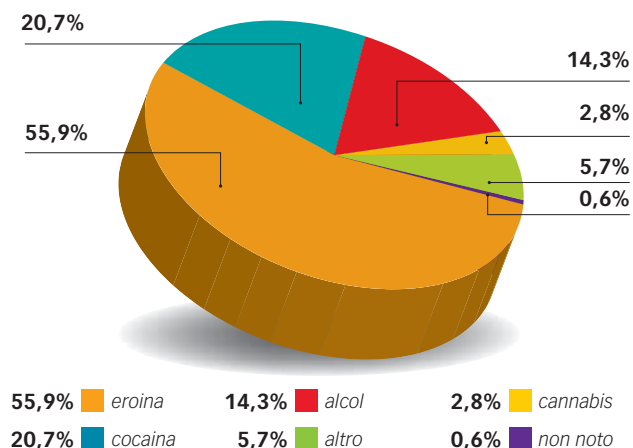
A fronte di questi cambiamenti, la Regione, con delibera di Giunta 1533/2006, ha definito le linee di indirizzo per adeguare la capacità di risposta del sistema dei Servizi ai nuovi fenomeni connessi all'uso e all'abuso di sostanze stupefacenti. Con delibera di Giunta 698/2008 "Programma regionale dipendenze patologiche - obiettivi 2008 -2010" si è provveduto a dare concretezza alle strategie attraverso la puntuale definizione di obiettivi, indicatori e tempi per la loro realizzazione.

L'area dipendenze ha un sito internet, in cui è presente tutta la documentazione: www.saluter.it/dipendenze

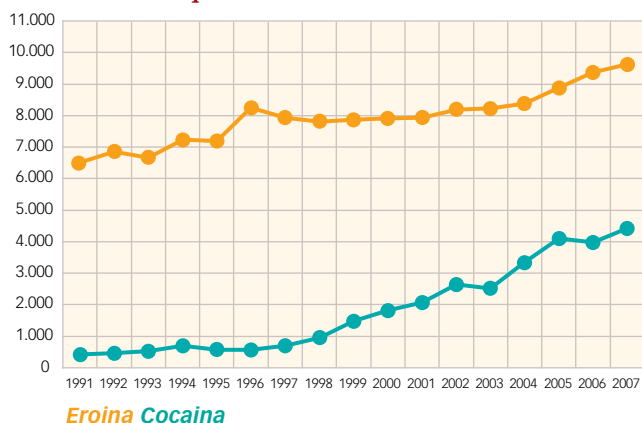
Persone con dipendenza da sostanze stupefacenti e alcol in trattamento presso i SerT - Anni 2003-2007

Anni	Persones con tossicodipendenza residenti in Emilia-Romagna	Persones con tossicodipendenza provenienti da altre regioni	Persones con alcoldipendenza residenti in Emilia-Romagna	Totale
2003	10.774	3.759	4.176	18.709
2004	11.231	3.371	4.686	19.288
2005	12.210	3.474	5.108	20.792
2006	12.559	3.699	5.174	21.432
2007	12.512	4.055	5.499	22.066

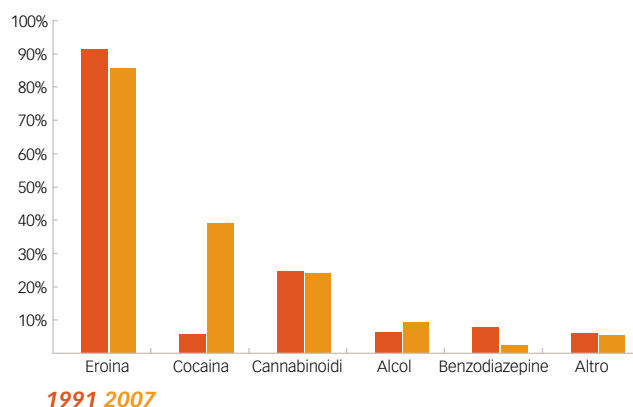
Persones con dipendenza da sostanze in carico presso le strutture residenziali e semiresidenziali Valori % - Anno 2006



Persones con dipendenza da eroina e cocaina (sostanza primaria e secondaria di abuso) in carico presso i SerT - Anni 1991-2007



Percentuali di utenti per sostanza d'abuso. Confronto 1991-2007 (% multiple) *



*Ogni persona può usare più sostanze

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

Sono 214 i Consultori familiari, di cui 29 Spazi giovani e 16 Spazi per le donne immigrate e i loro bambini. Sono organizzati in rete e registrano una presenza settimanale media di 74 ore dell'equipe (ostetrica, ginecologo, psicologo) per ogni sede. Negli Spazi per le donne immigrate e i loro bambini è sempre presente una mediatrice culturale che garantisce il collegamento con le operatrici e gli operatori e il rapporto con altri servizi sanitari e sociali.

Dal 1995 al 2007 le attività registrano un aumento del 19% e le/gli utenti un aumento del 15%. Tra il 2006 ed il 2007 i dati registrano una sostanziale stabilità.

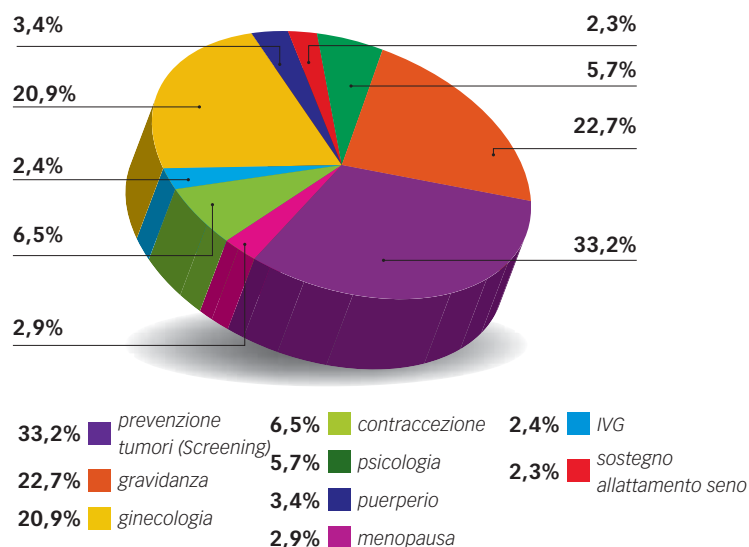
Nel 2007 le/gli utenti che si sono rivolti alla rete consultoriale per servizi di ostetricia-ginecologia, pap test di screening e psicologia sono stati 467.800 (nel 2006 erano stati 452.891).

Nel 2007 le prestazioni mostrano una prevalenza di quelle relative alla diagnosi precoce dei tumori femminili (screening del tumore del collo dell'utero con esecuzione di pap test e colposcopie, visite senologiche), che rappresentano il 33,2% del totale. Segue poi l'assistenza alla gravidanza (22,7% del totale) che, in particolare nel periodo 1995 - 2007, ha registrato un forte aumento delle utenti straniere, passate da 740 a 7.811 (aumentate anche le utenti con cittadinanza italiana passando da 6.329 a 8.594). Le prestazioni di ginecologia rappresentano il 20,9% del totale; la contraccezione il 6,5% (tra le utenti, il 20% è rappresentato

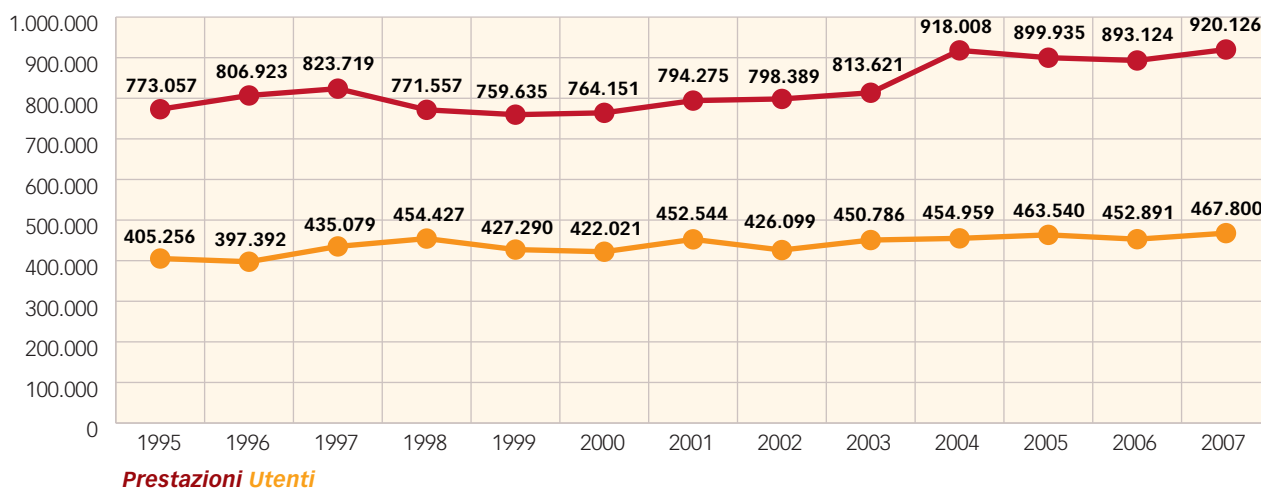
da donne straniere); le attività di certificazione per l'interruzione volontaria di gravidanza il 2,4%.

L'attività consultoriale è anche costituita dall'attività di educazione sanitaria rivolta in prevalenza all'area nascita (circa 12.000 donne/coppie seguite nel 2007) e dall'attività di educazione sessuale e prevenzione AIDS rivolta agli adolescenti (oltre 36.000 ragazzi e adulti seguiti nel 2007).

Aree di attività - Anno 2007

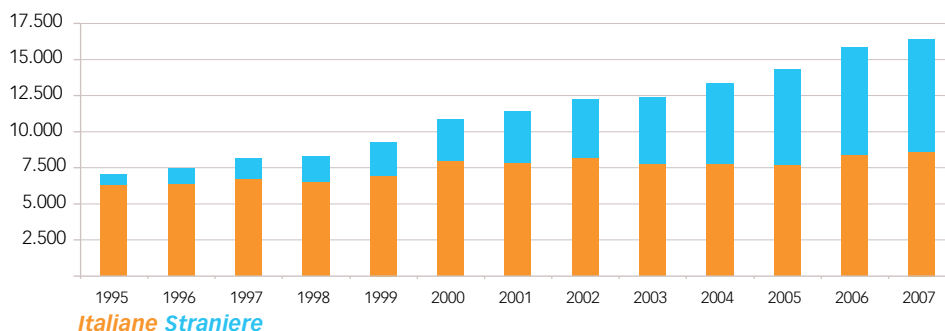


Utenti e prestazioni - Anni 1995 - 2007



Prestazioni Utenti

Assistenza alla gravidanza - Anni 1995 - 2007



Italiane Straniere

Donazione e trapianti di organi, tessuti e cellule

Donazioni

In Emilia-Romagna nel 2007 i donatori utilizzati sono stati 26,4 per milione di abitanti, un dato che si conferma al di sopra della media nazionale (19,3).

Nell'analisi dei dati è stata introdotta la nuova categoria di "donatori procurati", secondo un'indicazione stabilita a livello nazionale, per evidenziare anche i potenziali donatori di cui non è stato possibile utilizzare gli organi per motivi indipendenti dalla rete donazione-trapianto (opposizione della Procura, donatore senza ricevente compatibile in Italia ed in Europa, non idoneità al prelievo del donatore o degli organi).

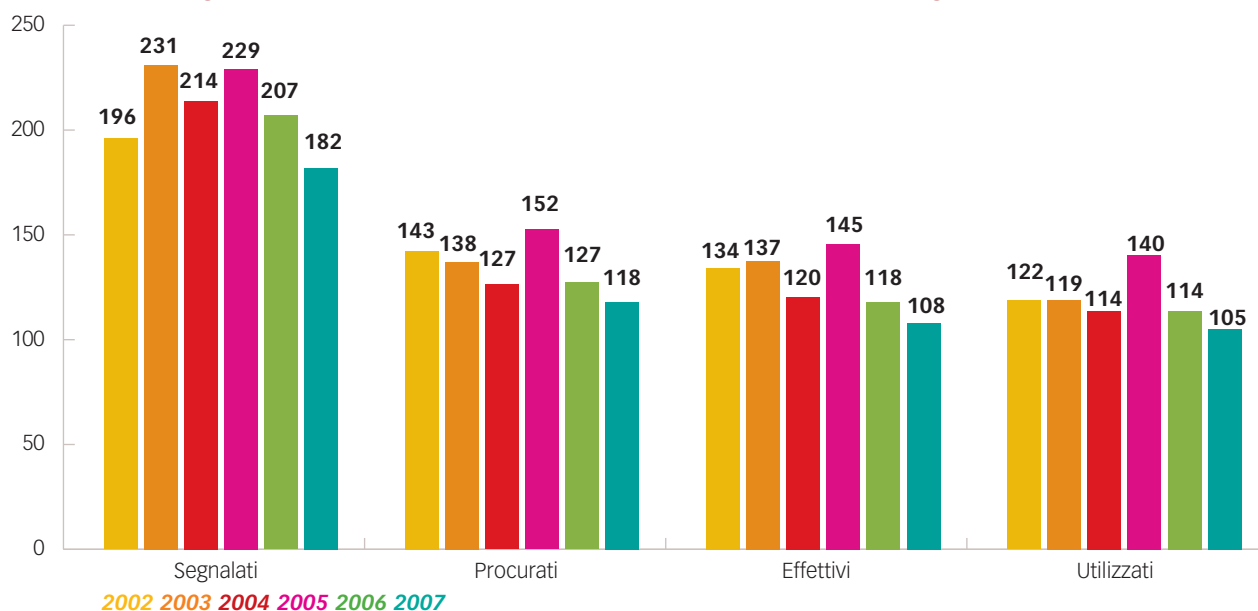
Tra i 182 donatori complessivamente segnalati, le oppo-

sizioni al prelievo sono state 51 (28%), al di sotto della media nazionale (31,2%).

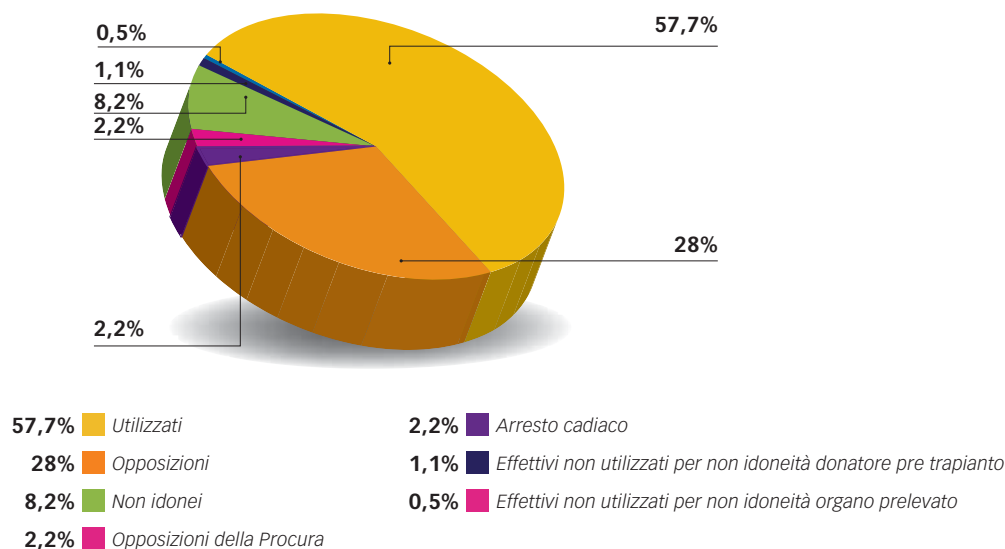
Nel territorio dell'Associazione Interregionale Trapianti (AIRT), guidata fino al 2009 dalla Regione Emilia-Romagna, i donatori utilizzati sono stati 23,9 per milione di abitanti, al di sopra dei valori delle altre due associazioni interregionali, 23,6 Nord Italia Transplant program (NITp) e 12,4 l'Organizzazione Centro Sud Trapianti (OCST).

L'attività di sensibilizzazione dei cittadini è condotta con la campagna regionale "Una scelta consapevole", che vede la partecipazione delle associazioni di volontariato e dei pazienti.

Donatori segnalati, procurati, effettivi e utilizzati in Emilia-Romagna - Anni 2002-2007



Potenziali donatori segnalati in Emilia-Romagna - Anno 2007



Trapianti

Nel 2007 sono stati 320 i trapianti di organi in Emilia-Romagna (di cui 15 da donatore vivente), dieci in più rispetto all'anno precedente. Restano al di sopra della media italiana i trapianti di fegato (138, eseguiti a Bologna e a Modena), con un valore di 34,6 per milione di abitanti sempre ai livelli di eccellenza mondiale, i trapianti di rene (146) pari a 33,9 trapianti per milione di abitanti e di cuore (33), pari a 8,3 trapianti per milione di abitanti.

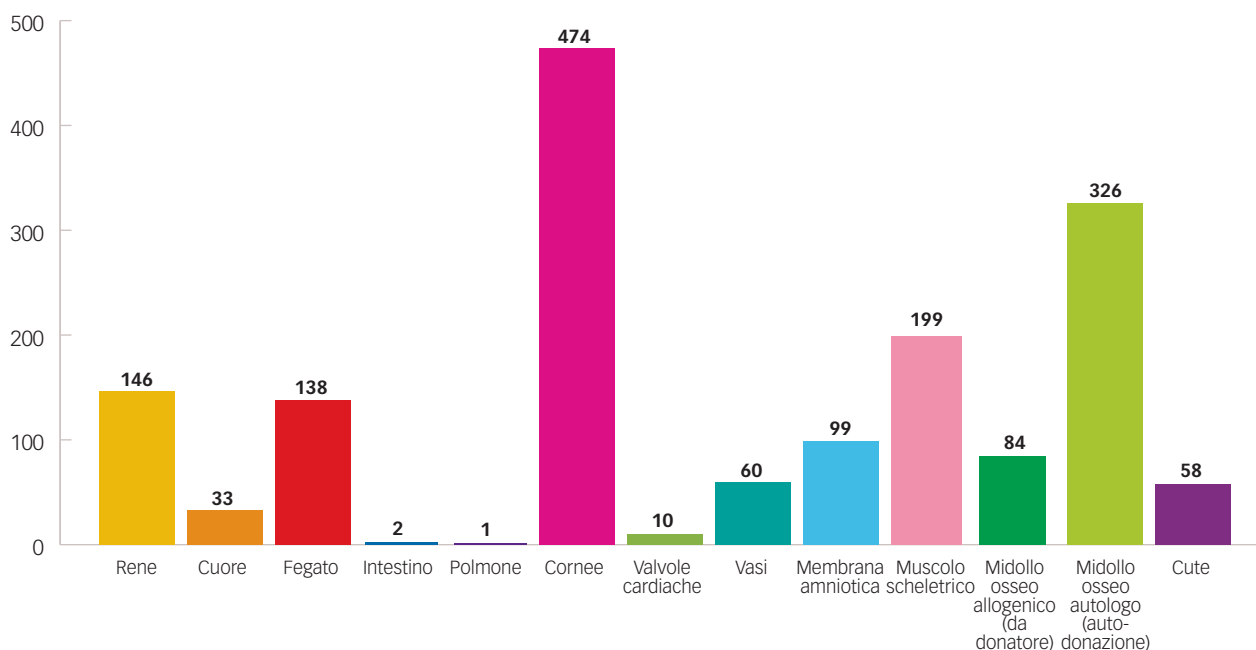
Per quanto riguarda il trapianto di cuore, l'attività - pur essendo vicina al fabbisogno teorico regionale - è condizionata dall'età media dei donatori utilizzati; tuttavia, grazie al Programma regionale "Adonhers", che valuta l'idoneità dei cuori prelevabili fino a 65 anni, nel 2007 si sono potuti utilizzare due donatori di 58 e di 66 anni.

Al Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna è stato eseguito un trapianto di polmone, bipolmonare, combinato con trapianto di cuore. Nel 2007, nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria bolognese, si è realizzata la fusione tra i programmi di trapianto dei due organi, favorendo l'integrazione operativa tra cardiologi, pneumologi, chirurghi toracici e cardiaci ed anestesisti.

Sono stati 474 i trapianti di cornee, 10 valvole cardiache, 60 vasi, 99 membrana amniotica, 199 muscolo scheletrico, 84 midollo osseo allogenico, 326 midollo osseo autologo, 58 cute.

Sito internet del sistema regionale donazioni e trapianti di organi e tessuti: www.saluter.it/trapianti.

Trapianti di organi, cellule e tessuti in Emilia-Romagna - Anno 2007



Pazienti iscritti in lista d'attesa al 31 dicembre 2007

I pazienti iscritti in lista d'attesa al 31 dicembre 2007 erano 1.724 per il trapianto di rene, 63 per il cuore, 470 per il fegato, 18 per intestino multiviscerale, 12 per il polmone.

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

I tempi di attesa per il trapianto registrati nel 2007 sono

stati: 2,8 anni per il trapianto di rene (3 anni la media in Italia), 2,5 anni per il trapianto di cuore (stesso dato a livello nazionale), 0,4 anni per il trapianto di polmone (2,2 anni in Italia). Anche per il trapianto di fegato, contrariamente all'anno precedente, il dato è inferiore alla media nazionale (1,7 anni di attesa in Emilia-Romagna, 1,8 anni in Italia).

Raccolta e consumo di sangue

Nel 2007 l'Emilia-Romagna conferma l'autosufficienza con 245.173 unità di sangue intero raccolte a fronte di un consumo pari a 239.278 unità (4.649 unità in più rispetto al 2006). Rispetto all'anno precedente, l'attività di raccolta ha subito una lieve flessione (-1,4), che ha interrotto il trend di crescita in atto dal 2000 (nel 2006 erano state raccolte 248.764 unità di sangue). La diminuzione è in relazione alle misure di prevenzione adottate nell'estate 2007 a seguito di una epidemia di febbre Chikungunya (virus trasmesso dalla zanzara tigre) che ha interessato alcune aree dell'Emilia-Romagna. In particolare, è stata decisa la sospensione delle donazioni di sangue nelle zone interessate dai focolai nonché l'interruzione per 20 giorni delle donazioni da parte di coloro che avevano soggiornato anche solo per poche ore nelle zone colpite. Queste misure hanno determinato, nel solo mese di settembre 2007, una riduzione di circa 4.000 donazioni. Il sistema trasfusionale regionale tuttavia ha garantito l'autosufficienza e lo svolgersi di tutte le attività sanitarie che richiedono l'utilizzo di sangue

e plasma. La flessione della raccolta ha comportato però una diminuzione del contributo dell'Emilia-Romagna alle Regioni carenti (dalle 15.115 unità di sangue trasferite nel 2006, si passa a 6.301 unità del 2007).

Il sistema sangue dell'Emilia-Romagna a partire dal 2008 ha modificato il suo assetto istituzionale, adeguandosi alle novità introdotte nel sistema organizzativo nazionale dalla legge 219/2005.

L'Assemblea legislativa regionale ha approvato nell'aprile 2008 il Piano sangue e plasma per il triennio 2008-2010, tra le cui priorità, oltre all'accreditamento delle strutture trasfusionali e all'aumento delle attività di sensibilizzazione per reclutare nuovi donatori, prevede l'ulteriore sviluppo dei processi di sicurezza delle trasfusioni, in particolare rispetto ai metodi di tracciabilità del donatore, del prodotto sangue e dei suoi componenti e rispetto alla prevenzione del rischio di infezioni.

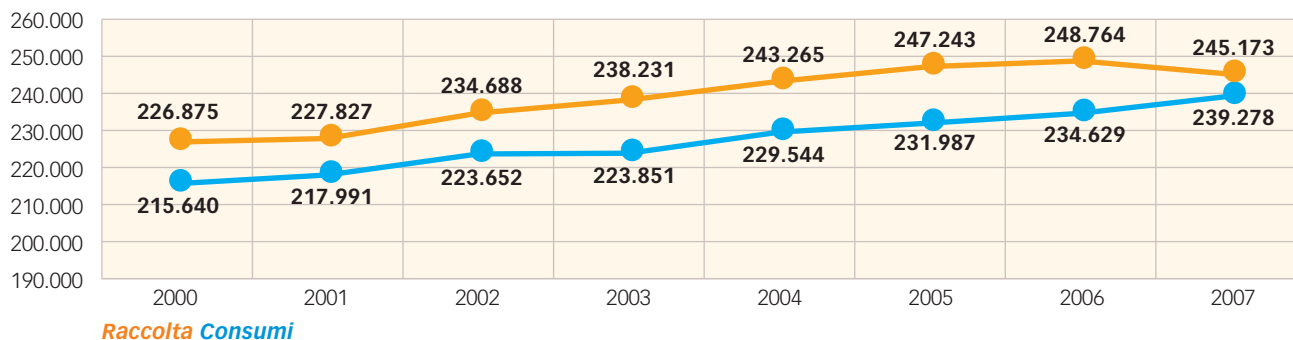
Il sistema sangue dell'Emilia-Romagna ha un proprio sito internet: www.donaresangue.it.

Raccolta e consumo sangue (unità rosse) - Confronto Anni 2007 - 2006

	raccolta 2007	raccolta 2006	% 07-06	obiettivo raccolta 2007	consumi 2007	consumi 2006	% 07-06	obiettivo consumi 2007
Programmi:								
Piacenza	14.682	14.931	-1,7	15.000	13.770	15.334	-10,2	15.100
Parma	28.564	28.218	1,2	28.248	25.896	24.010	7,9	22.134
Reggio Emilia	23.241	23.690	-1,9	22.800	17.892	17.815	0,4	18.500
Modena	35.337	36.045	-2,0	38.200	31.666	31.389	0,9	29.000
Bologna	63.140	63.335	-0,3	60.000	72.607	72.470	0,2	72.350
Ferrara	22.109	21.547	2,6	20.500	22.685	22.832	-0,6	21.800
Ravenna	27.602	29.404	-6,1	29.762	25.502	23.679	7,7	22.303
DITI*	30.498	31.594	-3,5	30.000	29.260	27.100	8,0	29.000
TOTALE	245.173	248.764	-1,4	244.510	239.278	234.629	2,0	230.187

* Dipartimento interaziendale di Forlì, Cesena, Rimini.

Andamento raccolta e consumo sangue (unità rosse) - Anni 2000-2007



Unità di sangue (unità rosse) trasferite ad altre Regioni - Anno 2007: 6.301

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 oncologici attivi in Emilia-Romagna: prevenzione e diagnosi precoce dei tumori della mammella (rivolto alle donne dai 50 ai 69 anni, 540.000 in totale), dei tumori del collo dell'utero (rivolto alle donne dai 25 ai 64 anni, 1.200.000 in totale), dei tumori del colon-retto (rivolto a uomini e donne dai 50 ai 69 anni, 1.050.000 in totale).

I test proposti - mammografia, pap-test, ricerca sangue occulto nelle feci - come tutti gli eventuali approfondimenti diagnostici e le cure necessari sono gratuiti.

I programmi di screening dei tumori della mammella e del collo dell'utero

Sono attivi dal 1996. Nel corso del 2007 le donne interessate sono state invitate per la quarta volta ad eseguire il pap test e per la quinta volta la mammografia. L'adesione all'invito è alta: il 73,8% per la mammografia, il 55,6% per il pap test. I risultati sono ampiamente superiori alla media nazionale, come si evince dai dati dell'Osservatorio nazionale screening che riportano un 60,4% per lo screening mammografico e un 40,2% per quello della cervice uterina. L'attenzione delle donne alla prevenzione è dimostrata anche dalla loro abitudine ad eseguire questi esami: il sistema di sorveglianza nazionale PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) sugli stili di vita, basato su interviste telefoniche, ha rilevato che nel 2007 in regione

l'84,3% delle donne tra i 25 e i 64 anni riferisce di avere effettuato il pap-test negli ultimi 3 anni, mentre l'80,6% delle donne tra i 50 e i 69 anni riferisce di aver eseguito la mammografia negli ultimi 2 anni. I programmi hanno un sito internet: www.saluter.it/screening

Il programma di screening dei tumori del colon-retto

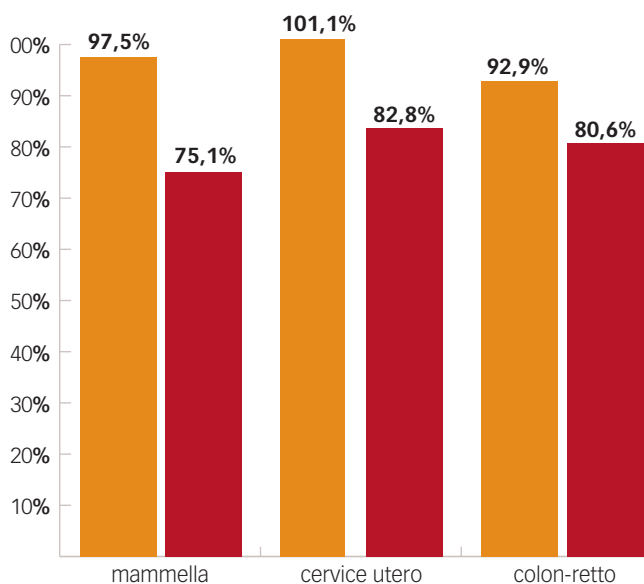
Nel corso del 2007 è stato completato il primo round di chiamate e avviato il secondo. Rispetto agli inviti previsti nel 2007 (536.580 donne e uomini, la metà della popolazione di riferimento), la percentuale delle persone effettivamente invitate è stata del 92,9%, mentre la percentuale di adesione, in totale, risulta pari al 46,7%, lievemente superiore nelle donne (49,6%) rispetto agli uomini (45,9%), una percentuale in linea con quella riportata a livello nazionale dall'Osservatorio nazionale screening (46%).

È da rilevare tuttavia che in Italia solo il 48,4% dei 50-69enni è interessato da un programma organizzato di screening.

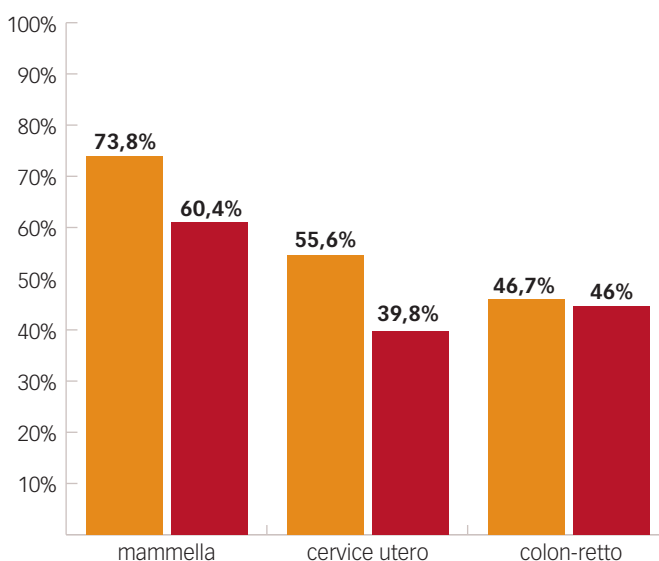
Il sistema di sorveglianza PASSI documenta che, nel 2007, il 53% delle persone di 50-69 anni riferisce di aver eseguito la ricerca del sangue occulto o una colonscopia negli ultimi 2 anni.

Il programma di screening dei tumori del colon-retto ha un sito internet: www.saluter.it/colon

Programmi di screening: popolazione invitata al 31 dicembre 2007, confronto Emilia-Romagna e Italia, valori percentuali



Programmi di screening: adesione all'invito, confronto Emilia-Romagna e Italia - valori percentuali - Anno 2007



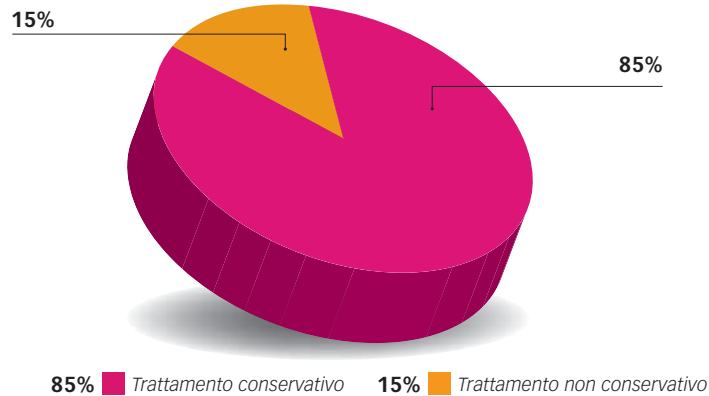
Regione Emilia-Romagna
Osservatorio Nazionale Screening

Programma di screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella: % interventi chirurgici conservativi

Nei casi in cui l'intervento chirurgico si renda comunque necessario, una particolare attenzione viene posta nel proporre e adottare appropriati trattamenti

conservativi della mammella. Gli ultimi dati disponibili (anno 2006) dimostrano che l'intervento conservativo raggiunge l'85% del totale.

Trattamenti chirurgici per il tumore della mammella

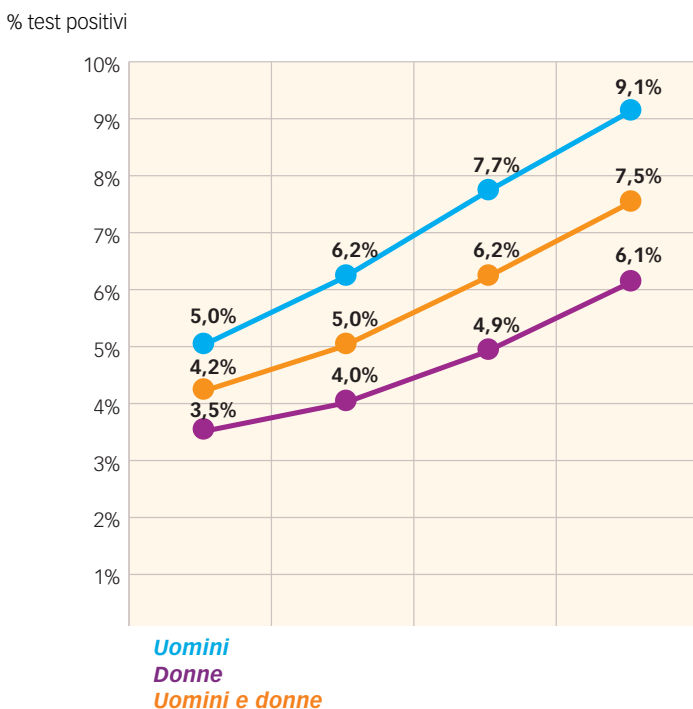


Primi risultati del programma di screening dei tumori del colon-retto

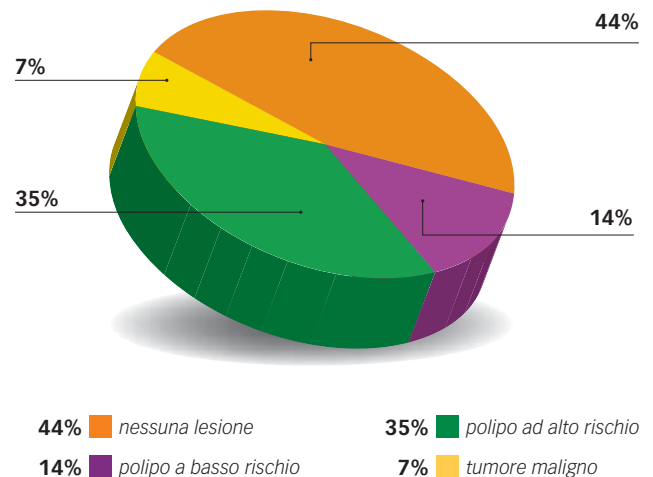
Dai risultati del programma, dall'avvio il 21 marzo 2005 al 31 dicembre 2006 (ultimo dato disponibile), emerge che la positività al test del sangue occulto aumenta con l'età (da 4,2% nella classe di età 50-54 anni a 7,5% in quella di 65-69 anni) ed è più frequente negli uomini in tutte le classi di età. A seguito della positività al test per la ricerca di sangue occulto

nelle feci, il programma prevede un approfondimento mediante colonscopia. Nel periodo rilevato sono state eseguite 18.338 colonscopie: nel 44% dei casi non è stata evidenziata alcuna lesione; nel 49% dei casi l'esame endoscopico ha rilevato la presenza di lesioni benigne o pre-cancerose, mentre nel 7% dei casi è stato riscontrato un tumore maligno.

Percentuali di positività al test per la ricerca del sangue occulto, per classi di età e sesso



Esito della colonscopia nelle persone esaminate (dal 21-3-2005 al 31-12-2006) valori percentuali



La vaccinazione antinfluenzale

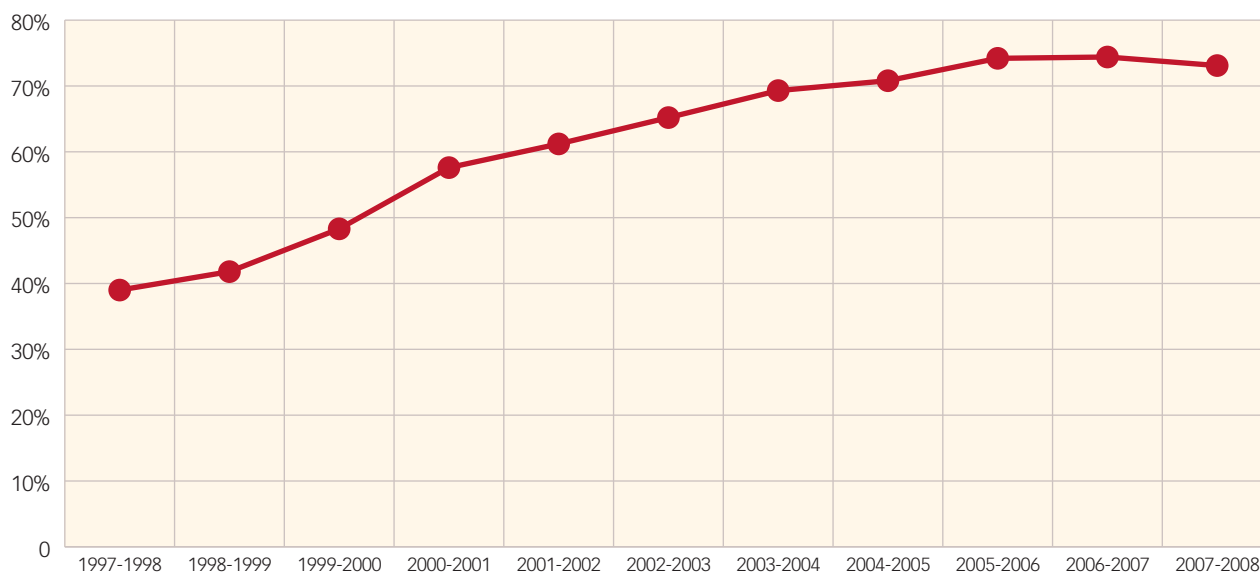
Il programma regionale per la vaccinazione antinfluenzale gratuita è rivolto alle persone di età superiore ai 65 anni, agli adulti e ai bambini con patologie croniche e alle persone che, per la loro attività professionale, devono essere protette dal rischio di contrarre il virus dell'influenza (operatori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

Il picco di adesione alle campagne annuali di vaccinazione, come si evince dai grafici, è stato registrato nel 2005-2006, periodo in cui sembrava maggiore il rischio di influenza aviaria e l'informazione dei mass media è stata assai intensa.

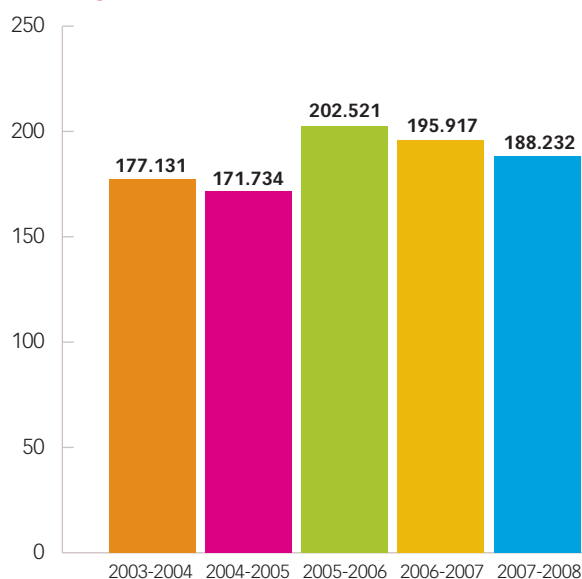
La campagna di vaccinazione 2007-2008 ha registrato un

tasso di copertura vaccinale riferito alle persone dai 65 anni di età che, pur rimanendo a livelli elevati, ha registrato una lieve diminuzione rispetto alla campagna 2006-2007. Sono stati infatti 707.387 gli over 65 vaccinati, con un tasso di copertura pari al 73,1% (erano stati 715.239 nella campagna 2006-2007 con un tasso di copertura pari 74,4%). In lieve diminuzione anche l'adesione alla vaccinazione di adulti e bambini con patologie croniche (sono stati 188.232 contro i 195.917 della campagna 2006-2007). Da migliorare anche l'adesione alla vaccinazione da parte degli operatori sanitari: sono stati 14.844 i vaccinati nella campagna 2007-2008 (il 28,5% del totale) contro i 15.845 della campagna precedente.

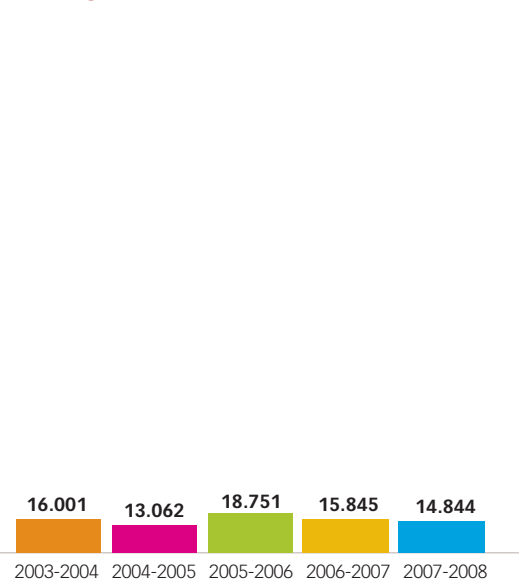
*Vaccinazione antinfluenzale nella popolazione dai 65 anni
(Campagne dal 1997-1998 al 2007-2008 - Valori percentuali)*



*Vaccinazione antinfluenzale
adulti e bambini con patologie croniche:
campagne dal 2003-2004 al 2007-2008*



*Vaccinazione antinfluenzale
operatori sanitari:
campagne dal 2003-2004 al 2007-2008**



*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 2004, 2005, 2006 e 2007

Le vaccinazioni nell'infanzia

L'obiettivo nazionale per i programmi vaccinali nell'infanzia è di raggiungere il 95% dei bambini interessati.

In Emilia-Romagna questo risultato è stabilmente superato da anni per le vaccinazioni considerate obbligatorie a 24 mesi di vita (poliomielite, difterite, tetano, epatite B) con una copertura nel 2007 pari al 97,3%.

Per le vaccinazioni fortemente raccomandate nei bambini a 24 mesi di vita, le vaccinazioni contro pertosse e meningite da emofilo superano l'obiettivo nazionale con coperture rispettivamente del 97,3% e del 96,7% dei bambini interessati, mentre la copertura di morbillo, parotite e rosolia, supera il 93%.

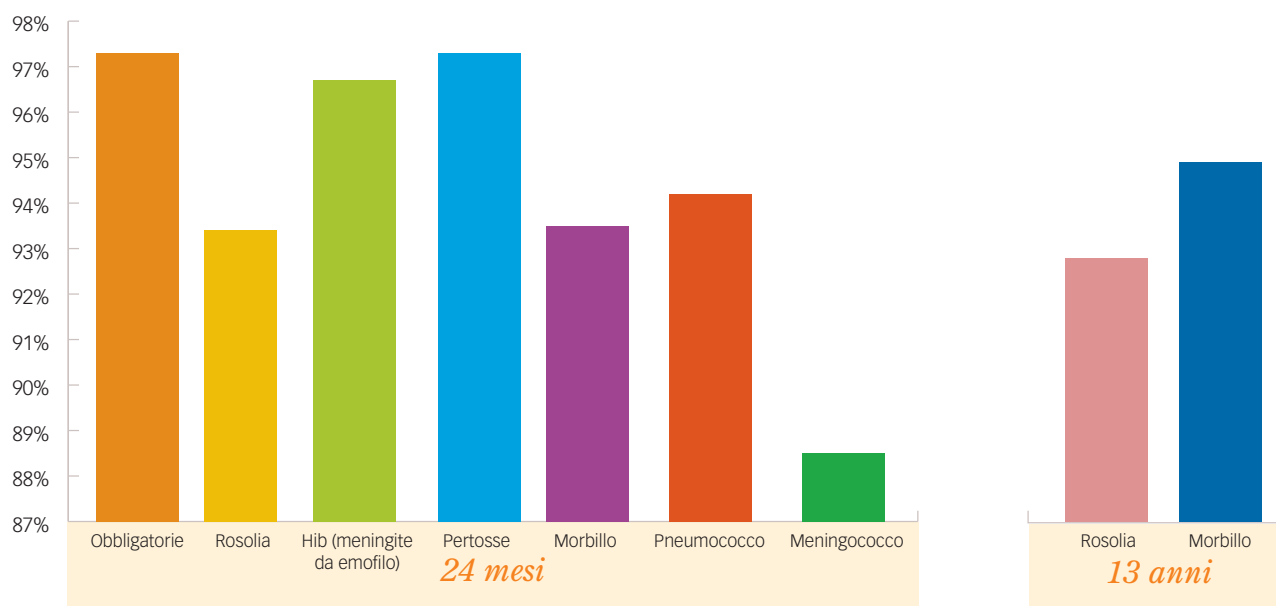
A partire dal 2006, l'Emilia-Romagna ha promosso l'adesione ad altre due vaccinazioni fortemente raccomandate per i nuovi nati, le vaccinazioni anti-meningococcica e anti-

pneumococcica. Le coperture raggiunte sono del 94,2% per pneumococco e 88,5% per meningococco, risultati molto soddisfacenti considerando che si tratta dell'avvio di un nuovo programma. Per i bambini a rischio per la presenza di patologie croniche predisponenti, la vaccinazione anti-pneumococcica, prevista fin dal 2001, ha registrato buoni livelli di copertura nel 2007 soprattutto nei bambini con impianto cocleare (93,5%) e negli asplenic (90,5%).

Nel marzo 2008, l'Emilia-Romagna, come tutte le altre Regioni, ha avviato il programma di vaccinazione contro i tipi 16 e 18 dell'Human Papilloma Virus (HPV) rivolto alle adolescenti nel dodicesimo anno di vita. Nel corso del 2008 sono invitate alla vaccinazione le adolescenti nate nel 1997 (16.611 in totale). La vaccinazione è offerta sempre gratuitamente, ma su richiesta dei genitori, anche alle nate nel 1996.

Tutte le vaccinazioni citate sono gratuite.

Le vaccinazioni ai bambini - Anno 2007 (Valori percentuali)



Vaccinazioni obbligatorie a 24 mesi - % vaccinati
Poliomielite
Difterite
Tetano
Epatite B
% vaccinati: 97,3%

Vaccinazioni raccomandate entro i 24 mesi - % vaccinati
Rosolia 93,4%
Hib (meningite da Emofilo) 96,7%
Pertosse 97,3%
Morbillo 93,5%
Pneumococco 94,2%
Meningococco 88,5%

Vaccinazioni raccomandate a 13 anni - % vaccinati
Rosolia 92,8%
Morbillo 94,9%

Gli obiettivi per le vaccinazioni nel 2008

Oltre all'impegno relativo alla vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV), l'obiettivo anche per il 2008 è diffondere la cultura e la fiducia nei confronti delle vaccinazioni.

Continua la promozione della vaccinazione antimorbillo-parotite-rosolia con particolare attenzione alle ragazze e ai ragazzi non ancora coinvolti e al personale sanitario, anche

alla luce della epidemia di morbillo e di rosolia che dall'inverno del 2007 ha attraversato tutta l'Europa interessando anche l'Emilia-Romagna.

Permane la promozione della vaccinazione contro la rosolia, soprattutto nelle donne in età fertile, al fine di prevenire aborto spontaneo o gravi danni al nascituro (rosolia congenita).

Sicurezza nei luoghi di lavoro

In Emilia-Romagna, nel 2007, sono stati denunciati all'INAIL 130.626 infortuni sul lavoro. In media 5 lavoratori su 100 hanno subito un infortunio. Negli otto anni, compresi tra il 2000 ed il 2007, gli infortuni denunciati sono diminuiti di circa il 7%, passando da 140.766 a 130.626, gli incidenti mortali si sono ridotti del 36%, da 174 a 111.

Nel 2007 i Servizi di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro delle Aziende Usl hanno controllato 10.004 imprese. Nell'ambito del Piano speciale di controllo nel settore dell'edilizia, l'attività di vigilanza, sempre nel 2007, ha interessato 3.161 cantieri, il 32,6% dei quali è stato segnalato all'Autorità giudiziaria per violazioni. Il comparto, nel periodo 2001 - 2007 è stato caratterizzato da sostenuti livelli di crescita: le aziende sono aumentate del 34,9% (da 57.537 a 77.632) e i lavoratori del 25,6% (da 132.521 a 165.385). Tuttavia, nel periodo, anche grazie alla attività di vigilanza, il numero degli infortuni è diminuito, sia come numero assoluto (- 7%), che in rapporto al numero degli occupati (- 26,1%). L'indice di incidenza degli infortuni (rapporto tra numero infortuni e lavoratori) è passato da

8,9 nel 2001 a 6,3 nel 2007.

Nel 2007 è stato siglato un accordo - tra Regione, Prefettura, Provincia e Comune di Ravenna, Autorità portuale e organizzazioni sindacali di lavoratori e imprese - per la sicurezza nei cantieri del Porto di Ravenna. Obiettivo dell'accordo, l'aumento nel triennio 2007-2009 dei livelli di sicurezza, al di sopra degli standard di legge, attraverso la promozione della qualità del lavoro e l'intensificazione dell'attività di controllo. Un accordo analogo è stato siglato nel settore della ceramica (distretto industriale di punta in Emilia-Romagna) da Regione, Inail, Confindustria Ceramica e organizzazioni sindacali.

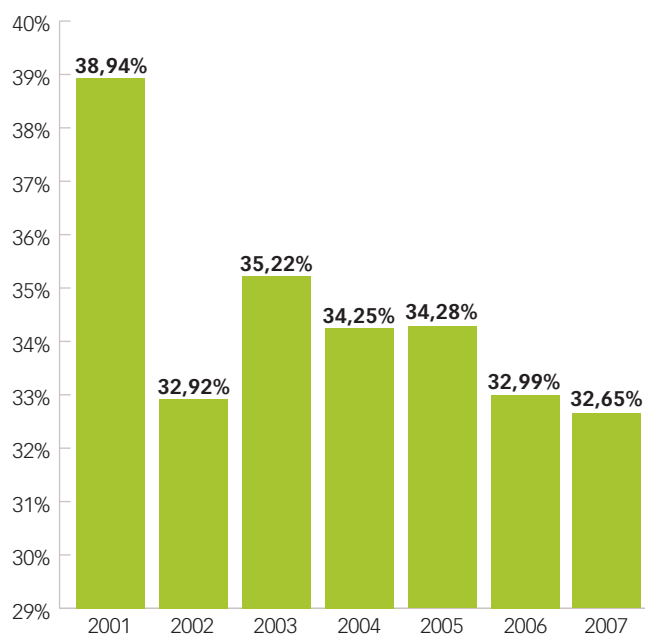
Il comparto attività sanitarie e sociali è stato oggetto di uno specifico piano per individuare le cause degli infortuni e delle malattie professionali. In questo ambito, sono disponibili i dati relativi al Servizio sanitario regionale, riferiti al 2006 (ultimo dato disponibile): gli infortuni sono stati 7.827 (i dipendenti erano 59.725); l'attività di controllo ha riguardato l'81% dei lavoratori esposti a specifici rischi, di questi l'87,1% è risultato idoneo, il 6,9% ha registrato limitazioni o prescrizioni, lo 0,4% ha registrato inidoneità totale.

Numero di imprese controllate in Emilia-Romagna e indice di irregolarità - Anno 2007

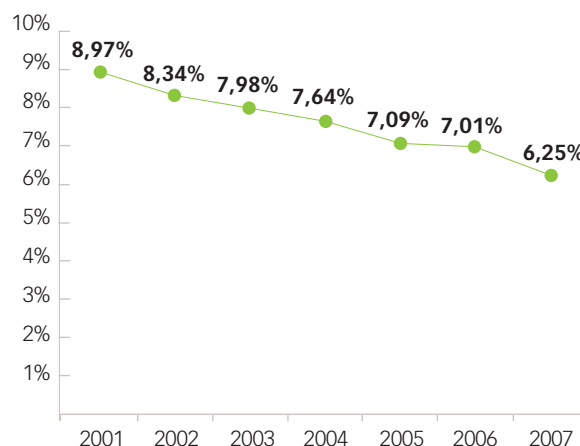
comparto	indice irregolarità	Imprese sanzionate	Imprese controllate
Agricoltura	13%	48	384
Alberghiero ristorazione	10%	19	196
Alimentare	20%	81	398
Altro	10%	25	252
Cantieri navali	20%	9	44
Ceramica	20%	25	122
Chimica	22%	68	314
Commercio	13%	94	747
Credito	5%	2	40
Edilizia	32,6%	1.032(*)	3.161(*)
Editoria	19%	17	88
Energia acqua gas	18%	2	11
Legno	20%	42	208
Metalmeccanica	23%	443	1902
Pubblico	8%	10	120
Sanità	7%	32	427
Scuola	4%	5	142
Servizi	17%	151	877
Tessile abbigliamento	23%	51	221
Trasporti	18%	51	276
Zootecnia	16%	12	74
Totale regione	22,2%	2.219	10.004

(*) cantieri

*Comparto edilizia - indice di irregolarità
(numero di cantieri sanzionati ogni cento
controllati) - Anni 2001-2007*



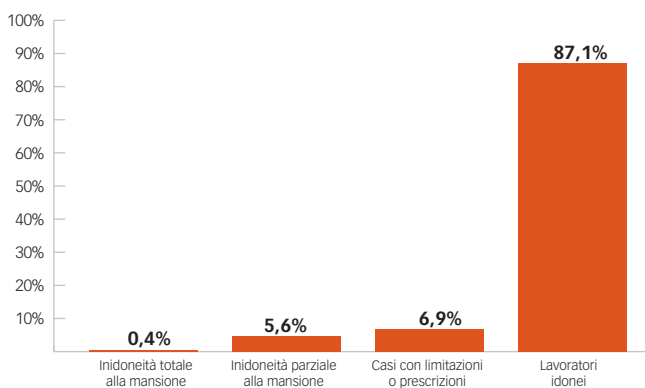
*Comparto edilizia - indice di incidenza
degli infortuni (rapporto tra numero degli
infortuni e lavoratori) - Anni 2001-2007*



*Servizio sanitario regionale - infortuni
Anno 2006*

Dipendenti Aziende sanitarie	59.725
infortuni con prognosi superiore a 4 giorni (denunciati all'INAIL)	3.096
Infortuni con prognosi inferiore o uguale a 3 giorni (non denunciati all'INAIL)	2.165
Infortuni a matrice biologica (contatto con sangue e altri liquidi biologici)	2.556
Totale infortuni	7.827
Numero totale giornate di assenza per infortunio	86.745

*Servizio sanitario regionale - accertamenti
personale esposto a rischi lavorativi
Anno 2006 valori percentuali*



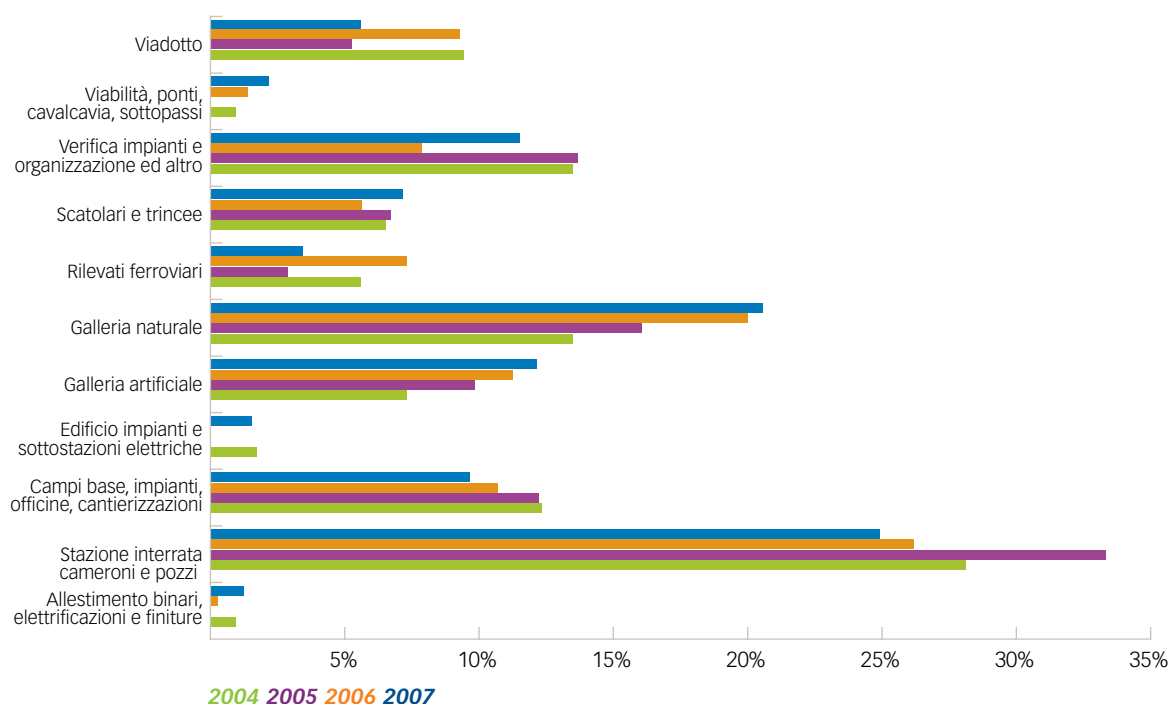
Sicurezza del lavoro nelle grandi opere: il sistema ferroviario Nodo di Bologna

Il Nodo di Bologna si diversifica dalle tratte ferroviarie dell'Alta Velocità/Alta Capacità per la varietà di interventi previsti, per il contesto urbano in cui sono inseriti i cantieri e per i numerosi lotti nei quali è stato suddiviso. Il Nodo comprende tre tratti di galleria naturale, gallerie artificiali, cameroni, pozzi di accesso alle gallerie, rilevati (terrapieni) e viadotti, oltre alla realizzazione di una nuova stazione sotterranea a servizio della linea Alta Velocità/Alta Capacità. Per integrare la nuova ferrovia nel territorio, sono inoltre previsti lavori per la ristrutturazione di tratte ferroviarie esistenti e interventi sulla viabilità urbana. Complessivamente negli anni 2002-2007 si sono svolti 2.697 sopralluoghi, con una media di circa 450 per anno. I sopralluoghi si sono concentrati in particolare nei contesti più a rischio: nel 2007, un sopralluogo per la sicurezza su quattro (24,9%) si è svolto nei cantieri della stazione inter-

rata. Negli ultimi due anni è stata accentuata l'attenzione nei cantieri in galleria (oltre il 20% dei sopralluoghi totali sia nel 2006 che nel 2007).

In galleria tra il 2003 e il 2006 l'indice di incidenza degli infortuni (rapporto tra numero degli infortuni e numero di lavoratori impegnati nei cantieri) è stato ampiamente sopra il 20% (con una punta del 39,3% nel 2004). Molti di questi infortuni si sono verificati durante la fase di scavo con la fresa a sezione piena e sono legati all'ambiente scivoloso della galleria e agli spazi angusti del macchinario, che hanno determinato soprattutto cadute in piano, scivolamenti e sforzo nel sollevamento di materiali. Dopo la prima metà del 2006, terminati i lavori di scavo con la fresa a sezione piena, l'indice infortunistico nelle gallerie naturali si è più che dimezzato (passando dal 21,68% nel 2006 al 9,32% nel 2007).

Sopralluoghi per aree di intervento - Anni 2004-2007



Indice di frequenza degli infortuni - Anni 2003-2007

Anno	Tutti i cantieri			Cantieri all'aperto			Cantieri di gallerie naturali		
	Addetti	Infortuni	Indice incidenza %	Addetti	Infortuni	Indice incidenza %	Addetti	Infortuni	Indice incidenza %
2003	341	56	16,42	190	20	10,53	151	36	23,84
2004	603	124	20,56	346	24	6,94	257	100	39,30
2005	701	128	18,26	323	25	7,74	378	103	27,25
2006	731	118	16,14	442	51	11,54	309	67	21,68
2007	599	48	8,01	320	22	6,87	279	26	9,32

Sicurezza alimentare

Dalla produzione primaria (allevamenti e aziende agricole) agli impianti di trasformazione, alle aziende di somministrazione e commercio degli alimenti: l'attività di controllo delle Aziende Usl riguarda tutta la filiera, dal campo alla tavola, per garantire la sicurezza alimentare e tutelare la salute dei cittadini.

I dati sui controlli effettuati negli allevamenti di bovini e suini segnalano, già dal 2003, un progressivo aumento delle irregolarità riscontrate: un fenomeno dovuto anche all'intensificazione dei controlli sul benessere degli animali, come stabilito da una specifica norma comunitaria.

Da rilevare come nel 2007 siano decisamente diminuite le irregolarità negli stabilimenti di lavorazione del latte

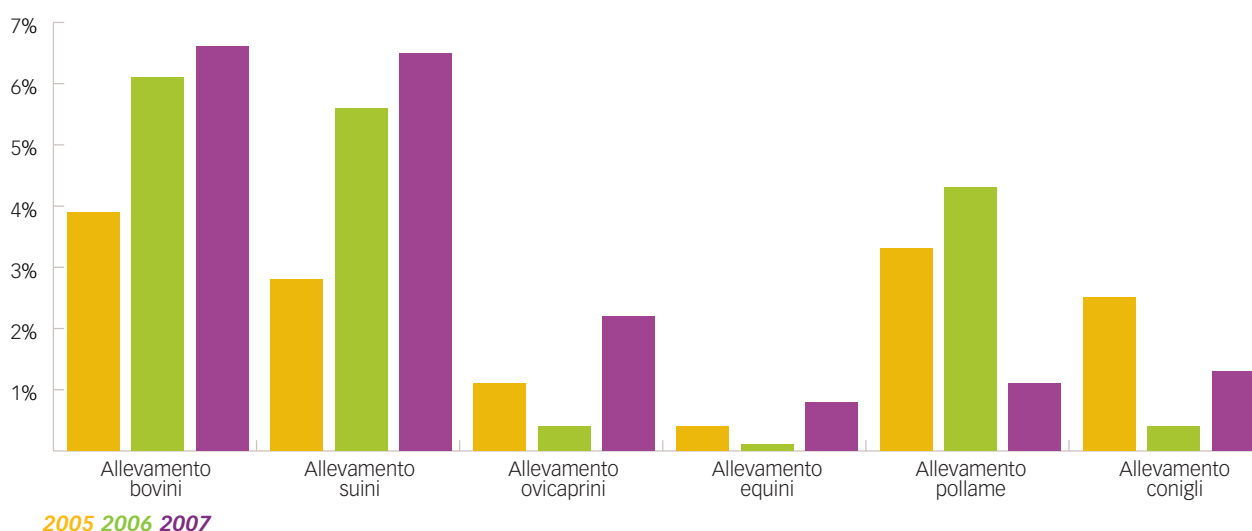
e dei prodotti lattiero-caseari, che passano dal 63% nel 2006 al 25,8% nel 2007. Un dato che è in relazione con i piani di sorveglianza permanente messi in atto dal 2003 per fronteggiare l'emergenza delle aflatoxine riscontrate quell'anno in mangimi di bovini e nel latte. Diminuiscono le irregolarità anche negli stabilimenti di lavorazione di prodotti della pesca (dal 25% nel 2006 all'11% nel 2007), negli impianti di lavorazione carne e depositi (dal 40% al 29,6%) e negli allevamenti di pollame (dal 4,3% al 1,1%). La sicurezza alimentare ha un sito dedicato, che si rivolge in particolare agli operatori sanitari e di tutta la filiera: www.saluter/alimentiesalute.it.

Strutture, controlli e irregolarità nella filiera alimentare

Allevamenti: controlli - Anno 2007

	strutture	controlli	irregolarità
Bovini	9.191	63.250	611
Suini	3.923	26.927	254
Ovicapriini	3.266	4.452	71
Equini	6.358	8.037	49
Pollame	7.161	11.698	77
Conigli	523	1.462	7

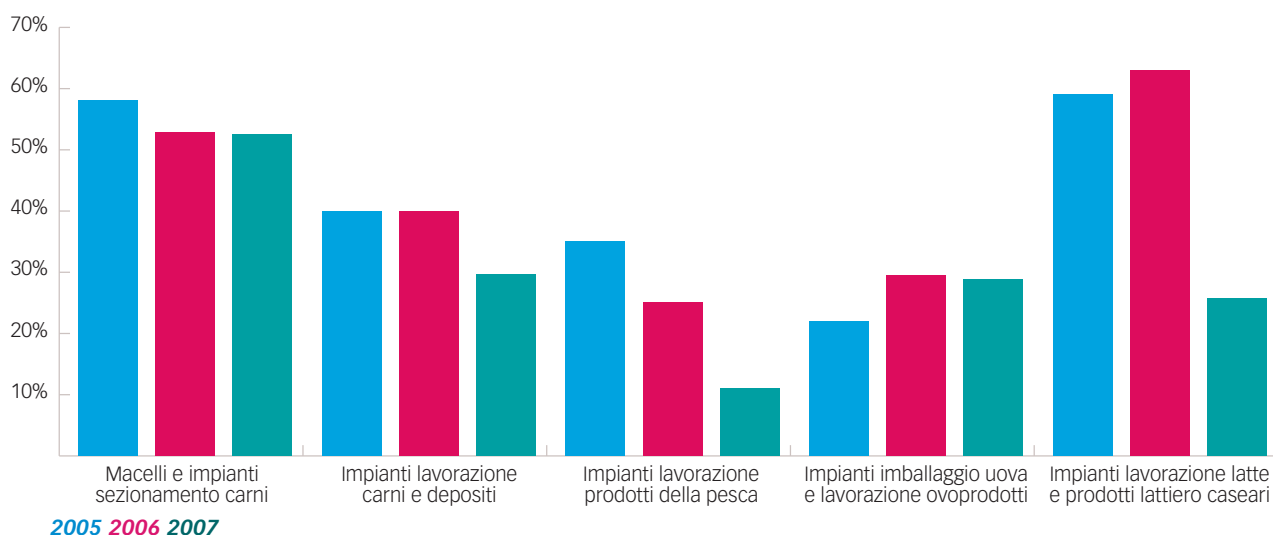
Allevamenti: irregolarità riscontrate - Anni 2005-2007



Impianti di produzione alimenti di origine animale: controlli - Anno 2007

	strutture	controlli	irregolarità
Macelli e impianti sezionamento carni	451	38.565	237
Impianti lavorazione carni e depositi	1.062	19.727	314
Impianti lavorazione prodotti della pesca	210	4.249	23
Impianti imballaggio uova e lavorazione ovoprodotti	45	250	13
Impianti lavorazione latte e prodotti lattiero caseari	854	6.111	220

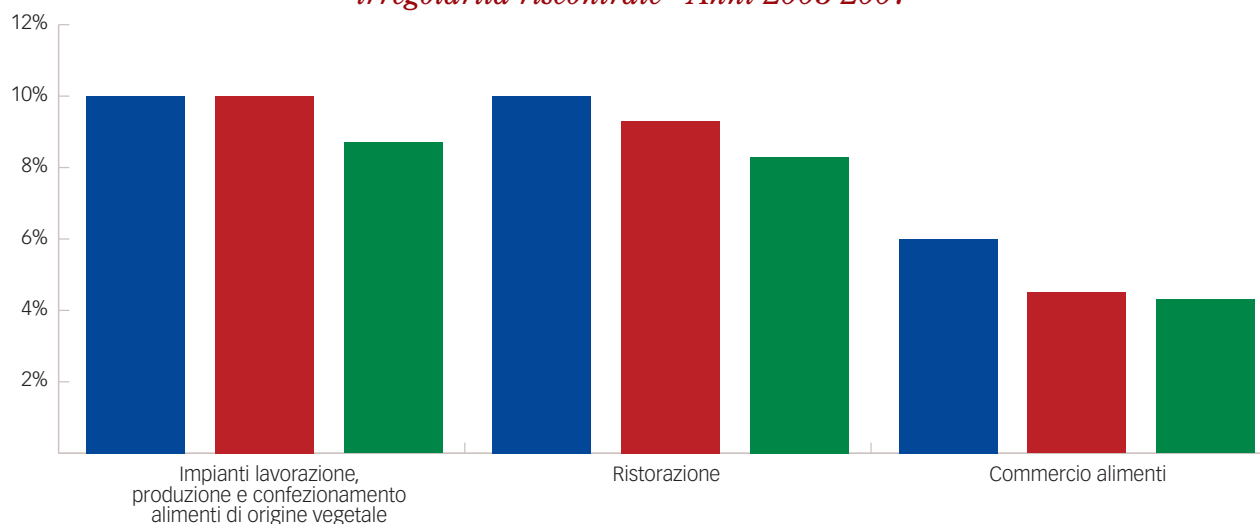
Impianti di produzione alimenti di origine animale: irregolarità riscontrate - Anni 2005-2007



Impianti di produzione alimenti di origine vegetale - ristorazione e commercio: controlli - Anno 2007

	strutture	controlli	irregolarità
Impianti lavorazione, produzione e confezionamento alimenti di origine vegetale	10.574	4.361	925
Ristorazione	36.962	15.100	3.076
Commercio alimenti	14.542	5.837	623

Impianti di produzione alimenti di origine vegetale - ristorazione e commercio: irregolarità riscontrate - Anni 2005-2007



2005 2006 2007

I programmi di ricerca e innovazione

Programma di ricerca Regione-Università

Avviato all'inizio del 2007, in coerenza con la l.r. 29/2004 e con il protocollo di intesa Regione-Università del febbraio 2005, 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 mette a disposizione (attraverso specifici bandi) complessivamente 30 milioni di euro per il triennio 2007 - 2009, suddivisi in tre grandi aree:

- ricerca innovativa** (70% delle risorse). L'obiettivo è 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 queste tematiche: trapianti; oncologia; diagnostica avanzata; neuroscienze; medicina rigenerativa;
- ricerca per il governo clinico** (25% delle risorse). L'obiettivo è di 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;
- 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. Le modalità di selezione dei progetti prevedono poi fasi diverse a seconda del grado di complessità e si avvalgono della collaborazione di esperti italiani e stranieri che intervengono sia nella fase iniziale di messa a punto delle proposte progettuali (per l'area ricerca innovativa una prima valutazione è avvenuta già nella fase di lettera di intenti), sia in quella di valutazione della proposta completa (per l'area governo clinico).

Per i progetti dell'area ricerca innovativa il percorso valutativo è concluso. Per i progetti relativi alla ricerca per governo clinico e formazione sono previsti bandi annuali anche nel 2008 e nel 2009.

Il coordinamento scientifico e operativo è in capo alla Direzione generale sanità e politiche sociali della Regione e all'Agenzia sanitaria e sociale regionale a cui spettano

anche l'attivazione e 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 ha articolato la propria attività in gruppi di lavoro multidisciplinari specifici per tema. Il coordinamento è assicurato dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale con il coinvolgimento dei Comitati etici locali (per confrontare e discutere modalità operative, identificare le criticità nella salvaguardia degli aspetti etici e di rilevanza della ricerca).

Il PRI-ER, che 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, comprende 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 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.

Per informazioni sui programmi: sito web dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale:

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

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

Programmi per la prevenzione e la sorveglianza dei rischi legati alle strutture o alle pratiche di cura

I pazienti, entrando in contatto con l'ambiente in cui vengono erogate le cure, incorrono in rischi. Questi sono 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 fra le priorità del 3° Piano sanitario, rilanciandola poi nel 1° 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 rappresentata dalla richiesta alle Aziende sanitarie di effettuare la valutazione dei possibili rischi connessi alla attività clinica nel loro contesto specifico e di provvedere alla programmazione di idonee misure di protezione della sicurezza dei pazienti e dei lavoratori. 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) sono oggetto di specifiche analisi effettuate durante le verifiche di accreditamento.

Vengono mantenuti in tutte le Aziende sanitarie strumenti utili a migliorare la sicurezza complessiva dell'ambiente sanitario:

- il sistema regionale di raccolta di segnalazioni e reclami degli utenti;
- il sistema di incident reporting: segnalazione volontaria da parte degli operatori di situazioni pericolose e di incidenti, indipendentemente dalla gravità dell'esito, al fine di attivare misure di protezione o di prevenzione;
- le tecniche che analizzano i punti critici dei processi assistenziali, o che studiano le dinamiche degli eventi sfavorevoli per evidenziarne i punti critici da sottoporre a revisione;
- l'introduzione di pratiche e procedure che si sono dimostrate efficaci nel ridurre rischi conosciuti, come la introduzione di 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;
- una rilevante attenzione agli aspetti relazionali con i pazienti, fino alla acquisizione di capacità di risoluzione dei conflitti e una più rispettosa gestione degli aspetti amministrativi collegati ai benefici per i danneggiati;
- la formazione degli operatori su aspetti legati alla sicurezza degli ambienti, delle macchine e dei comportamenti.

Le iniziative sviluppate, insieme alle linee di indirizzo predisposte e divulgate nel 2006, e attualmente verificate nella loro realizzazione, consentono di affrontare il problema in modo unitario, coinvolgendo i servizi che nelle Aziende sa-

nitare si occupano di sicurezza, erogazione dell'assistenza, comunicazione con i cittadini, formazione, gestione degli aspetti economici del danno.

Programma per la sorveglianza e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza

La prevenzione delle complicanze infettive correlate alle pratiche assistenziali si inserisce nell'ambito delle attività di gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie anche se, per le sue caratteristiche (complessità dei determinanti e delle misure di prevenzione e controllo, varietà degli esiti clinici) richiede specifici interventi e professionalità nell'ambito delle Aziende sanitarie.

Con l'obiettivo di migliorare la capacità di prevenzione e controllo delle organizzazioni sanitarie, 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 ed 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 ed 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, sia in ospedale che nei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali e nell'assistenza domiciliare, rappresentino un mandato specifico delle Aziende sanitarie, le quali sviluppino un piano-programma con obiettivi di breve e medio periodo, strumenti efficaci a raggiungerli, risorse specificamente dedicate.

Le aree di intervento prioritarie sono costituite da:

- sorveglianza e controllo delle epidemie ed eventi sentinella;
- 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);
- prevenzione della selezione e diffusione di microrganismi e multiresistenti agli antibiotici;
- elaborazione e sviluppo di programmi di sorveglianza e controllo delle infezioni nelle strutture residenziali e in assistenza domiciliare.

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

Piano sul contenimento dei tempi di attesa per prestazioni specialistiche ambulatoriali e per ricoveri programmati

Con la delibera 1532/2006 (integrata con la delibera 73/2007) la Giunta regionale ha approvato il Piano sul contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali (visite ed esami) e per i ricoveri (in alcune aree specifiche), in attuazione di quanto previsto dalla intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006.

Le Aziende Usl, in sinergia con le Aziende Ospedaliere o gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) della propria area territoriale di riferimento, hanno presentato, come richiesto dal Piano regionale, il Piano attuativo locale, preventivamente sottoposto ai rispettivi Comitati di Distretto e alle Conferenze territoriali sociali e sanitarie. Sono inoltre impegnate ad instaurare un rapporto stabile con i cittadini e le loro rappresentanze finalizzato non solo a fornire un'informazione corretta sulle scelte adottate, ma soprattutto ad instaurare un rapporto stabile e sistematico per un'analisi dei risultati e per la semplificazione dell'accesso.

Le aree di intervento per la specialistica ambulatoriale

Le aree di intervento del Piano relative alla specialistica ambulatoriale riguardano 41 prestazioni raggruppate nelle aree oncologica, cardiovascolare, materno-infantile, geriatrica, e 5 visite specialistiche di grande impatto: visita dermatologica, oculistica, otorinolaringoiatrica, ortopedica, urologica.

Le aree di intervento relative ai ricoveri programmati

Per i ricoveri, ordinari e in day hospital/day surgery, le aree di intervento riguardano l'area oncologica (interventi chirurgici, chemioterapia), l'area cardiologica (bypass aortocoronarico, angioplastica coronarica, endoarteriectomia carotidea, coronarografia), l'area geriatrica (intervento protesi d'anca e cataratta). Riguardano inoltre specifiche prestazioni: interventi chirurgici al polmone, interventi chirurgici al colon, tonsillectomia, biopsia percutanea del fegato, legatura e stripping di vene, emorroidectomia, riparazione ernia inguinale e decompressione tunnel carpale.

Gli obiettivi sui tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali

In Emilia-Romagna il monitoraggio dei tempi di attesa per la specialistica ambulatoriale è attivo dal 1999 e ha riguardato – in modo costante negli anni – il 25% delle visite erogate e il 17% delle prestazioni diagnostiche erogate, fissando nell'80% dei casi l'erogazione entro i tempi stabiliti.

Il Piano riconferma i tempi massimi di attesa entro i quali le prestazioni devono essere erogate: 24 ore per le urgenze, 7 giorni per le prestazioni urgenti differibili, 30 giorni per le prime visite specialistiche, 60 giorni per le prestazioni strumentali di primo accesso.

In particolare, il Piano regionale, per le 41 prestazioni specialistiche ambulatoriali individuate, specifica che i tempi massimi di attesa devono essere rispettati in almeno il 90% dei casi.

Le Aziende sanitarie, nei loro Piani attuativi, individuano gli ambiti territoriali entro cui devono essere garantiti tali tempi di attesa. Negli stessi Piani attuativi sono poi previsti percorsi specifici per prestazioni di "alta specialità" o che vengono erogate in sedi di eccellenza, per le quali sono rese note le modalità di accesso.

Gli obiettivi sui tempi di attesa per i ricoveri programmati

Il Piano individua le aree che raggruppano le prestazioni, da garantire nei tempi massimi stabiliti almeno nel 90% dei casi, oggetto di monitoraggio: area oncologica (tra cui interventi chirurgici per tumore della mammella, della prostata, del colon retto, del collo dell'utero, chemioterapia), area cardiovascolare (tra cui bypass aortocoronarico, angioplastica coronarica, endoarteriectomia carotidea, coronarografia), area geriatrica (tra cui l'intervento per la cataratta e la protesi d'anca).

Anche per i ricoveri, il Piano amplia un monitoraggio già in atto in Emilia-Romagna a partire dal 2000.

Il sistema delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali

L'offerta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è resa disponibile in ciascuna Azienda sanitaria attraverso un sistema centralizzato informatizzato di prenotazione: CUP (Centro Unificato di Prenotazione). Il CUP assicura ai cittadini l'informazione sulla disponibilità dell'offerta di prestazioni e deve garantire una organizzazione basata sulla trasparenza e sull'efficienza.

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

Il primo programma triennale 2007 – 2009 per l'utilizzo del Fondo per la non autosufficienza è stato approvato dalla Giunta regionale con la delibera n. 509 dell'aprile 2007.

Con delibera n. 1206 del luglio 2007 sono stati poi forniti indirizzi attuativi per la gestione del programma in particolare per i servizi e le iniziative innovative per il sostegno a domicilio.

L'istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza

La Regione ha istituito il Fondo per la non autosufficienza per finanziare i servizi socio-sanitari rivolti alle persone in condizioni di non autosufficienza e a coloro che se ne prendono cura. I riferimenti normativi sono la legge regionale 2/2003 (la legge quadro sui servizi sociali), la legge finanziaria regionale per il 2005 (l.r. 27/2004 che, all'articolo 51, lo istituisce).

L'Emilia-Romagna è una delle regioni "più vecchie" d'Italia con, al 31 dicembre 2007, 968.208 persone con più di 65 anni (il 22,6% della popolazione a fronte del 19,8% nazionale), con una significativa presenza di "grandi vecchi", la popolazione con più di 80 anni (291.829 in totale) dove sono più forti i problemi di autosufficienza. Il Fondo regionale per la non autosufficienza tuttavia non è rivolto solo alle persone anziane non autosufficienti ma comprende anche persone di ogni età con disabilità medio-gravi e gravissime.

L'alimentazione del Fondo è demandata anche ad un maggiore e mirato prelievo fiscale regionale ed è pertanto indispensabile che sia capace di produrre una maggiore equità nello sviluppo della rete dei servizi e migliori condizioni di eguaglianza assistenziale con omogenee opportunità di accesso, qualità nei trattamenti, equa contribuzione a carico dei cittadini.

Il Fondo fa riferimento alle linee strategiche del Piano sociale e sanitario 2008 – 2010 e rappresenta quindi una parte importante del processo di realizzazione del nuovo welfare locale e regionale previsto dallo stesso Piano: Regione, Enti locali, Aziende Usl, terzo settore, organizzazioni sindacali, assumono un impegno comune per realizzare il sistema integrato di servizi in favore delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie.

Le risorse del Fondo sono aggiuntive rispetto a quanto assicurato dal Fondo sanitario regionale e dagli Enti locali: sono infatti utilizzate per far fronte alle spese sociali e ai soli oneri sociali a rilievo sanitario, essendo le spese prettamente sanitarie di competenza delle Aziende Usl anche per quanto riguarda lo sviluppo dei servizi per la non autosufficienza.

Gli obiettivi

Le risorse sono destinate allo sviluppo, alla qualificazione e all'innovazione della rete dei servizi e degli interventi con le seguenti priorità: potenziamento dei servizi domiciliari, riconoscimento delle forme di autorganizzazione delle fa-

miglie con un'attenzione specifica alle assistenti domiciliari straniere, promozione di forme innovative di assistenza ed in prospettiva contenimento della compartecipazione delle persone alle "spese alberghiere" delle residenze.

La programmazione

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, dell'associazionismo, del terzo settore e approvato con delibera di Giunta.

Il Piano annuale di attività è elaborato dal Comitato di Distretto e dal direttore di Distretto, in armonia con le indicazioni della Conferenza territoriale sociale e sanitaria e della Regione, e aperto al contributo delle parti sociali, del terzo settore e dell'insieme dei soggetti erogatori dei servizi.

Le risorse sono vincolate allo sviluppo e alla qualificazione, anche attraverso il processo di accreditamento, di una rete integrata di servizi flessibili, distribuiti in modo omogeneo nei vari territori della regione. Il riparto è assicurato dalle Conferenze territoriali sociali e sanitarie ai Comitati di Distretto in relazione alla popolazione residente con più di 75 anni ed in relazione ai casi rilevati per le gravissime disabilità acquisite.

Le priorità 2007-2008

Le priorità individuate per il 2007 e il 2008 sono: lo sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata, l'aumento dell'assegno di cura per anziani non autosufficienti, la qualificazione delle assistenti familiari (con "punti di ascolto", formazione, consulenza), servizi di telesoccorso e teleassistenza anche gestiti con il concorso del volontariato, accoglienza temporanea "di sollievo", sostegno alle reti informali di solidarietà sociale (dal "portierato" al "custode" sociale), azioni per garantire maggiore equità e contenimento della compartecipazione alle "spese alberghiere" delle residenze (case protette/residenze sanitarie assistenziali, centri diurni) nella prospettiva della definizione delle future tariffe socio-sanitarie.

I risultati nel 2007

Il 2007 è stato l'anno di avvio del programma. Significativi i risultati: dei 311 milioni previsti ne sono stati utilizzati 255 (l'84%), le risorse restanti sono state trascinate nel 2008 (che potrà contare complessivamente su 353,8 milioni); con le risorse del Fondo sono stati assicurati servizi a 54.500 persone, di cui 7.200 nuovi assistiti (6.750 anziani non autosufficienti, 450 persone con disabilità).

Formazione nel sistema sanitario regionale

La collaborazione con l'Università

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

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) e con la 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 Ospedaliero-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 140 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 2007-2008 ha visto l'attivazione, tra l'altro, di 65 Corsi di laurea triennale per un totale di circa 2.200 posti.

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,

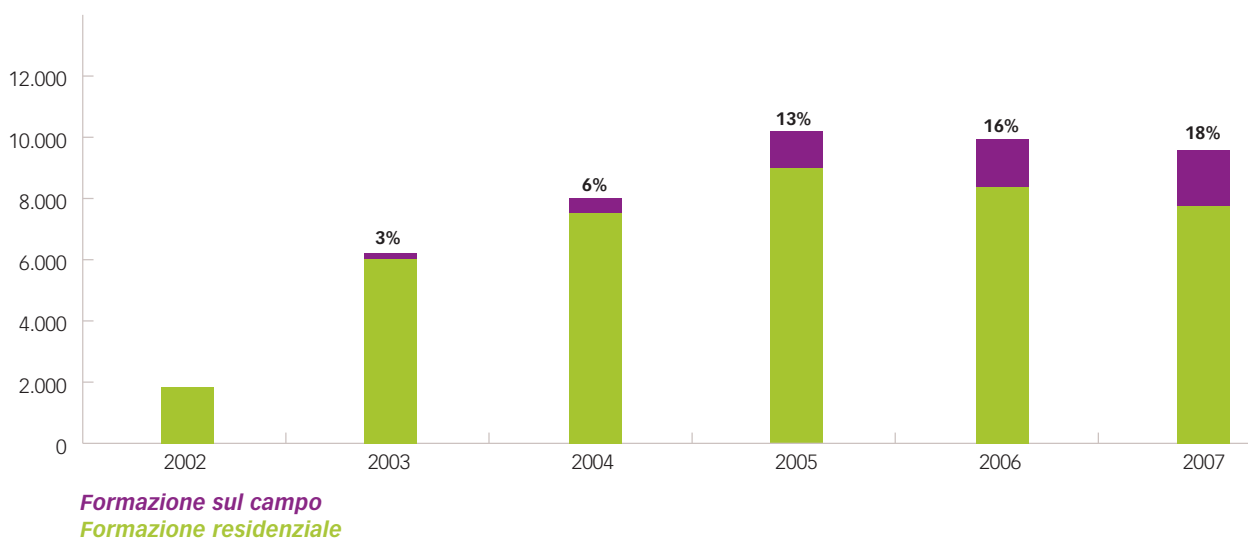
l'attività di una Commissione regionale di esperti e della Consulta regionale dei rappresentanti degli Ordini, dei Collegi e delle Associazioni professionali, ha dato risultati positivi. In questi anni sono state accreditate oltre 51.000 iniziative formative, in prevalenza eventi "residenziali" (corsi, 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 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 è previsto anche l'accreditamento regionale dei provider (Aziende sanitarie pubbliche e private, Ordini, Collegi, ...).

Gli operatori sanitari interessati in Emilia-Romagna nel 2007 sono stati circa 61.400 (43.000 i dipendenti delle Aziende sanitarie e dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, circa 3.800 i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, e poi gli specialisti, i dipendenti delle strutture private convenzionate, i farmacisti, e altri).

Maggiori informazioni si possono trovare sul sito web: <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 2002-2007



Programma di cure odontoiatriche, protesiche, ortesiche

Il programma regionale di cure odontoiatriche, protesiche e ortesiche garantite dal Servizio sanitario regionale a persone con patologie che creano problemi odontoiatrici o in condizioni economiche svantaggiate, è stato avviato il primo giugno 2005 (delibera della Giunta regionale 2678/2004) ed è entrato a regime l'1 gennaio 2006. Il programma, nella sua prima fase, è stato rivolto a circa 20.000 persone con patologie che creano problemi o complicazioni di natura odontoiatrica e a circa 300.000 persone in condizioni economiche svantaggiate.

L'ampliamento del programma

Nel 2008 la Regione Emilia-Romagna ha realizzato una revisione del programma (delibera della Giunta regionale 374/2008) aumentando il numero di persone a cui sono garantite le cure e le fasce di reddito che danno diritto alla gratuità e l'accesso a prezzi calmierati.

Oltre alle patologie già previste, sono state inserite gravi disabilità psicofisiche che, associate a una condizione di handicap grave o con un'invalità 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 il reddito, la fascia che ha diritto alla totale esenzione dalle spese è stata ampliata alle persone con reddito ISEE (indicatore che misura il reddito e la ricchezza della famiglia e non del singolo) fino a 8.000 euro/anno (nella prima fase il tetto era posto a 7.500 euro).

Ampliata, inoltre, anche la fascia di popolazione a cui, per l'assistenza, è chiesto un contributo alla spesa: il tetto della classe di reddito ISEE che può accedere alle cure con il pagamento di una tariffa per prestazione sensibilmente inferiore a quella di mercato e avere le protesi a prezzo calmierato passa da 15.000 a 22.500 euro.

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

I risultati

Al 30 giugno 2007, erano 103 le strutture attive (tra cui 2 private accreditate), con un incremento del 5% rispet-

to all'inizio del programma nel 2005. Nel 2007 le cure conservative e le cure protesiche sono state garantite in tutti i 38 Distretti delle Aziende Usl (con un incremento del 18% della copertura distrettuale per le cure protesiche). L'ortodonzia, rivolta ai bambini fino a 14 anni, è assicurata nel 67% dei Distretti (era al 59% nel 2005), ma si deve considerare che l'ortodonzia è una tipologia di cure odontoiatriche che - richiedendo specifiche competenze da parte dello specialista - è considerata a valenza sovradistrettuale con potenzialità di erogazione sufficienti per tutta l'Azienda Usl.

Il numero delle persone assistite è passato a livello regionale da 42.733 nel secondo semestre 2005 a 64.906 nel primo semestre 2007, con un incremento del 52%.

Per l'adeguamento tecnologico e delle strutture, nella prima fase sono stati stanziati 1.651.650 euro, nel 2007 la Regione ha disposto un finanziamento di 3,6 milioni di euro.

Tra i dati più interessanti emersi nei due anni di sviluppo del programma, la percentuale di copertura delle persone in condizioni economiche svantaggiate (con reddito ISEE inferiore a 7.500 euro), passata dal 44% al 73%.

Nel primo semestre 2007, erano in carico per trattamenti ortodontici 7.579 bambini (minori di 14 anni, in famiglie con reddito ISEE entro i 15.000 euro), con un aumento del 41% rispetto al 2005.

Nello stesso periodo sono state erogate protesi a 3.539 persone (3.728 i manufatti erogati), con un incremento del 59% rispetto al 2005.

In questo ambito, è stato sviluppato il Progetto speciale sociale e sanitario, che garantisce la totale copertura delle spese per le protesi fornite a persone con reddito ISEE fino a 7.500 euro: nel 2007, il 68% dei manufatti erogati dal programma regionale è stato a totale carico del Servizio sanitario regionale (era il 36% nel 2005).

Riguardo ai tempi di attesa per le visite, stabiliti in un massimo di 30 giorni, i dati mostrano un progressivo assestamento: per le visite in ambito conservativo-protesico (dalle cure canalari all'applicazione delle protesi) la media regionale segnala che i tempi sono stati rispettati nell'82% dei casi; per quelle nel settore ortodonzia (apparecchi dentali per i bambini), il valore medio regionale è pari al 74%.

Il programma di vaccinazione contro l'HPV (Human Papilloma Virus)

La Regione Emilia-Romagna, con propria delibera di Giunta 236/2008, in attuazione dell'intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2007 in tema di "strategia per l'offerta attiva del vaccino contro l'infezione da HPV in Italia", ha avviato, su tutto il territorio regionale, il programma di vaccinazione gratuita contro i sierotipi 16 e 18 dell'HPV (Human Papilloma Virus) rivolta alle adolescenti nel dodicesimo anno di vita.

L'HPV è responsabile della più comune infezione a trasmissione sessuale, molto diffusa soprattutto nelle giovani donne attorno ai 25 anni di età.

Nella grande maggioranza dei casi (circa il 90%) l'HPV provoca infezioni transitorie, asintomatiche, che guariscono spontaneamente, ma alcuni tipi di Papilloma virus, - e i sierotipi 16 e 18 sono i più pericolosi - possono provocare, anche se in rari casi, alterazioni cellulari del collo dell'utero che, se non curate con tempestività, possono evolvere in tumore. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), il 70% dei tumori del collo dell'utero sono causati da un'infezione persistente da HPV 16 e 18. La disponibilità di un vaccino contro questi due sierotipi rappresenta quindi una importante opportunità per la prevenzione.

L'efficacia della vaccinazione è massima (90-100%) se la ragazza non è ancora entrata in contatto con il virus, cioè se non ha ancora avuto rapporti sessuali, mentre si riduce al 40% nelle ragazze che hanno già iniziato ad avere rapporti.

Per questo in Italia, seguendo le linee guida dell'Oms, la Conferenza Stato-Regioni ha deciso di offrire la vaccinazione gratuita alle ragazze nel dodicesimo anno di vita (vale a dire dal compimento degli 11 anni).

L'Emilia-Romagna, come le altre Regioni, ha recepito queste indicazioni.

L'avvio nel marzo 2008

La campagna è partita nel marzo 2008: le adolescenti nate nel 1997 ricevono dalla Azienda Usl una lettera di invito ad

effettuare la vaccinazione gratuita. Negli anni successivi saranno via via invitate tutte le ragazze che entreranno nel dodicesimo anno di vita. La vaccinazione gratuita viene offerta anche, ma su richiesta dei genitori, alle adolescenti nate nel 1996 (che avevano compiuto 11 anni nel 2007, anno di autorizzazione all'utilizzo del vaccino).

La campagna di vaccinazione dell'Emilia-Romagna prevede anche un'opportunità per le ragazze tra i 12 e i 18 anni di età: la possibilità di eseguire la vaccinazione presso i Servizi vaccinali delle Aziende Usl ad un prezzo agevolato, rappresentato dal puro costo del vaccino per l'Azienda Usl più il costo della vaccinazione.

Dopo i 18 anni, invece, le ragazze che intendono vaccinarsi devono rivolgersi al proprio medico di fiducia sia per la prescrizione che per la somministrazione del vaccino, da acquistare in farmacia con ricetta medica.

L'importanza del pap test e dello screening

Il programma regionale di vaccinazione contro HPV 16 e 18, la cui realizzazione prevede nel 2008 un impegno di spesa di circa 4 milioni di euro, è parte della strategia complessiva in atto da tempo sul fronte della prevenzione dei tumori del collo dell'utero.

Il vaccino anti HPV 16 e 18 non protegge da tutti i tumori del collo dell'utero, ma solo da quelli dovuti a infezione persistente da HPV 16 e 18.

Per la prevenzione e la diagnosi precoce di tutte le lesioni del collo dell'utero (anche quelle non provocate da HPV 16 e 18) occorre sottoporsi regolarmente ad un semplice esame, il pap test.

In Emilia-Romagna, fin dal 1996, è in corso un programma di screening gratuito che propone a tutte le donne dai 25 ai 64 anni (oltre 1.200.000 in totale), fascia di età nella quale il rischio di ammalarsi di questi tumori è più elevato, l'esecuzione del pap test ogni tre anni garantendo anche, sempre a titolo gratuito, tutti gli approfondimenti diagnostici e gli interventi di cura eventualmente necessari.

Il pap test deve essere eseguito con regolarità anche dalle donne vaccinate contro HPV 16 e 18.

Programma per l'assistenza alle persone con disturbo dello spettro autistico

L'autismo e i disturbi dello spettro autistico rappresentano una sfida importante per l'adeguamento del sistema sociale e sanitario sia per gli aspetti di miglioramento clinico, organizzativo e di collaborazione integrata, sia per il necessario e competente supporto alla famiglia.

Il sistema informativo regionale della neuropsichiatria dell'Infanzia e della adolescenza documenta che in Emilia-Romagna sono 1.166 i disturbi dello spettro autistico in persone di età inferiore a 18 anni annualmente in carico alle strutture sanitarie territoriali. Da un punto di vista epidemiologico, l'attesa è intorno al 3 per mille in questa fascia di età (più elevata secondo recenti casistiche).

A partire dagli anni 2000 l'Assessorato politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna ha lavorato ed approfondito il tema dell'autismo nell'ottica di un miglioramento dei servizi attraverso il contributo di Tavoli tecnici che ha portato, nel 2004, alla emanazione di indirizzi alle Aziende sanitarie (delibera di Giunta regionale 1066/2004 "Linee guida per la promozione della salute per le persone con autismo ed altri disturbi pervasivi dello sviluppo") e, nel marzo 2008, alla approvazione del "Programma regionale integrato per l'assistenza alle persone con disturbo dello spettro autistico PRI-A" (delibera di Giunta regionale 318/2008).

Gli obiettivi e il modello organizzativo

Obiettivo generale del Programma è garantire equità, tempestività ed appropriatezza della diagnosi, presa in carico e cura delle persone con disturbi autistici nelle diverse fasce di età.

Il modello organizzativo è quello adottato per le alte specialità: il modello Hub & Spoke. In tutte le realtà aziendali/provinciali saranno istituiti centri Spoke a cui potranno fare riferimento i numerosi attori coinvolti nella strutturazione di percorsi integrati, mentre gli Hub di riferimento specialistico e di governo clinico saranno in ognuna delle

tre Aree vaste dell'Emilia-Romagna, presso le Aziende Usl di Reggio Emilia, Bologna e Rimini.

La completa attuazione del Programma è da prevedersi nell'arco del triennio 2008-2010: la condivisa articolazione di obiettivi di medio e lungo termine, attraverso la strutturazione complessa della rete "Hub & Spoke" realizzerà la completa messa a regime di protocolli uniformi clinici ed organizzativi, la definizione e l'adeguamento di specifici requisiti per l'accreditamento, in particolare per la diagnosi e la presa in carico nei primi anni di vita.

Le 11 Aziende Usl sono impegnate a costituire /consolidare un team-spoke aziendale per i disturbi dello spettro autistico costituito da professionisti di diverse discipline, esperti nella corretta diagnosi e nell'approccio psico-educativo, cognitivo comportamentale, per la abilitazione delle persone con disturbi autistici.

Il Programma si avvale, oltre che di un Comitato operativo per il coordinamento delle funzioni clinico organizzative nei singoli team aziendali, di un Comitato scientifico, a cui partecipano anche esperti nazionali che, in coerenza con la letteratura scientifica corrente, indirizza l'appropriatezza dei percorsi assistenziali, fornisce la valutazione clinica ed epidemiologica dei risultati del monitoraggio, supporta il processo di accreditamento delle attività previste dal Programma. Il Comitato scientifico propone inoltre iniziative di ricerca e innovazione, con particolare attenzione alla proposta di eventuali nuovi approcci clinico-terapeutici (es. gastroenterologici, neurometabolici, genetici).

Uno specifico finanziamento regionale per il triennio garantirà il supporto alla costruzione della rete Hub & Spoke ed il perseguimento degli obiettivi, generali e specifici, per i diversi livelli di attuazione, a cominciare dalla tempestività della diagnosi sino alla revisione dei percorsi assistenziali per adolescenti e adulti con disturbi dello spettro autistico.

Piano per la lotta alla zanzara tigre e per la prevenzione di Chikungunya e Dengue

Nell'estate del 2007, in alcune aree della Romagna, si è verificato il primo caso europeo di focolaio autotono di Chikungunya, malattia virale a decorso benigno trasmessa dalla zanzara tigre (insetto originario del Sud-est asiatico, diffuso anche in Italia a partire dagli anni '90). Tra i mesi di agosto e settembre sono stati 217 i casi accertati di persone colpite da questo virus.

A seguito di questa epidemia, la Regione ha adottato un Piano di interventi (approvato con delibera di Giunta 280/2008) per prevenire la diffusione di nuovi focolai di Chikungunya e di altre malattie, come la Dengue, trasmesse dalla zanzara tigre.

Gli obiettivi

La lotta all'insetto vettore è l'elemento decisivo della strategia di prevenzione e controllo di queste malattie, finora sconosciute nel Paese.

Il Piano prevede interventi coordinati e sinergici di tutte le Istituzioni dell'Emilia-Romagna ed è il risultato di un confronto con Istituti scientifici regionali e con organismi sanitari nazionali (Ministero della salute, Istituto superiore di sanità) e internazionali (European centre for disease prevention and control; Organizzazione mondiale della sanità; Ministero della sanità francese).

Operativo dal 1° aprile 2008, il Piano si pone due obiettivi:

1. ridurre il più possibile la popolazione di zanzara tigre in tutto il territorio regionale, con il potenziamento degli interventi di disinfestazione;
2. rafforzare il sistema di sorveglianza sanitaria per individuare il più precocemente possibile eventuali casi sospetti e attuare tempestivamente le misure di controllo che impediscano la trasmissione del virus.

A livello organizzativo, il Piano individua una doppia responsabilità istituzionale: agli Enti locali, in particolare ai Comuni, spetta la gestione diretta degli interventi di disinfestazione, al Servizio sanitario regionale spettano la sorveglianza sanitaria, l'attività di diagnosi e le misure di controllo e di diffusione della malattia.

Il Piano, per sollecitare la partecipazione, ha previsto una campagna informativa capillare.

La lotta alla zanzara tigre

Piani ordinari di disinfestazione sono realizzati in tutti i Comuni in cui è presente la zanzara tigre (non presente nell'alta collina). Nelle zone dove nell'estate 2007 si sono verificati i focolai di Chikungunya sono previsti anche interventi straordinari di disinfestazione "porta a porta" nelle aree private.

Il Piano prevede inoltre di aumentare il numero di ovitrappole nel territorio e indica il numero ottimale per provincia. L'obiettivo della rete di monitoraggio per il 2008 è di stimare il livello di infestazione da zanzara tigre per ogni ambito provinciale e per i centri urbani principali.

Sono inoltre previste attività di sorveglianza per individuare eventuali insetti di nuova introduzione (per es. l'*Aedes Aegypti* che può trasmettere la febbre gialla).

Il sistema di sorveglianza

Obiettivo è l'identificazione precoce dei casi, anche solo sospetti, in modo da attivare tempestivamente le misure necessarie per impedire la trasmissione della malattia. La segnalazione segue le procedure del sistema di segnalazione rapida.

Previsto inoltre un sistema di sorveglianza attiva da parte dei medici di famiglia, dei pediatri di fiducia e dei medici del Pronto soccorso e dei Servizi di continuità assistenziale, che vengono contattati periodicamente dalle Aziende Usl per il ruolo che essi hanno nella prima fase di individuazione di eventuali casi.

Gli accertamenti diagnostici

Gli accertamenti diagnostici sono svolti dall'Unità operativa di microbiologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, individuata come punto di riferimento regionale. Questo laboratorio, già identificato come Centro regionale di riferimento per le emergenze microbiologiche (Crrem), è stato potenziato dal punto di vista strutturale e delle attrezzature per metterlo in grado di rispondere anche ad eventuali picchi di richieste.

In un sito web dedicato, tutti gli aggiornamenti:

www.zanzaratigreonline.it

Il percorso nascita

Il 1° 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.

In relazione agli obiettivi del Piano, la Giunta regionale con propria delibera, 533/2008, ha fornito alle Aziende sanitarie le linee di indirizzo relative a tutte le fasi di assistenza del percorso nascita, sulla base dei lavori di una specifica Commissione tecnico scientifica regionale.

Linee guida relative al controllo del dolore nel parto, anch'esse elaborate dalla Commissione, sono state approvate con la delibera 1921/2007.

Ecco le principali linee guida elaborate dalla Commissione sul percorso nascita e approvate dalla Giunta regionale.

- **Diagnosi prenatale precoce delle principali anomalie cromosomiche**

Le linee guida definiscono un percorso diagnostico e di consulenza per consentire alla donna in gravidanza di assumere scelte consapevoli, anche rispetto ai rischi per se stessa e per il feto dovuti agli esami di accertamento delle eventuali anomalie, esami in alcuni casi particolarmente invasivi.

- **Assistenza ostetrica alla gravidanza, al parto e al puerperio**

Con queste indicazioni, viene ridefinito il ruolo dell'ostetrica all'interno dell'equipe di assistenza, come professionista qualificata e interlocutrice privilegiata della donna e della sua famiglia dal concepimento al periodo successivo al parto.

- **Controllo del benessere fetale nel travaglio del parto**

Con le linee guida vengono fornite indicazioni per promuovere l'umanizzazione e la demedicalizzazione del parto.

- **Disturbi emozionali della donna in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino**

Vengono date indicazioni per l'organizzazione di percorsi di presa in carico dei disturbi emozionali della donna che completino l'assistenza in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino, valorizzando la multidisciplinarietà e promuovendo la formazione dei professionisti su questi temi.

- **Riduzione della mortalità alla nascita**

Prevedono un programma di analisi e monitoraggio degli eventi, con cui si intende ridurre il fenomeno dei bambini nati morti intervenendo sulla prassi diagnostico-assistenziale. Propongono una revisione della letteratura che associa la mortalità ai fattori che possono averla provocata e prevedono l'introduzione di una cartella clinica del bambino nato morto e di un protocollo di indagini diagnostiche.

- **Assistenza al travaglio di parto fisiologico in ambiente extraospedaliero**

Le linee guida contengono indicazioni per un'assistenza qualificata al parto nelle strutture private e a domicilio e per favorire l'uniformità dei protocolli e delle procedure su tutto il territorio regionale; istituiscono un Osservatorio regionale su questo tema con funzioni di monitoraggio e valutazione dell'assistenza.

- **Percorso nascita e qualità percepita**

Si tratta di una rassegna bibliografica rivolta agli operatori sanitari per favorire il processo di ascolto delle donne e per promuovere strumenti e modalità di indagine della qualità dell'assistenza da esse percepita.

- **Controllo del dolore nel parto**

Le linee guida stabiliscono che, entro la fine del 2008, sarà garantita gratuitamente 24 ore al giorno e tutti i giorni dell'anno, alle donne che lo richiederanno, la possibilità del parto in analgesia in almeno un punto nascita di ogni provincia della regione e l'adozione di metodiche non farmacologiche di controllo e contenimento del dolore nel parto in tutti i punti nascita.

Le linee guida per la redazione dell'atto aziendale

La Giunta regionale ha emanato le direttive alle Aziende sanitarie per la redazione dell'atto aziendale, lo strumento che disegna l'organizzazione e le articolazioni di governo dell'Azienda sanitaria e i suoi rapporti con Regione, Enti locali, rappresentanze dei cittadini, così come previsto dalla legge di riorganizzazione del Servizio sanitario regionale (29/2004) e in armonia con le previsioni del 1° Piano sociale e sanitario regionale.

Con una prima delibera approvata nel febbraio 2006 (86/2006), la Regione ha disegnato il quadro generale dell'organizzazione aziendale valorizzando il governo clinico e fornendo indicazioni sulle modalità della partecipazione dei professionisti alle scelte strategiche aziendali, sulle funzioni di ricerca e innovazione e sull'organizzazione distrettuale e dipartimentale (a quest'ultimo riguardo, con un riferimento specifico alla organizzazione dei Dipartimenti ospedalieri). Con una successiva delibera approvata nel dicembre 2007 (2011/2007) sono state fornite linee guida per l'organizzazione dei Dipartimenti territoriali delle Aziende Usl, un'organizzazione che ha tenuto in particolare attenzione l'esigenza dell'integrazione organizzativa e professionale così come disegnata dal 1° Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010 (in quei mesi all'attenzione dell'Assemblea legislativa per l'approvazione definitiva).

La partecipazione dei professionisti alle scelte strategiche aziendali

Le indicazioni sono relative alla Direzione aziendale e al Collegio di direzione (nuovo organo dell'Azienda sanitaria previsto dalla legge 29/2004).

Per la Direzione aziendale, le direttive hanno lo scopo di rafforzare l'unitarietà della funzione di governo dell'Azienda quale organo collegiale che assicura il concorso dei diversi punti di vista tecnici e professionali alle fasi di elaborazione e di verifica dei programmi di sviluppo e organizzazione. Per il Collegio di direzione, le indicazioni mirano a far sì che esso divenga il vero luogo elettivo della partecipazione dei professionisti. Tra i componenti di diritto, significativamente, non vi sono solo dirigenti del Servizio sanitario ma anche i professionisti convenzionati (medici e pediatri di famiglia, specialisti ambulatoriali).

Le funzioni di ricerca e innovazione

Il Sistema sanitario regionale ha identificato la ricerca come sua funzione istituzionale fondamentale al pari di quella assistenziale. Dunque, ricerca, innovazione, formazione devono essere parti integranti della politica gestionale di tutte le Aziende sanitarie. Il Collegio di direzione ha il compito dello sviluppo progettuale di queste funzioni che devono essere trasversali a tutte le Aziende sanitarie, differenziandosi solo per l'intensità di attività prevista tra Aziende Ospedaliero-Universitarie, IRCCS ed ospedali del Sistema sanitario regionale.

L'organizzazione distrettuale e dipartimentale

Le direttive ribadiscono - esplicitandone gli organi - che le Aziende Usl sono articolate in Distretti e Dipartimenti.

I Distretti sono l'articolazione territoriale del governo aziendale, il luogo della formulazione dei piani di committenza che esprimono il fabbisogno di assistenza della popolazione di riferimento, il punto privilegiato delle relazioni tra Azienda Usl ed Enti locali, particolarmente nel settore delle cure primarie e nella integrazione tra servizi sociali e sanitari.

I Dipartimenti sono le strutture organizzative, a loro volta organizzate in Unità operative/Servizi, deputate a garantire globalità dell'assistenza, assicurare il governo clinico.

I Dipartimenti territoriali

• Il Dipartimento delle cure primarie

Al Dipartimento delle cure primarie afferiscono le funzioni svolte dal Nucleo di cure primarie (che riunisce, in primo luogo, i medici di famiglia e i pediatri di libera scelta), dall'Unità pediatrica cure primarie (che riunisce i pediatri di libera scelta e di comunità), dai Consultori, dai Servizi per assistenza anziani.

Il Nucleo di cure primarie deve arrivare ad una piena integrazione dei medici di famiglia nel sistema assistenziale per garantire percorsi diagnostico terapeutici concordati e continuità di cura. L'integrazione con gli altri professionisti è mirata alla gestione delle cronicità, al contenimento delle liste di attesa per la specialistica ambulatoriale, al miglioramento dell'assistenza farmaceutica.

• Il Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche

Il Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche organizza un sistema di cura che - nell'ottica della integrazione e dell'arricchimento reciproco - unisce alle discipline tradizionali della salute mentale (la psichiatria adulti e la neuropsichiatria infantile) le discipline afferenti ai servizi per le tossicodipendenze. Il Dipartimento lavora in integrazione con i Comuni, con il volontariato ed il privato accreditato. È prevista anche la creazione di Dipartimenti assistenziali integrati con l'Università presso le Aziende Usl di: Bologna, Modena, Parma e Ferrara.

• Il Dipartimento di sanità pubblica

Il Dipartimento di sanità pubblica garantisce un approccio corale, che coinvolge professionisti diversi per dare risposte unitarie e tempestive ai problemi di salute espressi dai singoli e soprattutto dalla collettività. Si integra anche con attori al di fuori del mondo sanitario che possono dare contributi per la difesa della salute. Svolge un ruolo di supporto alle Direzioni sanitarie per programmi a valenza superiore ai Dipartimenti di sanità pubblica, programmi interdipartimentali come gli screening, il controllo delle malattie infettive, il contrasto degli effetti delle disuguaglianze sulla salute.

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 delibera 327/2004.

Il criterio di fondo è quello di dare puntuale applicazione al decreto legislativo 229/99, che prevede procedure collegate e temporalmente sequenziali per l'autorizzazione e l'accreditamento.

L'istituto dell'autorizzazione è finalizzato a garantire il rispetto dei requisiti strutturali e di sicurezza per i pazienti e 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, la delibera 327/2004:

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

Il processo di verifica è attivo dal 1° settembre 2004 e già sono state visitate numerose strutture sanitarie ospedaliere, gli hospice, la psichiatria pubblica, le strutture di degenza (case di cura) e ambulatoriali private.

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

Dal 2007 si è dato avvio, per quanto riguarda l'accreditamento dei servizi socio-sanitari e sociali, all'attuazione della legge regionale 2/2003 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", come modificata dalla legge regionale 20/2005. Per l'autorizzazione degli stessi servizi, requisiti e procedure sono stati regolamentati compiutamente nel '91 e successivamente aggiornati con la delibera di Giunta 564/2000.

Il quadro di riferimento dell'accreditamento dei servizi sociali e socio-sanitari è stato messo a punto in via definitiva con la deliberazione della Giunta regionale 772/2007.

Con la legge regionale 4/2008 è stato definito un periodo di transizione per l'accreditamento dei servizi socio-sanitari che si concluderà entro il 2010.

I servizi e gli interventi socio-sanitari finanziati anche con il Fondo regionale per la non autosufficienza - assistenza domiciliare, strutture residenziali e centro diurno assistenziale per anziani non autosufficienti, centri socio-riabilitativi residenziali e diurni assistenziali per disabili adulti - potranno essere accreditati transitoriamente sulla base del rispetto di alcune condizioni minime, avviando un percorso verso il possesso dei requisiti dell'accreditamento definitivo.

La predisposizione di un programma di trasformazione delle forme organizzative e gestionali tale da garantire la responsabilità unitaria del soggetto gestore per l'organizzazione del processo assistenziale e di cura rappresenta una delle condizioni per poter accedere all'accreditamento transitorio.

Entro l'autunno 2008 la Giunta regionale definirà procedure e tariffe per l'accreditamento transitorio e modalità di avvio dello stesso.

A partire dalla data di approvazione dell'atto della Giunta regionale, lo strumento dell'accreditamento diventerà obbligatorio per l'avvio di tutti i nuovi servizi.

Il bilancio di missione

Le Aziende sanitarie sono tenute, secondo quanto previsto dalla legge regionale di organizzazione e funzionamento del Servizio 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 questo progetto impegnativo 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 prodotti di ogni singola Azienda sanitaria ma anche sintesi di interesse regionale e 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 messe 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 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*.

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 dalla Agenzia sanitaria e sociale regionale e sul sito web della stessa Agenzia, in home page tra i siti tematici:

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

L'organizzazione del Distretto

Il Distretto garante della rilevazione dei bisogni assistenziali e dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza

La riorganizzazione del Servizio sanitario regionale, definita con la legge regionale 29/2004, e proseguita con l'emanazione delle linee guida regionali per l'atto aziendale (delibere di Giunta 86/2006 e 2011/2007), assegna al Distretto il ruolo di vero e proprio garante dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Nel Distretto cioè si esercitano le funzioni di:

- analisi e rilevazione del bisogno assistenziale dei cittadini residenti;
- programmazione dell'assistenza necessaria alla popolazione di riferimento;
- erogazione dei servizi sanitari e socio – sanitari;
- valutazione dei risultati degli interventi.

Programmazione e valutazione sono le azioni caratterizzanti di un nuovo ruolo, non solo quindi di erogazione diretta dei servizi, ma, appunto, di garanzia di assistenza di qualità. Infatti, il nuovo assetto organizzativo, distinguendo tra chi ha la responsabilità della rilevazione del bisogno (direzione di Distretto e Enti locali) da chi ha la responsabilità di organizzare l'erogazione dei servizi (Dipartimenti territoriali e ospedalieri), permette di esplicitare al meglio le funzioni assegnate e di gestire efficacemente le risorse disponibili. In tale quadro il direttore di Distretto diventa garante della congruità tra la domanda e l'offerta, promuovendo modalità assistenziali che favoriscano l'integrazione anche tra i professionisti, secondo logiche di presa in carico dell'assistito e di personalizzazione dei servizi.

Il direttore di Distretto commissiona quindi i servizi ai diversi Dipartimenti del Servizio sanitario regionale, non solo a quelli territoriali, ma anche a quelli ospedalieri, facilitando il passaggio della persona assistita tra i diversi livelli assistenziali (ospedale, territorio).

La riorganizzazione dei Dipartimenti territoriali

Assieme al nuovo ruolo assegnato al Distretto, anche i Dipartimenti territoriali si riorganizzano.

- **Il Dipartimento delle cure primarie** ridisegna la propria articolazione interna facendo perno sul **Nucleo di cure primarie**, che riunisce le attività garantite dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta, da infermieri, da ostetriche e altri professionisti operanti sul territorio per garantire un'assistenza programmata sul versante della cronicità e sul versante dell'accesso alle cure specialistiche garantite da altri Dipartimenti del Servizio sanitario regionale. Questa riorganizzazione intende integrare i professionisti convenzionati nell'organizzazione aziendale, individuando sia i momenti in cui tali professionisti partecipano alla formazione di scelte di politica sanitaria che influiscono sulla collettività degli assistiti, sia uno stile di lavoro concertato su basi professionali, rendendo coerenti le decisioni assunte nel

lavoro quotidiano con gli orientamenti dell'assistenza sanitaria organizzata. Questi obiettivi non sono nuovi, essendo il tema dei Nuclei di cure primarie affrontato da qualche anno. Tuttavia, sia la legge 29, che l'accordo con i medici di medicina generale siglato nell'ottobre 2006, forniscono degli strumenti operativi indispensabili alla loro realizzazione.

- **Il Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche** si riorienta, allargando il proprio orizzonte da quello tradizionalmente incentrato sulla psichiatria alle dipendenze patologiche e valorizzando le integrazioni esterne (supporto ai medici di medicina generale per la gestione dei disturbi minori – programma Leggieri, coinvolgimento degli Enti locali e del volontariato). Le attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale sono rivolte a persone con disturbi mentali o dipendenze patologiche di tutte le età.
- **Il Dipartimento di sanità pubblica** si riorganizza per operare in modo integrato con gli altri Dipartimenti. Esempi di questa riorganizzazione sono il nuovo ruolo giocato nell'ambito degli screening, il supporto alle funzioni di programmazione sanitaria distrettuale, la gestione delle emergenze infettive in modo integrato con le competenze cliniche prevalentemente rappresentate a livello ospedaliero. Particolarmente rilevanti sono i percorsi di integrazione che il Dipartimento di sanità pubblica ha sviluppato con il Dipartimento di cure primarie, nell'ambito dello sviluppo degli indirizzi del Piano per la prevenzione, soprattutto nell'ambito della prevenzione del rischio cardio-vascolare.

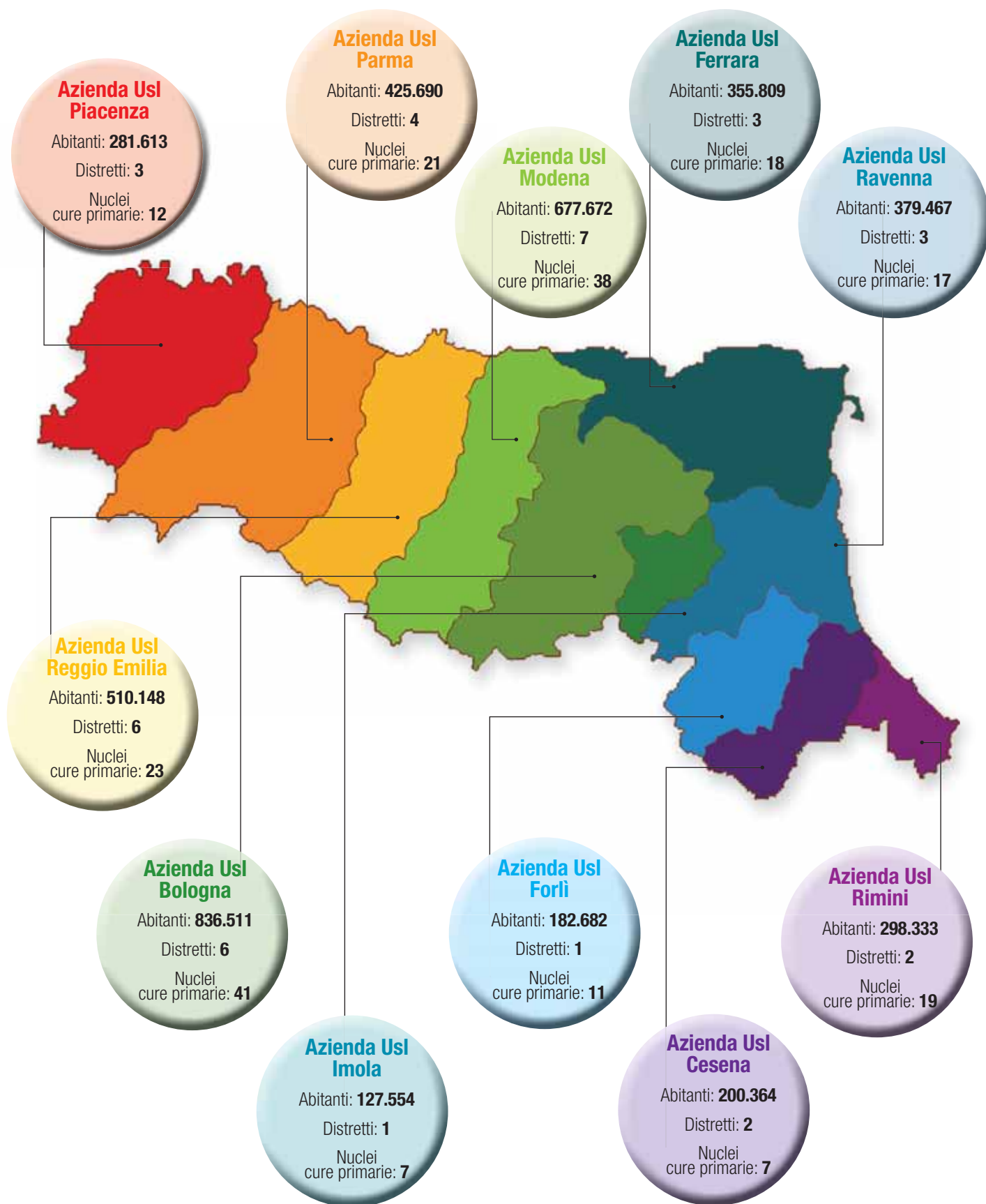
Il Distretto come ambito di programmazione sociale e sanitaria e del Fondo per la non autosufficienza

Il Distretto non è solo garanzia dell'assistenza sanitaria appropriata a una popolazione: infatti, se la programmazione sanitaria distrettuale è approvata dal Comitato di Distretto, costituito dai sindaci dei Comuni dell'ambito territoriale distrettuale; in tale ambito si sviluppa anche la programmazione sociale e, di concerto con il direttore di Distretto, la programmazione degli interventi socio-sanitari e rivolti alla non autosufficienza. Si tratta di una programmazione che nel 2008 avvia il suo terzo ciclo pluriennale connotandosi in modo ancora più integrato, secondo quanto stabilito dal 1° Piano sociale e sanitario 2008-2010, che prevede l'unificazione dell'attività programmatoria sociale, sanitaria e socio-sanitaria. Lo stesso Fondo regionale per la non autosufficienza trova nell'ambito distrettuale e nella complessa governance dispiegata dai soggetti che ne hanno titolarità o interesse ad essere rappresentati (Comuni, Aziende Usl, Aziende pubbliche di servizi alla persona (Asp), terzo settore...) il luogo della discussione, della negoziazione e della decisione degli interventi appropriati e della loro diversa composizione a seconda dei diversi territori e bisogni in essi presenti.

I Distretti sono 38. I Nuclei di cure primarie sono 214.

Distretti, Nuclei di cure primarie, popolazione di riferimento

Anno 2007: Distretti 38, Nuclei di cure primarie 214



modelli organizzativi

Accordo con i medici di medicina generale

Il 2007 è stato un anno importante per lo sviluppo organizzativo della medicina generale in tutte le Aziende sanitarie. Tale sviluppo, sostenuto dall'accordo siglato tra Regione, FIMMG, CGIL medici, FM (delibera di Giunta 1398/2006), ha l'obiettivo di mettere in condizione il medico di famiglia di lavorare al meglio, collegato all'insieme del Servizio sanitario regionale, di facilitare l'accesso ai servizi e garantire appropriatezza e continuità delle cure.

Alla fine del 2007 il 94% dei medici di famiglia (3.013 su un totale di 3.221) è organizzato nei Nuclei di cure primarie, strutture organizzative che, a seconda della realtà provinciale, possono condividere strutture ambulatoriali, risorse infermieristiche e risorse specialistiche di facile accessibilità per i cittadini. 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 del cittadino (che può trovare, in una sola struttura e vicina alla propria abitazione, una risposta completa) e dei professionisti del territorio che, grazie al confronto quotidiano, possono migliorare la qualità del loro intervento.

Tale percorso mira a 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.

La nuova organizzazione prevede una progressiva 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), da un minimo di 7 ore al giorno e fino a 12 ore al giorno, quando necessario. Ciò significa 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").

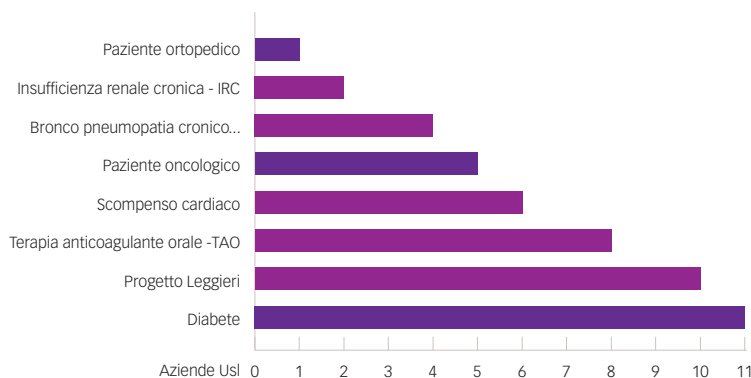
Il medico di medicina generale, con questa organizzazione, è maggiormente integrato con gli altri professionisti che operano nel Distretto per il coordinamento delle attività cliniche, dell'assistenza nelle residenze socio-sanitarie e, in particolare, dell'assistenza domiciliare agli ammalati con patologie croniche.

L'obiettivo per il 2008 è di portare a compimento la ristrutturazione organizzativo-tecnologica della medicina di famiglia e diffondere 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.

Per raggiungere l'obiettivo di una continuità dell'assistenza per 24 ore e per 7 giorni su sette, nel corso del 2008 verranno sviluppate progettualità per una forte integrazione con i medici della continuità assistenziale.

Sul fronte tecnologico, è in atto l'accordo la progressiva estensione del progetto 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.

Percorsi assistenziali integrati per patologie croniche nelle diverse Aziende Usl al 31.12.2007



Medici di medicina generale (mmg) e popolazione assistita per Nucleo di cure primarie (Ncp) al 31.12.2007

	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
Media regionale	15	4-31	17.674	3.862-36.224

Il modello Hub & Spoke per l'assistenza ospedaliera

Le funzioni di alta specialità, per la bassa frequenza e 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.

Già attivate: cardiocirurgia e cardiologia, neuroscienze, trapianti, grandi ustioni, terapie intensive perinatali e pediatriche, alte specialità riabilitative, sistema emergenza-urgenza, sistema trasfusionale e piano sangue, malattie rare, genetica.

La pianificazione regionale prevede ora di concentrarsi particolarmente su oncologia e diagnostica di laboratorio di elevata complessità.

Il sistema 118

Attualmente il sistema 118 dell'Emilia-Romagna affronta un alto numero di interventi di soccorso (oltre 400.000 interventi nel 2007) ed una sempre più elevata complessità di casi (dal trattamento precoce degli infarti alle maxi emergenze).

Per fare ciò dispone di:

- 8 centrali operative;
- rete di 347 unità operative mobili: ambulanze e automediche;
- 4 basi elisoccorso.

Le centrali operano 24 ore su 24 e la risposta alla chiamata telefonica del cittadino è sempre garantita da un infermiere che opera sulla base di procedure e protocolli decisi dal responsabile medico della centrale. L'infermiere di centrale determina, sulla base delle informazioni ricevute, la tipologia di mezzi da inviare (ambulanze, elicotteri e automediche).

Le richieste di intervento sanitario arrivano in una delle 8 centrali e vengono rapidamente smistate alla rete dei mezzi di soccorso che, una volta giunti sul posto, decidono il luogo di ricovero in base alle esigenze di assistenza. La rete dei mezzi è gestita direttamente

dalle Aziende sanitarie o, tramite convenzioni, dalle Associazioni di volontariato ANPAS, dalla CRI e da società private.

L'attuale standard del servizio prevede che il 118 sia tenuto a garantire l'arrivo dei soccorsi entro 8 minuti in area urbana e 20 in area extraurbana: un servizio nel quale il tempo è prezioso e quindi il sistema di comunicazioni è essenziale per garantire rapidità all'intero sistema dei soccorsi. Il sistema 118 è infatti dotato di avanzati sistemi informatici e di comunicazione radio che, in alcune aree, sono in grado di localizzare la posizione dei mezzi di soccorso sui sistemi cartografici in uso presso le centrali. Recentemente la Regione ha realizzato, prima in Italia, una nuova rete radio in tecnologia digitale che sarà in grado di integrare le comunicazioni tra 118, Polizie municipali e Protezione civile.

All'inizio del 2009 le chiamate per servizi di emergenza della provincia di Rimini saranno gestite dalla Centrale Romagna con sede a Ravenna.

Il sistema 118 ha un proprio sito internet:

<http://www.118er.it/>



Le reti Hub & Spoke per le gravi disabilità

Nel 2008 la Regione Emilia-Romagna ha completato la rete Hub & Spoke per le alte specialità riabilitative.

La rete regionale per la riabilitazione delle gravi mielolesioni ha nel Trauma Center dell'Azienda UsI di Bologna (Ospedale Maggiore) il Centro di riferimento regionale Hub, futura sede dell'Unità Spinale Unipolare (USU). In questa fase di transizione verso la costituzione dell'Unità Spinale Unipolare di Bologna, il sistema regionale si è organizzato in "Unità spinali in rete". Le connessioni tra le Unità garantiscono la tempestiva presa in carico della persona con mielolesione, la gestione dell'emergenza e della fase acuta.

Le funzioni Hub sono svolte dalle due strutture complesse di medicina riabilitativa di Villanova D'Arda (Azienda UsI di Piacenza) e di Montecatone Rehabilitation Institute (Azienda UsI di Imola) con i tre Trauma center regionali (Ospedale Maggiore di Parma, Ospedale Maggiore di Bologna, Ospedale Bufalini di Cesena, Spoke acuti-trauma).

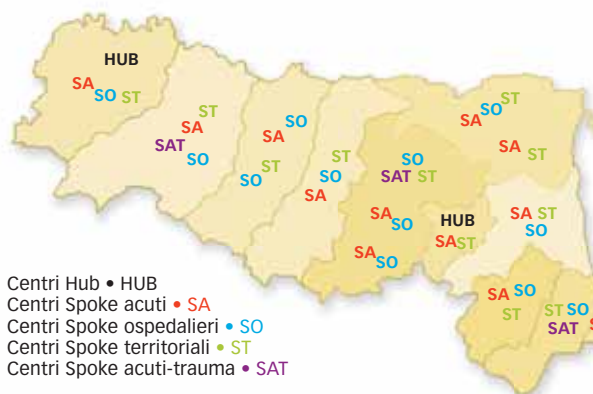
La rete regionale per la riabilitazione delle gravi di-

sabilità neuromotorie dell'età evolutiva fa riferimento all'Unità di riabilitazione delle gravi disabilità dell'età evolutiva (UDGE) dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, che è il Centro Hub, e ha come porte d'accesso a livello distrettuale le Unità operative di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.

Sono centri intermedi tra l'Hub di Reggio Emilia e le altre strutture della rete, i poli tecnologici multifunzionali per le disabilità infantili, rappresentati da tre strutture altamente specializzate: Corte Roncati (Azienda UsI di Bologna), Centro regionale per la spina bifida (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma), Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna.

La rete per la riabilitazione delle gravi cerebrolesioni acquisite (la prima ad essere istituita), ha nell'Unità operativa gravi cerebrolesioni (UGC) dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara il Centro di riferimento regionale che è collegato ai Centri Hub&Spoke e ai Centri Spoke ospedalieri e territoriali. Sito internet: www.gracer.it

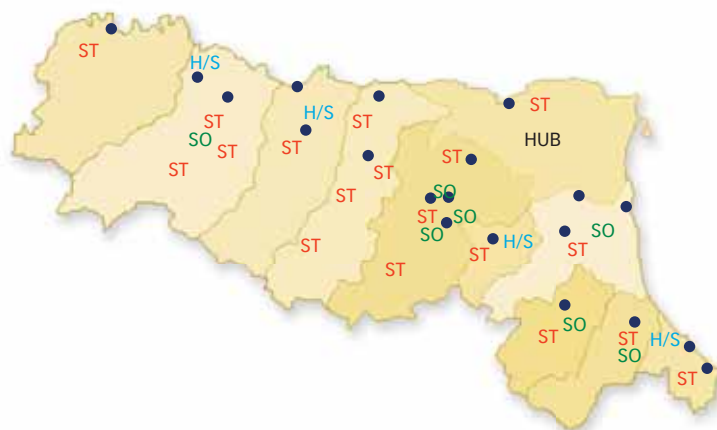
Rete regionale per la riabilitazione delle gravi mielolesioni



Rete regionale per la riabilitazione delle gravi disabilità neuromotorie dell'età evolutiva



Rete per la riabilitazione delle gravi cerebrolesioni acquisite



Le reti Hub & Spoke per la diagnosi e la cura di malattie rare

Sono definite "malattie rare" quelle patologie che interessano meno di una persona ogni duemila. Il Decreto ministeriale 279/2001 ha previsto la rete nazionale per le malattie rare e ha definito l'elenco delle malattie rare per le quali è prevista l'esenzione.

Tale elenco ne prevede circa 600, classificate per branca patologica. Al fine di attuare quanto previsto dal decreto, la Regione con la delibera 160/2004 ha istituito la propria rete per la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie rare, resa esecutiva dalla circolare 18/2004, con la quale sono stati individuati i percorsi assistenziali. I Centri per le malattie rare che costituiscono la rete sono gli unici che possono rilasciare certificazioni di diagnosi ai fini dell'esenzione dal pagamento del ticket.

In questo ambito sono state realizzate specifiche reti assistenziali dedicate a singole patologie o a piccoli gruppi di patologie.

Sono già state realizzate quattro reti: Emofilia e malattie

emorragiche congenite (delibera di Giunta 1267/2002), Anemie emolitiche ereditarie (delibera di Giunta 1708/2005), Glicogenosi (delibera di Giunta 395/2006) e Sindrome di Marfan (delibera di Giunta 1966/2006).

Dal 2007 è attivo il sistema informativo per le malattie rare, basato sul collegamento in rete dei Centri autorizzati e dei Dipartimenti di cure primarie (che rilasciano le esenzioni) permettendo uno scambio dei dati tra i professionisti in tempo reale. L'inserimento di tutti i pazienti nel sistema ha permesso l'istituzione del Registro regionale delle malattie rare, utile strumento di programmazione sanitaria.

Un gruppo tecnico regionale ha il compito di esprimere pareri sull'erogazione gratuita di farmaci o prestazioni non compresi dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Con l'obiettivo di aiutare le persone interessate ad orientarsi, un motore di ricerca fornisce l'elenco delle malattie rare e dei centri dell'Emilia-Romagna per la diagnosi e la cura.

È consultabile sul sito: www.saluter.it/malattierare/

Rete Hub & Spoke per la Sindrome di Marfan



Rete Hub & Spoke per le Anemie emolitiche ereditarie



Rete Hub & Spoke per le Glicogenosi



Rete Hub & Spoke per le Malattie emorragiche congenite



Centro Hub
Centro Spoke

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", (delibera di Giunta 1720/2007) 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 degli esiti.

Il modello organizzativo "Stroke care", declinato nella fase pre-ospedaliera, ospedaliera e post-ospedaliera, fa riferimento all'epidemiologia dell'ictus in Italia, alle principali prove di efficacia disponibili, ai trattamenti farmacologici in fase acuta, alle principali linee guida diagnostico-terapeutiche, ai principali processi assistenziali ed alla presa in carico in assistenza domiciliare integrata: l'obiettivo primario è ridurre la mortalità e la disabilità dopo l'evento acuto.

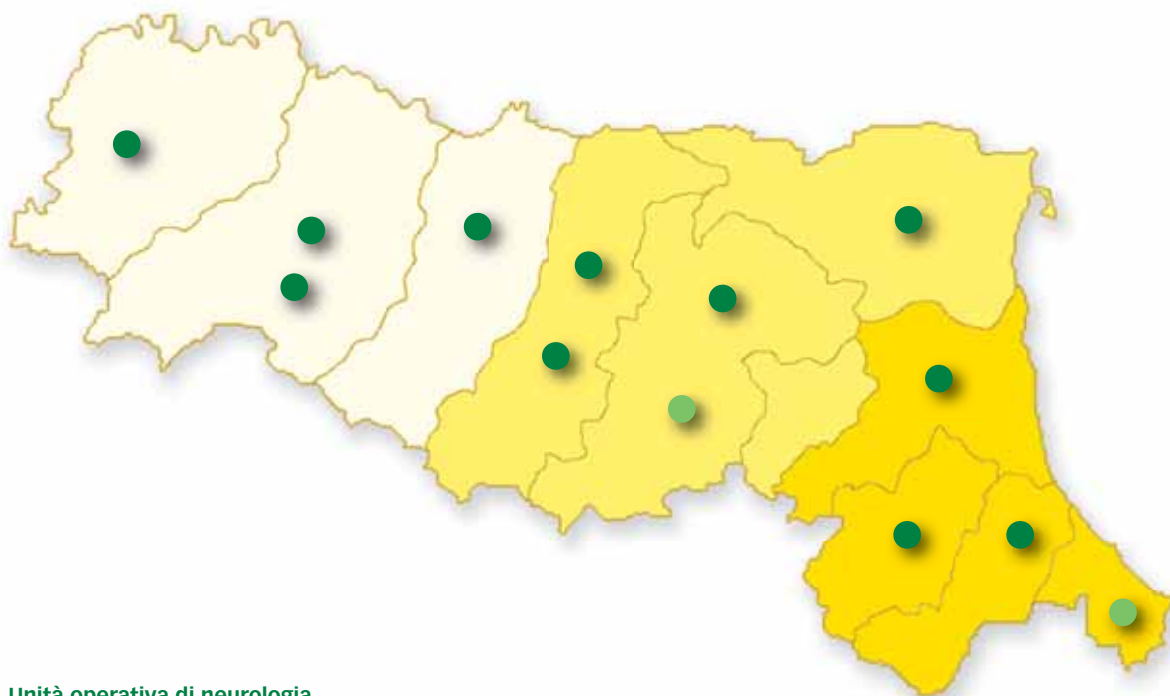
Gli aspetti organizzativi salienti del modello "Stroke care" sono: il riconoscimento precoce dei sintomi dell'ictus, anche attraverso la formazione specifica dei medici di famiglia e di continuità assistenziale, degli operatori del 118 (centrale operativa, mezzi di soccorso) e del Pronto soccorso (infermieri di Triage che valutano le persone in arrivo al Pronto soccorso secondo i codici di gravità);

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.

La Regione ha inoltre individuato i Centri autorizzati all'utilizzo del farmaco Actilyse nel trattamento fibrinolitico dell'ictus ischemico acuto.

Dal 2007 la Regione Emilia-Romagna coordina il progetto nazionale "Nuove conoscenze e problematiche assistenziali nell'ictus cerebrale: un Programma strategico di ricerca e sviluppo" nell'ambito del Programma ricerca sanitaria del Ministero della salute. Le finalità del progetto riguardano l'opportunità di creare un network interregionale sulla ricerca clinica e organizzativa nell'assistenza allo stroke, per promuovere il trasferimento nella pratica clinica di conoscenze già acquisite o di nuove informazioni riguardanti la diagnosi, la prognosi, la terapia e la riabilitazione dallo stroke. Nell'ambito del progetto è stato realizzato il sito, che sarà on line entro il 2008: www.saluter.it/stroke/

Centri autorizzati alla somministrazione del farmaco "Actilyse" nel trattamento fibrinolitico dell'ictus ischemico acuto



- Unità operativa di neurologia
- Unità operativa di medicina d'urgenza e Pronto soccorso

La riorganizzazione del Pronto soccorso

Le problematiche relative alla piena accessibilità e al corretto utilizzo delle strutture di Pronto soccorso sono state affrontate in una logica multidimensionale. Con la delibera 264/2003 la Regione ha fornito indicazioni alle Aziende sanitarie per far sì che, sia attraverso un miglior utilizzo di soluzioni già disponibili, sia attraverso nuove soluzioni innovative, venisse a crearsi in ogni ambito l'offerta di percorsi alternativi al Pronto soccorso. Al riguardo sono state individuate le tipologie di intervento per migliorare questi percorsi in ambito distrettuale (Ambulatori di continuità assistenziale, Nuclei di cure primarie con ampliamento degli orari di apertura degli ambulatori, attività specialistica ambulatoriale richiesta urgentemente dal medico o dal pediatra di famiglia) ed in ambito ospedaliero (triage infermieristico, Osservazione breve intensiva (OBI), percorsi ambulatoriali complessi e misure di compartecipazione alla spesa).

L'introduzione del triage infermieristico costituisce una delle misure più efficaci per migliorare l'accessibilità e valutare i pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento. La standardizzazione di questa funzione è stata perseguita attraverso l'utilizzo di personale infermieristico appositamente formato e con linee guida per una classificazione omogenea dei codici colore in ingresso (elaborate in collaborazione con i professionisti dell'area).

Le misure di compartecipazione alla spesa (delibera di Giunta 264/2003) individuano nei "codici bianchi" quelle prestazioni non urgenti che possono considerarsi a tutti gli effetti omologabili alle prestazioni ambulatoriali, anche se erogate in Pronto soccorso.

Le "linee di indirizzo regionali sulle attività di Osservazione breve intensiva (OBI)" sono state approvate con delibera di Giunta 24/2005. L'efficacia di OBI nel rendere più appropriata l'attività di ricovero, per la parte che si origina da accessi non programmati, si basa sulla possibilità, per gli operatori di Pronto soccorso, di utilizzare, in forma concentrata nel tempo, appropriati strumenti diagnostici e terapeutici nell'ambito di linee guida condivise, e di osservare, nel breve periodo, la evoluzione del quadro clinico del paziente, prima di decidere circa la necessità

del ricovero. In questi anni inoltre sono stati elaborati percorsi intra-extra ospedalieri del paziente critico, in integrazione con il 118 e gli specialisti, in particolare sul trauma, sull'infarto miocardico acuto e sullo stroke, secondo modelli basati sulle evidenze scientifiche di esperienze internazionali.

La delibera 602/2008 fornisce indicazioni alle Aziende sanitarie per contrastare ulteriormente gli accessi impropri al Pronto soccorso mettendo in atto strategie di miglioramento dell'accesso ai servizi appropriati, in primis ai Nuclei di cure primarie, attraverso le estensioni di orario da valutare in relazione all'uso dei servizi di emergenza da parte della popolazione servita dal Nucleo stesso; valutando le opportunità di integrazione offerta dai medici di continuità assistenziale; mettendo in relazione le estensioni di orario alle caratteristiche della domanda che si rivolge al Pronto soccorso (tipologia e distribuzione nell'arco della giornata) e utilizzando le procedure di comunicazione, messe a punto con il Progetto Sole (Sanità on line), tra i Servizi di emergenza e Nuclei di cure primarie e, all'interno dei Nuclei, tra i medici di continuità assistenziale e medici di medicina generale, in modo da riportare sempre l'episodio assistenziale all'interno della gestione clinica del paziente da parte del medico curante.

L'insieme di azioni volte a migliorare accessibilità e appropriatezza dei servizi di Pronto soccorso è coerente con le indicazioni del Piano sociale e sanitario 2008-2010 basato sull'integrazione: la riorganizzazione si affianca infatti alla programmazione integrata tra ospedale e territorio, momento in cui vengono individuati criteri e strumenti per la gestione dei problemi di accesso non appropriato e di miglioramento dei tempi e percorsi di cura.

Nel 2007 gli accessi al Pronto soccorso sono stati 1.774.208, un numero sostanzialmente stabile rispetto al 2006 (erano stati 1.774.416) quando invece c'era stato un aumento del 2,5% rispetto al 2005 (1.730.219 in totale). I ricoveri nel 2007 hanno riguardato il 14,4% degli accessi, stessa percentuale del 2006 (era stata del 15% nel 2005). Gli accessi in OBI non seguiti da ricovero sono stati oltre 56mila (oltre 50mila nel 2006).

Attività di Pronto soccorso per Azienda sanitaria: Anni 2006 - 2007

Aziende sanitarie	Anno 2006		Anno 2007	
	Accessi	% Ricovero	Accessi	% Ricovero
Azienda Usl di Piacenza	111.512	13,9%	111.569	13,9%
Azienda Usl di Parma	36.712	13,8%	38.260	15,3%
Azienda Usl di Reggio Emilia	91.390	10,6%	90.947	11,1%
Azienda Usl di Modena	195.424	13,3%	193.996	13,8%
Azienda Usl di Bologna	219.226	16,0%	228.081	14,5%
Azienda Usl di Imola	64.790	12,5%	61.229	13,1%
Azienda Usl di Ferrara	88.907	13,6%	86.606	13,9%
Azienda Usl di Ravenna	175.509	13,5%	175.745	13,2%
Azienda Usl di Forlì	57.910	13,1%	57.937	12,8%
Azienda Usl di Cesena	80.478	15,8%	79.364	15,2%
Azienda Usl di Rimini	122.003	12,8%	118.389	13,4%
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	79.723	19,3%	79.129	19,8%
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia	90.189	13,8%	90.006	13,6%
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	106.116	12,5%	106.179	13,5%
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna	135.958	19,0%	137.217	17,9%
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara	73.759	21,7%	74.052	20,9%
IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna	44.810	5,4%	45.502	5,3%
Totale	1.774.416	14,4%	1.774.208	14,4%

fonte: banca dati ministeriale modello HSP.24 quadro H e H1

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 psichiatrica 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 le 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.

A fronte di ciò 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'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 nei contesti assistenziali di nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche;
- 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'Osservatorio si configura come un network che include, oltre all'Agenzia sanitaria e sociale dell'Emilia-Romagna, competenze delle Aziende sanitarie, a partire dai loro Collegi di direzione, ai quali, come indica la legge regionale 29/2004, competono le funzioni propositive e di verifica per lo sviluppo strategico nel campo della ricerca, dell'innovazione e della formazione.

L'Osservatorio ha iniziato la sua attività con l'organizzazione di attività formative e di approfondimento, la definizione di modalità condivise di elaborazione di piani aziendali per l'adozione di tecnologie innovative, l'organizzazione di gruppi di lavoro regionali per l'adozione di alte tecnologie.

Per informazioni: sito web dell'Agenzia Sanitaria e sociale regionale <http://asr.regione.emilia-romagna.it/>

L'acquisizione di beni e servizi: le convenzioni con Intercent-ER

Il 2 febbraio 2005 è stata avviata, in attuazione della l.r.11/2004, l'Agenzia regionale per gli acquisti: Intercent-ER. Vi hanno aderito 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.

Il Servizio sanitario regionale già dal 2002 ha avviato iniziative per l'aggregazione delle procedure d'acquisto di beni e servizi tra Aziende sanitarie allo scopo di pervenire a miglioramenti del risultato economico degli appalti e di perseguire una progressiva riorganizzazione delle funzioni di livello sovraaziendale finalizzata ad un utilizzo ottimale delle risorse e alla qualificazione della spesa. Tale processo ha poi portato alla istituzione delle tre Aree vaste Emilia Nord, Centro Emilia e Romagna. In questo contesto, è dato dato impulso alle azioni dirette a fare di Intercent-ER lo strumento fondamentale a sostegno delle strategie di acquisto del Servizio sanitario regionale.

Nel 2007, dei 190 milioni di euro di contratti attivati sulle convenzioni con Intercent-ER, 92 milioni sono stati relativi a contratti delle Aziende sanitarie che hanno riguardato, per 25 milioni, la "spesa comune" (cancelleria, pc, telefonia, vigilanza, cucina) e per 67 milioni la spesa specifica sanitaria (vaccini, sistemi antidecubito, antisettici e disinfettanti, articoli di laboratorio, aghi e siringhe, ormone della crescita, apparecchiature per radioterapia intraoperatoria).

Gli obiettivi per il 2008 sono di ampliare il volume degli acquisti tramite gara centralizzata Intercent-ER. Le aree interessate sono la telefonia, il settore dell'energia, la segnaletica interna ed esterna delle strutture con l'applicazione del logo del Servizio sanitario regionale, la farmaceutica, i dispositivi medici e le attrezzature, la raccolta dei rifiuti speciali, le banche dati.

Sito internet: www.intercent.it

Progetto 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 ospedalieri, 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 di cura personalizzati - 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 dovrà assicurare la completa conoscenza delle condizioni cliniche e delle prestazioni erogate ai loro assistiti dagli altri servizi sanitari (al fine della continuità assistenziale), dovrà facilitare gli adempimenti amministrativi e di comunicazione con i Dipartimenti di cure primarie (adempimenti previsti dagli accordi collettivi nazionali e dagli accordi attuativi regionali), dovrà potenziare la possibilità di accesso alle biblioteche virtuali per rendere effettivo e qualificato l'aggiornamento professionale e la formazione permanente.

Alle Aziende Usl, ai servizi territoriali, ai servizi ospedalieri (di Aziende Usl, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliero-Universitarie, IRCCS Rizzoli) la rete Sole dovrà garantire tempestività di comunicazione 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 in atto uno specifico programma di cura).

I servizi già attivi

A maggio 2008 sono 2.075 i medici e i pediatri collegati. Ad ognuno sono stati forniti: pc, stampante, linea ADSL, software per il dialogo con i servizi delle Aziende sanitarie.

I servizi già attivati sono:

- comunicazione in automatico, dagli Uffici dell'Azienda Usl ai medici e pediatri di famiglia, degli aggiornamenti dell'anagrafe assistiti con le relative scelte o revoche effettuate dagli assistiti;
- 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);
- Utilizzo di un unico catalogo regionale (catalogo SOLE) da parte di medici e pediatri di famiglia, delle Aziende

sanitarie e IRCCS per la prescrizione di prestazioni specialistiche ambulatoriali che automatizza le fasi di informazione, prenotazione e refertazione;

- Invio da parte dei medici e dei pediatri di famiglia alle Aziende Usl delle prescrizioni di visite ed esami specialistici per i propri assistiti. Comunicazione da parte delle Aziende Usl ai CUP, sempre in via automatica, delle prescrizioni. Ritorno dalle Aziende Usl ai medici e pediatri di famiglia dei relativi referti (in via prioritaria gli esiti di esami di laboratorio e radiologia con la possibilità di trasmettere anche immagini).
- Gestione informatizzata tra medico e pediatra di famiglia e Azienda Usl del modulo per la richiesta di esami clinici che prevedono l'uso di mezzi di contrasto.
- Messa a disposizione da parte delle Aziende Usl 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.
- Comunicazione ai medici e pediatri di famiglia, da parte delle strutture ospedaliere, dei ricoveri, delle dimissioni e dei referti sintetici di prestazioni di pronto soccorso (nel rispetto della normativa sulla privacy (decreto legislativo 196/2003).
- Sperimentazione in alcune Aziende Usl dello scambio, in tempo reale, tra medici e pediatri di famiglia e specialisti delle informazioni relative a pazienti diabetici (nell'ambito del programma assistenza integrata diabete).
- Messa a disposizione di medici e pediatri di famiglia, delle Aziende sanitarie e IRCCS dell'Indice Regionale Eventi Clinici (IREC) per la gestione dei fascicoli sanitari dell'assistito.
- Help-desk garantito per l'arco dell'intera giornata.

I prossimi obiettivi

Entro il 2008 è previsto il collegamento di altri 1.075 tra medici e pediatri di famiglia. È prevista la progressiva diffusione dello scambio in tempo reale tra medici, pediatri di famiglia e specialisti dei dati sanitari inerenti agli ammalati di diabete.

Oltre al collegamento diretto del singolo medico e pediatra di famiglia con i servizi aziendali, la rete SOLE continuerà la sperimentazione del collegamento tra studi medici che fanno riferimento ad un unico Nucleo di cure primarie in modo da permettere l'accesso alle informazioni sugli assistiti da parte di tutti i medici del Nucleo.

Prevista la possibilità per ogni medico o pediatra di famiglia di accedere ai documenti sanitari inerenti agli accessi del proprio assistito anche in Aziende sanitarie diverse da quella di residenza.

Entro il 2008, ai medici e pediatri di famiglia, agli specialisti ambulatoriali e ospedalieri, e agli amministrativi delle Aziende sanitarie e di IRCCS sarà distribuita una carta per la firma digitale con la quale potranno essere sottoscritte, ad esempio, le prescrizioni, i referti, le lettere di dimissione dall'ospedale.

Il funzionamento a regime è previsto nel 2009. Il costo complessivo è di 34 milioni di euro; il costo di gestione annuo è di 8 milioni di euro.

Le Aziende pubbliche di servizi alla persona (Asp)

La riforma delle Ipab per la costituzione delle Aziende Pubbliche di servizi alla persona (Asp), avviata con la l.r. 2/2003, è parte del processo di sviluppo del welfare regionale e locale fondato sui principi dell'universalismo, dell'equità e della solidarietà, volto a garantire omogeneità e certezza di diritti.

L'obiettivo è di creare una rete di offerta pubblica di servizi assistenziali, sociali e socio-sanitari, residenziali, semiresidenziali e domiciliari, il più possibile 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 e di divenire soggetti privati.

Le Ipab sono enti pubblici con un'origine in molti casi pluriscolare, sorti come risposta "caritatevole" ai bisogni di assistenza delle fasce deboli della popolazione. In Emilia-Romagna le Ipab hanno adeguato, nel corso degli anni, le loro finalità statutarie alle nuove esigenze di assistenza che lo sviluppo socio-demografico ha comportato. Restava tuttavia l'anomalia di soggetti pubblici non collegati a nessun livello istituzionale di governo e rappresentanza dei cittadini. È per ovviare a questa anomalia che la riforma ha collocato le Asp - che mantengono natura giuridica pubblica - nel sistema delle responsabilità istituzionali e di governo.

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

Il processo di trasformazione ha previsto diverse fasi:

- la predisposizione dei programmi delle trasformazioni, ad opera dei Comitati di Distretto;
- la definizione dei piani di trasformazione da parte delle Ipab interessate alla costituzione delle Asp definite dai programmi;
- la presentazione delle istanze di depubblicizzazione, ad opera delle Ipab che hanno ritenuto di averne i requisiti ed hanno scelto questo percorso;
- la valutazione regionale dei piani e delle proposte di statuto presentate e la restituzione degli esiti delle valutazioni ai Comuni ed alle Ipab interessate;
- la costituzione delle Asp da parte della Regione.

Sono complessivamente 226 le Ipab in Emilia-Romagna: di 50 è prevista l'estinzione, o per inerzia (in quanto inattive da decenni) o per specifica richiesta; 55 hanno richiesto la depubblicizzazione; 121 hanno chiesto di essere trasformate in Asp, che in totale, al termine del processo, saranno 50.

Al 1° luglio 2008 sono 34 le Asp già istituite; per le restanti 16 è ormai in fase conclusiva il percorso istruttorio.

A completamento delle norme in materia, l'Assemblea legislativa regionale (delibera 179/2008) ha definito norme e principi che regolano l'autonomia delle Asp, con cui sono state stabilite - tra l'altro - le cause di incompatibilità e di decadenza dei componenti degli organi ed i criteri per la determinazione dei compensi dei componenti dei consigli di amministrazione, dell'organo di revisione contabile e del direttore.

Le Asp già costituite *

Provincia	Distretto	Nome	Sede	costituzione
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	Azienda dei servizi alla persona 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	Castelnuovo 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	Azienda di servizi alla persona 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	Azienda servizi alla persona Ravenna Cervia e Russi	Ravenna	1 luglio 2008
Bologna	S. 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

(la situazione al 1° luglio 2008)

Le informazioni sui servizi: il numero verde

Il numero verde 800 033 033

Le attività di informazione e comunicazione rivestono un'importanza strategica per l'affermazione di principi fondanti il Servizio sanitario pubblico – universalità ed equità di accesso ai servizi per tutte le persone – e per perseguire appropriatezza nell'uso e nell'erogazione dei servizi.

Per assicurare equità di accesso alle informazioni, primo passo per l'equità di accesso ai servizi, occorre lavorare in una logica di sistema, di relazione, di rete.

Queste sono state le basi per la realizzazione del numero verde unico del Servizio sanitario regionale, attivato nel giugno 2002 per garantire a tutti e a tutte informazioni chiare ed omogenee sui servizi sanitari e socio-sanitari offerti dal Servizio sanitario regionale, sulle modalità di accesso e sui luoghi di erogazione in tutto il territorio, da Piacenza a Rimini.

Il numero verde risponde dalle 8.30 alle 17.30 nei giorni feriali e dalle 8.30 alle 13.30 il sabato. La chiamata è gratuita e può essere effettuata da tutta Italia, sia da telefono fisso che da cellulare. La Regione, con la struttura di informazione e comunicazione dell'Assessorato politiche per la salute, e le Aziende sanitarie, con gli Uffici relazioni con il pubblico, insieme ai rispettivi servizi e direzioni telematiche e informatiche, hanno costruito le basi informative e tecnologiche per la gestione del servizio, assicurandone il costante aggiornamento in tempo reale.

Il servizio di informazioni del numero verde può infatti contare su una banca dati unica, costruita e aggiornata dalla Regione e dalle Aziende sanitarie, che comprende oltre 2.300 servizi-prestazioni, programmi regionali, un glossario e una serie di risposte standard alle domande più frequenti.

Le telefonate arrivano ad un call center, gestito da operatori appositamente formati, collegato in rete telematica e telefonica con gli Uffici relazioni con il pubblico delle Aziende sanitarie e degli Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna, a cui può all'occorrenza trasferire direttamente le chiamate, senza nessun onere per chi chiama, per ulteriori e più dettagliate risposte.

Nei primi sei anni di attività il numero verde del Servizio sanitario regionale ha ricevuto oltre 530.000 telefonate. Nel solo 2007 sono state 113.880 le chiamate (108.413 nel 2006, + 4,8%). Sempre nel 2007 (confermando il trend in atto) oltre il 42% delle chiamate riguarda la richiesta di informazioni riguardo a dove e come effettuare visite specialistiche, esami, terapie, interventi; il 14,5% riguarda la richiesta di informazioni su operatori e strutture, l'11,4% certificati e vaccinazioni, il 7% campagne informative. L'area da cui provengono il maggior numero di chiamate è quella bolognese.

Gli sviluppi del servizio numero verde

A partire dalla banca dati, a disposizione del call center e degli Urp delle Aziende sanitarie, sono stati attivati due progetti per mettere a disposizione su internet le informa-

zioni sui servizi e le prestazioni e per collegare il numero verde ai punti di prenotazione telefonica di visite ed esami specialistici. Gli sviluppi futuri sono relativi a progetti per il collegamento del servizio numero verde con i punti informativi relativi ai servizi sociali, in relazione a quanto prevede il primo Piano sociale e sanitario 2008-2010.

1) La Guida ai servizi - informazioni on line

Nel novembre 2006 è stata pubblicata sul portale del Servizio sanitario regionale Saluter (www.saluter.it) e sui siti delle Aziende sanitarie la "Guida ai servizi – informazioni on line" che, con un motore di ricerca specifico, offre informazioni su dove andare, come fare, cosa serve per usufruire dei servizi sanitari e socio-sanitari erogati dal Servizio sanitario regionale, tratte dalla banca dati del numero verde e opportunamente rieditate per favorire la consultazione diretta da parte dei navigatori. Offre inoltre informazioni su quattro luoghi: sedi delle Aziende sanitarie, Ospedali, Distretti, Uffici relazioni con il pubblico. In tempi brevi saranno inserite nella Guida ai servizi anche le informazioni relative alle visite ed esami specialistici (al momento non presenti).

Nel 2007 sono state 71.592 le visite alle pagine della Guida. Le informazioni più richieste hanno riguardato la scelta del medico di famiglia, le certificazioni, le vaccinazioni, la tessera sanitaria, l'assistenza e la consulenza per i giovani, il ticket, la salute in viaggio, l'assistenza domiciliare, l'assistenza al parto.

2) La prenotazione di visite ed esami specialistici

La sperimentazione è partita nel marzo 2007. Il progetto prevede il trasferimento delle telefonate di cittadini che chiedono informazioni su visite ed esami specialistici ai CUP telefonici aziendali (per quelle visite e quegli esami prenotabili telefonicamente): un primo passo verso la prenotazione telefonica delle visite e degli esami specialistici attraverso un unico punto di accesso regionale e con percorsi standardizzati.

Nell'ambito di questa sperimentazione, da marzo a dicembre 2007 il numero verde ha trasferito ai CUP telefonici aziendali 2773 telefonate di cittadini per la prenotazione di visite ed esami.

3) Il collegamento con i punti informativi sui servizi sociali

Il futuro che si sta disegnando per il numero verde, nella prospettiva del Piano regionale sociale e sanitario 2008-2010, è quello di supporto allo sviluppo del welfare di comunità locale e regionale.

Una delle sfide principali sarà quindi il coordinamento con gli altri punti informativi e di accesso a questi servizi (ad esempio gli Sportelli sociali e gli Uffici relazione con il pubblico dei Comuni), con un'attenzione particolare alle fasce più deboli, come gli anziani, gli immigrati, le persone con disagio economico e sociale.



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 - Carpi (Mo)
Settembre 2008

Regione Emilia-Romagna
Assessorato politiche per la salute
Viale Aldo Moro, 21
40127 Bologna
Tel. 051 6397150

www.saluter.it
infosaluter@saluter.it

Numero verde del Servizio sanitario regionale 800-033.033

