



Assessorato alla Sanità

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

*II rapporto  
flusso informativo Repetto-SIADI  
anno 2002*

*Novembre 2003*

**Il rapporto è stato redatto da:**

Servizio Assistenza Distrettuale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari

Maria Lazzarato  
Maria Rolfini  
Matacchione Pasquale  
Alessandra Galletti  
Antonietta Buldrini

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

Eleonora Verdini  
Gisella Garaffoni

## INDICE

PREMESSA	2
<b>1. Le caratteristiche del flusso: note metodologiche</b>	<b>3</b>
1.1. La qualità del flusso	6
<b>2. Le caratteristiche dei pazienti</b>	<b>7</b>
2.1. Et� degli assistiti in adi e caratteristiche demografiche	7
2.2. Le condizioni patologiche	9
<b>3. Le caratteristiche dell'assistenza erogata</b>	<b>10</b>
3.1. L'origine, la motivazione e la conclusione dell'assistenza domiciliare	10
3.2. Il livello di intensit� delle cure	11
3.3. La tipologia di assistenza erogata e gli accessi	12
CONCLUSIONI	14
<b>TABELLE e GRAFICI</b>	<b>17</b>
<b>TRACCIATO RECORD</b>	<b>38</b>

## **PREMESSA**

L'attività di assistenza domiciliare rilevata nell'anno 2002 con il nuovo flusso informativo offre l'opportunità di effettuare una valutazione complessiva della realizzazione delle cure domiciliari e della loro riorganizzazione su base distrettuale così come previsto dalla DGR 124/99.

Questa nuova organizzazione è avvenuta nell'ambito di una ridefinizione del ruolo del Distretto e della costituzione del Dipartimento delle Cure Primarie (DCP), struttura tecnico-organizzativa distrettuale che realizza l'integrazione di tutte le attività extra-ospedaliere, assicurando nel contempo la continuità delle cure.

Il DCP, attraverso la sua strutturazione nei Nuclei di Cure Primarie consente a infermieri e Medici di Medicina Generale (MMG), di svolgere un ruolo particolarmente significativo nell'attuazione di nuovi modelli assistenziali, in particolar modo nell'ambito dell'assistenza domiciliare.

L'ADI, derivante dalla nuova organizzazione, è divenuta un servizio presente in tutti i Distretti e si prospetta come una forma di assistenza alternativa al ricovero o all'istituzionalizzazione il cui utilizzo può evitare il ricorso alla degenza ordinaria per patologie trattabili domiciliariamente e può consentire di mantenere al proprio domicilio le persone non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza, favorendo l'eventuale recupero delle loro capacità residue di autonomia e di relazione.

Il nuovo approccio assistenziale propone un unico modello organizzativo per tutte le tipologie di pazienti assistibili a domicilio, basato sull'integrazione delle figure professionali coinvolte (MMG, infermieri, medici specialisti, fisioterapisti, assistenti sociali, assistenti di base, membri delle associazioni del Volontariato) e articolato su tre livelli di intensità delle cure attivate, in relazione ai bisogni assistenziali espressi dal singolo paziente.

La sede organizzativa delle cure domiciliari, individuata nel Distretto, integra tutti i servizi coinvolti nell'erogazione dell'assistenza: l'équipe infermieristica domiciliare, i MMG nelle varie forme associative, il Servizio Assistenza Anziani, il Servizio di Assistenza Domiciliare di tipo sociale erogata dai Comuni.

E' presente a livello distrettuale un Centro Unico di riferimento per l'accesso alle cure domiciliari sanitarie dove l'attività infermieristica è erogata, generalmente, sette giorni la settimana.

Il presidio organizzativo assistenziale di riferimento nel Distretto è il Nucleo di Cure Primarie che ha trovato i suoi punti di forza nella costituzione delle associazioni mediche di medicina generale e nella costituzione delle équipes infermieristiche dedicate .

Nel 2002 il 90% dei MMG ha assistito pazienti a domicilio con un valore medio di 11 pazienti ogni mille assistiti.

Gli infermieri dedicati all'assistenza domiciliare nel 2002 sono stati 688 di cui l'11% a contratto libero-professionale e 42 coordinatori, con un incremento rispetto al 2000 pari al 9% dato che conferma pertanto il consolidamento delle dotazioni organiche per l'assistenza domiciliare.

L'assistenza domiciliare erogata nel 2002 ha coinvolto 65.663 persone che hanno ricevuto, al proprio domicilio (escludendo le residenze per anziani), 74.485 episodi di cura (TAD) con un totale di 1.854.419 accessi, con un incremento rispetto al 2001 per quanto riguarda le TAD di oltre il 15% e per quanto riguarda gli accessi l'aumento è stato di oltre il 43%.

## **1. LE CARATTERISTICHE DEL FLUSSO: NOTE METODOLOGICHE**

Con l'applicazione della circolare 9/2002, le Aziende USL hanno adempiuto al debito informativo verso la Regione relativamente al flusso informativo sull'assistenza domiciliare. I dati inviati e le relative elaborazioni hanno così consentito, a livello regionale, di utilizzare criteri omogenei per conoscere, descrivere e valutare l'assistenza fornita a domicilio.

Le informazioni raccolte con il flusso in oggetto sono riconducibili a due diverse dimensioni:

- Le caratteristiche del paziente,
- Le caratteristiche dell'assistenza erogata

Per quanto riguarda le caratteristiche del paziente esse sono relative ai dati anagrafici e alla condizione patologica o problema prevalente ai fini dell'assistenza.

Le caratteristiche dell'assistenza erogata riguardano, fra l'altro, l'origine e la motivazione della richiesta di attivazione dell'assistenza domiciliare, la tipologia di assistenza, il livello di intensità delle cure, gli operatori coinvolti nella realizzazione del piano di cura con i relativi accessi, la motivazione della cessazione dell'assistenza. La rilevazione delle tre

date fondamentali, segnalazione, inizio e conclusione dell'episodio di cura, hanno permesso la valutazione della durata di ciascun episodio e del tempo di attesa per la presa in carico.

Nell'anno 2001 l'attività rilevata si è limitata, solo ad alcune caratteristiche relative al paziente, quali l'età e il sesso, mentre per quanto riguarda le caratteristiche dell'assistenza erogata sono state rilevate le tipologie dell'assistenza, gli operatori coinvolti e i relativi accessi.

Come già sottolineato nel I° rapporto, l'oggetto della rilevazione è ciascun episodio di cura di assistenza domiciliare resa al singolo paziente (Tipologia di Assistenza Domiciliare – TAD). Le tipologie di assistenza domiciliare, pur mantenendo la fondamentale caratteristica di assistenza erogata da un'équipe multiprofessionale, si definiscono in base alla figura professionale che prevalentemente assiste il paziente (responsabile dell'assistenza) o, nel caso del MMG, in relazione all'apertura di contratti amministrativi.

Le tipologie di TAD previste sono 5:

1 Medico di Medicina Generale: sono così definiti tutti gli episodi di cura (o TAD) corrispondenti ai contratti amministrativi dei medici di medicina generale "ADI, ADP, NODO".

Se non c'è nessun contratto con il Medico di Medicina Generale:

2 Medico Specialista: sono così definiti tutti gli episodi di cura (o TAD) che hanno per responsabile terapeutico il medico specialista.

3 Assistenza Infermieristica: sono così definiti tutti gli episodi di cura (o TAD) dove l'infermiere è il responsabile assistenziale.

4 Assistenza Volontariato: sono così definiti tutti gli episodi di cura (o TAD) che vedono la responsabilità terapeutica dei medici dell'associazione di volontariato.

5 Assistenza Sociale: sono così definiti tutti gli episodi di cura (o TAD) di assistenza domiciliare dove è prevalente l'assistenza tutelare.

Altra novità introdotta dalla circolare 9/2002 è la rilevazione della condizione patologica o problema prevalente ai fini dell'assistenza; viene infatti chiesto di individuare il problema (sanitario o no) che presenta in quel particolare momento il paziente e che determina il maggior impegno assistenziale per l'intera équipe nell'ambito dell'episodio di cura, non

necessariamente quindi si tratta della patologia principale da cui è affetto il soggetto ma l'individuazione della categoria da cui dipende la particolare situazione della persona.

L'aggregazione proposta è nata dall'esperienza di raccolta dei dati analitici per singolo codice diagnostico nella fase sperimentale del flusso; tale esperienza ha messo in evidenza, da un lato il concentrarsi della casistica su alcune specifiche patologie o gruppi di patologie, dall'altro le notevoli possibilità di errore e/o diversità di interpretazione insite nel sistema di segnalazione analitico. Tenendo conto di questi elementi e del grado di approfondimento richiesto, si sono individuati i raggruppamenti sotto riportati, con le corrispondenze dei codici analitici della classificazione ICD-9 CM:

1 Infezioni da HIV	10 Altre mal. sistema circolatorio
2 Tumori	11 Malattie apparato respiratorio
3 Diabete mellito	12 Malattie apparato digerente
4 Demenza senile e morbo di Alzheimer	13 Insufficienza renale ed altre malattie sistema genitourinario
5 Altre psicosi, neurosi, ritardo mentale	14 Ulcere croniche e da decubito e altre malattie pelle
6 Parkinson e altre malattie degenerative SNC	15 Artrosi, artrite e altra patologia sistema osteomuscolare e connettivo
7 Emiplegie, monoplegie e altre sindromi paralitiche	16 Fratture femore e altri postumi fratture
8 Scompenso cardiaco e cardiopatie mal definite	17 Altra patologia non altrove indicata
9 Malattie cerebrovascolari acute e croniche	18 Problemi non legati a patologia ma ad altre circostanze

Fra le variabili introdotte dalla circolare 9/02 sono da mettere in evidenza le due variabili riferibili all'assistenza sociale che permettono di completare le informazioni relative all'assistenza erogata a ciascun caso, in modo più complessivo. Tali variabili (riprese anche dal DGR 183/03) servono, una a segnalare se l'episodio di cura prevede oneri a rilievo sanitario, secondo quanto previsto dalla L.R. 5/94, l'altra consente l'inserimento delle ore ( o degli accessi) effettuate da parte degli operatori del Servizio sociale e rimborsate dalle AUSL.

## 1.1. LA QUALITÀ DEL FLUSSO

I dati del flusso Repetto – SIADI per l'anno 2002 sono stati sottoposti, in fase di lettura, ad una serie di controlli logico-formali finalizzati a garantire un livello standard di qualità delle informazioni raccolte. I controlli riguardano sia il contenuto dei file - anagrafici e sanitari, che vengono trattati separatamente in ottemperanza alle norme per la sicurezza di dati sensibili ( Legge 675/96, e D.M. 318/99), sia il contenuto dei singoli campi a compilazione obbligatoria ( per la disamina dei campi obbligatori si veda il tracciato in allegato). Per questi ultimi, oltre ai controlli di esistenza del dato, si verifica che la compilazione sia formalmente valida e, successivamente, che sia compatibile con le valorizzazioni ammesse. Sono inoltre previsti controlli incrociati sui campi "condizionati", per evitare di caricare in archivio record contenenti informazioni tra loro incompatibili. I record che non hanno superato i controlli determinano un ritorno informativo alle Aziende come "scarti" che debbono essere corretti e successivamente rinviati alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali. Tra le variabili obbligatorie si sono rilevati errori frequenti per la modalità di chiusura TAD, il livello di intensità assistenziale, origine della richiesta, le date (presa in carico, chiusura). Le variabili non obbligatorie sono risultate più critiche sono: la condizione patologica, motivazione della richiesta e onere a rilievo sanitario dove, per quest'ultima, la maggior parte o non ha rilevato il dato o non ha TAD con oneri a rilievo sanitario. Forse c'è un problema di classificazione/rilevazione e non di attività effettuata che va analizzato e affrontato. La fase di validazione e correzione dei dati si è protratta per circa sei mesi ed ha permesso di ottenere un archivio con 74.485 TAD che presentano un omogeneo livello di qualità per tutte le informazioni previste dalla circolare 9/02 e sopra ricordate. Si rende necessario che la rilevazione sia più tempestiva.

Per migliorare la qualità della rilevazione saranno introdotti dei controlli formali anche sulle variabili a compilazione facoltativa, controlli che determineranno segnalazioni e non scarti. Tenuto conto del fatto che molte delle variabili previste dalla circolare sono state rilevate per la prima volta, c'è stata comunque una buona attenzione nelle Aziende sulla rilevazione. Tutti i Distretti hanno prodotto e trasmesso dati di attività.

Al fine di valutare la completezza della rilevazione si è verificata, come per i dati dell'anno 2001, l'aderenza del flusso Repetto–SIADI con la fonte amministrativa derivante dall'archivio dei Medici di Medicina generale per la corresponsione economica prevista dal DPR 270/2000. Tale verifica ha una valenza di "warning" in quanto ci sono comunque



criteri differenti per la rilevazione. Il grado di aderenza dei due flussi è migliorato di 3 punti percentuali rispetto al 2001 (dall'80% all'83%) con un alto grado di disomogeneità tra le Aziende, per cui emerge con evidenza che la strada del miglioramento è differenziata tra le Aziende.

Nel fare le elaborazioni che stanno alla base delle valutazioni sull'assistenza domiciliare di seguito riportate sono state escluse le TAD che si riferiscono alle residenze non protette.

## **2. LE CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI**

Per quanto riguarda l'anno 2002, il flusso Repetto-SIADI prende in considerazione, relativamente alle caratteristiche del paziente, la situazione anagrafica riferita all'età e al sesso e la condizione patologica determinante l'impegno assistenziale.

### **2.1. ETÀ DEGLI ASSISTITI IN ADI E CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE**

Analogamente a quanto riscontrato l'anno precedente, anche nel 2002, l'assistenza domiciliare è stata attivata in tutte le aziende. La **Tabella 1** descrive la distribuzione degli assistiti ADI nell'anno 2002 distinti per fasce di età e Aziende USL di residenza.

Come ci si attendeva, le fasce d'età più anziane costituiscono la quota più alta di assistiti ADI. Infatti, si può osservare che ciascuna delle ultime quattro fasce di età ha richiesto almeno il 15% dell'assistenza domiciliare complessiva. In particolare, la fascia di assistiti tra gli 85 e gli 89 anni ha costituito oltre un quinto (21,14%) dei pazienti seguiti a domicilio (**Tabella 2 e Grafico 2a**).

La distribuzione cumulativa dei pazienti rappresentata nel **Grafico 2b** mostra, a partire dall'età di 70 anni un andamento sempre più crescente. Infatti il 25° percentile, che è pari a 74 anni mette, in evidenza che 3 pazienti su 4 hanno un'età superiore a 74 anni (circa il 75% degli assistiti). Il 50° (mediana) e il 75° percentile corrispondono rispettivamente a 81 e a 87 anni. Tale dato ci permette di evidenziare che nell'anno preso in esame 1 assistito su 2 aveva un'età superiore a 81 anni, mentre i pazienti con un'età superiore a 87 anni erano 1 su 4.

Per quanto riguarda il sesso degli assistiti, la **Tabella 3a** evidenzia una diversa composizione della popolazione ADI maschile e femminile. Si nota che a livello regionale la distribuzione dei pazienti in ADI di sesso maschile (35,9%) è nettamente inferiore a quella di sesso femminile (64,1%). In particolare, questa differenziazione è molto marcata nelle quattro fasce di età più anziane raggiungendo un massimo nella fascia di età degli ultranovantenni dove il rapporto femmina/maschio è pari a 3. Tale distribuzione appare coerente con la maggior sopravvivenza del sesso femminile rispetto al maschile (**Tabella 3b**).

La **Tabella 4**, ottenuta rapportando i pazienti alla popolazione, illustra, per ciascuna fascia di età, il numero di pazienti assistiti su 1.000 residenti.

Esaminando i tassi specifici per fasce di età (**Grafico 4a**) si può notare come, a livello regionale, ben 240 ultranovantenni ogni 1.000 siano seguiti in assistenza domiciliare: il valore regionale rappresenta il risultato medio di una notevole variabilità interaziendale, che passa da un valore minimo di 175 ad un valore massimo di oltre 354 assistiti su 1.000 ultranovantenni. Una grande variabilità tra le diverse aziende si può notare anche nel tasso specifico riferito a pazienti appartenenti ad altre fasce di età.

Il coefficiente di variazione risulta un indicatore appropriato per valutare la diversa variabilità nei tassi. Il **Grafico 4b** mostra la presenza di una maggiore variabilità tra le classi di età più giovani e maggior uniformità nelle fasce di età più anziane.

La **Tabella 4** riporta i valori dei tassi standardizzati ottenuti con il metodo diretto. Questa metodologia consente di ottenere delle misure che eliminano l'effetto della differente struttura per età delle popolazioni messe a confronto. Infatti i tassi standardizzati si ottengono attraverso una media ponderata dei tassi specifici per età utilizzando come pesi la struttura per età di un popolazione di riferimento, detta standard (nel caso in esame è stata presa la popolazione emiliano-romagnola al 31.12.2002).

I tassi così ottenuti, risultano dunque confrontabili e le eventuali differenze osservate non potranno essere quindi attribuite alla variabile età per cui si è operata la correzione.

Analizzando i tassi standardizzati si evince che le Aziende con i valori più alti sono Reggio Emilia, Imola, Ferrara i cui tassi risultano rispettivamente 24,01 21,67 20,30. Il tasso standardizzato regionale nel 2002 è stato pari al 16,18 per 1.000 persone; tale dato presenta un netto miglioramento rispetto al 2001 (13,8‰), ciò è dovuto alla concorrenza di due fattori quali il miglioramento del flusso informativo da parte di alcune aziende e il

potenziamento dei servizi da parte di altre. Ciononostante permane comunque un intervallo molto ampio fra il valore minimo di 11,35‰ (Bologna Città) e il valore massimo di 24‰ (Reggio Emilia).

I rapporti tra tassi standardizzati rispetto ad un tasso prefissato, scelto come base di confronto, rappresentano una misura della "probabilità di assistenza ADI" (Rischio Relativo - RR) nelle popolazioni e cioè la possibilità che la popolazione di ciascuna Azienda USL ha di essere curata al proprio domicilio. Nel nostro caso (**Tabella 5b**), la base scelta per il confronto è il livello regionale. Cosicché, ad esempio, risulta che la popolazione di Reggio Emilia (che ha un valore di rischio relativo pari a 1,48) ha il 48% di possibilità in più di essere assistita a domicilio rispetto al livello regionale.

## **2.2. LE CONDIZIONI PATOLOGICHE**

Per quanto riguarda le condizioni patologiche che hanno determinato la necessità di cure domiciliari, la rilevazione appare ancora deficitaria con un valore pari a 21.792 TAD (29,3%) nelle quali non è stata segnalata la condizione patologica. Anche in questo caso si registrano differenze sostanziali fra Aziende (**Tabella 6a**). Visto l'elevato numero di TAD non classificate, si è ritenuto opportuno quantificare la distribuzione percentuale delle condizioni patologiche sul totale delle TAD classificate (52.693), anziché sulle 74.485 (**Tabella 6b**).

Si può notare che le condizioni patologiche prevalentemente segnalate riguardano, in particolare, le malattie del sistema cardio-circolatorio per il 23,30% (scompenso cardiaco e cardiopatie maldefinite, altre malattie del sistema cardiocircolatorio), le patologie tumorali per il 15,03%, le demenze senili e le altre malattie degenerative del sistema nervoso per il 11,08% e le patologie relative al sistema cerebrovascolare (emiplegie, monoplegie e altre sindromi paralitiche, malattie cerebrovascolari acute e croniche) per il 10,78% (**Grafico 6b**).

### 3. LE CARATTERISTICHE DELL'ASSISTENZA EROGATA

Anche per quanto riguarda le caratteristiche dell'assistenza erogata, come per quelle relative al paziente, il flusso Repetto-SIADI riferito all'anno 2002 ha consentito la rilevazione di informazioni aggiuntive rispetto all'anno precedente: nel 2002 sono stati infatti esaminati, oltre alla tipologia di assistenza domiciliare, al livello di intensità delle cure e alla tipologia degli operatori coinvolti nella realizzazione del piano assistenziale con i relativi accessi, anche l'origine della richiesta, la motivazione della richiesta di attivazione e la motivazione della cessazione dell'assistenza, la data di segnalazione, di inizio e di conclusione dell'episodio di cura.

#### 3.1. L'ORIGINE, LA MOTIVAZIONE E LA CONCLUSIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

Il flusso informativo relativo al 2002 presenta per alcune variabili ancora una significativa percentuale di incompletezza. Così ad esempio l'informazione relativa a chi attiva l'assistenza domiciliare è un dato non indicato per il 24,6% delle TAD (anche se, in alcuni casi era prevista la non compilazione). Ciononostante è possibile valutare che il 50% delle richieste di ADI sono inoltrate al Distretto dal MMG che rimane quindi il principale operatore che richiede o attiva direttamente l'ADI, mentre solo il 4,2% delle richieste provengono direttamente dai famigliari. Il dato relativo alla richiesta di attivazione ADI da parte degli operatori delle unità operative ospedaliere (e in taluni casi degli Hospice) corrisponde al 10,9% delle richieste (**Grafico 7a**).

Nel **Grafico 7b** sono riportati i dati relativi alla motivazione della richiesta di attivazione ADI. Tali dati presentano ancora alcune incompletezze di rilevazione inoltre, si osservano grandi variabilità fra Aziende dovute probabilmente ad incertezze nella definizione di alcune motivazioni, quali: la "riacutizzazione di malattie croniche" e le "malattie acute temporaneamente invalidanti". Tuttavia si può considerare che l'impossibilità del paziente ad essere trasportato sia la condizione prevalente di richiesta di attivazione dell'ADI (29,7% dei casi), seguita dalle condizioni di terminalità (6,8%).

I dati relativi alle modalità di chiusura dell'ADI si possono osservare nel **Grafico 7c**, che fra l'altro mette in evidenza che le cure domiciliari sono una modalità assistenziale con tempi medio-lunghi. Infatti, circa il 30% di TAD registra il completamento/interruzione del programma assistenziale nel 2002, di cui il 9,7% in dimissione per termine della cura, il 2,1% per trasferimento in ospedale o altre strutture sanitarie, il 18% per decesso. Il 59,1% continua invece l'assistenza nel 2003.

### **3.2. IL LIVELLO DI INTENSITÀ DELLE CURE**

La modalità assistenziale sin qui descritta, come già evidenziato in premessa, si basa sull'integrazione delle figure professionali e su tre livelli di intensità delle cure in relazione ai bisogni assistenziali del singolo paziente.

L'applicazione di questo modello assistenziale, fortemente innovativo e complesso, ha determinato il bisogno di individuare, a livello di ciascuna Azienda USL, un gruppo di esperti operanti nei diversi settori dell'assistenza domiciliare, riuniti in una Commissione Professionale per le Cure Domiciliari (CPD), con il compito di approfondire gli aspetti principali dell'assistenza, assicurandone l'omogeneità a livello locale. Le CPD, istituite in tutte le Aziende Sanitarie, hanno affrontato prioritariamente il tema riguardante la specificazione dei livelli di intensità assistenziale, individuando in maniera abbastanza omogenea il 2° ed il 3° livello assistenziale (media ed alta intensità), mentre la definizione del 1° livello, è stata notevolmente diversa nelle varie aziende. Ciò pare confermato anche dalla lettura del dato relativo ai livelli (**Grafico 8a**), dove si evidenzia un'alta percentuale di TAD non definite in nessuno dei tre livelli (38,7%). Per questo motivo, si è ritenuto opportuno quantificare la distribuzione percentuale dei tre livelli sul totale delle TAD classificate (45.682), anziché sulle 74.485. Si può dunque osservare dalla **Tabella 8b** e dal **Grafico 8b** che i programmi ADI di media e alta intensità rappresentano il 35,5% delle Tipologie di Assistenza Domiciliare (TAD), mentre nella bassa intensità assistenziale (1° livello) sono state collocate il restante 64,5% delle TAD.

### 3.3. LA TIPOLOGIA DI ASSISTENZA EROGATA E GLI ACCESSI

Come già detto in precedenza, l'episodio di cura di assistenza domiciliare reso al singolo paziente (Tipologia di Assistenza Domiciliare – TAD) è l'oggetto della rilevazione del flusso informativo. Le tipologie di TAD illustrate nel capitolo 1 sono cinque: Assistenza di Medicina Generale, Assistenza Infermieristica, Assistenza Medico Specialista, Assistenza Volontariato, Assistenza Sociale; per necessità di sintesi le TAD del Medico Specialista e le TAD di Assistenza Volontariato sono state considerate, come un'unica categoria e quindi sommate (denominata TAD assistenza Specialistica/Volontariato). Tale aggregazione è stata necessaria dato l'esiguo numero di TAD, rispetto al totale complessivo, e vista la peculiarità specialistica dell'episodio di cura.

Il paziente che riceve cure domiciliari può essere ammesso a più episodi di cura (TAD).

Le TAD prevalentemente attivate nel 2002 (**Grafico 9a**) sono state quelle di Assistenza di Medicina Generale per circa il 54% e di Assistenza Infermieristica per il 43%, mentre un numero minore sono state le TAD di Assistenza Specialistico/Volontariato (1,4%) e di Assistenza Sociale (1,7%).

Il maggior numero di TAD di Assistenza di Medicina Generale evidenzia che la figura professionale responsabile dell'assistenza è prevalentemente il MMG. Tale dato è confermato nella maggior parte delle aziende con i livelli massimi che si raggiungono a Modena e a Rimini (oltre il 70% delle TAD). Le TAD di assistenza infermieristica risultano invece prevalenti nelle AUSL di Parma, Reggio Emilia, Imola, Ferrara e Ravenna (**Grafico 9b**).

Le TAD di Assistenza Specialistica/Volontariato (dove cioè il responsabile terapeutico è il medico specialista, anche del volontariato) sono state attivate esclusivamente in quattro aziende: Bologna Nord (2%), Città di Bologna (12,7%) e Ferrara (2,5%) e Bologna Sud (0,1%) (**Tabella 9**).

Nelle altre realtà aziendali il medico specialista è presente quale consulente nelle TAD di Assistenza di Medicina Generale e nelle TAD di Assistenza Infermieristica. Va comunque sottolineato che l'accordo regionale con i medici specialisti ambulatoriali finalizzato ad accrescere la loro attività a domicilio è stato concluso a livello aziendale nel 2002, si attendono quindi incrementi di tale attività nel 2003.

L'esiguità delle TAD di assistenza sociale, dove la responsabilità è dell'Assistente Sociale o la figura prevalente è un operatore socio-assistenziale, può essere dovuta ad una incompletezza o errata rilevazione del dato. Infatti solo 5 AUSL hanno utilizzato la TAD

sociale per rilevarne l'attività (**Tabella 9**). Tuttavia emerge, anche se in modo difforme e incompleto, il dato relativo agli episodi di cura che prevedono oneri a rilievo sanitario pari a 2.643 TAD.

A fronte delle oltre 74.000 TAD sono stati erogati, nel 2002, complessivamente 1.854.419 accessi al domicilio del paziente, il 54,66% dei quali è stato effettuato nell'ambito delle TAD di assistenza di medicina generale e il 30,57% nell'ambito delle TAD di assistenza infermieristica.

Nelle TAD di assistenza sociale, nonostante l'esiguo numero, sono stati consumati il 12% del totale degli accessi (**Tabella 10**).

I dati relativi al totale degli accessi, suddivisi per professionalità (**Tabella 11**), mette in evidenza la forte presenza degli infermieri, con oltre 900.000 accessi effettuati nel complesso delle TAD; tale dato evidenzia che l'operatore a cui viene richiesto il maggior numero di accessi è l'infermiere (anche in questo caso vi sono notevoli scostamenti fra aziende), ciò a testimoniare che nell'assistenza integrata, pur essendo fondamentale la responsabilità terapeutica del medico di famiglia, indispensabile risulta l'attività infermieristica di nursing. Gli accessi del MMG sono stati oltre 500.000, i restanti accessi sono ascrivibili alle altre figure professionali: medici specialisti (13.879), operatori sociali (384.255), tecnici della riabilitazione (4.938), psicologi (445), ecc.

Le TAD di assistenza di medicina generale registrano una elevata percentuale di accessi di altri operatori in particolare di infermieri.

Infatti a fronte del 1.013.612 accessi (**Tabella 11a**), il 50,5% è effettuato dal MMG e il 43% dall'infermiere del Distretto; i restanti accessi sono stati effettuati dagli operatori sociali (5,5%), dal tecnico della riabilitazione (0,36%) e dai medici specialisti (0,39%).

Non si rileva invece una elevata presenza di altri operatori nelle TAD infermieristiche ad eccezione degli operatori sociosanitari i quali effettuano una percentuale di accessi pari al 17,59% (**Tabella 11b**). Quest'ultimo dato, sicuramente ancora carente, è stato rilevato in modo puntuale in tre aziende: Piacenza (con 15.937 accessi, pari al 36% del totale degli accessi), Ferrara (con 13.828 accessi, pari a 31,4%) e Ravenna (con 69.926 accessi pari a 54,1%).

Dai dati appena descritti è evidente la forte complementarità nelle TAD di medicina generale fra l'attività del medico di famiglia e dell'infermiere, mentre nelle TAD

infermieristiche risulta forte l'integrazione con gli operatori sociosanitari e rilevante il dato della consulenza del medico specialista.

Delle 74.485 TAD oltre 20.000 hanno visto il coinvolgimento di più operatori che integrandosi hanno assistito lo stesso paziente.

La presenza contemporanea di medico e infermiere si è verificata in 16.009 TAD a cui hanno fatto seguito un numero elevato di accessi (590.783); 2.967 TAD (con 110.261 accessi) hanno visto il coinvolgimento di infermieri con altri operatori ad esclusione del medico di medicina generale, mentre 480 (con 31.560 accessi) TAD sono state attivate dal medico di famiglia con l'integrazione di altri operatori ad esclusione dell'infermiere.

Il medico di famiglia ha attivato da solo 19.860 TAD con un numero di accessi pari a 258.719.

Le TAD che hanno visto il coinvolgimento di un unico operatore sono state 52.988 con un totale di accessi pari a 903.866; le restanti 21.497 TAD hanno visto impegnati dai due ai cinque operatori con un totale di accessi pari a 950.553 (**Tabelle 12a, 12b e 13**).

La durata dell'assistenza misurata in relazione al livello di intensità assistenziale, mette in evidenza che la bassa intensità (così come la percentuale di TAD non definite nei livelli) e la media intensità hanno rispettivamente il 70,7% e il 48,4% di casi con una durata superiore ai nove mesi. L'alta intensità ha una distribuzione abbastanza omogenea della durata dell'assistenza infatti il 29,4% ha una durata superiore a nove mesi, il 24,1% da uno a tre mesi, il 22,4% da tre a sei mesi e il 14,4% da sei a nove mesi.

In media il 60% dei casi rimane in assistenza più di nove mesi, il 14,4% da tre a sei mesi, il 12,5% da sei a nove mesi, il 9,6% da uno a tre mesi e il 3,4% da zero a un mese (**Tabella 14 e Grafico14** ).

## **CONCLUSIONI**

Il flusso informativo, pur presentando, come più volte ribadito, ancora alcune incompletezze per talune informazioni, permette comunque di cogliere alcuni aspetti salienti e individuare alcuni indicatori di questa modalità assistenziale ormai consolidata a livello distrettuale.



Il tasso standardizzato, relativo ai pazienti in ADI, può essere considerato un indicatore di copertura di fabbisogno assistenziale che nel 2002, come già indicato, è stato del 16,8 per mille abitanti. Il consolidamento del flusso informativo e l'ulteriore potenziamento delle cure domiciliari da parte di alcune aziende, permetteranno un aumento del tasso per il 2003.

Anche i dati relativi ai tassi specifici per età e sesso, che confermano la coerenza con quanto riferito in letteratura, relativamente al numero dei pazienti attesi nelle fasce di età della popolazione anziana, possono essere assunti come valori di riferimento nel programmare i servizi di assistenza domiciliare integrata in relazione alle caratteristiche demografiche della popolazione.

Il quadro che va delineandosi, dall'analisi dei dati del flusso Repetto-SIADI 2002, permette quindi di definire con maggiore dettaglio la modalità assistenziale "Assistenza Domiciliare" che, nella nostra Regione, rappresenta un "set assistenziale" in ambito distrettuale con struttura organizzativa definita, presenta modalità operative consolidate e attività specifiche svolte da équipe multiprofessionali.

Elemento significativo dell'assistenza domiciliare è, come già sottolineato più volte, l'integrazione degli operatori attraverso lo sviluppo delle équipe multiprofessionali. Dai dati osservati appare evidente che rilevante è stata l'integrazione a domicilio da parte dei diversi operatori, in particolare emerge che il medico e l'infermiere rappresentano i due principali responsabili dell'assistenza. Altro aspetto significativo che si evidenzia è quello relativo all'assistenza infermieristica, che rappresenta una componente fondamentale dell'assistenza domiciliare. L'infermiere infatti svolge la propria attività anche in qualità di operatore unico per programmi assistenziali di esclusiva attività di nursing.

La struttura base sin qui rappresentata (medico di famiglia e infermiere), assicura un'assistenza sanitaria al domicilio del paziente sette giorni la settimana, garantisce gli ausili e i presidi utili per l'assistenza e i farmaci necessari per la terapia, attiva competenze specialistiche al domicilio qualora sia necessario, si integra con i servizi di assistenza sociale o socio-assistenziale qualora se ne ravvisi la necessità, attiva i percorsi diagnostici conseguenti assicurando il collegamento con i servizi ospedalieri.

Dai risultati presentati emerge inoltre, che l'assistenza domiciliare distrettuale è una struttura di lungoassistenza: circa il 60 % dei pazienti seguiti ha una durata di assistenza maggiore di nove mesi. Le cure domiciliari richiedono circa 25 accessi per il livello di

bassa intensità assistenziale, 34/36 accessi per i successivi livelli di media ed alta intensità.

L'assistenza domiciliare è un servizio reso al cittadino e si colloca fra le strutture ospedaliere e le strutture residenziali per anziani non autosufficienti. Infatti garantisce la continuità assistenziale ai pazienti che hanno necessità di dimissioni protette, quando terminano il periodo di ricovero ospedaliero e si pone, per periodi medio lunghi, come alternativa ai ricoveri nelle strutture residenziali.

La famiglia è il presupposto fondamentale per attuare le cure domiciliari: i principali aspetti da considerare, per sostenere le famiglie che vogliono curare a casa i propri congiunti, devono prevedere oltre agli interventi terapeutici, anche sostegni di carattere economico (assegno di cura) e un continuo sviluppo delle reti sociali istituzionali e/o di volontariato.

Permangono ancora ambiti di miglioramento del flusso informativo; l'obiettivo della completezza del dato, unitamente al raggiungimento di livelli di qualità sempre più elevati, devono essere oggetto di attenzione costante, nonché di verifiche sistematiche.

Alcune incompletezze del flusso evidenziano un livello di incertezza, da parte degli operatori, di classificare le informazioni stesse soprattutto per quanto riguarda la attribuzione dei livelli di intensità assistenziale e le caratteristiche dell'assistenza erogata: origine, motivazione e conclusione.

Per tale motivo è indispensabile che le Commissioni Professionali Domiciliari aziendali effettuino una verifica dei criteri di classificazione adottati e, se necessario, ridefiniscano gli stessi al fine di permettere una facile identificazione da parte degli operatori. Sarà opportuno inoltre, attraverso il coordinamento regionale delle CPD, rendere uniformi detti criteri al fine di ottenere una rilevazione di informazioni con criteri omogenei in ambito regionale.

L'analisi di alcuni dati di attività quali la tipologia di assistenza e gli accessi erogati, evidenziano rilevanti variabilità tra le Aziende. Tali differenze richiedono ulteriori approfondimenti sia in ambito aziendale che regionale. E' necessario infatti che le CPD attuino analisi specifiche dei profili assistenziali adottati e, tramite il coordinamento regionale, approfondiscano i diversi set assistenziali in uso nelle diverse realtà, individuino protocolli assistenziali di riferimento per rendere omogenei, a parità di condizioni cliniche, i profili assistenziali.

T A B E L L E  
E  
G R A F I C I

**ADI 2002**

Tabella 1 - n° pazienti in ADI per fasce di età e Azienda USL

<b>AZIENDA USL</b>	<b>FASCE DI ETÀ'</b>												<b>TOTALE</b>
	<b>0</b>	<b>1-14</b>	<b>15-29</b>	<b>30-44</b>	<b>45-59</b>	<b>60-64</b>	<b>65-69</b>	<b>70-74</b>	<b>75-79</b>	<b>80-84</b>	<b>85-89</b>	<b>≥ 9</b>	
<i>PIACENZA</i>	1	10	17	47	120	137	205	377	672	727	976	722	<b>4.011</b>
<i>PARMA</i>	4	22	56	121	240	209	335	629	1.105	1.173	1.170	855	<b>5.919</b>
<i>REGGIO EMILIA</i>	8	68	113	247	522	402	704	1.218	1.912	1.789	1.979	1.459	<b>10.421</b>
<i>MODENA</i>	3	16	45	107	376	306	566	957	1.768	1.968	2.210	1.704	<b>10.026</b>
<i>BOLOGNA SUD</i>	3	19	25	49	123	107	201	330	592	680	687	448	<b>3.264</b>
<i>IMOLA</i>	4	19	30	63	85	89	114	208	386	399	530	442	<b>2.369</b>
<i>BOLOGNA NORD</i>	2	35	12	46	117	93	164	294	527	571	716	519	<b>3.096</b>
<i>BOLOGNA CITTA'</i>	2	9	13	56	206	163	260	495	924	1.011	1.154	848	<b>5.141</b>
<i>FERRARA</i>	3	33	172	283	536	285	508	839	1.254	1.371	1.273	887	<b>7.444</b>
<i>RAVENNA</i>	8	22	24	89	210	156	248	432	779	817	981	836	<b>4.602</b>
<i>FORLI'</i>	1	8	15	30	104	86	102	213	425	512	723	543	<b>2.762</b>
<i>CESENA</i>	1	9	17	55	142	79	166	330	527	581	665	463	<b>3.035</b>
<i>RIMINI</i>	3	17	19	46	138	91	197	325	632	660	820	625	<b>3.573</b>
<b>RER</b>	<b>43</b>	<b>287</b>	<b>558</b>	<b>1.239</b>	<b>2.919</b>	<b>2.203</b>	<b>3.770</b>	<b>6.647</b>	<b>11.503</b>	<b>12.259</b>	<b>13.884</b>	<b>10.351</b>	<b>65.663</b>

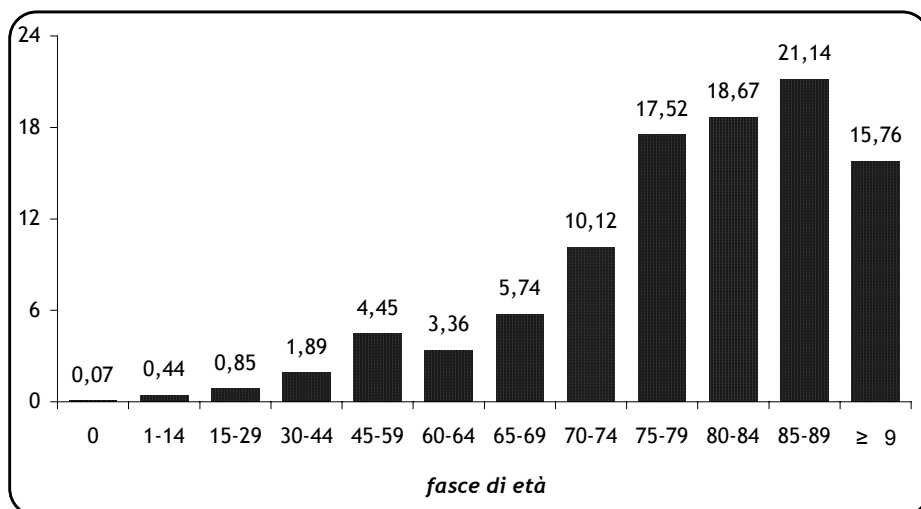
## ADI 2002

Tabella 2 - n° pazienti in ADI per fasce di età e Azienda USL: distribuzione % sui totali di riga

AZIENDA USL	FASCE DI ETA'												TOTALE
	0	1-14	15-29	30-44	45-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	≥ 9	
PIACENZA	0,02	0,25	0,42	1,17	2,99	3,42	5,11	9,40	16,75	18,13	24,33	18,00	<b>100</b>
PARMA	0,07	0,37	0,95	2,04	4,05	3,53	5,66	10,63	18,67	19,82	19,77	14,45	<b>100</b>
REGGIO EMILIA	0,08	0,65	1,08	2,37	5,01	3,86	6,76	11,69	18,35	17,17	18,99	14,00	<b>100</b>
MODENA	0,03	0,16	0,45	1,07	3,75	3,05	5,65	9,55	17,63	19,63	22,04	17,00	<b>100</b>
BOLOGNA SUD	0,09	0,58	0,77	1,50	3,77	3,28	6,16	10,11	18,14	20,83	21,05	13,73	<b>100</b>
IMOLA	0,17	0,80	1,27	2,66	3,59	3,76	4,81	8,78	16,29	16,84	22,37	18,66	<b>100</b>
BOLOGNA NORD	0,06	1,13	0,39	1,49	3,78	3,00	5,30	9,50	17,02	18,44	23,13	16,76	<b>100</b>
BOLOGNA CITTA'	0,04	0,18	0,25	1,09	4,01	3,17	5,06	9,63	17,97	19,67	22,45	16,49	<b>100</b>
FERRARA	0,04	0,44	2,31	3,80	7,20	3,83	6,82	11,27	16,85	18,42	17,10	11,92	<b>100</b>
RAVENNA	0,17	0,48	0,52	1,93	4,56	3,39	5,39	9,39	16,93	17,75	21,32	18,17	<b>100</b>
FORLI'	0,04	0,29	0,54	1,09	3,77	3,11	3,69	7,71	15,39	18,54	26,18	19,66	<b>100</b>
CESENA	0,03	0,30	0,56	1,81	4,68	2,60	5,47	10,87	17,36	19,14	21,91	15,26	<b>100</b>
RIMINI	0,08	0,48	0,53	1,29	3,86	2,55	5,51	9,10	17,69	18,47	22,95	17,49	<b>100</b>
<b>RER</b>	<b>0,07</b>	<b>0,44</b>	<b>0,85</b>	<b>1,89</b>	<b>4,45</b>	<b>3,36</b>	<b>5,74</b>	<b>10,12</b>	<b>17,52</b>	<b>18,67</b>	<b>21,14</b>	<b>15,76</b>	<b>100</b>

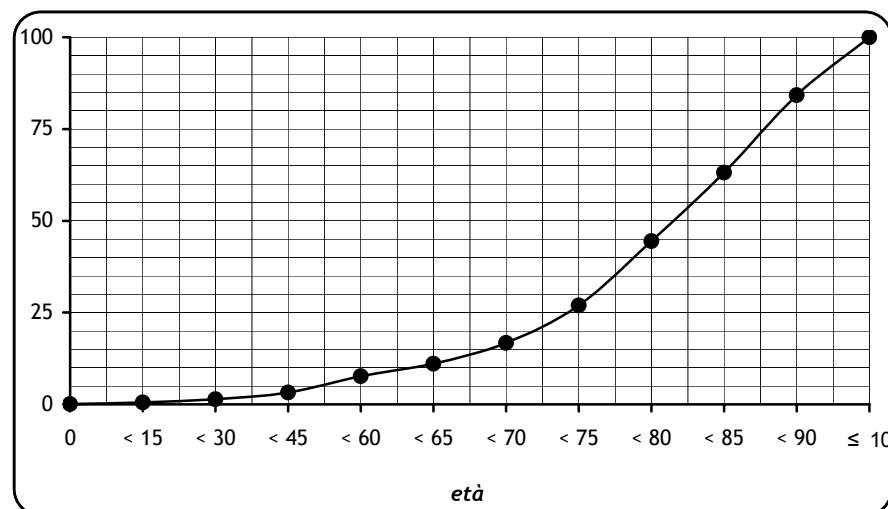
## ADI 2002

Grafico 2a - % regionale dei pazienti in ADI per fasce di età



## ADI 2002

Grafico 2b - % regionale cumulativa dei pazienti in ADI per età



Repetto SIADI 2002

FASCE DI ETA'												
0	< 15	< 30	< 45	< 60	< 65	< 70	< 75	< 80	< 85	< 90	≤ 10	
0,07	0,50	1,35	3,24	7,68	11,04	16,78	26,90	44,42	63,09	84,24	100,00	

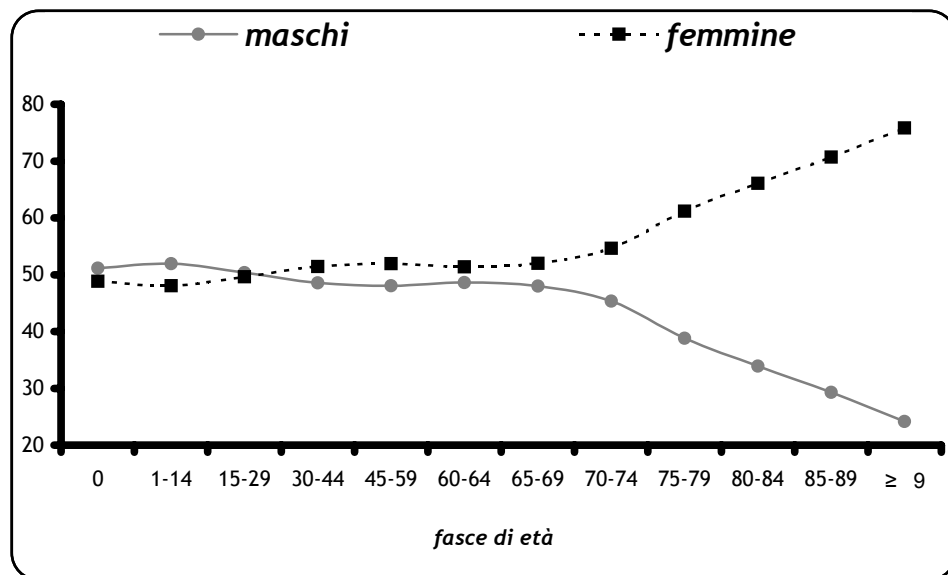
**ADI 2002**

Tabella 3a - n° pazienti in ADI per sesso e fasce di età: distribuzione % sui totali di riga

FASCE DI ETA'	PAZIENTI IN ADI	
	MASCHI	FEMMINE
	%	%
0	51,2	48,8
1-14	51,9	48,1
15-29	50,4	49,6
30-44	48,6	51,4
45-59	48,0	52,0
60-64	48,6	51,4
65-69	48,0	52,0
70-74	45,4	54,6
75-79	38,8	61,2
80-84	33,9	66,1
85-89	29,3	70,7
≥ 9	24,2	75,8
<b>RER</b>	<b>35,9</b>	<b>64,1</b>

**ADI 2002**

Gráfico 3a - % regionale dei pazienti in ADI per sesso e fasce di età



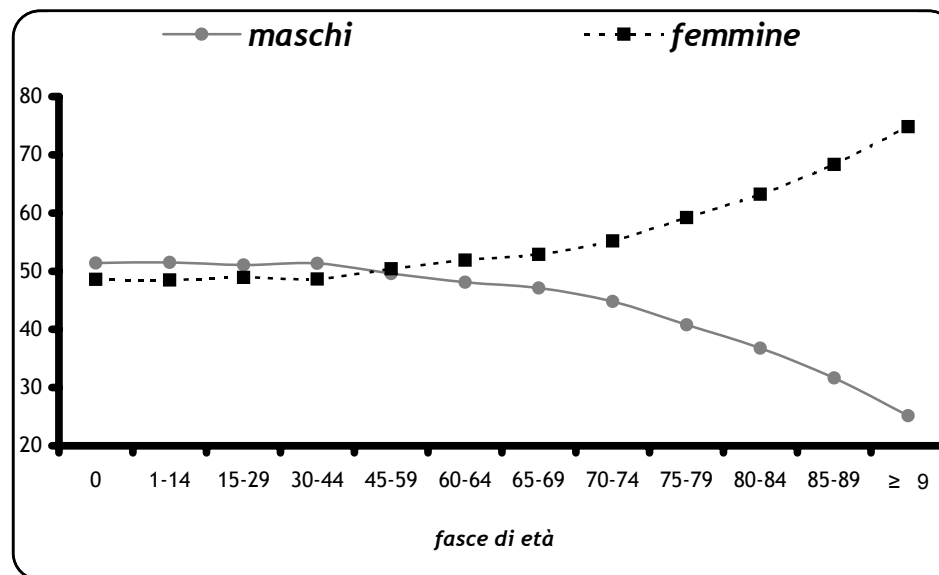
**ADI 2002**

Tabella 3b - n° popolazione per sesso e fasce di età: distribuzione % sui totali di riga

FASCE DI ETA'	POPOLAZIONE	
	MASCHI	FEMMINE
	%	%
0	51,4	48,6
1-14	51,5	48,5
15-29	51,1	48,9
30-44	51,4	48,6
45-59	49,6	50,4
60-64	48,1	51,9
65-69	47,1	52,9
70-74	44,8	55,2
75-79	40,8	59,2
80-84	36,8	63,2
85-89	31,6	68,4
≥ 9	25,2	74,8
<b>RER</b>	<b>48,5</b>	<b>51,5</b>

**ADI 2002**

Gráfico 3b - % regionale della popolazione per sesso e fasce di età



**ADI 2002**

Tabella 4 - pazienti in ADI: tassi specifici e standardizzati (x 1.000 abitanti). Popolazione standard = Regione Emilia-Romagna 31/12/2002

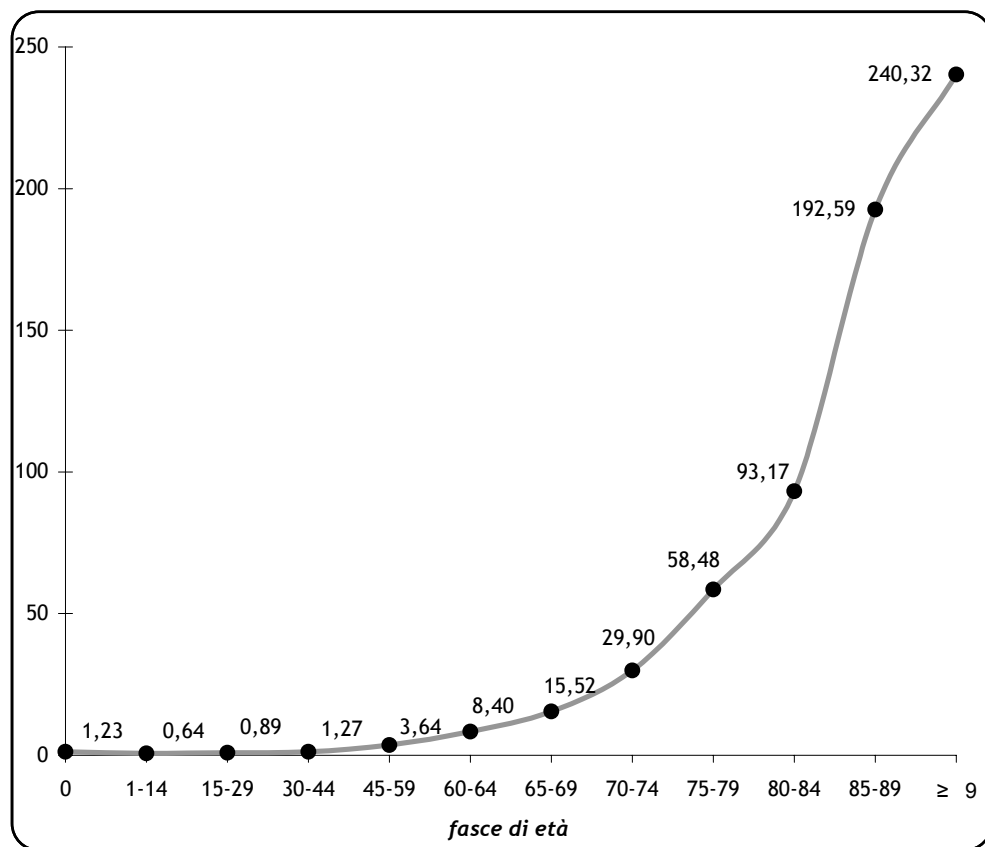
AZIENDA USL	FASCE DI ETA'												TOTALE	TASSO STANDARDIZZATO
	0	1-14	15-29	30-44	45-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	≥ 9		
PIACENZA	0,48	0,35	0,43	0,76	2,29	7,42	12,09	23,19	47,50	79,11	177,55	219,05	<b>14,95</b>	<b>13,56</b>
PARMA	1,23	0,50	0,89	1,24	3,10	7,89	13,98	28,16	54,12	84,78	148,59	176,54	<b>14,62</b>	<b>13,88</b>
REGGIO EMILIA	1,70	1,16	1,44	2,14	5,93	14,77	27,79	52,41	91,43	128,27	253,13	319,40	<b>22,24</b>	<b>24,01</b>
MODENA	0,49	0,21	0,43	0,68	2,97	7,88	15,78	29,69	61,99	103,03	216,71	282,87	<b>15,56</b>	<b>17,11</b>
BOLOGNA SUD	1,31	0,68	0,71	0,80	2,38	6,29	13,50	25,80	55,13	97,21	178,53	204,19	<b>13,23</b>	<b>14,64</b>
IMOLA	4,31	1,50	1,82	2,46	3,97	12,98	18,00	35,46	75,95	114,89	269,86	354,17	<b>21,97</b>	<b>21,67</b>
BOLOGNA NORD	1,05	1,49	0,41	0,91	2,92	7,61	14,45	27,95	59,56	97,42	222,36	266,15	<b>15,50</b>	<b>16,73</b>
BOLOGNA CITTA'	0,72	0,27	0,26	0,64	2,80	6,12	10,64	20,86	41,64	64,50	137,09	174,88	<b>13,76</b>	<b>11,35</b>
FERRARA	1,35	1,07	3,43	3,54	7,34	11,65	21,44	38,55	66,92	109,62	205,22	259,13	<b>21,46</b>	<b>20,30</b>
RAVENNA	2,80	0,60	0,46	1,05	2,98	6,61	10,73	20,75	42,83	67,06	142,53	182,53	<b>12,89</b>	<b>11,92</b>
FORLI'	0,71	0,44	0,54	0,75	3,02	7,47	9,61	22,04	47,42	86,21	207,16	249,77	<b>15,89</b>	<b>14,60</b>
CESENA	0,60	0,41	0,53	1,19	3,85	6,65	15,37	35,15	64,58	110,10	254,50	290,28	<b>16,11</b>	<b>18,75</b>
RIMINI	1,15	0,50	0,41	0,66	2,52	5,34	12,69	23,72	53,62	86,95	201,72	268,59	<b>12,77</b>	<b>15,04</b>
<b>RER</b>	<b>1,23</b>	<b>0,64</b>	<b>0,89</b>	<b>1,27</b>	<b>3,64</b>	<b>8,40</b>	<b>15,52</b>	<b>29,90</b>	<b>58,48</b>	<b>93,17</b>	<b>192,59</b>	<b>240,32</b>	<b>16,18</b>	<b>16,18</b>

**INDICATORI**

minimo	0,48	0,21	0,26	0,64	2,29	5,34	9,61	20,75	41,64	64,50	137,09	174,88	12,77	11,35
massimo	4,31	1,50	3,43	3,54	7,34	14,77	27,79	52,41	91,43	128,27	269,86	354,17	22,24	24,01
range	3,84	1,30	3,17	2,90	5,05	9,44	18,18	31,66	49,79	63,77	132,77	179,29	9,47	12,65
coefficiente di variazione	0,85	0,68	0,95	0,67	0,39	0,33	0,31	0,29	0,23	0,19	0,22	0,23	0,20	0,23

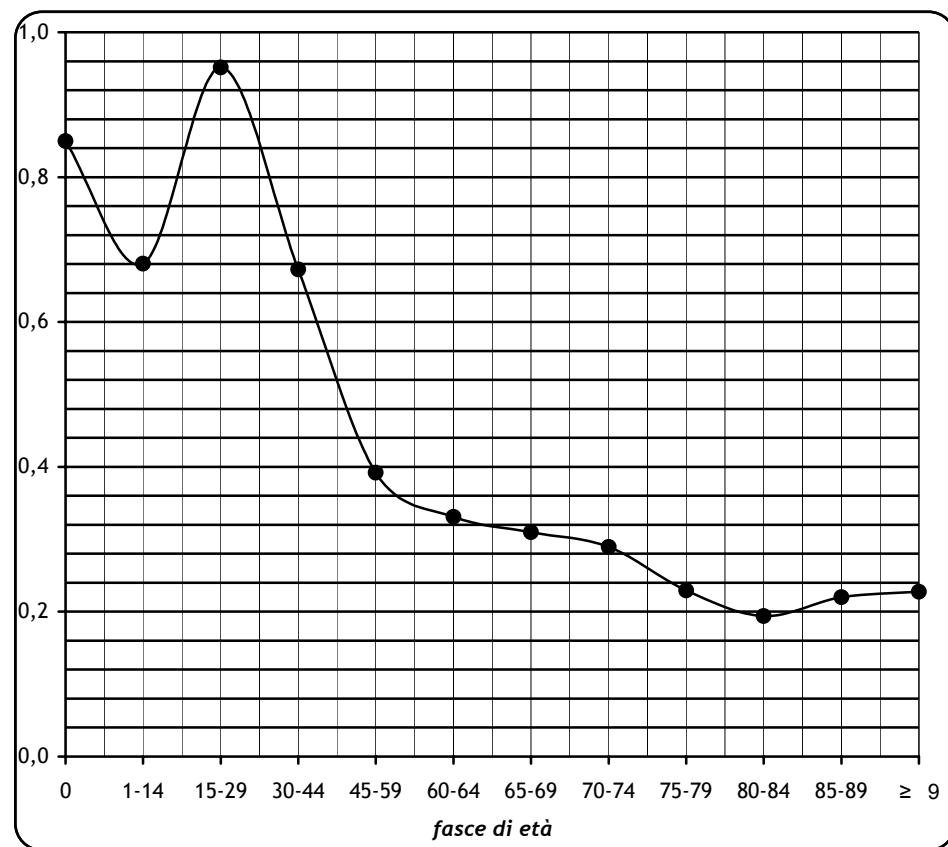
### ADI 2002

Grafico 4a - pazienti in ADI: tassi specifici regionali per fasce di età (x 1.000 abitanti)



### ADI 2002

Grafico 4b - tassi specifici: coefficiente di variazione per fasce di età





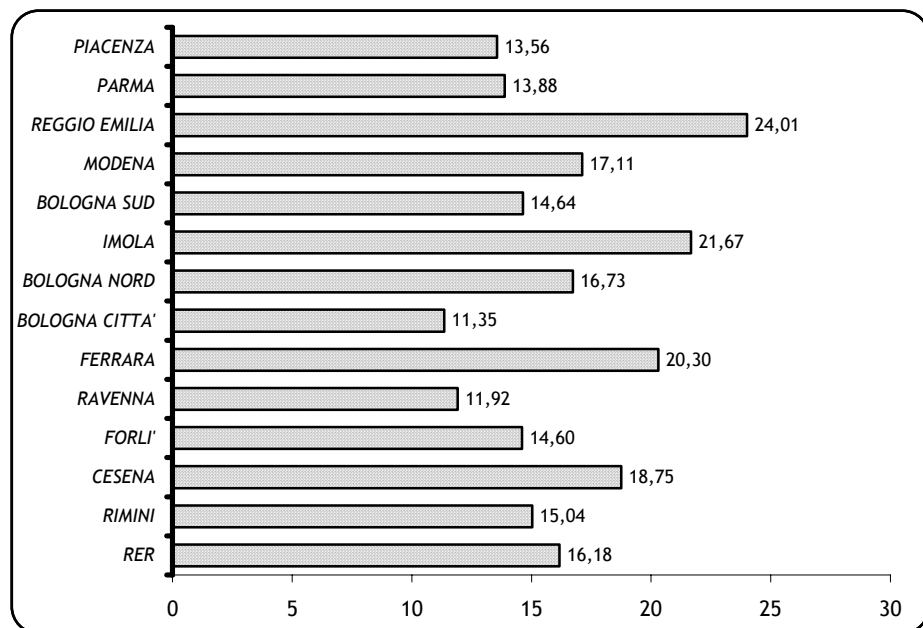
**ADI 2002**

Tabella 5a - pazienti in ADI: tassi standardizzati per AUSL (x 1.000 abitanti)

AZIENDA USL	TASSO STANDARDIZZATO
PIACENZA	13,56
PARMA	13,88
REGGIO EMILIA	24,01
MODENA	17,11
BOLOGNA SUD	14,64
IMOLA	21,67
BOLOGNA NORD	16,73
BOLOGNA CITTA'	11,35
FERRARA	20,30
RAVENNA	11,92
FORLI'	14,60
CESENA	18,75
RIMINI	15,04
<b>RER</b>	<b>16,18</b>

**ADI 2002**

Grafico 5a - pazienti in ADI: tassi standardizzati per AUSL (x 1.000 abitanti)



Repetto SIADI 2002

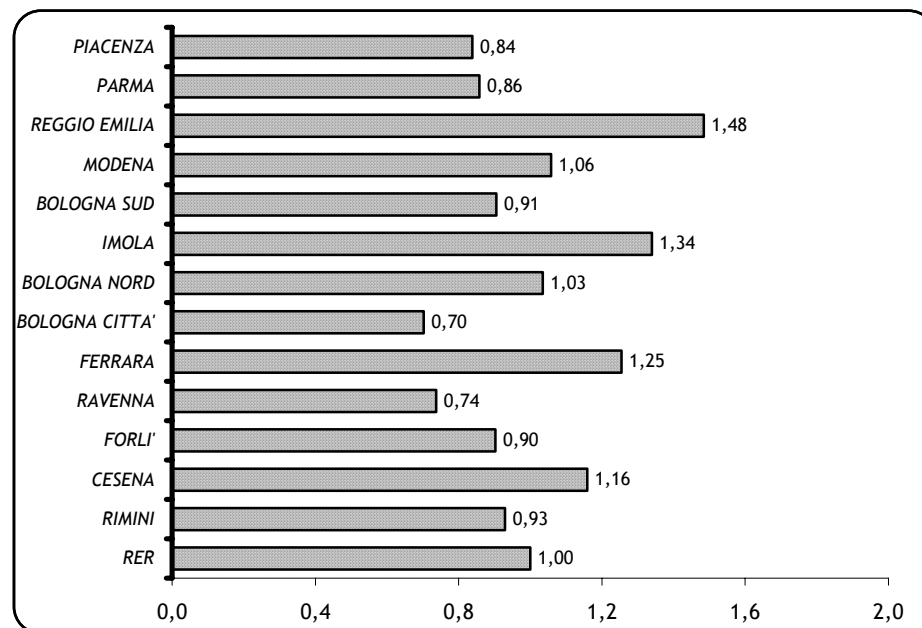
**ADI 2002**

Tabella 5b - pazienti in ADI: rischio relativo per AUSL (base fissa = RER)

AZIENDA USL	RISCHIO RELATIVO
PIACENZA	0,84
PARMA	0,86
REGGIO EMILIA	1,48
MODENA	1,06
BOLOGNA SUD	0,91
IMOLA	1,34
BOLOGNA NORD	1,03
BOLOGNA CITTA'	0,70
FERRARA	1,25
RAVENNA	0,74
FORLI'	0,90
CESENA	1,16
RIMINI	0,93
<b>RER</b>	<b>1,00</b>

**ADI 2002**

Grafico 5b - pazienti in ADI: rischio relativo per AUSL (base fissa = RER)



**ADI 2002**

Tabella 6a - n° TAD definite e non rispetto alla condizione patologica

AZIENDA USL	PATOLOGIE				TOTALE n°
	NON DEFINITE		DEFINITE		
	n°	%	n°	%	
PIACENZA	234	5,1	4.349	94,9	<b>4.583</b>
PARMA	2.725	43,7	3.510	56,3	<b>6.235</b>
REGGIO EMILIA	674	5,9	10.818	94,1	<b>11.492</b>
MODENA	1.490	12,9	10.059	87,1	<b>11.549</b>
BOLOGNA SUD	391	10,2	3.445	89,8	<b>3.836</b>
IMOLA	753	23,7	2.426	76,3	<b>3.179</b>
BOLOGNA NORD	101	2,9	3.424	97,1	<b>3.525</b>
BOLOGNA CITTA'	1.546	25,3	4.557	74,7	<b>6.103</b>
FERRARA	7.405	96,3	284	3,7	<b>7.689</b>
RAVENNA	5.406	100,0	0	0,0	<b>5.406</b>
FORLI'	3	0,1	3.666	99,9	<b>3.669</b>
CESENA	130	3,9	3.194	96,1	<b>3.324</b>
RIMINI	934	24,0	2.961	76,0	<b>3.895</b>
<b>RER</b>	<b>21.792</b>	<b>29,3</b>	<b>52.693</b>	<b>70,7</b>	<b>74.485</b>

**ADI 2002**

Tabella 6b - n° TAD definite rispetto alla condizione patologica

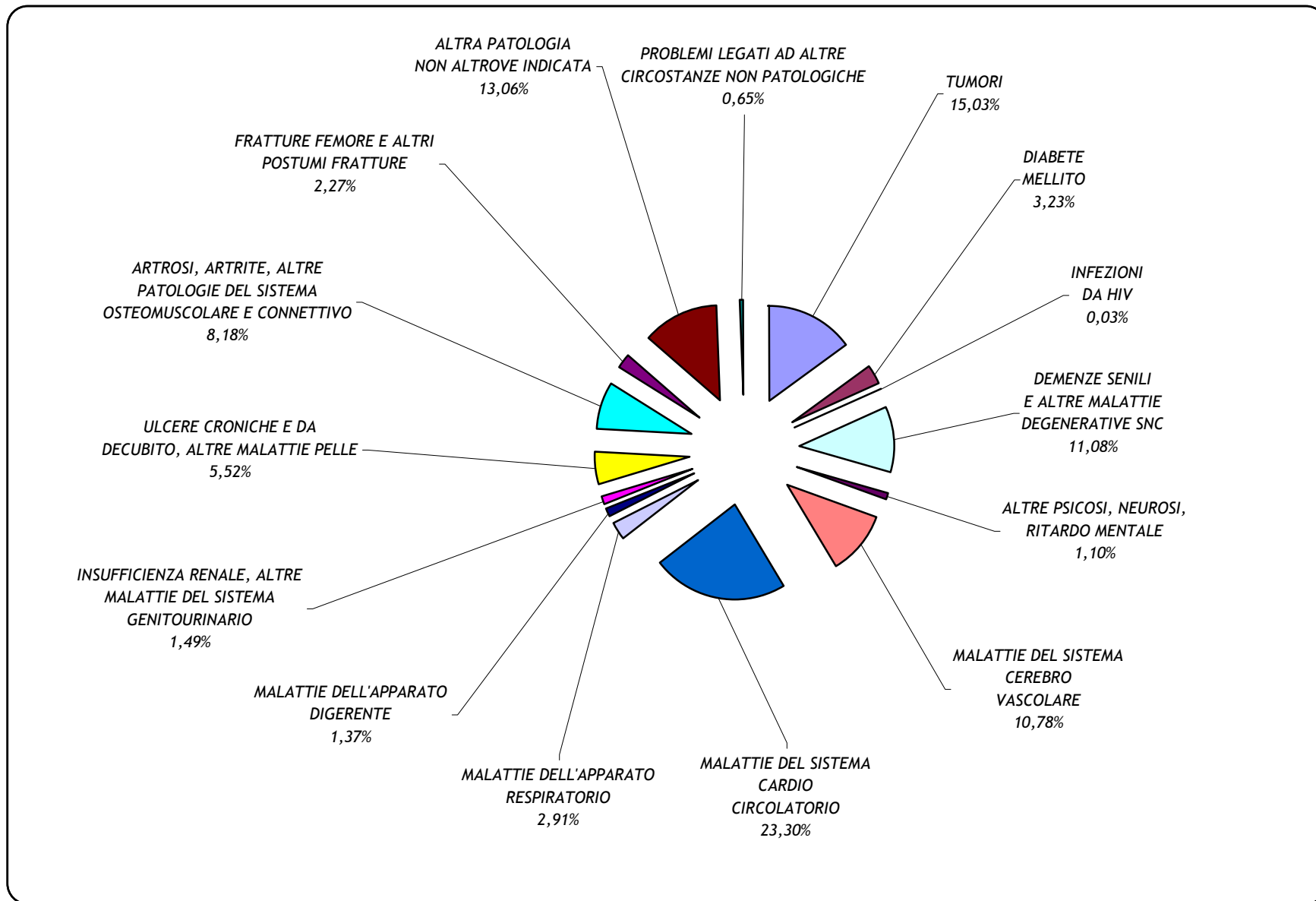
AZIENDA USL	PATOLOGIE																			TOTALE
	DEFINITE																			
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O	P	Q					
PIACENZA	475	128	2	1.262	54	477	773	140	23	62	482	139	103	210	19					<b>4.349</b>
PARMA	410	162	6	274	-	320	1364	332	61	102	270	58	24	126	1					<b>3.510</b>
REGGIO EMILIA	1.310	351	-	854	104	1019	2142	148	207	75	537	2.241	218	1.564	48					<b>10.818</b>
MODENA	1.827	441	-	1.487	162	1381	2682	249	103	198	64	522	233	683	27					<b>10.059</b>
BOLOGNA SUD	369	84	2	281	30	375	682	63	33	14	28	240	55	1.189	-					<b>3.445</b>
IMOLA	260	16	-	100	40	158	229	38	20	5	13	50	35	1.458	4					<b>2.426</b>
BOLOGNA NORD	408	107	3	305	51	337	882	113	60	44	232	145	76	427	234					<b>3.424</b>
BOLOGNA CITTA'	1.214	122	-	377	43	429	1226	140	77	18	6	390	206	309	-					<b>4.557</b>
FERRARA	58	19	-	29	1	56	59	5	1	3	4	17	6	26	-					<b>284</b>
RAVENNA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					<b>0</b>
FORLI'	594	126	3	359	24	375	746	150	43	16	491	215	104	420	-					<b>3.666</b>
CESENA	492	92	-	230	44	392	876	58	48	77	420	125	55	284	1					<b>3.194</b>
RIMINI	503	54	-	283	29	359	618	96	46	171	364	166	80	185	7					<b>2.961</b>
<b>RER</b>	<b>7.920</b>	<b>1.702</b>	<b>16</b>	<b>5.841</b>	<b>582</b>	<b>5.678</b>	<b>12.279</b>	<b>1.532</b>	<b>722</b>	<b>785</b>	<b>2.911</b>	<b>4.308</b>	<b>1.195</b>	<b>6.881</b>	<b>341</b>					<b>52.693</b>
<b>%</b>	<b>15,03</b>	<b>3,23</b>	<b>0,03</b>	<b>11,08</b>	<b>1,10</b>	<b>10,78</b>	<b>23,30</b>	<b>2,91</b>	<b>1,37</b>	<b>1,49</b>	<b>5,52</b>	<b>8,18</b>	<b>2,27</b>	<b>13,06</b>	<b>0,65</b>					<b>100</b>

**LEGENDA**

- A = Tumori
- B = Diabete mellito
- C = Infezioni da HIV
- D = Demenze senili e altre malattie degenerative SNC
- E = Altre psicosi, neurosi, ritardo mentale
- F = Malattie del sistema cerebrovascolare
- G = Malattie del sistema cardio-circolatorio
- H = Malattie apparato respiratorio
- I = Malattie apparato digerente
- L = Insufficienza renale ed altre malattie sistema genitourinario
- M = Ulcere croniche e da decubito e altre malattie pelle
- N = Artrosi, artite e altra patologia sistema osteomuscolare e connettivo
- O = Fratture femore e altri postumi fratture
- P = Altra patologia non altrove indicata
- Q = Problemi non legati a patologia ma ad altre circostanze

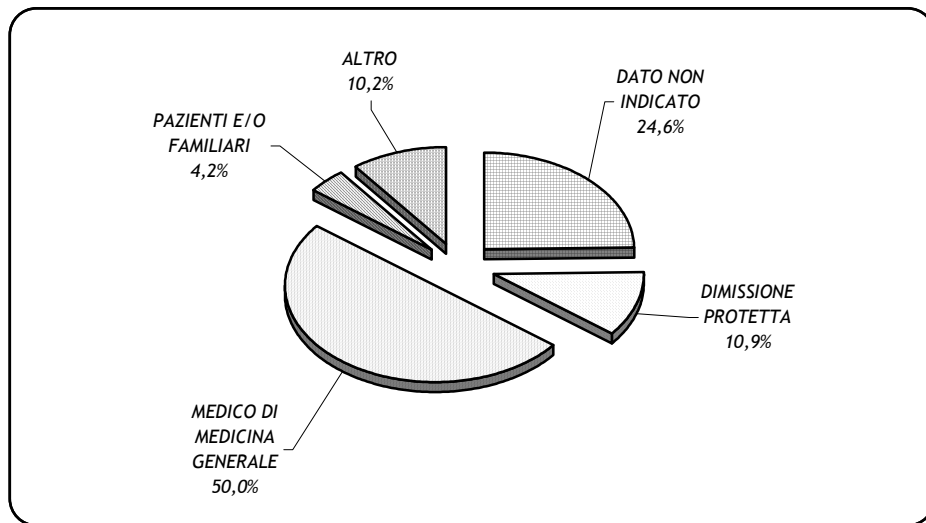
**ADI 2002**

Grafico 6b - % regionale di TAD per condizione patologica degli assistiti



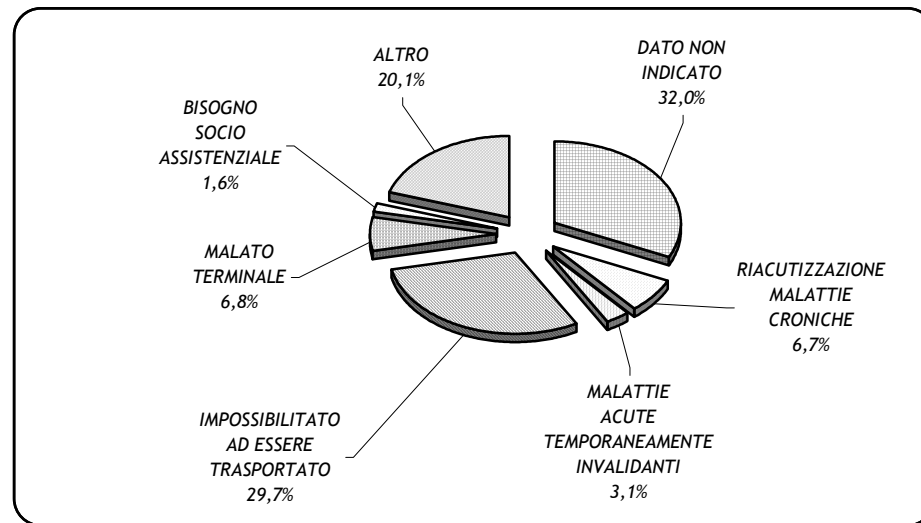
### ADI 2002

Grafico 7a - origine della richiesta di attivazione dell'ADI nella RER



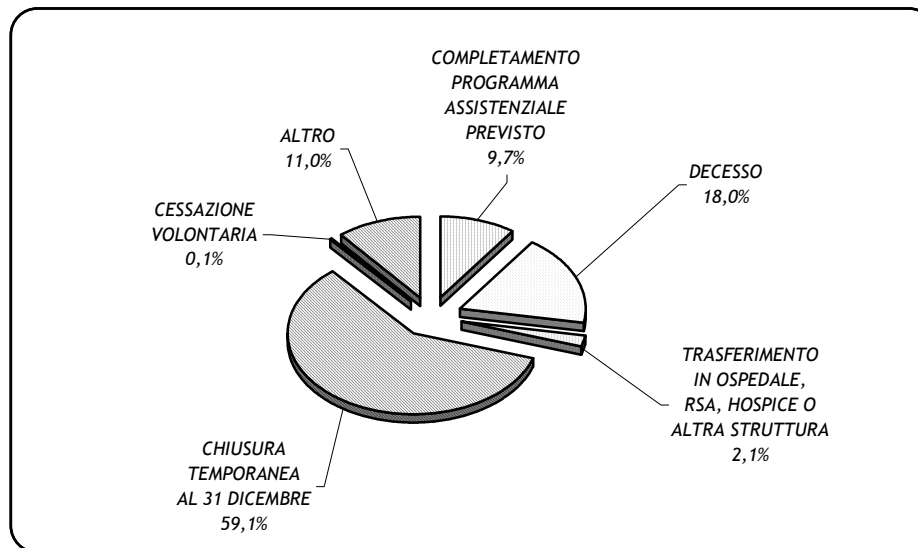
### ADI 2002

Grafico 7b - motivazione della richiesta di attivazione dell'ADI nella RER



### ADI 2002

Grafico 7c - modalità di chiusura dell'ADI nella RER



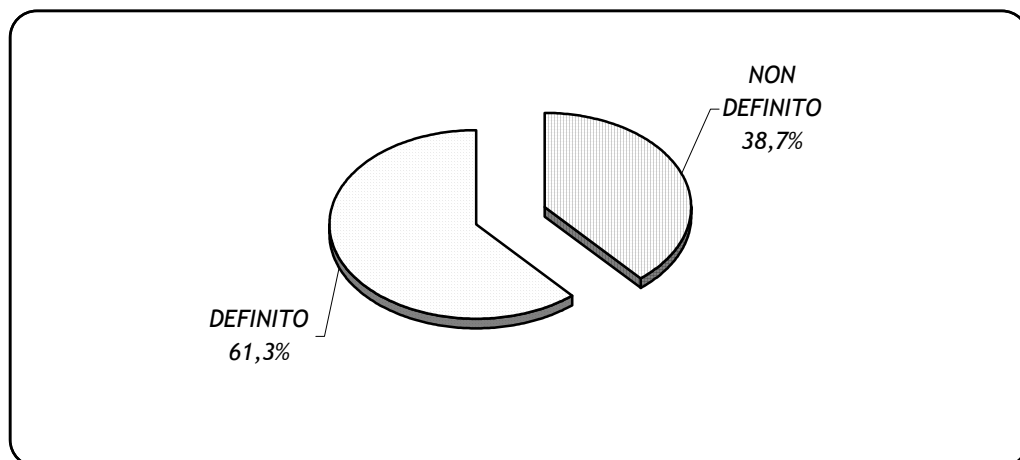
**ADI 2002**

Tabella 8a - n° TAD definite e non rispetto ai livelli di intensità assistenziale: % sui totali di riga

AZIENDA USL	LIVELLO INTENSITA' ASSISTENZIALE				TOTALE n°
	NON DEFINITO		DEFINITO		
	n°	%	n°	%	
PIACENZA	2.582	56,3	2.001	43,7	<b>4.583</b>
PARMA	6	0,1	6.229	99,9	<b>6.235</b>
REGGIO EMILIA	6.965	60,6	4.527	39,4	<b>11.492</b>
MODENA	6.158	53,3	5.391	46,7	<b>11.549</b>
BOLOGNA SUD	1.815	47,3	2.021	52,7	<b>3.836</b>
IMOLA	3.096	97,4	83	2,6	<b>3.179</b>
BOLOGNA NORD	359	10,2	3.166	89,8	<b>3.525</b>
BOLOGNA CITTA'	4.214	69,0	1.889	31,0	<b>6.103</b>
FERRARA	40	0,5	7.649	99,5	<b>7.689</b>
RAVENNA	1.395	25,8	4.011	74,2	<b>5.406</b>
FORLI'	0	0,0	3.669	100,0	<b>3.669</b>
CESENA	121	3,6	3.203	96,4	<b>3.324</b>
RIMINI	2.052	52,7	1.843	47,3	<b>3.895</b>
<b>RER</b>	<b>28.803</b>	<b>38,7</b>	<b>45.682</b>	<b>61,3</b>	<b>74.485</b>

**ADI 2002**

Grafico 8a - % regionale di TAD definite e non rispetto ai livelli di intensità assistenziale



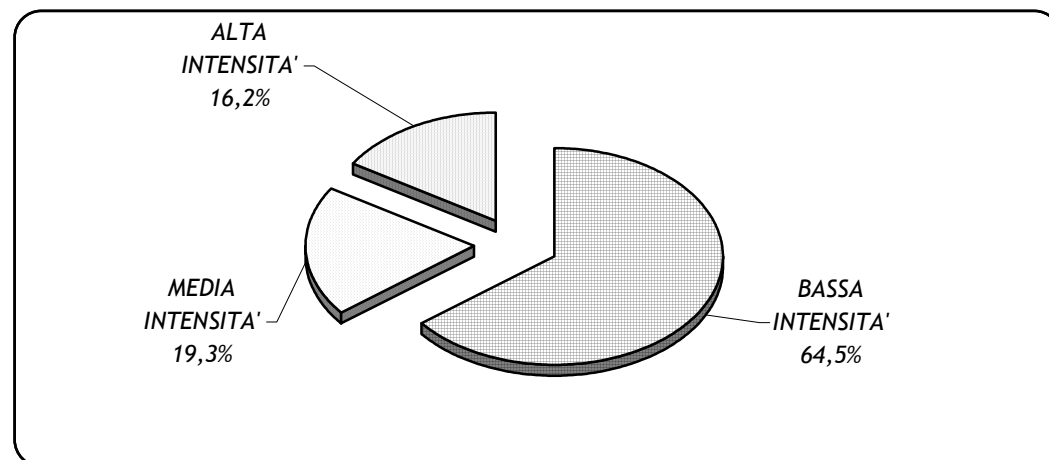
**ADI 2002**

Tabella 8b - n° TAD definite rispetto ai livelli di intensità assistenziale: % sui totali di riga

AZIENDA USL	LIVELLO INTENSITA' ASSISTENZIALE						TOTALE n°
	BASSA INTENSITA'		MEDIA INTENSITA'		ALTA INTENSITA'		
	n°	%	n°	%	n°	%	
PIACENZA	1.216	60,8	465	23,2	320	16,0	<b>2.001</b>
PARMA	5.353	85,9	279	4,5	597	9,6	<b>6.229</b>
REGGIO EMILIA	2.249	49,7	1.647	36,4	631	13,9	<b>4.527</b>
MODENA	2.258	41,9	1.543	28,6	1.590	29,5	<b>5.391</b>
BOLOGNA SUD	994	49,2	639	31,6	388	19,2	<b>2.021</b>
IMOLA	3	3,6	35	42,2	45	54,2	<b>83</b>
BOLOGNA NORD	2.240	70,8	647	20,4	279	8,8	<b>3.166</b>
BOLOGNA CITTA'	55	2,9	832	44,0	1.002	53,0	<b>1.889</b>
FERRARA	6.622	86,6	537	7,0	490	6,4	<b>7.649</b>
RAVENNA	2.726	68,0	603	15,0	682	17,0	<b>4.011</b>
FORLI'	2.400	65,4	611	16,7	658	17,9	<b>3.669</b>
CESENA	2.454	76,6	413	12,9	336	10,5	<b>3.203</b>
RIMINI	890	48,3	579	31,4	374	20,3	<b>1.843</b>
<b>RER</b>	<b>29.460</b>	<b>64,5</b>	<b>8.830</b>	<b>19,3</b>	<b>7.392</b>	<b>16,2</b>	<b>45.682</b>

**ADI 2002**

Grafico 8b - % regionale di TAD definite rispetto ai livelli di intensità assistenziale



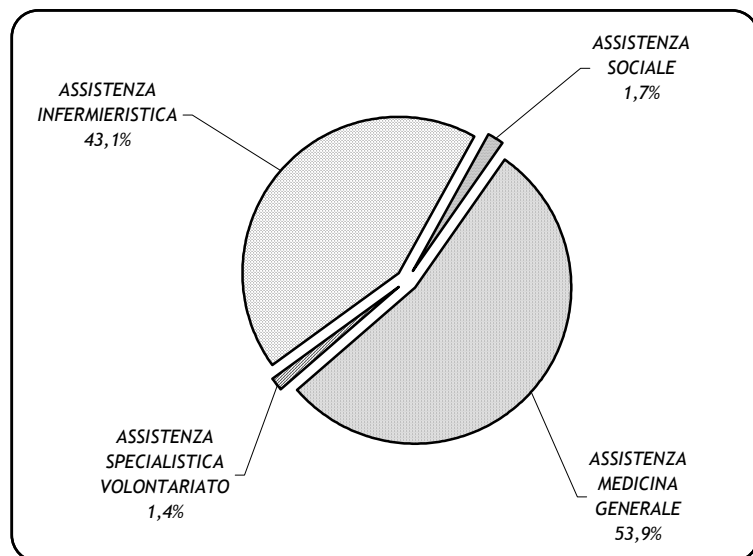
## ADI 2002

Tabella 9 - n° TAD per tipologia di assistenza erogata: distribuzione % sui totali di riga

AZIENDA USL	ASSISTENZA								TOTALE	
	MEDICINA GENERALE		INFERMIERISTICA		SPECIALISTICA/VOLONTARIATO		SOCIALE		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%		
PIACENZA	3.050	66,6	1.257	27,4	-	-	276	6,0	<b>4.583</b>	<b>100</b>
PARMA	1.809	29,0	3.706	59,4	-	-	720	11,5	<b>6.235</b>	<b>100</b>
REGGIO EMILIA	4.715	41,0	6.777	59,0	-	-	-	-	<b>11.492</b>	<b>100</b>
MODENA	8.484	73,5	3.065	26,5	-	-	-	-	<b>11.549</b>	<b>100</b>
BOLOGNA SUD	2.407	62,7	1.427	37,2	2	0,1	-	-	<b>3.836</b>	<b>100</b>
IMOLA	1.171	36,8	2.008	63,2	-	-	-	-	<b>3.179</b>	<b>100</b>
BOLOGNA NORD	2.235	63,4	1.220	34,6	70	2,0	-	-	<b>3.525</b>	<b>100</b>
BOLOGNA CITTA'	3.651	59,8	1.674	27,4	778	12,7	-	-	<b>6.103</b>	<b>100</b>
FERRARA	2.816	36,6	4.609	59,9	192	2,5	72	0,9	<b>7.689</b>	<b>100</b>
RAVENNA	2.543	47,0	2.863	53,0	-	-	-	-	<b>5.406</b>	<b>100</b>
FORLI'	2.419	65,9	1.199	32,7	-	-	51	1,4	<b>3.669</b>	<b>100</b>
CESENA	1.938	58,3	1.265	38,1	-	-	121	3,6	<b>3.324</b>	<b>100</b>
RIMINI	2.873	73,8	1.022	26,2	-	-	-	-	<b>3.895</b>	<b>100</b>
<b>RER</b>	<b>40.111</b>	<b>53,9</b>	<b>32.092</b>	<b>43,1</b>	<b>1.042</b>	<b>1,4</b>	<b>1.240</b>	<b>1,7</b>	<b>74.485</b>	<b>100</b>

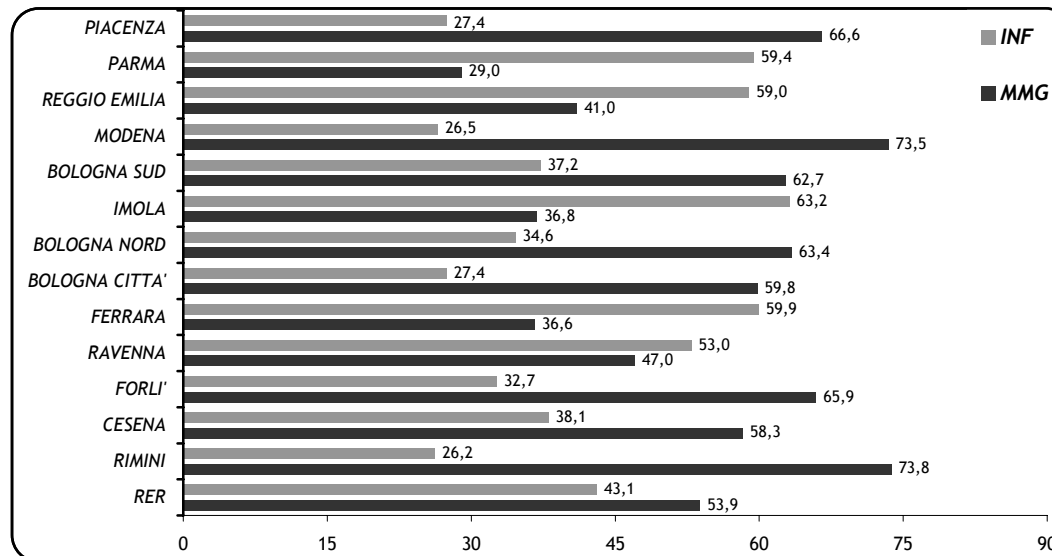
## ADI 2002

Grafico 9a - % regionale di TAD



## ADI 2002

Grafico 9b - % aziendale TAD di Medicina Generale e di Assistenza Infermieristica



**ADI 2002**

Tabella 10 - n° accessi nelle TAD: distribuzione % sui totali di riga

<b>AZIENDA USL</b>	<b>ACCESSI</b>				<b>TOTALE</b>
	<b>ASSISTENZA MEDICINA GENERALE</b>	<b>ASSISTENZA INFERMIERISTICA</b>	<b>ASSISTENZA SPECIALISTICA VOLONTARIATO</b>	<b>ASSISTENZA SOCIALE</b>	
PIACENZA	131.343	44.386	-	51.832	<b>227.561</b>
PARMA	47.936	44.608	-	126.736	<b>219.280</b>
REGGIO EMILIA	100.421	47.492	-	-	<b>147.913</b>
MODENA	188.704	50.096	-	-	<b>238.800</b>
BOLOGNA SUD	53.871	41.431	41	-	<b>95.343</b>
IMOLA	23.989	19.150	-	-	<b>43.139</b>
BOLOGNA NORD	51.657	21.574	1.778	-	<b>75.009</b>
BOLOGNA CITTA'	68.029	34.025	37.939	-	<b>139.993</b>
FERRARA	105.048	44.020	4.566	13.185	<b>166.819</b>
RAVENNA	78.030	129.297	-	-	<b>207.327</b>
FORLI'	37.449	31.082	-	7.020	<b>75.551</b>
CESENA	64.204	34.445	-	30.812	<b>129.461</b>
RIMINI	62.931	25.292	-	-	<b>88.223</b>
<b>RER</b>	<b>1.013.612</b>	<b>566.898</b>	<b>44.324</b>	<b>229.585</b>	<b>1.854.419</b>
<b>% regionale</b>	<b>54,66</b>	<b>30,57</b>	<b>2,39</b>	<b>12,38</b>	<b>100</b>

**ADI 2002**

Tabella 11 - n° accessi nelle TAD per tipologia di professionalità

<b>AZIENDA USL</b>	<b>TIPOLOGIA DI PROFESSIONALITA'</b>										<b>TOTALE</b>
	<b>Medico Medicina Generale</b>	<b>Infermiere</b>	<b>Medico Oncologo</b>	<b>Medico Infettivologo</b>	<b>Altri specialisti medici</b>	<b>Psicologo</b>	<b>Assistente sociale</b>	<b>Operatore socio sanitario</b>	<b>Tecnico della riabilitazione</b>	<b>Guardia medica</b>	
PIACENZA	59896	61.604	-	-	-	-	258	105.803	-	-	<b>227.561</b>
PARMA	-	86.915	-	-	7.148	-	-	125.217	-	-	<b>219.280</b>
REGGIO EMILIA	65.551	82.362	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>147.913</b>
MODENA	113.116	125.684	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>238.800</b>
BOLOGNA SUD	28.369	66.974	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>95.343</b>
IMOLA	12.276	30.863	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>43.139</b>
BOLOGNA NORD	34.615	40.387	-	-	-	7	-	-	-	-	<b>75.009</b>
BOLOGNA CITTA'	61.205	78.366	-	-	-	422	-	-	-	-	<b>139.993</b>
FERRARA	38.554	81.363	1.516	46	768	16	4	44.549	-	3	<b>166.819</b>
RAVENNA	31.209	105.749	-	-	-	-	443	69.926	-	-	<b>207.327</b>
FORLI'	30.028	35.756	1.704	-	1.043	-	-	7.020	-	-	<b>75.551</b>
CESENA	26.186	65.817	700	-	787	-	85	30.948	4.938	-	<b>129.461</b>
RIMINI	35.141	52.913	167	-	-	-	-	2	-	-	<b>88.223</b>
<b>RER</b>	<b>536.146</b>	<b>914.753</b>	<b>4.087</b>	<b>46</b>	<b>9.746</b>	<b>445</b>	<b>790</b>	<b>383.465</b>	<b>4.938</b>	<b>3</b>	<b>1.854.419</b>
<b>% regionale</b>	<b>28,912</b>	<b>49,328</b>	<b>0,220</b>	<b>0,002</b>	<b>0,526</b>	<b>0,024</b>	<b>0,043</b>	<b>20,678</b>	<b>0,266</b>	<b>0,000</b>	<b>100</b>



**ADI 2002**

Tabella 11a - n° accessi nelle TAD di Assistenza di Medicina Generale per tipologia di professionalità

<b>AZIENDA USL</b>	<b>TIPOLOGIA DI PROFESSIONALITA'</b>										<b>TOTALE</b>
	<b>Medico Medicina Generale</b>	<b>Infermiere</b>	<b>Medico Oncologo</b>	<b>Medico Infettivologo</b>	<b>Altri specialisti medici</b>	<b>Psicologo</b>	<b>Assistente sociale</b>	<b>Operatore socio sanitario</b>	<b>Tecnico della riabilitazione</b>	<b>Guardia medica</b>	
PIACENZA	59.834	33.186	-	-	-	-	-	38.323	-	-	<b>131.343</b>
PARMA	-	45.230	-	-	2.706	-	-	-	-	-	<b>47.936</b>
REGGIO EMILIA	65.551	34.870	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>100.421</b>
MODENA	113.116	75.588	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>188.704</b>
BOLOGNA SUD	28.364	25.507	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>53.871</b>
IMOLA	12.276	11.713	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>23.989</b>
BOLOGNA NORD	33.241	18.416	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>51.657</b>
BOLOGNA CITTA'	38.366	29.663	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>68.029</b>
FERRARA	38.501	48.853	-	4	355	-	4	17.328	-	3	<b>105.048</b>
RAVENNA	31.209	46.821	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>78.030</b>
FORLI'	30.028	5.400	1.704	-	317	-	-	-	-	-	<b>37.449</b>
CESENA	26.186	33.017	644	-	542	-	57	136	3.622	-	<b>64.204</b>
RIMINI	35.118	27.650	161	-	-	-	-	2	-	-	<b>62.931</b>
<b>RER</b>	<b>511.790</b>	<b>435.914</b>	<b>2.509</b>	<b>4</b>	<b>3.920</b>	<b>0</b>	<b>61</b>	<b>55.789</b>	<b>3.622</b>	<b>3</b>	<b>1.013.612</b>
<b>% regionale</b>	<b>50,49</b>	<b>43,01</b>	<b>0,25</b>	<b>0,00</b>	<b>0,39</b>	<b>0,00</b>	<b>0,01</b>	<b>5,50</b>	<b>0,36</b>	<b>0,00</b>	<b>100</b>

**ADI 2002**

Tabella 11b - n° accessi nelle TAD di Assistenza Infermieristica per tipologia di professionalità

<b>AZIENDA USL</b>	<b>TIPOLOGIA DI PROFESSIONALITA'</b>										<b>TOTALE</b>
	<b>Medico Medicina Generale</b>	<b>Infermiere</b>	<b>Medico Oncologo</b>	<b>Medico Infettivologo</b>	<b>Altri specialisti medici</b>	<b>Psicologo</b>	<b>Assistente sociale</b>	<b>Operatore socio sanitario</b>	<b>Tecnico della riabilitazione</b>	<b>Guardia medica</b>	
PIACENZA	33	28.416	-	-	-	-	-	15.937	-	-	<b>44.386</b>
PARMA	-	41.419	-	-	3.189	-	-	-	-	-	<b>44.608</b>
REGGIO EMILIA	-	47.492	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>47.492</b>
MODENA	-	50.096	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>50.096</b>
BOLOGNA SUD	5	41.426	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>41.431</b>
IMOLA	-	19.150	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>19.150</b>
BOLOGNA NORD	5	21.569	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>21.574</b>
BOLOGNA CITTA'	3	34.022	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>34.025</b>
FERRARA	44	30.051	-	-	97	-	-	13.828	-	-	<b>44.020</b>
RAVENNA	-	58.928	-	-	-	-	443	69.926	-	-	<b>129.297</b>
FORLI'	-	30.356	-	-	726	-	-	-	-	-	<b>31.082</b>
CESENA	-	32.800	56	-	245	-	28	-	1.316	-	<b>34.445</b>
RIMINI	23	25.263	6	-	-	-	-	-	-	-	<b>25.292</b>
<b>RER</b>	<b>113</b>	<b>460.988</b>	<b>62</b>	<b>0</b>	<b>4.257</b>	<b>0</b>	<b>471</b>	<b>99.691</b>	<b>1.316</b>	<b>0</b>	<b>566.898</b>
<b>% regionale</b>	<b>0,02</b>	<b>81,32</b>	<b>0,01</b>	<b>0,00</b>	<b>0,75</b>	<b>0,00</b>	<b>0,08</b>	<b>17,59</b>	<b>0,23</b>	<b>0,00</b>	<b>100</b>

**ADI 2002**

Tabella 11c - n° accessi nelle TAD di Assistenza Specialistica/Volontariato per tipologia di professionalità

<b>AZIENDA USL</b>	<b>TIPOLOGIA DI PROFESSIONALITA'</b>										<b>TOTALE</b>
	<b>Medico Medicina Generale</b>	<b>Infermiere</b>	<b>Medico Oncologo</b>	<b>Medico Infettivologo</b>	<b>Altri specialisti medici</b>	<b>Psicologo</b>	<b>Assistente sociale</b>	<b>Operatore socio sanitario</b>	<b>Tecnico della riabilitazione</b>	<b>Guardia medica</b>	
PIACENZA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>0</b>
PARMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>0</b>
REGGIO EMILIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>0</b>
MODENA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>0</b>
BOLOGNA SUD	-	41	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>41</b>
IMOLA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>0</b>
BOLOGNA NORD	1.369	402	-	-	-	7	-	-	-	-	<b>1.778</b>
BOLOGNA CITTA'	22.836	14.681	-	-	-	422	-	-	-	-	<b>37.939</b>
FERRARA	9	2.459	1.516	42	315	16	-	209	-	-	<b>4.566</b>
RAVENNA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>0</b>
FORLI'	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>0</b>
CESENA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>0</b>
RIMINI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>0</b>
<b>RER</b>	<b>24.214</b>	<b>17.583</b>	<b>1.516</b>	<b>42</b>	<b>315</b>	<b>445</b>	<b>0</b>	<b>209</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>44.324</b>
<b>% regionale</b>	<b>54,63</b>	<b>39,67</b>	<b>3,42</b>	<b>0,09</b>	<b>0,71</b>	<b>1,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,47</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>100</b>

**ADI 2002**

Tabella 11d - n° accessi nelle TAD di Assistenza Sociale per tipologia di professionalità

<b>AZIENDA USL</b>	<b>TIPOLOGIA DI PROFESSIONALITA'</b>										<b>TOTALE</b>
	<b>Medico Medicina Generale</b>	<b>Infermiere</b>	<b>Medico Oncologo</b>	<b>Medico Infettivologo</b>	<b>Altri specialisti medici</b>	<b>Psicologo</b>	<b>Assistente sociale</b>	<b>Operatore socio sanitario</b>	<b>Tecnico della riabilitazione</b>	<b>Guardia medica</b>	
PIACENZA	29	2	-	-	-	-	258	51.543	-	-	<b>51.832</b>
PARMA	-	266	-	-	1.253	-	-	125.217	-	-	<b>126.736</b>
REGGIO EMILIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>0</b>
MODENA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>0</b>
BOLOGNA SUD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>0</b>
IMOLA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>0</b>
BOLOGNA NORD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>0</b>
BOLOGNA CITTA'	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>0</b>
FERRARA	-	-	-	-	1	-	-	13.184	-	-	<b>13.185</b>
RAVENNA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>0</b>
FORLI'	-	-	-	-	-	-	-	7.020	-	-	<b>7.020</b>
CESENA	-	-	-	-	-	-	-	30.812	-	-	<b>30.812</b>
RIMINI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>0</b>
<b>RER</b>	<b>29</b>	<b>268</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1.254</b>	<b>0</b>	<b>258</b>	<b>227.776</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>229.585</b>
<b>% regionale</b>	<b>0,01</b>	<b>0,12</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,55</b>	<b>0,00</b>	<b>0,11</b>	<b>99,21</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>100</b>

**ADI 2002**

Tabella 12a - n° TAD per numero di operatori coinvolti

AZIENDA USL	N° DI OPERATORI					TOTALE
	1	2	3	4	5	
PIACENZA	3.264	1.194	125	-	-	<b>4.583</b>
PARMA	3.870	2.354	11	-	-	<b>6.235</b>
REGGIO EMILIA	8.833	2.659	-	-	-	<b>11.492</b>
MODENA	8.145	3.404	-	-	-	<b>11.549</b>
BOLOGNA SUD	3.266	570	-	-	-	<b>3.836</b>
IMOLA	2.623	556	-	-	-	<b>3.179</b>
BOLOGNA NORD	2.347	1.174	4	-	-	<b>3.525</b>
BOLOGNA CITTA'	3.929	2.100	74	-	-	<b>6.103</b>
FERRARA	5.303	2.127	243	16	-	<b>7.689</b>
RAVENNA	3.766	1.640	-	-	-	<b>5.406</b>
FORLI'	2.896	609	149	15	-	<b>3.669</b>
CESENA	1.928	853	448	85	10	<b>3.324</b>
RIMINI	2.818	1.024	44	9	-	<b>3.895</b>
<b>RER</b>	<b>52.988</b>	<b>20.264</b>	<b>1.098</b>	<b>125</b>	<b>10</b>	<b>74.485</b>
<b>% regionale</b>	<b>71,14</b>	<b>27,21</b>	<b>1,47</b>	<b>0,17</b>	<b>0,01</b>	<b>100,00</b>

**ADI 2002**

Tabella 12b - n° accessi per numero di operatori coinvolti

AZIENDA USL	N° DI OPERATORI					TOTALE
	1	2	3	4	5	
PIACENZA	114.616	88.913	24.032	-	-	<b>227.561</b>
PARMA	99.103	118.091	2.086	-	-	<b>219.280</b>
REGGIO EMILIA	73.066	74.847	-	-	-	<b>147.913</b>
MODENA	118.334	120.466	-	-	-	<b>238.800</b>
BOLOGNA SUD	66.347	28.996	-	-	-	<b>95.343</b>
IMOLA	26.567	16.572	-	-	-	<b>43.139</b>
BOLOGNA NORD	35.329	39.493	187	-	-	<b>75.009</b>
BOLOGNA CITTA'	57.081	75.125	7.787	-	-	<b>139.993</b>
FERRARA	52.884	88.135	24.049	1.751	-	<b>166.819</b>
RAVENNA	99.409	107.918	-	-	-	<b>207.327</b>
FORLI'	51.194	18.310	5.304	743	-	<b>75.551</b>
CESENA	62.357	34.878	22.683	7.839	1.704	<b>129.461</b>
RIMINI	47.579	37.962	1.851	831	-	<b>88.223</b>
<b>RER</b>	<b>903.866</b>	<b>849.706</b>	<b>87.979</b>	<b>11.164</b>	<b>1.704</b>	<b>1.854.419</b>
<b>% regionale</b>	<b>48,74</b>	<b>45,82</b>	<b>4,74</b>	<b>0,60</b>	<b>0,09</b>	<b>100,00</b>

**ADI 2002**

Tabella 13 - n° TAD suddivise in base al numero e alla tipologia di operatori che si sono recati al domicilio del paziente

<b>N° OPERATORI</b>	<b>TIPOLOGIA DI OPERATORE</b>	<b>N° TAD</b>
<b>1</b>	Medico di Medicina Generale (MMG)	19.860
	Infermiere dell'équipe infermieristica domiciliare (EID)	31.905
	Medici Specialisti (escluso oncologo e infettivologo)	278
	Operatore socio-sanitario	908
	Altri operatori	37
	<b>Totale</b>	<b>52.988</b>
<b>2</b>	MMG + Infermiere (EID)	16.009
	MMG + Medici Specialisti (escluso oncologo e infettivologo)	341
	MMG + Operatore socio-sanitario	139
	Infermiere (EID) + Oncologo	161
	Infermiere (EID) + Medici Specialisti (escluso oncologo e infettivologo)	2.552
	Infermiere (EID) + Operatore socio-sanitario	254
	Medici Specialisti (escluso oncologo e infettivologo) + Operatore socio-sanitario	260
	Assistente sociale + Operatore socio-sanitario	287
Altri operatori	261	
	<b>Totale</b>	<b>20.264</b>
<b>3</b>	MMG + Infermiere (EID) + Oncologo	327
	MMG + Infermiere (EID) + Medici Specialisti (escluso oncologo e infettivologo)	217
	MMG + Infermiere (EID) + Operatore socio-sanitario	225
	Altri operatori	329
	<b>Totale</b>	<b>1.098</b>
<b>4</b>	MMG + Infermiere (EID) + altri	118
	Altri operatori	7
	<b>Totale</b>	<b>125</b>
<b>5</b>	MMG + Infermiere (EID) + altri	10
	<b>Totale</b>	<b>10</b>
	<b>TOTALE</b>	<b>74.485</b>

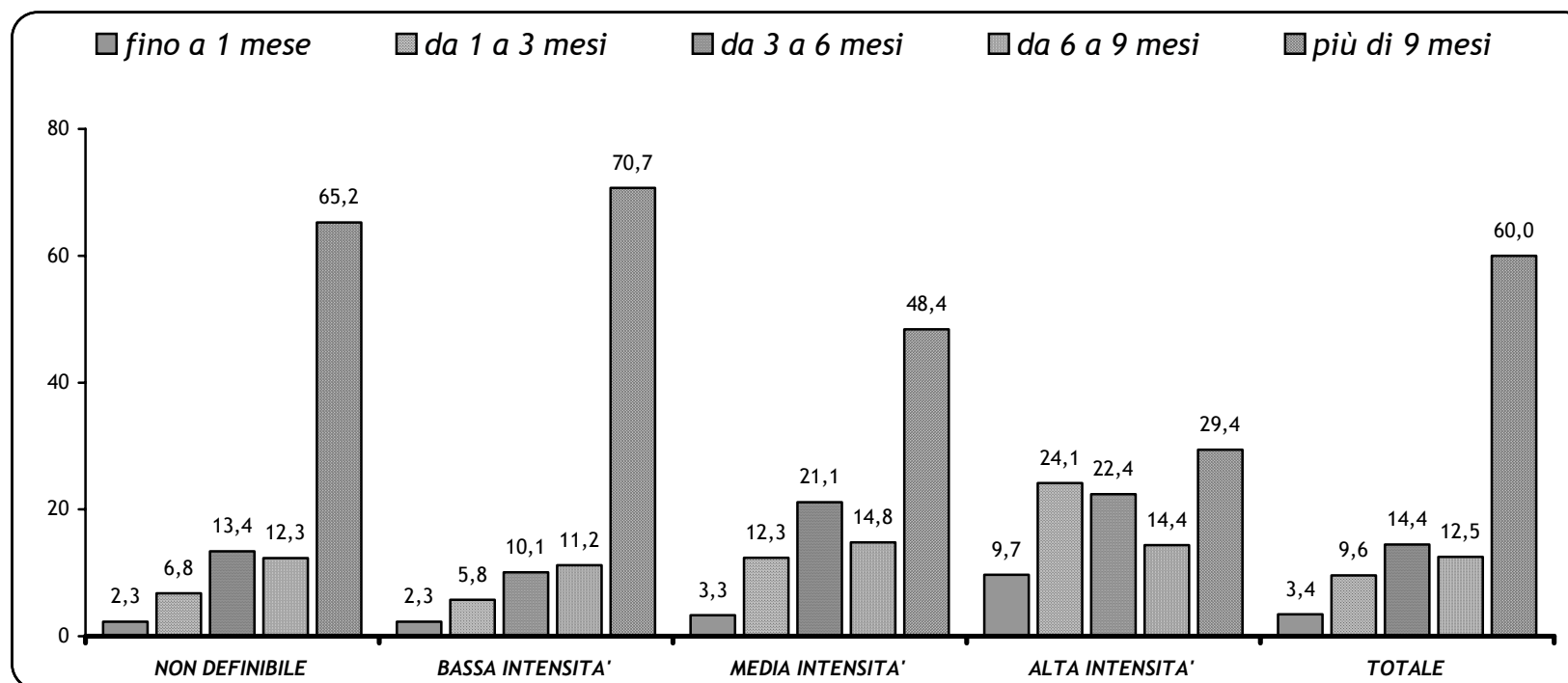
## ADI 2002

Tabella 14 - n° accessi per livello intensità assistenziale e per durata: distribuzione % sui totali di colonna

DURATA TAD	LIVELLO INTENSITA' ASSISTENZIALE								TOTALE	
	NON DEFINIBILE		BASSA INTENSITA'		MEDIA INTENSITA'		ALTA INTENSITA'		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%		
fino a 1 mese	10.260	2,3	19.069	2,3	10.546	3,3	24.085	9,7	<b>63.960</b>	<b>3,4</b>
da 1 a 3 mesi	30.400	6,8	48.194	5,8	39.369	12,3	59.953	24,1	<b>177.916</b>	<b>9,6</b>
da 3 a 6 mesi	60.274	13,4	84.553	10,1	67.334	21,1	55.576	22,4	<b>267.737</b>	<b>14,4</b>
da 6 a 9 mesi	55.336	12,3	93.753	11,2	47.252	14,8	35.654	14,4	<b>231.995</b>	<b>12,5</b>
più di 9 mesi	293.410	65,2	592.009	70,7	154.323	48,4	73.069	29,4	<b>1.112.811</b>	<b>60,0</b>
<b>RER</b>	<b>449.680</b>	<b>100,0</b>	<b>837.578</b>	<b>100,0</b>	<b>318.824</b>	<b>100,0</b>	<b>248.337</b>	<b>100,0</b>	<b>1.854.419</b>	<b>100,0</b>

## ADI 2002

Grafico 14: % regionale della durata dell'assistenza per livello di intensità



## Allegato

### CAMPI RILEVATI CON IL FLUSSO REPETTO-SIADI

<b>CAMPO</b>	<b>NOTE</b>
CODICE DELL'AZIENDA USL	Codice dell'Azienda USL (secondo l'organizzazione in essere al 1° gennaio di ogni anno)
Codice del Distretto	Codice del Distretto (secondo l'organizzazione in essere al 1° gennaio di ogni anno)
Identificativo dell'episodio di cura	Contatore identificativo della TAD, comunque univoco all'interno dell'anno e del Distretto
Cognome dell'assistito	
Nome dell'assistito	
Codice fiscale dell'assistito	
Data di nascita dell'assistito	
Sesso dell'assistito	Valori consentiti: 1 = Maschio 2 = Femmina
Comune di nascita dell'assistito	Codice ISTAT a 6 cifre
Comune di residenza dell'assistito	Codice ISTAT a 6 cifre
Domicilio del paziente	Valori consentiti: 1 = Abitazione 2 = Residenza non protetta 9 = Altro



Tipo di TAD	<p>Tipologia di Assistenza Domiciliare: si riferisce alla modalità assistenziale che viene fornita al paziente.</p> <p>I valori consentiti sono:</p> <p>1 = Medico di Medicina Generale  2 = Medico Specialista  3 = Assistenza Infermieristica  4 = Assistenza Volontariato  5 = Assistenza Sociale</p>
Data della segnalazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• E' la data nella quale è stata richiesta l'attivazione di un programma assistenziale sul paziente. Deve risultare minore o uguale alla data della presa in carico.</li> <li>• Per le TAD riaperte al 1 gennaio, dopo interruzione formale al 31/12 dell'anno precedente, non compilare.</li> </ul>
Data della presa in carico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corrisponde alla data del 1° accesso effettuato presso il domicilio del paziente.</li> <li>• Per le TAD interrotte al 31/12 dell'anno precedente corrisponde al 1° gennaio.</li> </ul>
Prosecuzione TAD precedente	<p>Valori consentiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "blank" se la TAD è nuova</li> <li>• "C" se la TAD rappresenta la prosecuzione di una TAD la cui chiusura è stata forzata al 31 dicembre dell'anno precedente.</li> </ul>
Origine della richiesta	<p>Individua chi ha richiesto l'attivazione di un programma assistenziale sul paziente.</p> <p>Valori consentiti:</p> <p>1 = Dimissione protetta (ospedale, RSA, ecc.)  2 = Hospice  3 = Medico di Medicina Generale  4 = Paziente e/o familiari  5 = UVG  9 = Altro</p> <p>Per le TAD riaperte al 1 gennaio, dopo interruzione formale al 31/12 dell'anno precedente, non compilare</p>
Motivazione della richiesta	<p>Condizione clinica, o socio-assistenziale prevalente che determina la richiesta di attivazione di un programma di assistenza al domicilio per il paziente.</p> <p>Valori consentiti:</p> <p>1 = Riacutizzazione di malattie croniche  2 = Malattie acute temporaneamente invalidanti  3 = Impossibilità ad essere trasportato per ricevere cure  4 = Malato terminale  5 = Bisogno socio-assistenziale  9 = Altro</p> <p>Per le TAD riaperte al 1 gennaio, dopo interruzione formale al 31/12 dell'anno precedente, non compilare</p>

Patologia prevalente ai fini dell'assistenza	In questo campo dev'essere indicata la patologia o il problema che risulta <b>prevalente ai fini dell'assistenza domiciliare</b> , cioè che determina il maggior impegno assistenziale nell'ambito della TAD.
Livello di intensità assistenziale	Livello di intensità assistenziale al quale è stato ascritto il paziente nel presente episodio di cura. Valori consentiti: 1 = Bassa intensità 2 = Media intensità 3 = Alta intensità 9 = Non definibile
Data di chiusura TAD	Corrisponde: <ul style="list-style-type: none"> <li>• alla data dell'ultimo accesso effettuato al domicilio del paziente se il programma assistenziale è considerato completato;</li> <li>• alla data di decesso del paziente (se è deceduto durante l'episodio di cura);</li> <li>• al 31/12 dell'anno al quale si riferisce la data di presa in carico, se il programma assistenziale del paziente prosegue nell'anno successivo.</li> </ul>
Episodio di cura (TAD) con onere a rilievo sanitario	Presenza di onere a rilievo sanitario. Valori consentiti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 = SI'</li> <li>• 2 = NO</li> </ul>
Totale ore di assistenza tutelare con onere a rilievo sanitario	Se SI' al precedente quesito, compilare con il <b>numero totale di ore di assistenza tutelare con onere a rilievo sanitario</b> relative alla TAD di riferimento.
Modalità di chiusura TAD	Corrisponde alle motivazioni che hanno portato alla chiusura della TAD. I valori consentiti sono: 1 = Completamento del programma assistenziale previsto 2 = Decesso 3 = Trasferimento in ospedale, RSA o altra struttura 4 = Trasferimento in Hospice 5 = Cessazione volontaria 6 = Chiusura temporanea al 31 dicembre 9 = Altro
Numero di accessi del Medico di Medicina Generale	Numero totale di accessi del Medico di Medicina Generale effettuati durante il periodo di validità della TAD
Numero di accessi dell'Infermiere dell'équipe infermieristica domiciliare (EID)	Numero totale di accessi dell'Infermiere dell'équipe infermieristica domiciliare effettuati durante il periodo di validità della TAD

Numero di accessi dell'Infermiere ospedaliero	Numero totale di accessi dell'Infermiere ospedaliero effettuati durante il periodo di validità della TAD
Numero di accessi del medico Oncologo	Numero totale di accessi del medico Oncologo effettuati durante il periodo di validità della TAD
Numero di accessi del medico Infettivologo	Numero totale di accessi del medico Infettivologo effettuati durante il periodo di validità della TAD
Numero di accessi di Altri specialisti medici	Numero totale di accessi di Altri specialisti medici effettuati durante il periodo di validità della TAD
Numero di accessi dello Psicologo	Numero totale di accessi dello Psicologo effettuati durante il periodo di validità della TAD
Numero di accessi dell'Assistente sociale	Numero totale di accessi dell'Assistente sociale effettuati durante il periodo di validità della TAD
Numero di accessi dell'Operatore socio-sanitario	Numero totale di accessi degli operatori di base del servizio sociale (operatore socio-sanitario, OTA, AdiB) effettuati durante il periodo di validità della TAD
Numero di accessi del Tecnico della riabilitazione	Numero totale di accessi del Tecnico della riabilitazione effettuati durante il periodo di validità della TAD
Numero di accessi della Guardia Medica	Numero totale di accessi della Guardia Medica effettuati durante il periodo di validità della TAD