

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

# Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna

LE STRUTTURE, I PROGRAMMI, I MODELLI ORGANIZZATIVI  
E I DATI DI ATTIVITÀ AL 31.12.2006





**STRUTTURE, SPESE, ATTIVITÀ**

L'Emilia-Romagna per lo sviluppo di un nuovo welfare	4-5
Aziende sanitarie, popolazione, personale dipendente, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta	6
La popolazione	7-8-9
L'evoluzione della spesa: raffronto con le altre Regioni	10-11
Spesa per funzioni e livelli di assistenza per cittadini residenti, spesa pro-capite	12
Edilizia sanitaria e socio-sanitaria: interventi per nuove strutture e per l'ammodernamento di quelle esistenti	13-14
I principali indicatori dell'assistenza ospedaliera: posti letto, ricoveri e tempi di attesa	15-16
Posti letto in strutture per persone anziane, con disabilità, disagio psichico, dipendenze patologiche	17
L'assistenza in hospice	18
Servizi per le demenze senili	19
Assistenza domiciliare	20
Assegni di cura	21
Assistenza specialistica ambulatoriale	22-23
L'Assistenza farmaceutica	24
Servizi per la salute mentale	25
Servizi per le tossicodipendenze	26
L'assistenza nei Consultori familiari, negli Spazi giovani e negli Spazi per le donne immigrate e i loro bambini	27
Donazioni e trapianti di organi, tessuti e cellule	28-29
Raccolta e consumo di sangue	30
Screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto	31-32
La vaccinazione antinfluenzale	33
Le vaccinazioni nell'infanzia	34
Sicurezza nei luoghi di lavoro	35-36
Sicurezza alimentare	37-38

**PROGRAMMI**

Programma di ricerca Regione-Università	39
Programma di ricerca e innovazione (PRI-ER)	40
Programmi per la prevenzione, la sorveglianza e la gestione dei rischi correlati all'assistenza	41
Piano sul contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e per i ricoveri programmati	42
Piano triennale della prevenzione 2006 - 2008	43
Programma per l'utilizzo del Fondo regionale per la non autosufficienza	44
Programma per il riordino e la trasformazione delle Ipad e per la costituzione delle Aziende pubbliche di servizi alla persona (Asp)	45
Formazione nel sistema sanitario regionale	46

**MODELLI ORGANIZZATIVI**

Il modello Hub & Spoke per l'assistenza ospedaliera	47
Il sistema 118	47
Le reti Hub & Spoke per la diagnosi e la cura di malattie rare	48
La rete Hub & Spoke per i grandi traumi	49
La rete Hub & Spoke per le gravi cerebrolesioni acquisite	49
La riorganizzazione del Pronto soccorso	50
L'organizzazione del Distretto	51-52
Accordo con i medici di medicina generale	53
Day service ambulatoriale	53
Progetto Sole (Sanità on line)	54
L'Osservatorio regionale per l'innovazione	55
L'Osservatorio tecnologie sanitarie	55
Autorizzazione e accreditamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali	56
Accordo tra Regione e ospedalità privata	57
Le Aree vaste dell'Emilia-Romagna	57-58
Accordo fra Ministero della giustizia e Regione per l'assistenza specialistica in carcere	59
Accordo tra Regione ed Enti ausiliari per le dipendenze patologiche	60
Organizzazione, gestione e monitoraggio dei programmi di screening oncologici	61
Le informazioni sui servizi: il numero verde gratuito 800 033 033 e la guida ai servizi on line	62

# L'Emilia-Romagna per lo sviluppo di un nuovo welfare

L'Emilia-Romagna è impegnata a sviluppare e migliorare un sistema di welfare, universalistico, equo, radicato nelle comunità locali e nella regione, per dare più forza ad una società solidale e coesa. Questo impegno trova la sua continuità nel 1° Piano sociale e sanitario per il prossimo triennio, elaborato dagli Assessorati regionali politiche per la salute e politiche sociali, già condiviso in "Cabina di regia regionale" (luogo di progettazione delle politiche sociali e sanitarie a cui partecipano Amministratori regionali e locali), sottoposto ad un lungo e fruttuoso percorso di approfondimento e condivisione con tutte le componenti della società regionale (istituzioni, rappresentanze dei cittadini, sindacati, terzo settore, volontariato), adottato dalla Giunta e all'attenzione dell'Assemblea legislativa regionale per il sì definitivo.

Il Piano prevede di portare a compimento il processo avviato con le leggi regionali 2/2003 (legge quadro sui servizi sociali), e 29/2004 (legge di riorganizzazione del Servizio sanitario regionale). L'obiettivo è di realizzare un sistema integrato di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari in grado di dare risposte unitarie e globali ai bisogni complessi di una società che sta cambiando nei suoi assetti demografici, sociali ed economici, garantendo equità di accesso nei vari territori.

Un obiettivo "forte", possibile solo in una logica di integrazione a tutti i livelli: tra servizi (sanitari, sociosanitari, sociali), tra istituzioni e soggetti che a vario titolo sono chiamati a svolgere un ruolo per l'affermazione dei diritti di cittadinanza (Regione, Enti locali, Aziende sanitarie, strutture pubbliche, private no profit e profit, associazioni, volontariato, forze sociali).

Il Servizio sanitario regionale è una parte fondamentale di questo nuovo welfare. Il suo sviluppo, i suoi programmi, i suoi modelli organizzativi sono a questo conseguenti e l'integrazione quale modalità di lavoro, già sviluppata con il 3° Piano sanitario 1999-2001 tra i servizi sanitari e i servizi socio-sanitari, investirà anche il sociale rafforzando il rapporto con gli Enti locali, con il privato sociale e il volontariato, con le rappresentanze dei cittadini. Il programma per l'utilizzo del Fondo regionale per la non autosufficienza (che può contare su 311 milioni di euro per il 2007), il programma per la trasformazione delle Ipab in Aziende pubbliche di servizi alla persona (Asp) sono già parte di questo processo.

Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna, fondato sui principi propri del Servizio sanitario nazionale - universalità ed equità di accesso, responsabilità pubblica della tutela della salute, finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale - è stato riorganizzato con la legge regionale 29/2004 con l'obiettivo di realizzare un sistema universale nelle garanzie e locale nella capacità di soddisfare le aspettative dei singoli e della comunità. Un sistema basato sul governo clinico, sulla partecipazione dei professionisti alle scelte dell'Azienda sanitaria, sulla partecipazione dei

cittadini nei percorsi di cura, sulla valutazione della qualità dei servizi e sulla elaborazione dei programmi per la promozione della salute.

I programmi di innovazione e ricerca, i programmi di formazione continua in medicina (ECM), i programmi per la prevenzione, la sorveglianza e la gestione dei rischi correlati all'assistenza, il piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e per i ricoveri programmati, il piano regionale della prevenzione, il progetto per il collegamento in rete tra professionisti e tra servizi (progetto Sole, Sanità on line) rappresentano alcuni dei principali impegni.

Gli accordi e i protocolli d'intesa con l'Università (per i programmi di ricerca, innovazione e formazione), con i medici di famiglia e i pediatri di libera scelta (per il miglioramento delle cure primarie), con gli Enti ausiliari (per il trattamento delle dipendenze patologiche), con il Ministero della giustizia (per l'assistenza alle persone ristrette in carcere), tra Aziende sanitarie in Area vasta (per la razionalizzazione degli acquisti e l'integrazione dei servizi), sono alcuni dei principali strumenti adottati.

La scelta di fondo del Servizio sanitario regionale è stata quella di realizzare reti integrate di servizi - tra ospedale e territorio, tra sanitario e sociale - per meglio assicurare la "presa in carico" della persona e la continuità delle cure.

Il Distretto è la sede della programmazione e dell'erogazione dei servizi in relazione ai bisogni della popolazione di riferimento oltre che il luogo della integrazione dei medici di famiglia nei Nuclei delle cure primarie, dei servizi sanitari territoriali con i servizi ospedalieri, dei servizi sanitari con servizi sociali e della collaborazione con i Comuni. L'ambito distrettuale è poi l'ambito in cui si elaborano il piano locale per l'utilizzo del Fondo per la non autosufficienza e i programmi per la costituzione delle Aziende pubbliche di servizi alla persona (Asp), e dove si realizza la collaborazione con i soggetti privati, il volontariato, l'associazionismo per l'erogazione dei servizi sociali e socio-sanitari.

L'assistenza ospedaliera è basata sulla programmazione regionale per le alte specialità (attraverso il modello Hub & Spoke) e sulla programmazione locale per quelle discipline utili all'autosufficienza dei territori. Dopo la cardiologia e la cardiocirurgia, la genetica medica, i grandi traumi, il sistema trasfusionale (per citare alcune reti Hub & Spoke), l'impegno è ora concentrato su oncologia e diagnostica di laboratorio ad elevata complessità.

La struttura del Servizio sanitario regionale è composta da 11 Aziende Unità Sanitarie Locali, 1 Azienda Ospedaliera, 4 Aziende Ospedaliero-Universitarie, 1 Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS).

I dipendenti del Servizio sanitario regionale al 31 dicembre 2006 sono 59.725 (tra cui 8.550 dirigenti medici, 549 dirigenti veterinari, 1.122 dirigenti sanitari, 25.865 infermieri); i medici di medicina generale convenzionati sono 3.270, i pediatri di libera scelta 576.

Per favorire l'ottimizzazione della qualità e dell'efficienza di servizi tecnico-logistici o di funzioni di assistenza con bacino sovraziendale sono state istituite 3 Aree vaste: Area vasta Emilia nord (che riunisce le Aziende sanitarie di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena), Area vasta centro Emilia (che riunisce le Aziende sanitarie della provincia di Bologna e di Ferrara), Area vasta Romagna (che riunisce le Aziende sanitarie delle province di Forlì-Cesena, Rimini, Ravenna).

La popolazione di riferimento è costituita da 4.223.585 cittadini e cittadine (al 31 dicembre 2006): una popolazione in crescita (+ 36.041 unità nel 2006 rispetto al 2005), costituita dal 51,3% di femmine e dal 48,7% di maschi, dove le persone con più di 65 anni sono il 22,8% (il 19,7% a livello nazionale), dove aumentano le persone che arrivano da altre parti del mondo (il 7,5% della popolazione, il 4,6 a livello nazionale), dove è in crescita anche la natalità che registra, nel 2006, 39.274 nati, di cui il 21% da mamma straniera.

Al 31 dicembre 2006, i posti letto ospedalieri pubblici e privati accreditati sono 19.887; 3,84 posti letto per acuti e 0,91 posti letto per lungodegenza ogni mille abitanti. I ricoveri sono stati complessivamente 846.653; l'indice di attrazione di persone provenienti da altre regioni che scelgono di essere assistite negli ospedali dell'Emilia-Romagna mostra una continua crescita: al 31 dicembre 2006 è il 14,56% (era 13,83 nel 2005). I posti letto nelle strutture residenziali e semiresidenziali per persone anziane, persone con disabilità, persone con dipendenze patologiche o disagio psichico sono 28.312 (erano 27.379 nel 2005).

La rete consultoriale è composta da 214 Consultori familiari, di cui 29 Spazi giovani e 16 Spazi per le donne immigrate e i loro bambini, con una crescita di utenti nel decennio 1995 - 2005 del 12% (stabile tra il 2005 e il 2006).

La rete assistenziale per le demenze senili è costituita da 47 strutture specializzate per la diagnosi e la cura.

La rete degli hospice è potenziata: passa da 9 hospice con 120 posti letto e 1.999 ricoverati nel 2004 a 14 hospice, 170 posti letto e 2.859 ricoverati nel 2006.

Negli ultimi anni sono stati investiti 2 miliardi e 413 milioni di euro (a cui si aggiungono oltre 750 milioni di euro da fondi propri delle Aziende sanitarie) per realizzare nuove strutture ospedaliere e strutture territoriali e per migliorare quelle esistenti.

Nel 2006 le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate sono state 69.812.752 (64.947.896 nel 2005).

Crescono sia gli utenti che la spesa per gli assegni di cura erogati a persone non autosufficienti assistite nelle loro case: gli utenti passano da 18.040 nel 2005 (erano 9.600 nel 2000) a 18.395 nel 2006, la spesa da 28,549 a 29,413 milioni di euro. Aumenta anche il numero di assistiti a domicilio: sono stati 87.462 nel 2006, erano 84.001 nel 2005 (73.497 nel 2004).

Aumenta, se pur di poco, la raccolta di sangue: nel 2006 sono state raccolte 248.764 unità di sangue intero (+0,6% rispetto al 2005). In sei anni, la crescita della raccolta è stata continua: da 226.875 nel 2000 a 248.764 unità nel 2006.

Per le donazioni di organi, anche nel 2006, l'Emilia-Romagna si è confermata al di sopra della media europea ed italiana per numero di donatori effettivi: il 29,6 per milione di abitanti contro il 21,6 nazionale. I trapianti sono stati 311.

Nel 2006 sono state avviate attività per qualificare ulteriormente i servizi per la salute mentale. Negli ultimi anni è cresciuto il numero di persone assistite: i minori sono passati da 35.293 nel 2000 a 36.818 nel 2005; gli adulti da 49.647 a 62.618 nel 2006.

Nel 2006 si conferma il rallentamento della crescita della spesa farmaceutica convenzionata (relativa alle farmacie del territorio) che ha registrato un aumento dell'1,88% (contro un dato nazionale del 4%).

Sono tre i programmi di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori attivi in Emilia-Romagna: screening dei tumori della mammella e del collo dell'utero che registrano, al 31 dicembre 2006, una adesione all'invito rispettivamente del 70,5% e del 52,4%; screening dei tumori del colon-retto (attivato nel 2005) che registra una percentuale di adesione pari al 45,6%.

Si sviluppa ulteriormente l'attenzione per i controlli relativi alla sicurezza del lavoro: la quantità dei sopralluoghi e la qualità dei controlli ha determinato nel tempo una riduzione costante nel rapporto tra infortuni denunciati e lavoratori occupati: nel 1995 quasi 10 lavoratori su 100 hanno denunciato un infortunio, nel 2006 tale rapporto è sceso a 7,1 su 100.

La spesa del Servizio sanitario regionale nel 2006 è stata di 7,295 miliardi di euro (7 miliardi nel 2005). Il 2006 ha registrato una forte sottostima del Fondo sanitario nazionale: 90 miliardi in totale - crescita zero rispetto al 2005 - con l'assegnazione al Fondo sanitario dell'Emilia-Romagna di 6,368 miliardi (a cui vanno aggiunti 308 milioni del saldo della mobilità extraregionale ed entrate proprie delle Aziende sanitarie). La sottostima ha prodotto un inevitabile disavanzo di esercizio per 350 milioni di euro, ripianati nel bilancio di previsione 2007 con risorse regionali e nazionali.

Già da diversi anni in Emilia-Romagna si è operato un riequilibrio tra la spesa ospedaliera e la spesa territoriale (rispettivamente il 41,29% e il 54,28% del totale nel 2006) che è andato di pari passo alla qualificazione dei servizi sia territoriali che ospedalieri (come dimostra, tra l'altro, l'indice di attrazione extraospedaliera arrivato nel 2006 al 14,56%).

Nel 2007 la quota di Fondo sanitario nazionale per l'Emilia-Romagna ammonta a 6,857 miliardi, più 7,75% rispetto al 2006. La quota discende da quanto stabilito dal nuovo "Patto sulla salute" siglato in Conferenza Stato-Regioni nell'ottobre 2006, patto che ha ridefinito lo scenario di finanziamento per il Servizio sanitario nazionale per il triennio 2007-2009, delineando il quadro normativo e programmatico all'interno del quale Governo e Regioni hanno assunto i rispettivi impegni, ripreso e disciplinato dalla legge finanziaria 2007.

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

Il Servizio sanitario regionale è composto da 17 Aziende sanitarie: 11 Aziende Unità sanitarie locali, 4 Aziende Ospedaliero-Universitarie, 1 Azienda Ospedaliera, 1 Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS). Sono 59.725 i dipendenti del Servizio sanitario regionale. I medici

di famiglia e i pediatri di libera scelta convenzionati sono 3.846 (3.270 medici di famiglia, 576 pediatri di libera scelta). La popolazione di riferimento è di 4.223.585 cittadini e cittadine, di cui il 22,8% ha più di 65 anni.

## LE AZIENDE SANITARIE

Aziende Usi	Popolazione	% oltre 65 anni	N. Distretti	Posti letto pubblici *	Personale dipendente	Medici di medicina generale	Pediatri di libera scelta
PIACENZA	278.366	24,5%	4	837	3.532	223	34
PARMA	420.056	23,2%	4	392	2.411	310	54
REGGIO EMILIA	501.529	20,2%	6	736	3.879	344	76
MODENA	670.099	21,0%	7	1.613	6.377	536	96
BOLOGNA	828.779	24,1%	6	1.889	8.417	644	116
IMOLA	125.903	22,9%	1	581	1.730	96	20
FERRARA	353.304	25,6%	3	761	3.188	294	38
RAVENNA	373.446	24,3%	3	1.209	4.504	292	49
FORLÌ	180.623	23,9%	1	613	2.558	155	22
CESENA	197.370	21,0%	2	670	2.643	150	28
RIMINI	294.110	20,5%	2	919	3.303	226	43
<b>Totale Aziende Usi</b>	<b>4.223.585</b>	<b>22,8%</b>	<b>39</b>	<b>10.220</b>	<b>42.542</b>	<b>3.270</b>	<b>576</b>

Aziende Ospedaliere, Ospedaliero-Universitarie, IRCCS	Posti letto pubblici	Personale dipendente
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	1.359	3.657
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia	894	2.572
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	774	2.355
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna	1.714	4.933
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara	900	2.516
IRCCS - Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna	312	1.150
<b>Totale Aziende Ospedaliere, Ospedaliero-Universitarie, IRCCS</b>	<b>5.953</b>	<b>17.183</b>
<b>Totale Regione</b>	<b>16.173</b>	<b>59.725</b>

\* Nella tabella non sono compresi i posti letto dell'ospedalità privata accreditata.

## PERSONALE DIPENDENTE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE AL 31.12.2006

Dirigenti medici	8.550
Dirigenti veterinari	549
Dirigenti sanitari	1.122
Dirigenti professionali, tecnici e amministrativi	578
Personale infermieristico	25.865
Personale tecnico sanitario	3.264
Personale della prevenzione	914
Personale della riabilitazione	2.250
Assistenti sociali	415
Personale amministrativo	5.806
Personale tecnico	5.130
Operatori tecnici addetti all'assistenza	642
Operatori socio sanitari	3.860
Ausiliari specializzati	762
Assistenti religiosi	18
<b>Totale</b>	<b>59.725</b>

## La popolazione

La popolazione in Emilia-Romagna cresce: da 4.187.544 persone al 31 dicembre 2005 passa a 4.223.585 al 31 dicembre 2006 (36.041 persone in più) di cui il 51,3% donne e il 48,7% uomini. Era di 3.957.513 nel 1986. In venti anni (dal 1986 al 2006), l'aumento è stato del 6,3% (266.072 persone in totale); negli ultimi 10 (dal 1996 al 2006) l'aumento è stato del 6,7% (284.255 in totale); negli ultimi 5 anni (dal 2001 al 2006) l'aumento è stato del 4,4% (186.490 in totale). Sempre al 31 dicembre 2006, l'Emilia-Romagna si conferma come una delle regioni "più vecchie" d'Italia con 961.323 persone con più di 65 anni, il 22,8% a fronte del 19,7% nazionale, e con una significativa presenza di over 75enni (481.575, l'11,4% della popolazione totale) e di over 85enni (127.093, il 3% della popolazione totale). Al tempo stesso si conferma anche la ripresa della natalità: 39.274 nati, di cui il 21% da mamma straniera (nel 2005 sono stati complessivamente 38.518 e nel 1986, primo anno della serie storica considerata, 25.390).

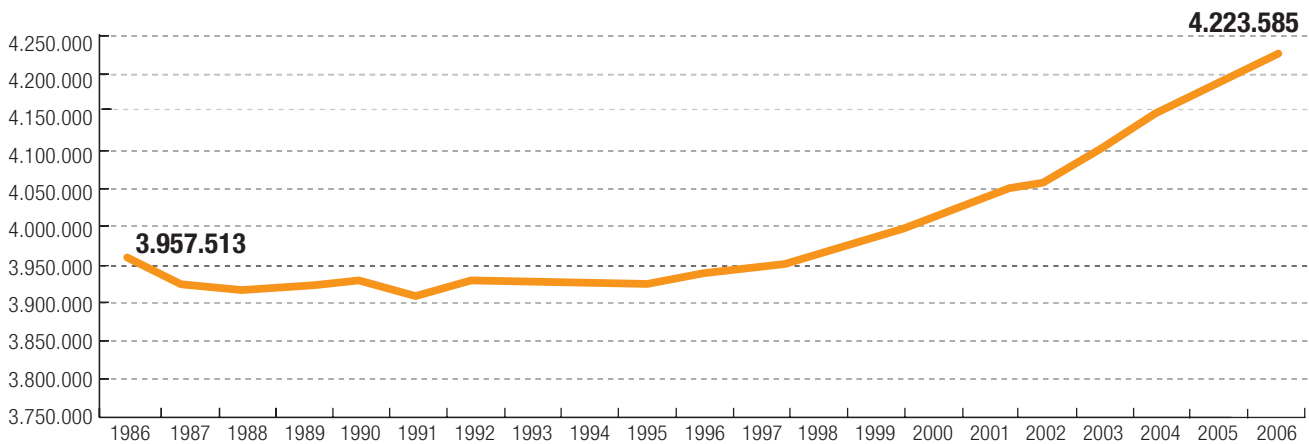
Come l'aumento della natalità, anche la crescita totale della

popolazione è dovuta in parte all'aumento delle persone straniere residenti: 318.076 al 31 dicembre 2006, il 7,5% della popolazione totale, contro il 4,6 nazionale (289.013 al 31 dicembre 2005, 81.265 nel 1997, primo anno di rilevazione sistematica dopo la prima regolarizzazione fatta con la "legge Martelli" del '90).

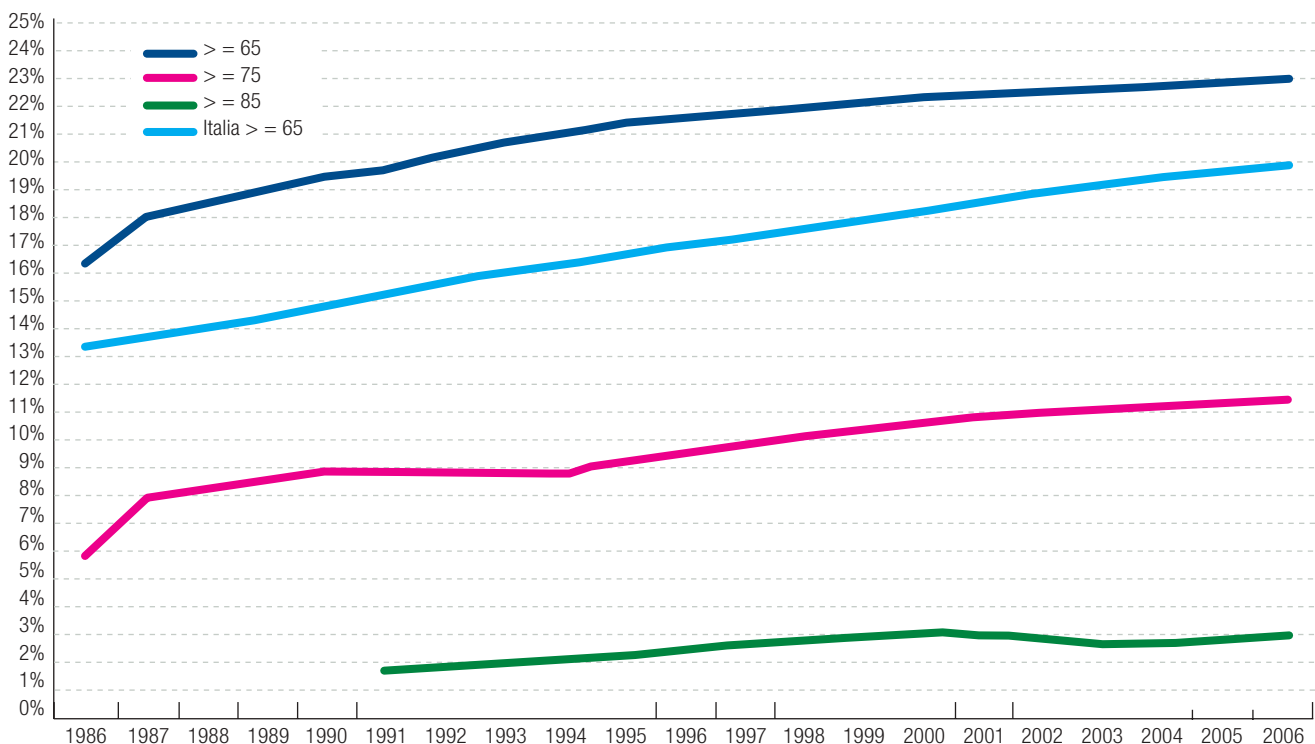
L'analisi per genere della popolazione immigrata registra ancora una maggioranza di uomini (il 51% del totale al 31 dicembre 2006 contro il 49% di donne) anche se la componente femminile, per effetto principalmente della immigrazione dai Paesi dell'est europeo, è considerevolmente aumentata dal 1997 al 2006 passando dal 42 al 49% degli immigrati. La provincia che ha il maggior numero di immigrati residenti è Reggio Emilia (9,3% sulla popolazione totale), quella che registra il minor numero è Ferrara con il 4,4%. Il primo Paese di origine è il Marocco (53.628) seguito da Albania (44.254), Romania (21.804). Per approfondimenti:

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

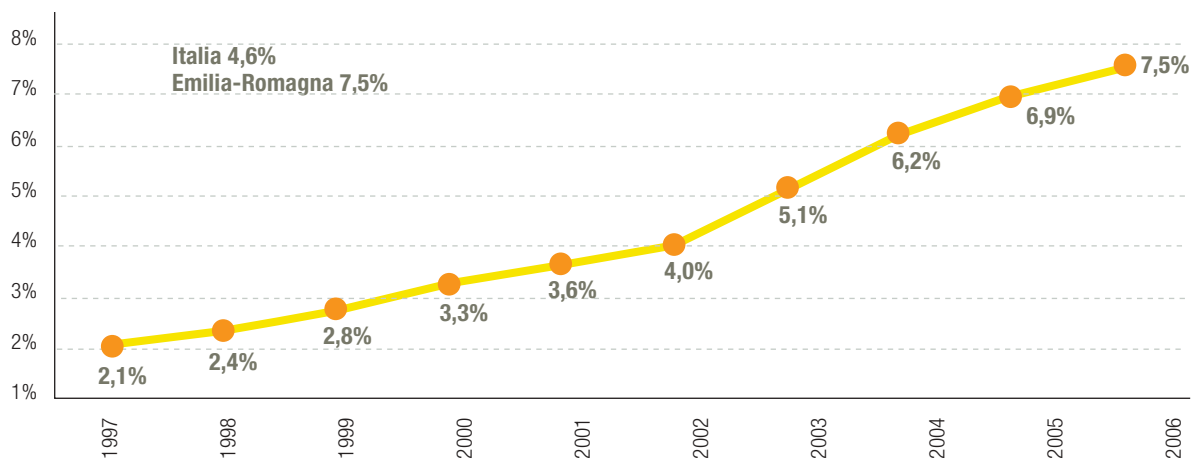
### POPOLAZIONE RESIDENTE IN EMILIA-ROMAGNA DAL 1986 AL 2006



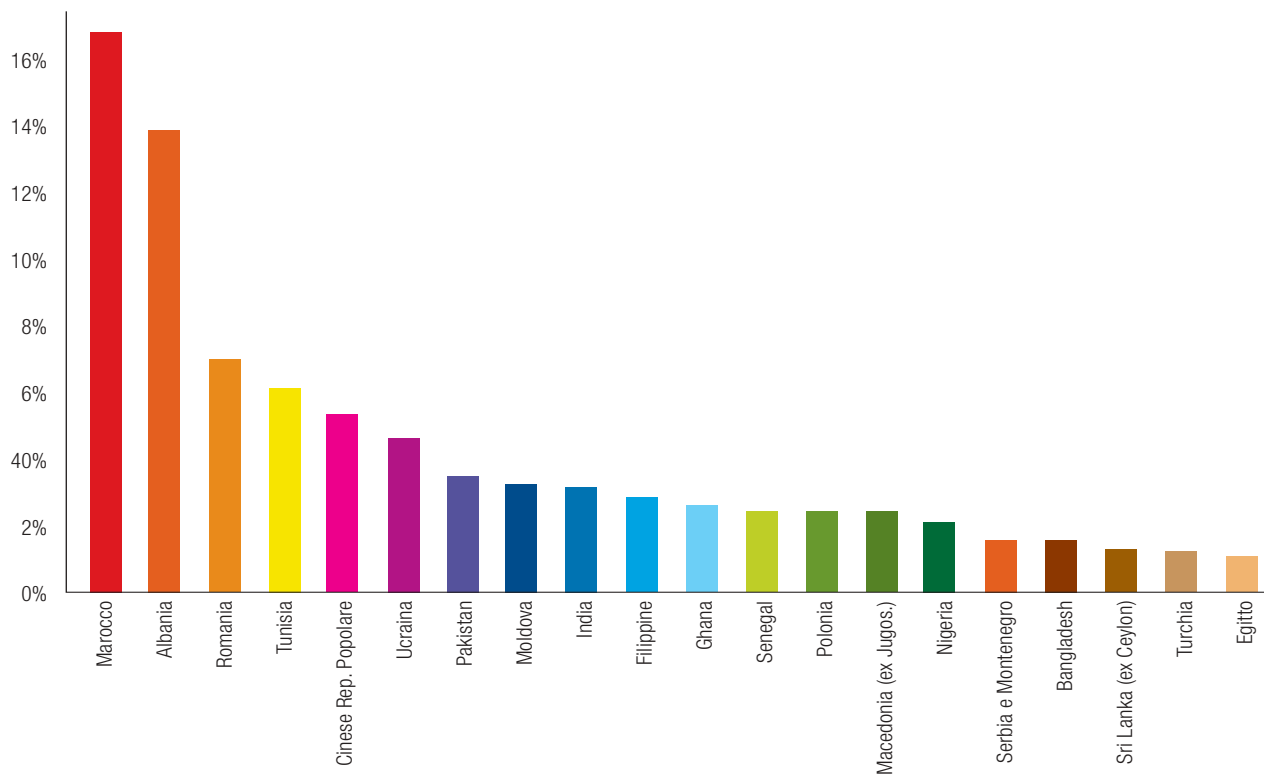
### % POPOLAZIONE ANZIANA RESIDENTE IN EMILIA-ROMAGNA DAL 1986 AL 2006



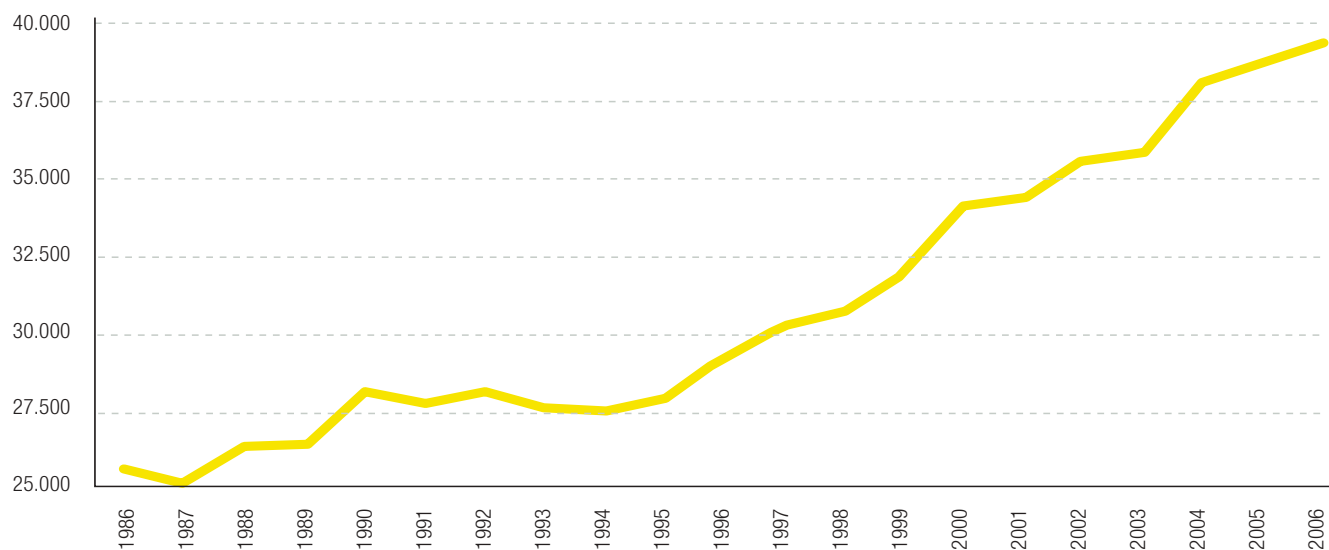
**PERCENTUALE DI POPOLAZIONE STRANIERA SULLA POPOLAZIONE RESIDENTE IN EMILIA-ROMAGNA**  
Anni 1997-2006



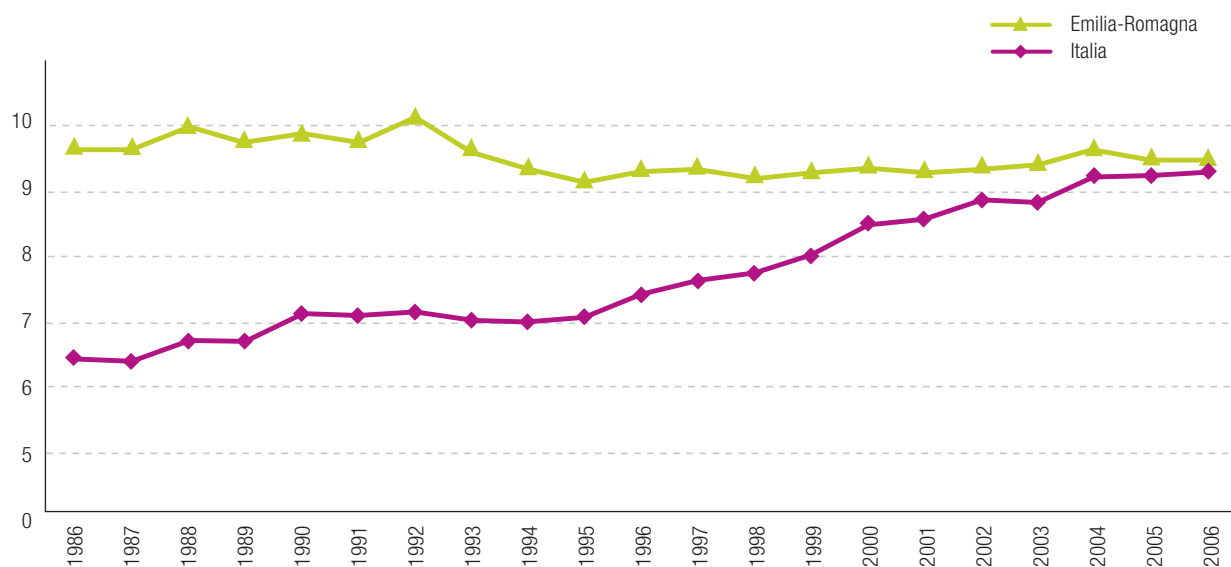
**POPOLAZIONE STRANIERA RESIDENTE IN EMILIA-ROMAGNA AL 31.12.2006 PER PAESE DI CITTADINANZA**



## NATI RESIDENTI IN EMILIA-ROMAGNA Anni 1986-2006



## TASSO DI NATALITÀ Anni 1986-2006



# L'evoluzione della spesa: raffronto con le altre Regioni

La spesa totale del Servizio sanitario regionale nel 2006 è stata di 7,295 miliardi di euro. L'analisi nel quinquennio dal 2002 al 2006 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% nel quinquennio a fronte del 3% nazionale).** Un risultato apprezzabile, a cui va aggiunto anche il crescente saldo attivo della mobilità sanitaria, che nel 2006 è stato di 308,3 milioni di euro (231,8 nel 2002).

## LA SPESA REGIONE PER REGIONE Anni 2002/2004/2006 (cifre assolute in migliaia di Euro)

REGIONI E PROVINCE AUTONOME	TOTALE SPESA 2002	TOTALE SPESA 2004	TOTALE SPESA 2006	DIFFERENZA % 2004-2002	DIFFERENZA % 2006-2004	DIFFERENZA % 2006-2002
PIEMONTE	5.851.179	7.110.731	7.452.207	21,53	4,80	27,36
VALLE D'AOSTA	190.255	208.997	246.122	9,85	17,76	29,36
LOMBARDIA	12.710.670	13.396.702	15.353.112	5,40	14,60	20,79
P.A. BOLZANO	860.740	937.446	1.022.758	8,91	9,10	18,82
P.A. TRENTO	753.565	822.149	899.062	9,10	9,36	19,31
VENETO	6.277.243	6.966.003	7.858.703	10,97	12,82	25,19
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.669.569	1.885.340	2.104.379	12,92	11,62	26,04
LIGURIA	2.403.832	2.862.378	2.960.414	19,08	3,42	23,15
<b>EMILIA-ROMAGNA</b>	<b>5.870.923</b>	<b>6.710.160</b>	<b>7.295.581</b>	<b>14,29</b>	<b>8,72</b>	<b>24,27</b>
TOSCANA	4.999.490	5.671.978	6.104.356	13,45	7,62	22,10
UMBRIA	1.190.716	1.342.779	1.465.758	12,77	9,16	23,10
MARCHE	2.037.773	2.276.704	2.441.240	11,73	7,23	19,80
LAZIO	7.485.195	9.697.558	10.299.280	29,56	6,20	37,60
ABRUZZO	1.822.755	1.953.022	2.213.498	7,15	13,34	21,44
MOLISE	451.734	519.568	581.761	15,02	11,97	28,78
CAMPANIA	7.561.066	8.765.836	9.120.349	15,93	4,04	20,62
PUGLIA	5.041.181	5.422.360	6.323.304	7,56	16,62	25,43
BASILICATA	730.007	826.589	899.922	13,23	8,87	23,28
CALABRIA	2.552.141	2.768.011	3.047.220	8,46	10,09	19,40
SICILIA	6.472.178	7.494.782	8.381.001	15,80	11,82	29,49
SARDEGNA	2.210.690	2.439.577	2.612.661	10,35	7,09	18,18
ITALIA	79.142.901	90.078.671	98.682.688	13,82	9,55	24,69

Fonte 2002: Relazione generale sulla situazione economica del Paese 2005.

Fonte 2004 e 2006: Relazione generale sulla situazione economica del Paese 2006.

Il 2006 è stimato (dati al 4° trimestre), il 2002 e 2004 si riferiscono alla spesa a consuntivo delle Regioni.

## ANDAMENTO DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE IN EMILIA-ROMAGNA E IN ITALIA Anni 2002/2004/2006

	2002	2004	2006
EMILIA-ROMAGNA	4.059.416	4.151.335	4.223.585
ITALIA	57.321.070	58.462.375	59.131.287

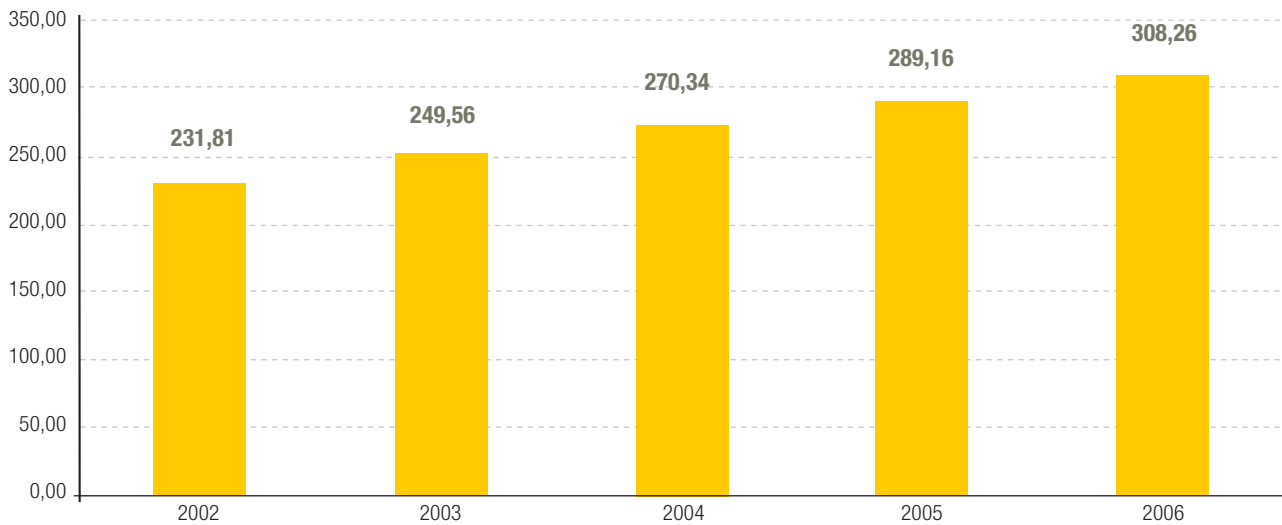
	% incremento 2004-2002	% incremento 2006-2004	% incremento 2006/2002
EMILIA-ROMAGNA	2,26%	1,74%	4,04%
ITALIA	1,99%	1,14%	3,16%

Popolazione residente al 31/12.

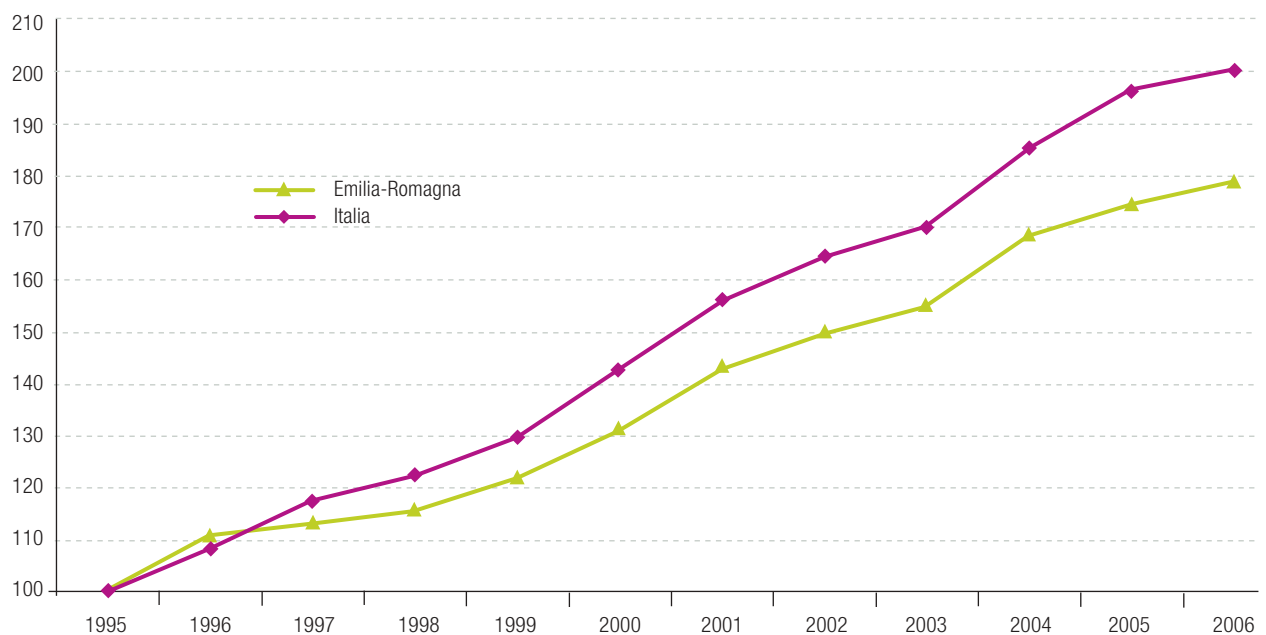
Fonte: Regione Emilia-Romagna - Statistica self-service

Fonte dati nazionali: ISTAT

## SALDO MOBILITÀ INTERREGIONALE Anni 2002-2006 (in milioni di euro)



## SPESA TOTALE PRO-CAPITE IN EMILIA-ROMAGNA E IN ITALIA Anni 1995-2006 (numeri indice 1995 = 100)



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.

## 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. Il confronto tra i costi 2006 e i costi 2005 per i due livelli di assistenza, conferma questo trend. I costi sostenuti per la prevenzione

mostrano una flessione tra i due anni imputabile alla scelta di mantenere, dal 2006, gli oneri legati agli accertamenti diagnostici effettuati nell'ambito dei tre programmi regionali di screening (mammografico, collo uterino e colon-retto) nell'ambito dell'assistenza specialistica; allo stesso modo i costi legati alla esecuzione delle vaccinazioni effettuate dai medici di medicina generale e dalle Pediatrie di comunità rimangono a carico dell'assistenza distrettuale (con l'esclusione del costo di acquisto dei vaccini, imputato al livello della prevenzione).

La spesa pro-capite passa da 1.678 euro nel 2005 a 1.725 nel 2006, con un aumento di poco inferiore al 3%.

### SPESA PER FUNZIONI E LIVELLI DI ASSISTENZA Anni 2005-2006

LIVELLI DI ASSISTENZA	Costo 2005 in migliaia di euro	% sul totale	Costo pro-capite 2005 in euro	Costo 2006 in migliaia di euro	% sul totale	Costo pro-capite 2006 in euro
<b>Totale assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (1)</b>	<b>327.492</b>	<b>4,66%</b>	<b>78,21</b>	<b>322.961</b>	<b>4,43%</b>	<b>76,47</b>
<b>Totale assistenza distrettuale di cui:</b>	<b>3.746.607</b>	<b>53,33%</b>	<b>894,70</b>	<b>3.954.312</b>	<b>54,28%</b>	<b>936,25</b>
Assistenza di base (medici di medicina generale, continuità assistenziale, pediatri di libera scelta) (2)	402.959	5,74%	96,23	396.764	5,45%	93,94
Emergenza sanitaria territoriale	102.288	1,46%	24,43	106.724	1,46%	25,27
Assistenza farmaceutica territoriale	977.797	13,92%	233,50	1.017.909	13,97%	241,01
Assistenza integrativa e protesica	105.470	1,50%	25,19	110.560	1,52%	26,18
Assistenza specialistica (compreso pronto soccorso non seguito da ricovero)	1.147.889	16,34%	274,12	1.237.655	16,99%	293,03
Assistenza domiciliare	133.176	1,90%	31,80	151.483	2,08%	35,87
Assistenza alle donne, famiglia, coppie (Consultori, Pediatrie di comunità)	77.333	1,10%	18,47	85.137	1,17%	20,16
Assistenza psichiatrica	307.992	4,38%	73,55	315.193	4,33%	74,63
Assistenza riabilitativa ai disabili	93.748	1,33%	22,39	117.479	1,61%	27,81
Assistenza ai tossicodipendenti	59.863	0,85%	14,30	62.311	0,86%	14,75
Assistenza agli anziani	300.413	4,28%	71,74	312.172	4,28%	73,91
Assistenza ai malati terminali	14.304	0,20%	3,42	16.975	0,23%	4,02
Assistenza a persone affette da HIV	4.071	0,06%	0,97	4.163	0,06%	0,99
Assistenza idrotermale	19.304	0,27%	4,61	19.787	0,27%	4,68
<b>Totale assistenza ospedaliera</b>	<b>2.951.669</b>	<b>42,01%</b>	<b>704,87</b>	<b>3.008.422</b>	<b>41,29%</b>	<b>712,29</b>
<b>Totale livelli di assistenza per residenti</b>	<b>7.025.768</b>	<b>100%</b>	<b>1.677,77</b>	<b>7.285.695</b>	<b>100%</b>	<b>1.725,00</b>

Fonte: Modello LA consuntivo 2005 e 2006.

La popolazione utilizzata per il calcolo del costo pro-capite è quella regionale residente al 31/12:

Popolazione al 31/12/2005 4.187.557

Popolazione al 31/12/2006 4.223.585

#### NOTE

(1) Nel totale Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro nel 2006, 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 milioni di euro, che restano allocati al livello dell'assistenza specialistica. Non sono compresi inoltre i costi per la somministrazione dei vaccini da parte dei medici di medicina generale e delle Pediatrie di comunità, ma solo il costo dei vaccini.

(2) Il dato 2005 comprende i compensi arretrati.

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

**A**l 31 dicembre 2006 ammontano a 2 miliardi e 413 milioni di euro gli investimenti attivati negli ultimi diciassette anni in Emilia-Romagna per realizzare nuove strutture ospedaliere, strutture sanitarie e socio-sanitarie territoriali, per ammodernare quelle esistenti.

Gli investimenti sono avvenuti in tre tranche. La prima ha riguardato 161 interventi e un finanziamento complessivo di circa 730 milioni di euro. La seconda tranche comprende 123 interventi, per un finanziamento di oltre 830 milioni di euro: ne sono stati completati 68 e 53 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 486 interventi per 854 milioni di euro. Con l'Accordo di programma

stralcio 2004 sono stati destinati 84 milioni di euro relativi a 11 interventi, 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.

Inoltre, dopo che Parma è divenuta sede dell'Autorità europea per la sicurezza alimentare, l'Accordo di programma stralcio 2005 con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha destinato 21 milioni di euro (de quali 7 a carico dell'Azienda sanitaria) per l'adeguamento e l'ammodernamento dell'Ospedale Maggiore. Oltre a questi programmi, le Aziende sanitarie, negli ultimi 10 anni, hanno realizzato, con propri fondi, interventi di ammodernamento delle strutture per oltre 750 milioni di euro.

## I PROGRAMMI E I FINANZIAMENTI Anni 1998-2006

	STATO	REGIONE	AZIENDE SANITARIE / ENTI*	TOTALE
Prima tranche - conclusa	545.862.037,56	34.007.870,29	149.795.839,37	729.665.747,22
Seconda tranche - in via di ultimazione	467.223.579,37	24.412.697,90	338.164.749,70	829.801.026,97
Terza tranche - in realizzazione	361.344.889,42	196.473.967,45	296.368.782,43	854.187.639,30
<b>TOTALE</b>	<b>1.374.430.506,35</b>	<b>254.894.535,64</b>	<b>784.329.371,50</b>	<b>2.413.654.413,49</b>

\*Gli enti possono essere Comuni, ex Ipb, Onlus

## I programmi

### PRIMA TRANCHE: conclusa\*

**161 interventi**

**Investimenti per circa 730 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 Residenze psichiatriche a Scandiano, Guastalla, Modena (2), Carpi, Bologna (3), e 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), Vecchiazzano (Forlì-Cesena).

#### Sono stati inoltre realizzati e attivati:

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

\* restano in corso di ultimazione i reparti di malattie infettive negli Ospedali di Ferrara e Bologna.

## **SECONDA TRANCHE: in via di ultimazione**

### **123 interventi**

### **Investimenti per 830 milioni di euro**

#### **Gli interventi conclusi sono 68, tra questi:**

- i nuovi Ospedali di Fidenza (Parma), Baggiovara e Sassuolo (Modena), San Giovanni in Persiceto (Bologna), Lagosanto (Ferrara), l'ampliamento dell'Ospedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia, il completamento dell'Ospedale riabilitativo di Villanova d'Arda (Piacenza);
- 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 25 Rsa per persone anziane e persone disabili.

#### **Gli interventi in corso di realizzazione sono 53, tra cui:**

- 6 nuove strutture extra-ospedaliere;
- 32 Rsa per anziani e disabili;
- il completamento degli Ospedali di Fiorenzuola (Pc), Maggiore di Parma, il Policlinico di Modena, il Policlinico S. Orsola e gli Ospedali Maggiore e Bellaria di Bologna, il nuovo Ospedale di Porretta (Bologna), il completamento dei nuovi Ospedali di Imola (Bologna) e Cona (Ferrara), l'ammodernamento degli Ospedali Santa Maria delle Croci di Ravenna, Bufalini di Cesena e Infermi di Rimini.

Al 31 dicembre 2006 risultavano sospesi due interventi (per un contenzioso con la ditta appaltatrice e per il ritrovamento di un ordigno bellico).

## **TERZA TRANCHE:**

### **programmi di finanziamento**

### **per 486 interventi e 854 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 di Bologna (già attivato), i Poli cardiologico e cardiocirurgico sempre del S. Orsola (in via di definizione), la ristrutturazione della sede ospedaliera degli Istituti ortopedici Rizzoli di Bologna e altri 4 interventi negli Ospedali Bellaria di Bologna, di Bazzano e Budrio nonché nel complesso Roncati di Bologna;
- 20 strutture per le cure palliative: 12 concluse e attivate, 3 in corso d'esecuzione, 5 in corso d'aggiudicazione dei lavori;
- 69 interventi per la libera professione intramuraria: 29 conclusi, 33 in via di ultimazione, 5 in corso d'aggiudicazione dei lavori, 2 in corso di progettazione;
- 11 interventi previsti dall'Accordo di programma stralcio 2004: 1 concluso e attivato, 10 in fase di realizzazione;
- 1 intervento in corso di realizzazione per il potenziamento dell'Ospedale di Parma (Accordo stralcio 2005)
- altri 75 interventi di vario tipo previsti dai programmi regionali: 18 conclusi, 10 con lavori in corso, 1 in corso d'aggiudicazione dei lavori, 46 in corso di progettazione.

# I principali indicatori dell'assistenza ospedaliera: posti letto, ricoveri, tempi di attesa

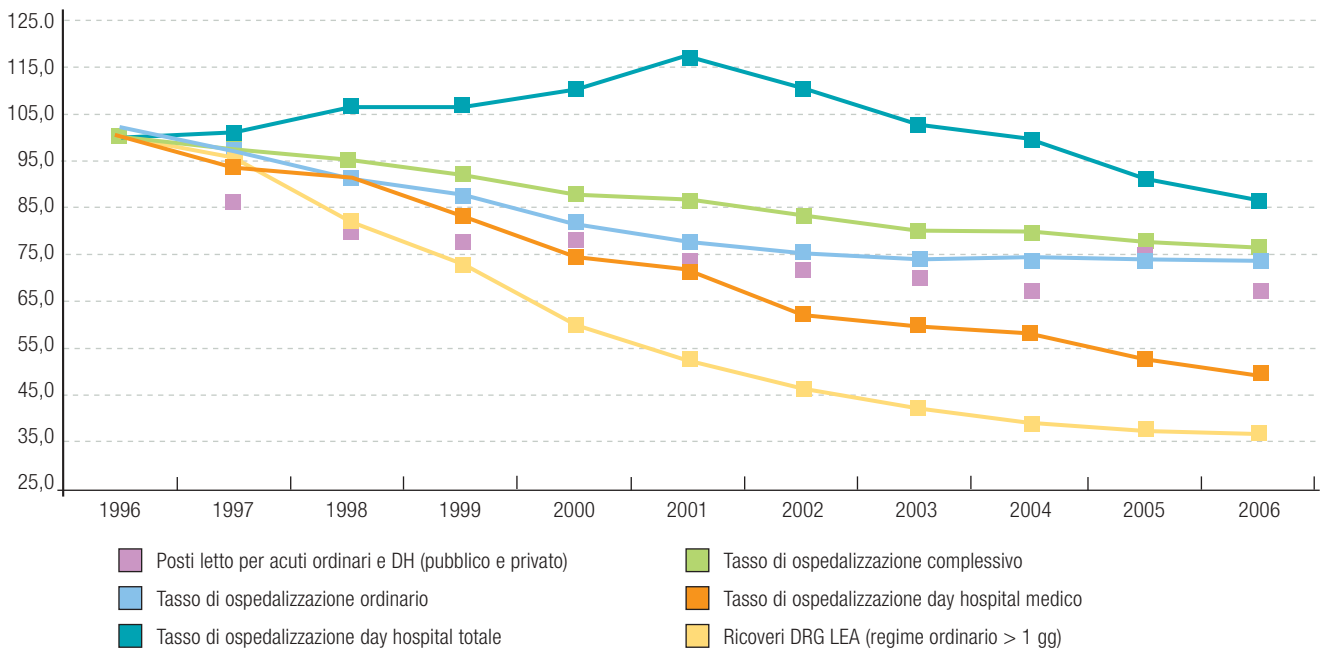
**A**l 31 dicembre 2006 i posti letto pubblici e privati accreditati del Servizio sanitario regionale sono complessivamente 19.887 e comprendono posti letto per acuti (14.225), per day hospital (2.006), per lungodegenza e riabilitazione (3.656). Ogni mille abitanti ci sono 3,84 posti letto per acuti (ricoveri ordinari e day hospital) e 0,91 posti letto riservati alla lungodegenza e riabilitazione. La buona qualità dell'assistenza ospedaliera è dimostrata dall'indice di attrazione extraregionale che continua a crescere: è il 14,56% (era il 13,83 nel 2005).

I ricoveri in posti letto per acuti, sempre al 31 dicembre 2006, sono risultati 793.263 (sono stati 799.947 nel 2005); complessivamente sono stati 846.653 (851.123 nel 2005).

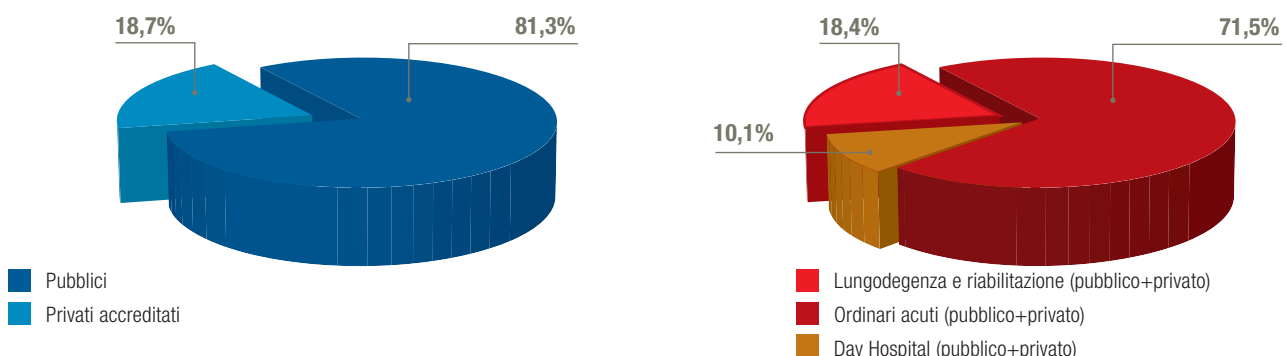
Nel 2006 nelle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate sono stati eseguiti quasi 300.000 interventi chirurgici programmati (295.401) a carico del Servizio sanitario regionale, con una attesa media di 66 giorni. Per alcune tipologie di intervento la Regione ha

individuato, in linea con le indicazioni nazionali, specifici obiettivi: per gli interventi chirurgici nelle patologie neoplastiche di utero, mammella e colon-retto è previsto il trattamento entro 30 giorni di tutti i casi, per gli interventi di angioplastica coronarica e di by-pass 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 artroprotesi d'anca è previsto il trattamento entro 180 giorni nel 90% dei casi. Il livello di raggiungimento degli obiettivi è complessivamente soddisfacente, in particolare nell'area cardiologica, vascolare ed oculistica: i dati relativi all'area oncologica sono ancora influenzati dai tempi complessivi dei percorsi diagnostici e terapeutici pre intervento, e l'area protesica ortopedica dal costante incremento della domanda che fa sì che i significativi incrementi dell'offerta (+9% fra 2005 e 2006 pari a +1.240 interventi) non si siano ancora tradotti in un pieno raggiungimento degli obiettivi individuati.

## TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE Anni 1996-2006 (numeri indice - 1996=100)



## POSTI LETTO PUBBLICI E PRIVATI ACCREDITATI = 19.887 Anno 2006



Anno 2006

POSTI LETTO PER 1.000 ABITANTI (pubblici e privati accreditati)	
Acuti	3,84
Lungodegenza e riabilitazione	0,91

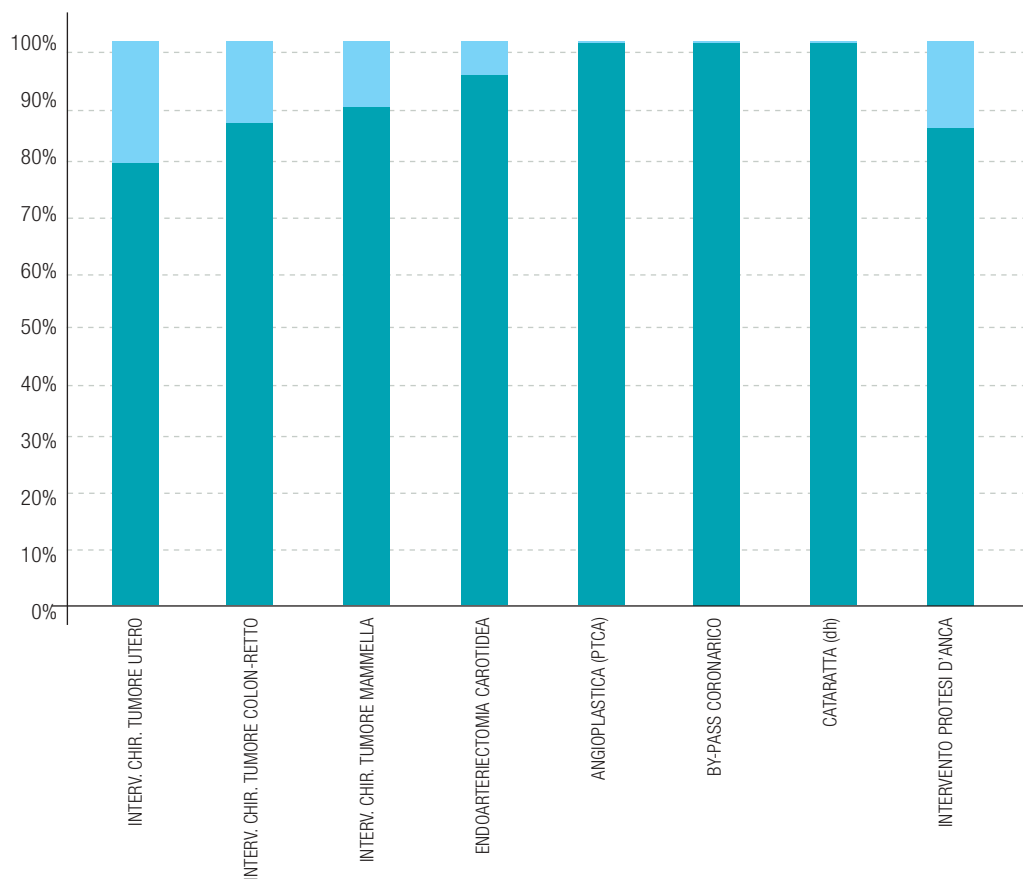
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER 1.000 ABITANTI	
Ordinario	139,0
Day Hospital	45,9

RICOVERI	
Acuti	793.263
Riabilitazione	22.598
Lungodegenza	30.792
Totale	846.653

<b>Indice di attrazione extraregionale</b>	<b>14,56</b>
--	--------------

**% INTERVENTI CHIRURGICI PROGRAMMATI ESEGUITI ENTRO I TEMPI PREVISTI DAGLI OBIETTIVI NAZIONALI**  
Anno 2006

■ oltre obiettivo    ■ entro obiettivo



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

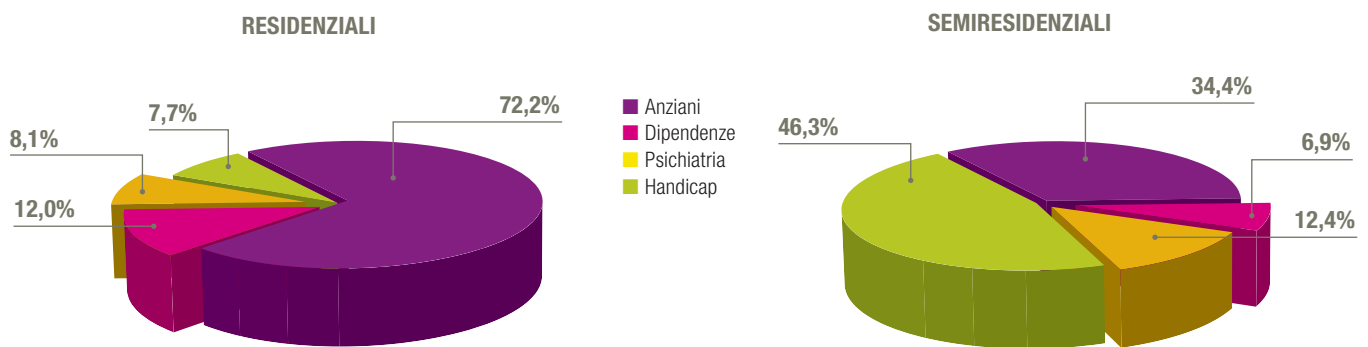
I servizi sanitari e socio-sanitari per gli anziani, le persone con disabilità, disagio psichico, dipendenze patologiche comprendono una rete di strutture residenziali e semi-residenziali.

I posti letto sono in crescita costante: al 31 dicembre 2006 sono 20.779 nelle strutture residenziali (erano 20.107 nel 2005 e 19.122 nel 2004) e 7.533 nelle strutture semi-resi-

denziali (erano 7.272 nel 2005 e 6.461 nel 2004).

Nel 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 2006 = 28.312



## L'assistenza in hospice

**G**li hospice sono parte integrante del sistema di cura del Servizio sanitario regionale, un sistema che considera la persona nella sua globalità e complessità, anche di relazione, che assicura terapie contro il dolore in ogni momento dell'assistenza: in ospedale, in hospice, nelle residenze assistenziali, in assistenza domiciliare. La rete assistenziale degli hospice ha avuto un notevole

incremento negli ultimi tre anni: da 9 hospice con 120 posti letto e 1.999 ricoverati nel 2004 a 14 hospice, 170 posti letto e 2.859 ricoverati nel 2006. Nel 2007 è stato attivato l'hospice di Bellaria dell'Azienda Usl di Bologna con 13 posti letto ed è prevista l'apertura dell'hospice di Codigoro dell'Azienda Usl di Ferrara con 11 posti letto. Nel 2002 gli hospice erano sette.

Azienda sanitaria	Hospice		Anno 2004			Anno 2005			Anno 2006		
			posti letto	pazienti ricoverati	degenza media (gg)	posti letto	pazienti ricoverati	degenza media (gg)	posti letto	pazienti ricoverati	degenza media (gg)
Ausl Piacenza	Hospice di Borgonovo Val Tidone	Pubblico				10	7	20,1	10	149	16,6
Ausl Parma	Hospice Borgotaro	Pubblico				8	59	22,4	8	107	17,3
	Hospice Langhirano	Pubblico				12	25	21,6	12	57	38,9
	Hospice Fidenza	Privato accreditato	15	49	20,5	15	152	23,1	15	193	24,2
Ausl Reggio Emilia	Hospice Madonna dell'Uliveto di Albinea	Privato accreditato	12	189	21,4	12	207	20,2	12	204	20,6
Az.Osp.Un. Modena	Hospice Policlinico di Modena	Pubblico	10	253	11,0	10	286	12,7	10	297	12,5
Ausl Bologna	Hospice Chiantore Seragnoli	Privato accreditato	30	497	19,7	30	493	19,3	30	514	20,0
Ausl Imola	Hospice Castel San Pietro	Pubblico				12	148	17,9	12	217	17,0
Ausl Ferrara	Hospice Ado	Privato accreditato	12	230	16,5	12	207	20,1	12	200	19,5
Ausl Ravenna	Hospice Lugo	Pubblico	8	70	21,0	8	83	23,2	8	120	19,6
Ausl Forlì	Hospice Forlimpopoli	Pubblico	11	314	12,2	11	302	12,5	11	265	14,5
	Hospice Dovadola	Pubblico				8	12	20,5	8	108	22,9
Ausl Cesena	Hospice Savignano sul Rubicone	Pubblico	12	218	18,6	12	246	16,6	12	233	25,0
Ausl Rimini	Hospice Rimini	Pubblico	10	179	16,4	10	162	17,7	10	195	15,1
<b>Totale</b>			<b>120</b>	<b>1.999</b>	<b>16,9</b>	<b>170</b>	<b>2.389</b>	<b>17,8</b>	<b>170</b>	<b>2.859</b>	<b>19,0</b>

Nel 2007 è stato attivato anche l'Hospice Bellaria (Azienda Usl di Bologna) con 13 posti letto ed è prevista l'attivazione dell'hospice di Codigoro (Azienda Usl di Ferrara) con 11 posti letto.

## Servizi per le demenze senili

Interventi per garantire una diagnosi tempestiva, offrire sostegno e cura alle persone colpite da demenza ed ai loro familiari durante tutto l'arco della malattia (che può superare i 10 anni), a domicilio o nelle strutture preposte: questo è l'obiettivo del "progetto regionale demenze senili", approvato dalla Giunta regionale con la delibera n. 2581 nel 1999.

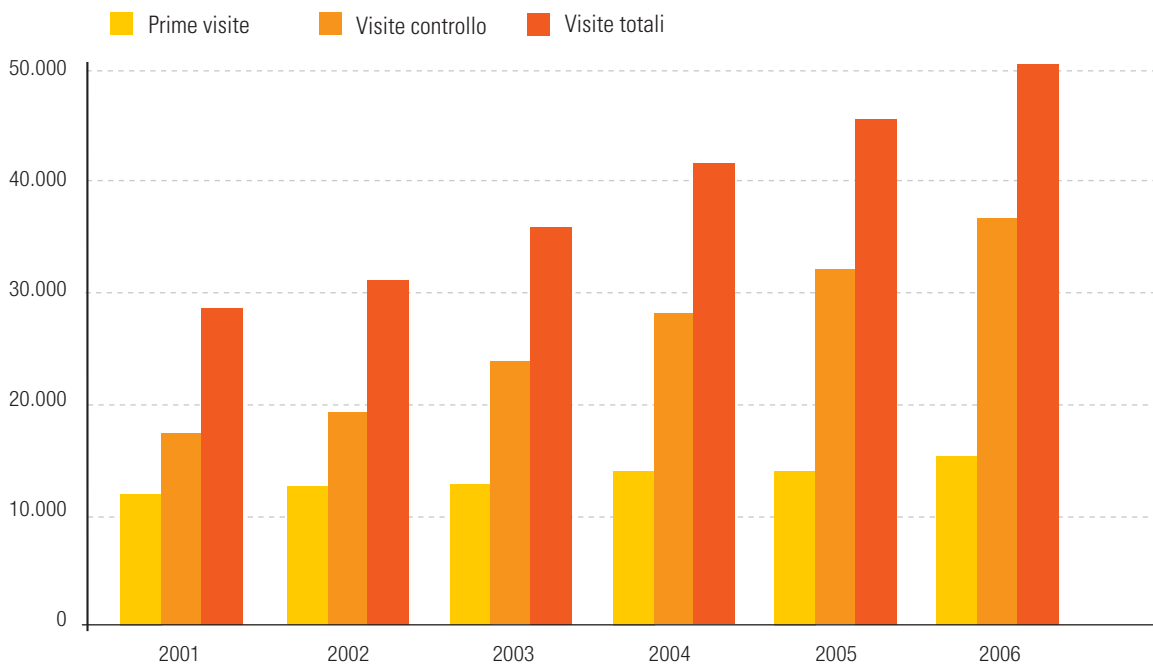
L'assistenza è costituita da un sistema a rete che coinvolge le Aziende Usl, le Amministrazioni locali, le associazioni dei familiari, il volontariato. In tutta la regione sono 47 le strutture delle Aziende Usl specializzate per la diagnosi e la cura delle demenze senili: 4 a Piacenza, 3 a Parma, 7 a 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.

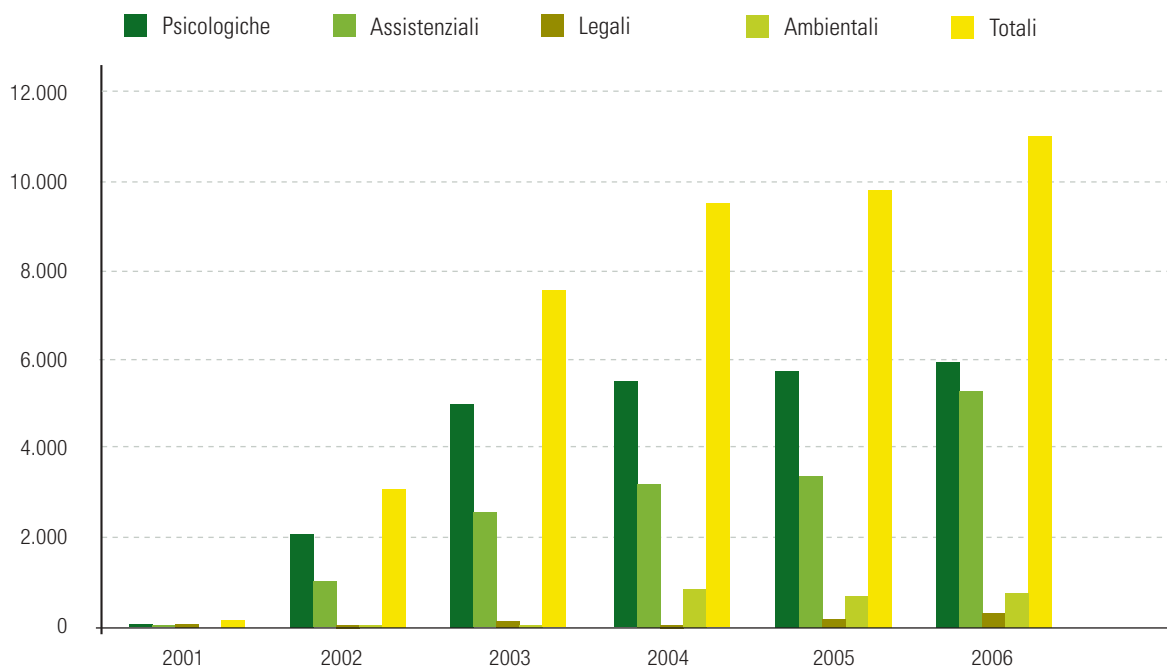
La cura dell'Alzheimer (principale causa di demenza senile) prevede interventi diversi: farmacologici, di stimolazione cognitiva, sostegno psicologico e gruppi di aiuto per i familiari, corsi formativi e informativi per familiari e operatori, consulenze specialistiche. Nel 2006 le strutture specializzate hanno effettuato 50.784 visite (45.088 nel 2005), che hanno interessato, oltre alle persone già seguite negli anni precedenti, 14.668 nuovi utenti.

Le consulenze specialistiche, sempre nel 2006, sono state 11.893 (9.758 nel 2005).

### VISITE Anni 2001-2006



### CONSULENZE SPECIALISTICHE AI FAMIGLIARI Anni 2001-2006



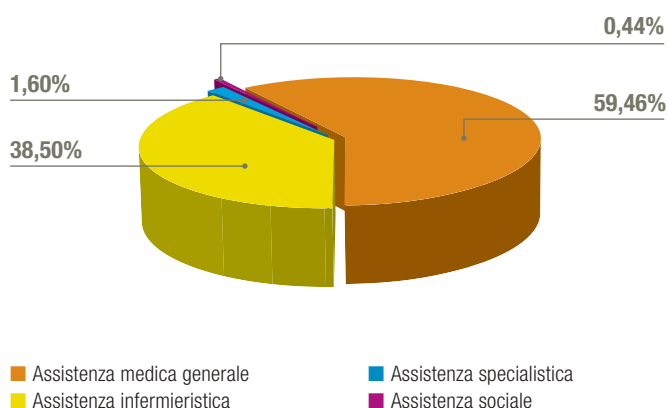
# Assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare in Emilia-Romagna ha registrato una crescita particolarmente significativa negli ultimi anni. Al 31 dicembre 2006 le persone assistite sono state 87.462, mentre nel 2001 sono state 55mila (nel 2005 84mila). Il sistema delle cure domiciliari è finalizzato ad assistere ammalati

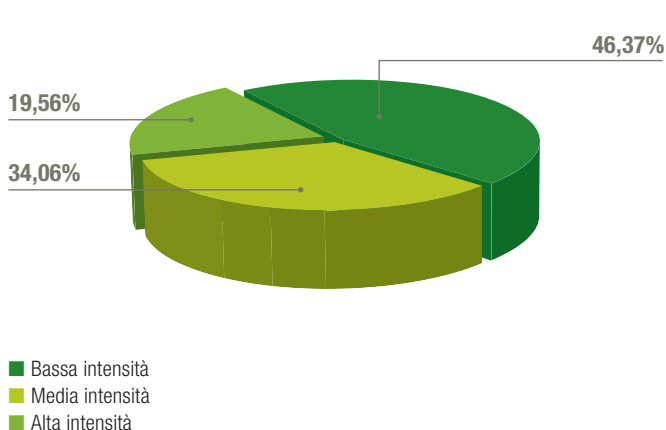
non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza con condizioni trattabili a domicilio. Con questa forma di assistenza si punta ad evitare il ricorso improprio al ricovero, assicurando alla persona la continuità assistenziale nel proprio ambiente di vita.

## Assistiti Anno 2006: 87.462

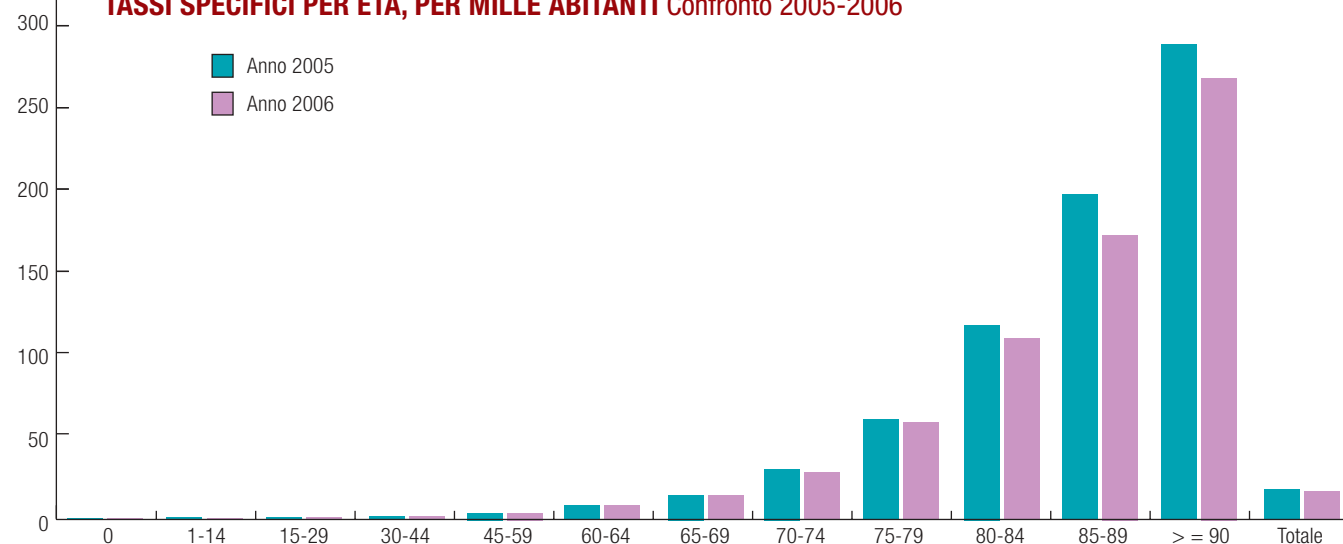
**TIPOLOGIA DI ASSISTENZA DOMICILIARE Anno 2006**



**LIVELLI DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE Anno 2006**



**TASSI SPECIFICI PER ETÀ, PER MILLE ABITANTI Confronto 2005-2006**



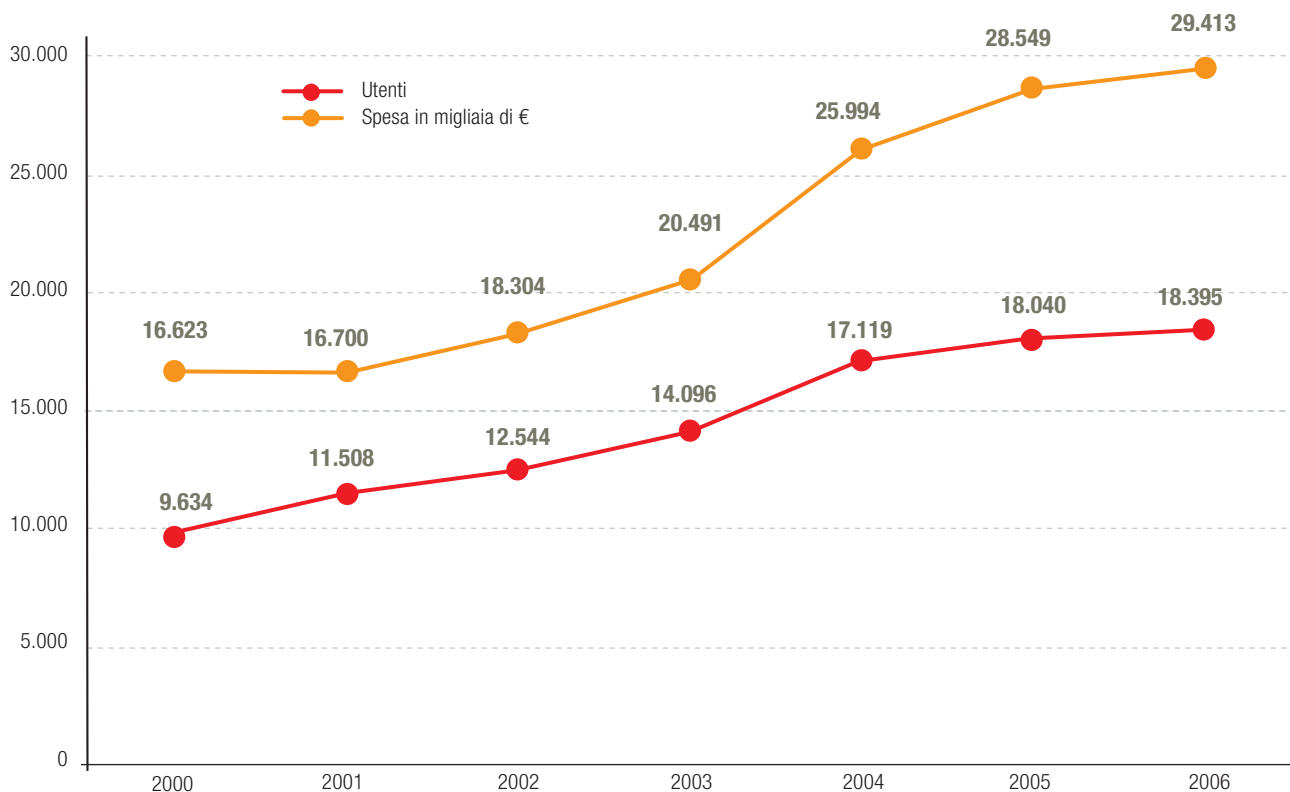
## Assegni di cura

Nel 2006, pur registrando un contenuto aumento del numero delle famiglie che usufruiscono dell'assegno di cura per assistere casa i loro congiunti ammalati, disabili o non autosufficienti, è stata tuttavia confermata la ormai storica tendenza alla crescita. L'aumento delle persone che hanno beneficiato dell'assegno è stato infatti del 1,9% rispetto all'anno precedente, mentre l'incremento delle risorse sanitarie e sociali messe

a disposizione dalla Regione per il 2006, è stato del 2,9%. In assoluto, i beneficiari degli assegni di cura sono quasi raddoppiati dal 2000 ad oggi, passando da 9.600 a 18.395, così come i finanziamenti, che sono passati negli ultimi sei anni da 16,6 a 29,4 milioni di euro (di cui 25,5 dal Fondo sanitario e 3,9 dal Fondo sociale e da risorse dei Comuni, questi ultimi con circa 1,7 milioni).

### Persone che hanno percepito l'assegno di cura nel 2006: 18.395

ASSEGNI DI CURA: UTENTI E SPESA Anni 2000-2006



# Assistenza specialistica ambulatoriale

Nel 2006 sono state erogate complessivamente 69.812.752 prestazioni specialistiche ambulatoriali, con una crescita rispetto al 2005 di circa 5 milioni di prestazioni (nel 2005 erano state complessivamente 64.947.896). Le prestazioni erogate sono per l'11,6% visite specialistiche, per il 9,6% prestazioni di diagnostica, per il 72,3% laboratorio, per il 3,2% riabilitazione, per il 3,3% prestazioni terapeutiche.

Come previsto dall'accordo Stato-Regioni del marzo 2006, l'Emilia-Romagna ha approvato, nel 2006, 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).

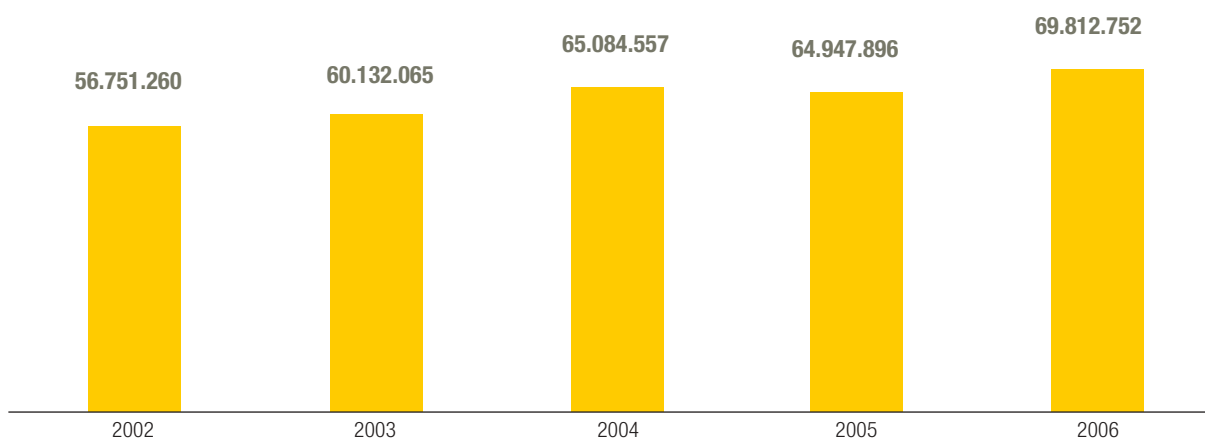
Per la specialistica sono state identificate 41 prestazioni raggruppate nelle aree oncologica, cardiovascolare, materno-infantile, geriatrica e 5 visite specialistiche di grande

impatto: visita dermatologica, oculistica, otorinolaringoiatrica, ortopedica, urologica.

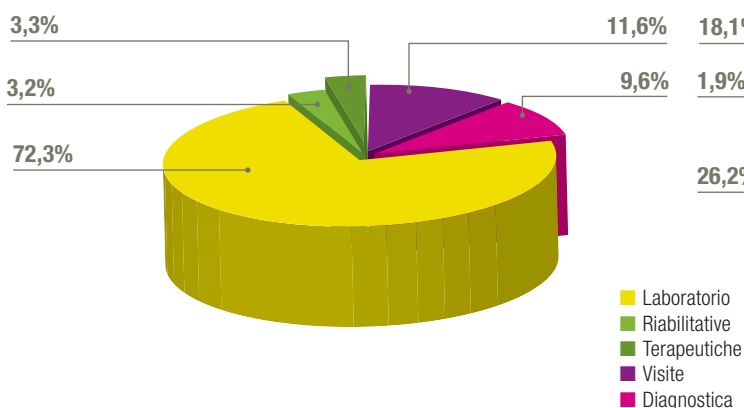
Il Piano riconferma i tempi massimi di attesa entro i quali le prestazioni devono essere erogate: 24 ore per le urgenze, 7 giorni per le urgenze differibili, 30 giorni per le prime visite, 60 giorni per le prestazioni strumentali di primo accesso. In particolare, il Piano regionale, per le 41 prestazioni 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 nuovo Piano regionale, in modo costante negli anni, il 25% delle visite erogate e il 17% delle prestazioni diagnostiche, fissando come obiettivo l'erogazione entro i tempi stabiliti nell'80% dei casi.

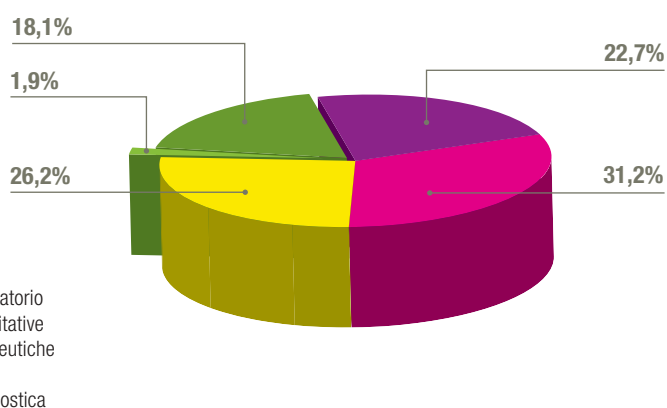
## PRESTAZIONI SPECIALISTICHE Anni 2002 - 2006



## TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI Anno 2006



## VALORI ECONOMICI DELLE PRESTAZIONI Anno 2006



## PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER TIPOLOGIA Anno 2006

		N. di prestazioni erogate	N. di prestazioni erogate %
<b>VISITE</b>			
	Prima visita	5.738.653	
	Visita di controllo	2.304.301	
	Osservazione breve intensiva	52.742	
	<b>Totale visite</b>	<b>8.095.696</b>	<b>11,60%</b>
<b>DIAGNOSTICA</b>			
	Diagnostica strumentale con radiazioni	2.700.092	
	Diagnostica strumentale senza radiazioni	3.648.386	
	Biopsia	66.935	
	Altra diagnostica	302.995	
	<b>Totale diagnostica</b>	<b>6.718.408</b>	<b>9,62%</b>
<b>LABORATORIO</b>			
	Prelievi	4.601.910	
	Chimica clinica	35.590.901	
	Ematologia/coagulazione	6.855.582	
	Immunoematologia e trasfusionale	177.497	
	Microbiologia/virologia	2.591.536	
	Anatomia ed istologia patologica	510.138	
	Genetica/citogenetica	113.815	
	<b>Totale laboratorio</b>	<b>50.441.379</b>	<b>72,25%</b>
<b>RIABILITAZIONE</b>			
	Riabilitazione diagnostica	137.078	
	Riabilitazione e rieducazione funzionale	1.379.058	
	Terapia fisica	596.812	
	Altra riabilitazione	111.208	
	<b>Totale riabilitazione</b>	<b>2.224.156</b>	<b>3,19%</b>
<b>PRESTAZIONI TERAPEUTICHE</b>			
	Radioterapia	346.000	
	Dialisi	422.465	
	Odontoiatria	138.590	
	Trasfusioni	18.903	
	Chirurgia ambulatoriale	302.726	
	Altre prestazioni terapeutiche	1.104.429	
	<b>Totale prestazioni terapeutiche</b>	<b>2.333.113</b>	<b>3,34%</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>		<b>69.812.752</b>	<b>100,00%</b>

## L'assistenza farmaceutica

Nel 2006 complessivamente la spesa farmaceutica a carico del Servizio sanitario regionale è cresciuta del 3,9%; in particolare la spesa territoriale (che è composta dalla farmaceutica convenzionata relativa alle farmacie aperte al pubblico e dall'erogazione diretta dei farmaci attuata dalle Aziende USL ed Ospedaliere) è incrementata del 3,2%, mentre la spesa ospedaliera in regime di ricovero è cresciuta del 6,1%.

Per quanto concerne il dato della spesa convenzionata l'incremento regionale rispetto al 2005 è stato dell'1,88% contro un dato nazionale del 4% (fonte: Rapporto nazionale dell'Osservatorio sui medicinali - OSMED, anno 2006).

Tale incremento della spesa farmaceutica, relativamente contenuto, è stato per la maggior parte conseguenza di manovre di riduzione dei prezzi dei farmaci approvate dal livello nazionale (AIFA). A tal proposito, si evidenzia che la riduzione di spesa dei farmaci in dimissione riportata in tabella è un effetto legato esclusivamente alle dinamiche

dei prezzi, in quanto in termini di volumi l'erogazione è costante.

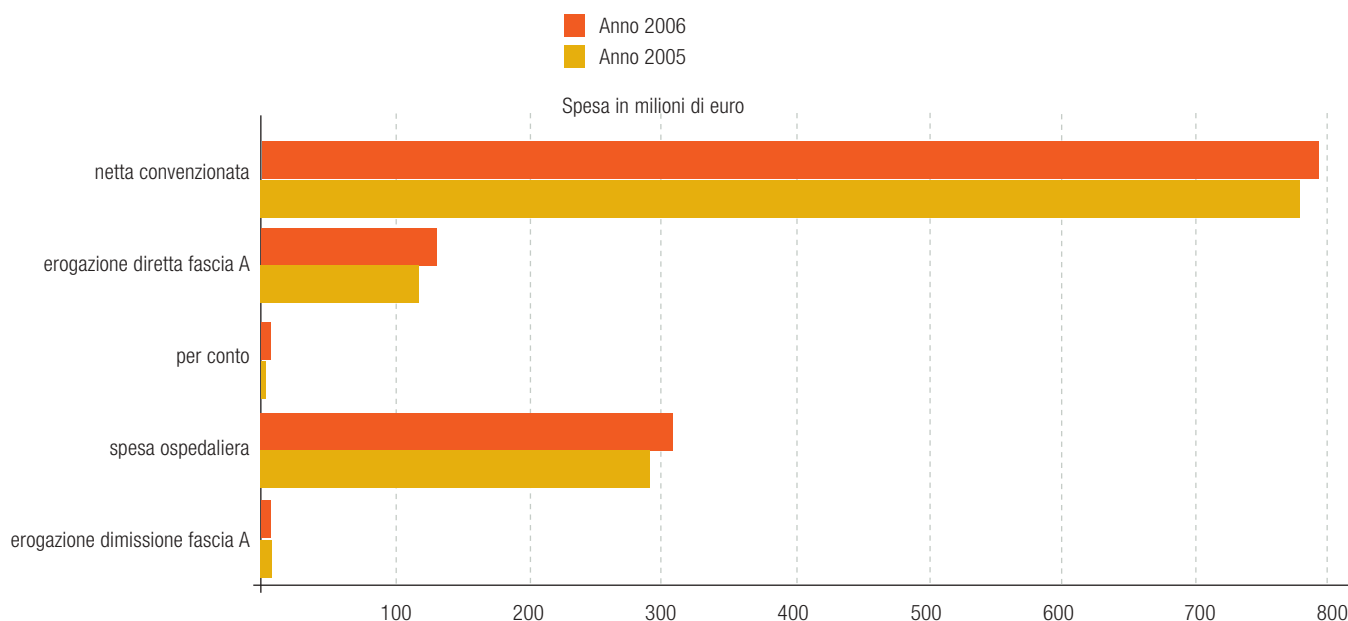
Analizzando i consumi nel 2006 si registra un incremento complessivo del 6,7%, ed in maggior misura a livello territoriale (+7,4%) nel quale rientra una maggiore attività di erogazione diretta attraverso la distribuzione per conto (distribuzione di farmaci acquistati dalle Ausl ed erogati per conto di queste dalle farmacie convenzionate), ma nel quale continua ad essere significativa anche la distribuzione diretta erogata ai cittadini tramite i servizi farmaceutici delle Aziende sanitarie (il 16% della spesa convenzionata).

Il consumo dei farmaci ospedalieri è cresciuto del 1,4%, ed il relativo incremento di spesa è attribuibile ad un maggior utilizzo, rispetto all'anno precedente, di farmaci innovativi e più costosi per la cura di patologie cronico-degenerative quali quelle oncologiche, neurologiche e reumatologiche.

### SPESA PER TIPOLOGIA E VARIAZIONE PERCENTUALE Anni 2005-2006

	2005	2006	variazione %
Spesa netta farmaceutica convenzionata	778.737.436	793.383.348	1,88%
Spesa erogazione diretta al cittadino farmaci fascia A	118.187.244	132.113.955	11,78%
di cui per conto attraverso le farmacie convenzionate	3.048.790	6.738.808	121,03%
<b>Totale spesa farmaceutica territoriale</b>	<b>896.924.679</b>	<b>925.497.303</b>	<b>3,19%</b>
<b>Spesa farmaceutica ospedaliera</b>	<b>290.561.302</b>	<b>308.299.248</b>	6,10%
di cui erogazione in dimissione farmaci fascia A	8.718.230	7.235.280	-17,01%
<b>Spesa farmaceutica regionale complessiva</b>	<b>1.187.485.981</b>	<b>1.233.796.551</b>	<b>3,90%</b>

### RIPARTIZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA TOTALE PER TIPOLOGIA Anni 2005-2006



### La spesa farmaceutica convenzionata pro-capite: Emilia-Romagna e Italia

Viene confermato anche nel 2006 il minor costo pro-capite della spesa farmaceutica convenzionata rispetto al dato nazionale: 178 euro contro 209,8 (nel 2005 era stata di 190,8 contro 204,8).

## Servizi per la salute mentale

La tutela della salute mentale si articola in attività di prevenzione, cura, riabilitazione, reinserimento sociale rivolte alle persone in tutte le età della vita. Le Aziende Usl, gli Enti locali, il volontariato, il privato sociale, sono coinvolti in questo processo, il cui coordinamento è garantito dai Dipartimenti di salute mentale, presenti in ogni Azienda Usl, che aggregano le unità operative di psichiatria adulti, di neuropsichiatria infantile e, nella maggior parte delle Aziende Usl, le unità operative SerT. La rete dei servizi prevede anche risposte a nuovi bisogni assistenziali quali, ad esempio, i disturbi del comportamento alimentare ed i disturbi dello spettro autistico.

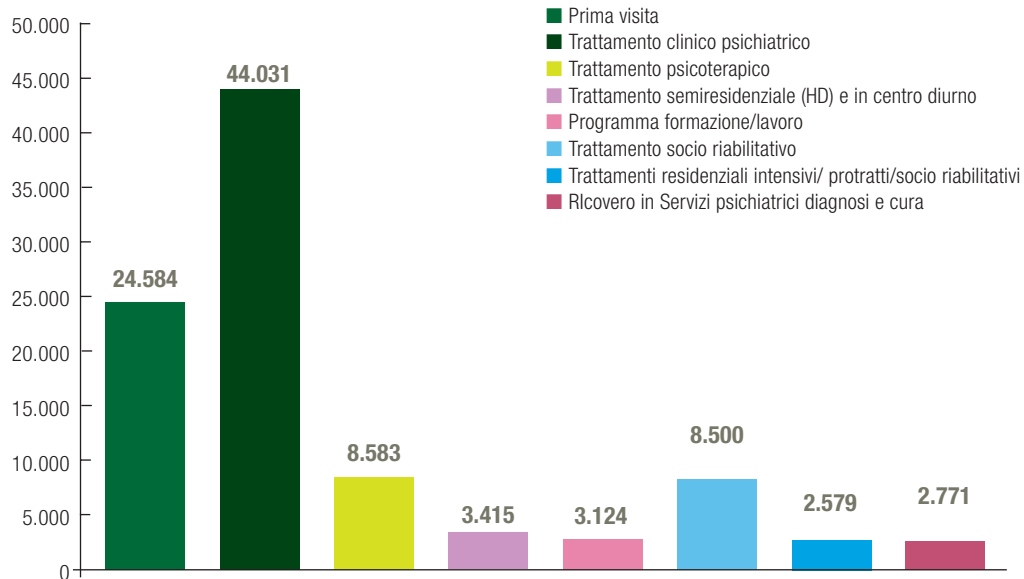
Nel 2006 sono state avviate attività per qualificare ulteriormente i compiti ed i servizi, culminate in un percorso di lavoro congiunto con l'intera rete dei soggetti coinvolti che si concluderà con l'organizzazione della 2° Conferen-

za regionale sulla salute mentale (prevista per i prossimi mesi), che approverà il piano attuativo degli interventi per gli anni 2008-2010.

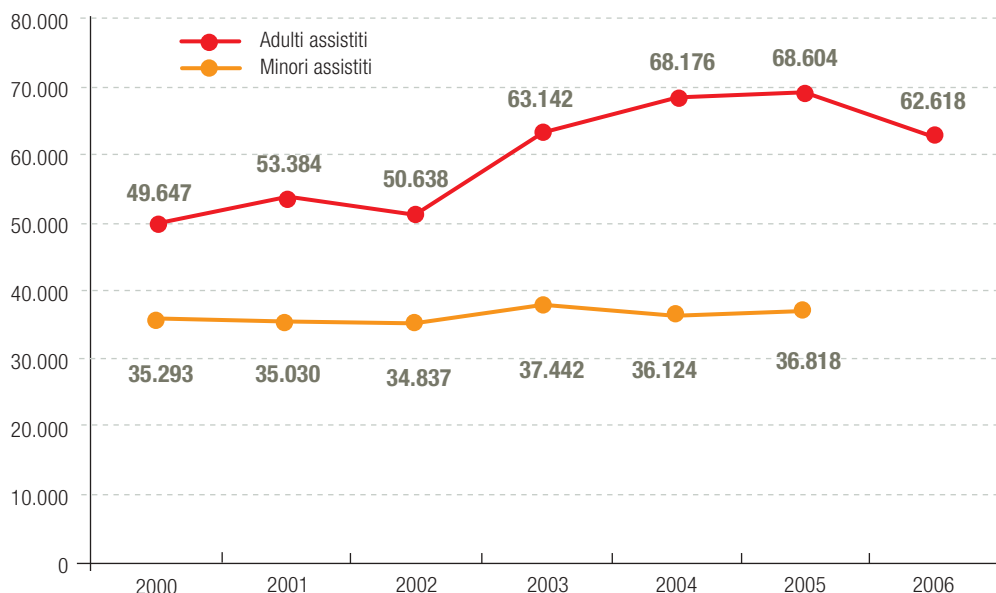
Durante l'anno è inoltre proseguito il progetto regionale "G. Leggieri" che prevede uno stretto raccordo tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e Dipartimenti di salute mentale per una presa in carico globale della persona con disturbi psichici.

Negli ultimi anni il numero di persone assistite dai Servizi di salute mentale è cresciuto: i minori sono passati da 35.293 nel 2000 a 36.818 nel 2005 (ultimo dato disponibile); gli adulti sono passati da 49.647 nel 2000 a 62.618 nel 2006. A partire dal 2006 è a regime il nuovo sistema informativo salute mentale costruito su base individuale che spiega la leggera flessione del dato di attività riferito al 2006.

### PRINCIPALI INTERVENTI EROGATI Anno 2006



### ADULTI E MINORI ASSISTITI Anni 2000-2006



# Servizi per le tossicodipendenze

L'assistenza alle persone con dipendenza da sostanze stupefacenti e da alcol e alle loro famiglie è assicurata attraverso un sistema integrato che coinvolge i SerT (Servizi per le tossicodipendenze) delle Aziende Usl, gli Enti locali, il privato sociale e il volontariato. Gli interventi comprendono la definizione di percorsi specifici per la cura e per la riabilitazione sociale e lavorativa della persona. Il profilo delle persone con tossicodipendenza è radicalmente mutato nel tempo: indagini e dati di attività testimoniano che sempre di più si tratta di policonsumatori e che l'abuso di sostanze non è necessariamente legato a situazioni di disagio sociale. L'eroina resta la sostanza primaria di abuso per gli utenti

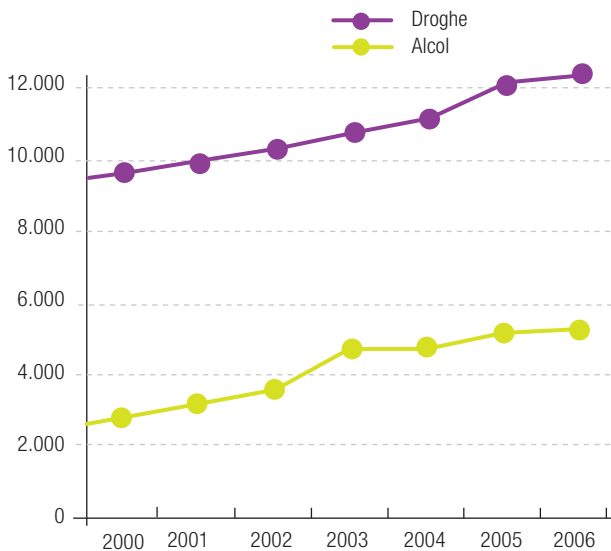
del SerT, che, nel 2006, sono stati 8.998 sugli oltre 12.400 utenti complessivi.

Sono comunque in forte aumento le persone che si rivolgono ai SerT per il consumo di cocaina, che in sei anni sono più che raddoppiate, passando da 613 del 2000 a 1.972 del 2006.

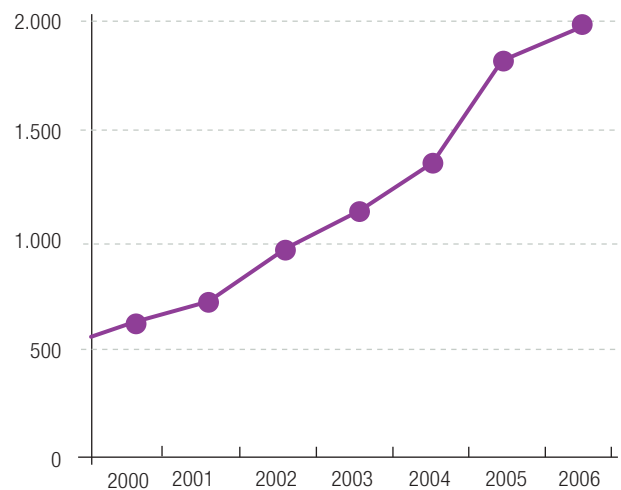
La Regione, con delibera di Giunta 1533/2006, ha approvato un progetto che detta le linee di indirizzo per adeguare la capacità di risposta del sistema dei servizi ai nuovi fenomeni connessi all'uso di sostanze stupefacenti.

L'area dipendenze patologiche ha un proprio sito internet: [www.regione.emilia-romagna.it/dipendenze](http://www.regione.emilia-romagna.it/dipendenze)

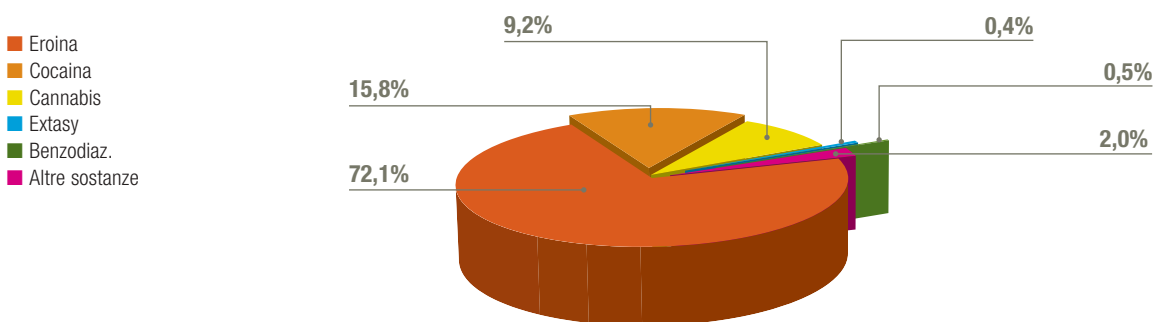
**PERSONE CON DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI E ALCOL IN TRATTAMENTO PRESSO I SERT Anni 2000-2006**



**PERSONE CON DIPENDENZA DA COCAINA IN TRATTAMENTO PRESSO I SERT Anni 2000-2006**



**PERSONE CON TOSSICODIPENDENZA IN TRATTAMENTO PRESSO I SERT PER SOSTANZA PRIMARIA D'ABUSO Valori %, Anno 2006**



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

La rete consultoriale presenta 214 Consultori familiari di cui 29 Spazi giovani e 16 Spazi per le donne immigrate e i loro bambini, dove è sempre presente una mediatrice culturale.

Dal 1995 al 2006 le attività registrano un aumento del 16% e le/gli utenti un aumento del 12%. Tra il 2005 e il 2006 i dati registrano una sostanziale stabilità.

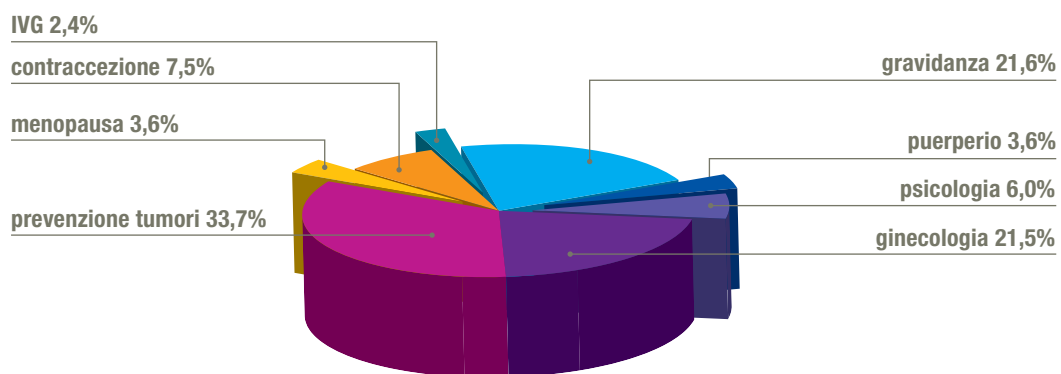
Nel 2006, compresi i pap test di screening che hanno riguardato 230.197 donne, le/gli utenti sono stati 452.891, di cui il 17,6% persone immigrate (percentuale calcolata escludendo le donne che hanno eseguito il pap test, in quanto il dato non è disponibile).

Nel 2006 le prestazioni mostrano una prevalenza di quelle relative alla diagnosi precoce dei tumori femminili (pap

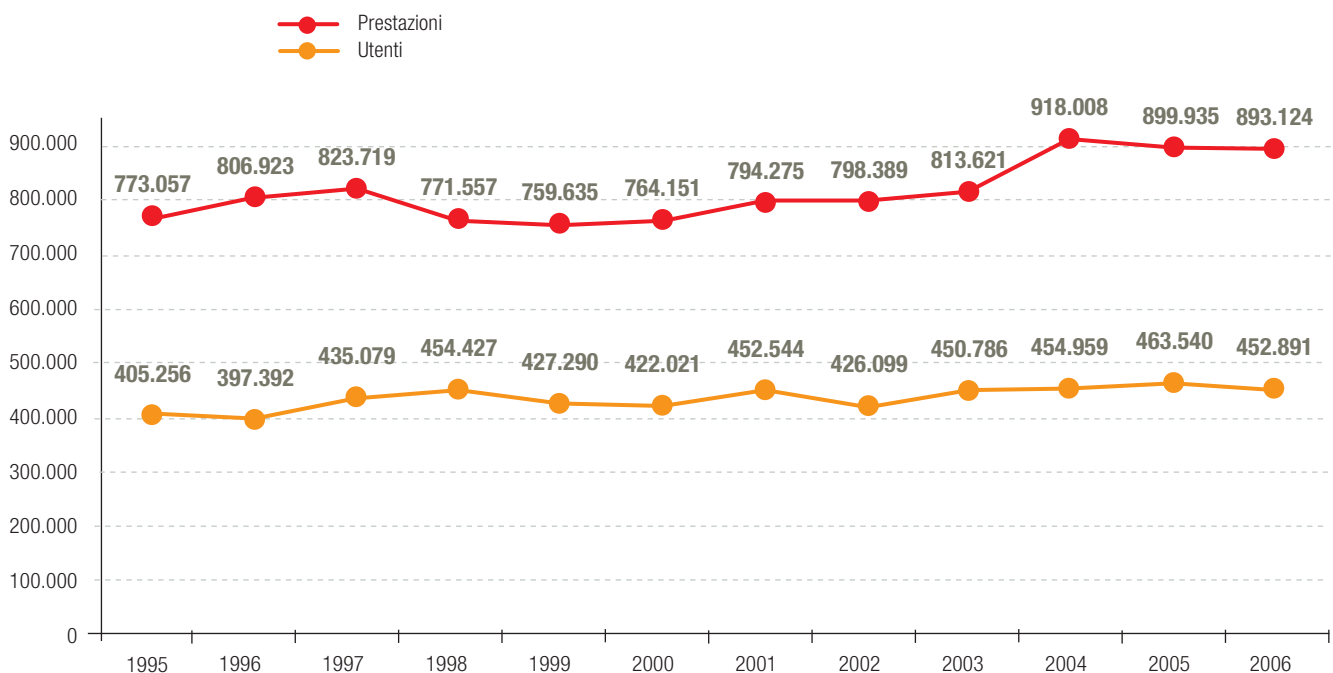
test, colposcopie, visite senologiche), che rappresentano quasi il 34% del totale. Segue poi l'assistenza alla gravidanza (21,6%) e le prestazioni di specialistica ginecologica (21,5%). L'assistenza alla gravidanza ha registrato un aumento dal 1995 del 120% (sia donne con cittadinanza italiana sia donne straniere, passate da 740 nel 1995 a 7.472 nel 2006). Le attività di certificazione per l'interruzione volontaria di gravidanza rappresentano il 2% delle prestazioni.

L'attività consultoriale è anche costituita dall'attività di educazione sanitaria rivolta in prevalenza all'area nascita (circa 13.000 donne/coppie seguite nel 2006) e dall'attività di educazione sessuale e prevenzione AIDS rivolta agli adolescenti (circa 37.456 tra ragazzi e adulti).

### AREE DI ATTIVITÀ DEI CONSULTORI FAMILIARI Anno 2006



### ATTIVITÀ DEI CONSULTORI FAMILIARI: UTENTI E PRESTAZIONI Anni 1995-2006



# Donazioni e trapianti di organi, tessuti e cellule

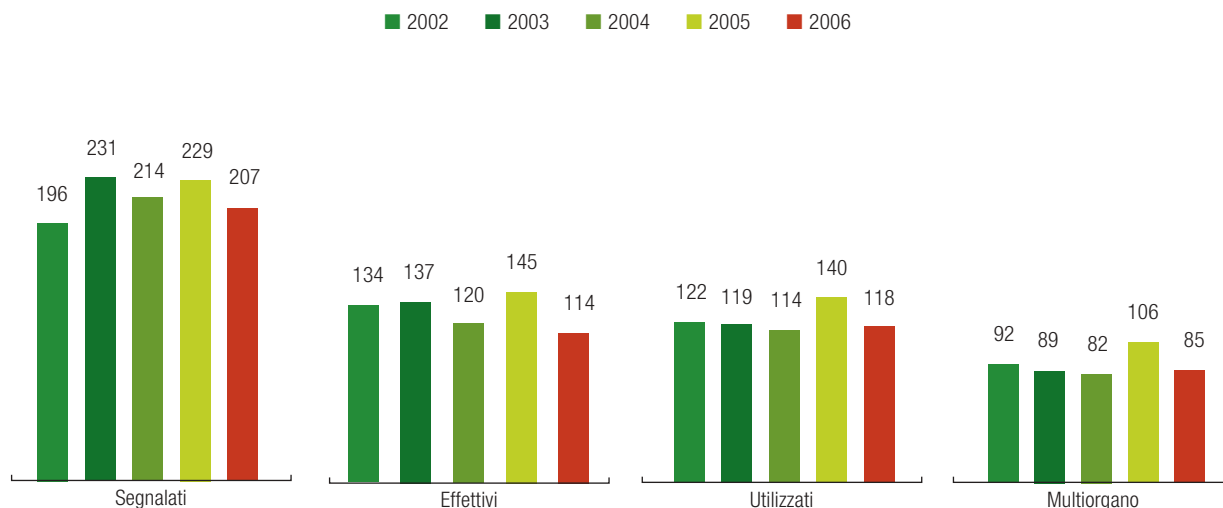
## Donazioni

Anche nel 2006 l'Emilia-Romagna si è confermata al di sopra della media europea ed italiana per numero di donatori effettivi che sono stati 29,6 per milione di abitanti (21,6 il dato nazionale). Rispetto al 2005 si è registrata una flessione dei donatori dovuta alla diminuzione del numero delle persone decedute con lesioni encefaliche nelle terapie intensive regionali (- 63 nel 2006 rispetto al 2005). Nel territorio dell'Associazione Interregionale Trapianti (AIRT) che sarà guidata, fino al 2009, dalla Regione Emilia-Romagna, i donatori effettivi sono stati 26,9 per milione

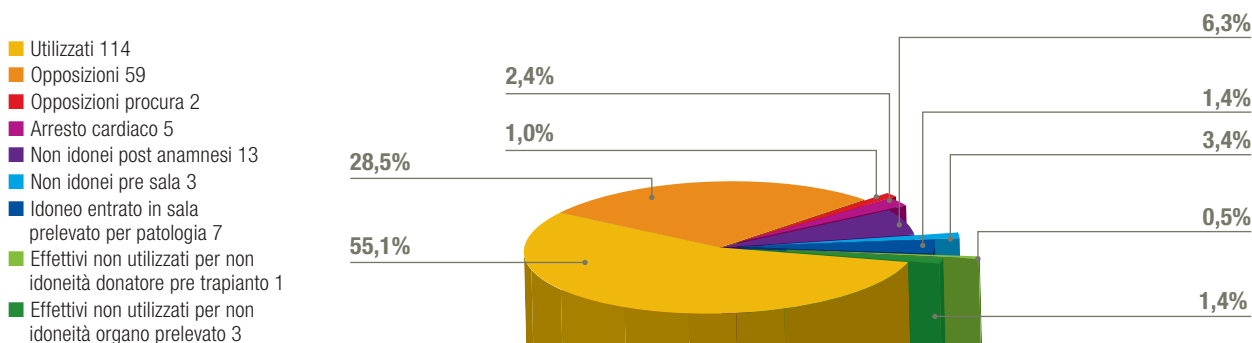
di abitanti; un valore che porta l'AIRT al primo posto nel confronto con le altre due associazioni interregionali, il Nord Italia Transplant program (NITp) e l'Organizzazione Centro Sud Trapianti (OCST).

Le attività di sensibilizzazione dei cittadini sull'importanza della donazione sono portate avanti dalla campagna informativa regionale "Una scelta consapevole", coordinata dal Centro Riferimento Trapianti Emilia-Romagna (CRT-ER), con la partecipazione delle Aziende sanitarie, delle associazioni di volontariato e dei pazienti.

### DONATORI SEGNALATI, EFFETTIVI, UTILIZZATI E MULTIORGANO IN EMILIA-ROMAGNA Anni 2000-2006



### POTENZIALI DONATORI SEGNALATI IN EMILIA-ROMAGNA NEL 2006



## Trapianti

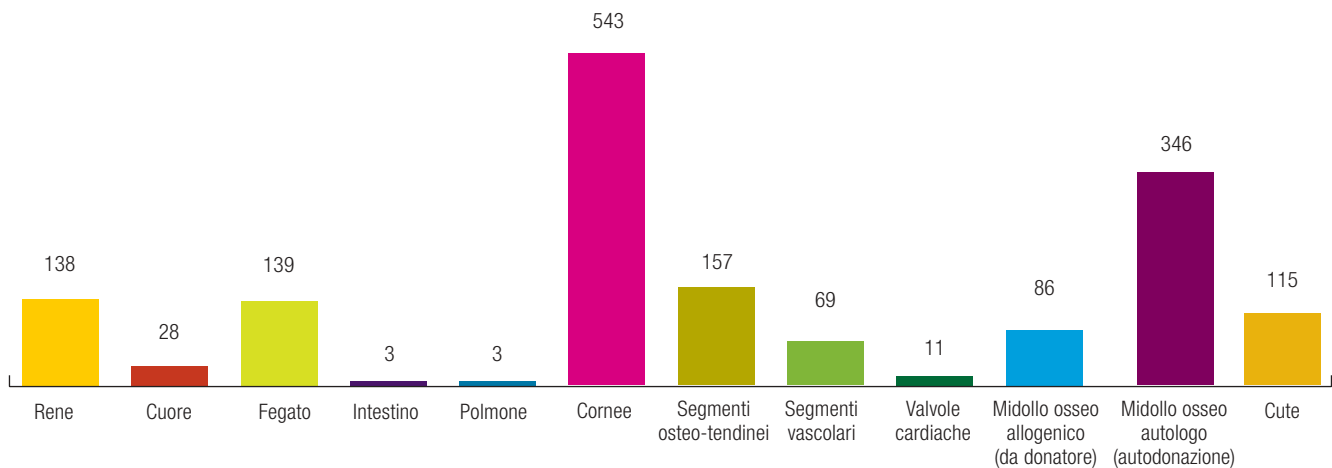
Nel 2006 sono stati 311 i trapianti di organi di cui 9 da donatore vivente. I trapianti di fegato sono stati 139, pari a 34,4 per milione di abitanti, un dato che supera i livelli di eccellenza mondiale raggiunti in Spagna. E anche per i trapianti di rene (32,9 per milione di abitanti) e di cuore (7,0) i risultati ottenuti sono superiori alla media nazionale. Il follow up dei pazienti trapiantati a breve, medio e lungo termine, è sovrapponibile ai migliori risultati ottenuti a livello internazionale.

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

La lista unica per il trapianto di rene ha reso il processo di donazione-trapianto equo e trasparente perché assicura per ogni donazione l'allocazione al ricevente più compatibile indipendentemente dalla sede d'iscrizione (Bologna, Parma, Modena).

La lista unica per il trapianto di fegato permette di assicurare il trapianto all'ammalato in condizioni cliniche più gravi indifferentemente se iscritto a Bologna o a Modena. Il sistema regionale donazioni e trapianti di organi e tessuti ha un proprio sito internet: [www.saluter.it/trapianti//](http://www.saluter.it/trapianti//)

### TRAPIANTI DI ORGANI, CELLULE E TESSUTI IN EMILIA-ROMAGNA Anno 2006



### Pazienti iscritti in lista di attesa al 31.12.2006

I pazienti iscritti in lista di attesa al 31 dicembre 2006 erano 1.734 per il trapianto di rene, 502 per il trapianto di fegato, 65 per il trapianto di cuore, 14 per il trapianto di intestino multiviscerale, 2 per il trapianto di polmone. Positivi i risultati sui tempi di attesa per il trapianto di rene, 2,7 anni (3,03 anni il dato nazionale) e per il trapianto di

cuore, 1,21 anni (2,33 anni la media in Italia). Per il trapianto di fegato i tempi di attesa sono di 2,07 anni (1,84 anni in Italia), un dato superiore alla media nazionale anche perché in Emilia-Romagna è iscritto il 29% di tutti i pazienti italiani in lista di attesa per questo tipo di trapianto.

## Raccolta e consumo di sangue

Nel 2006, come l'anno precedente, l'Emilia-Romagna ha raggiunto l'autosufficienza regionale ed ha contribuito al fabbisogno nazionale trasferendo oltre 15 mila unità di sangue alle Regioni carenti. Le unità di sangue intero raccolte sono state 248.764 (+0,6% rispetto al 2005) e le unità di sangue consumate sono state 234.629 (+ 1,1%). Una parte importante del sistema sangue è quella relativa alla raccolta del plasma che ha registrato, rispetto al 2005, un incremento del 4%. L'andamento della raccolta, negli ultimi 6 anni, è in costante crescita (da 226.875 a 248.764). Negli stessi anni, il trasferimento di unità di sangue alle Regioni carenti è passato da

13.709 a 15.115. Risultati raggiunti anche grazie al costante impegno delle Associazioni di volontariato Avis e Fidas/Advs nel coinvolgere donatori che sono stati, nel 2006, oltre 163.500.

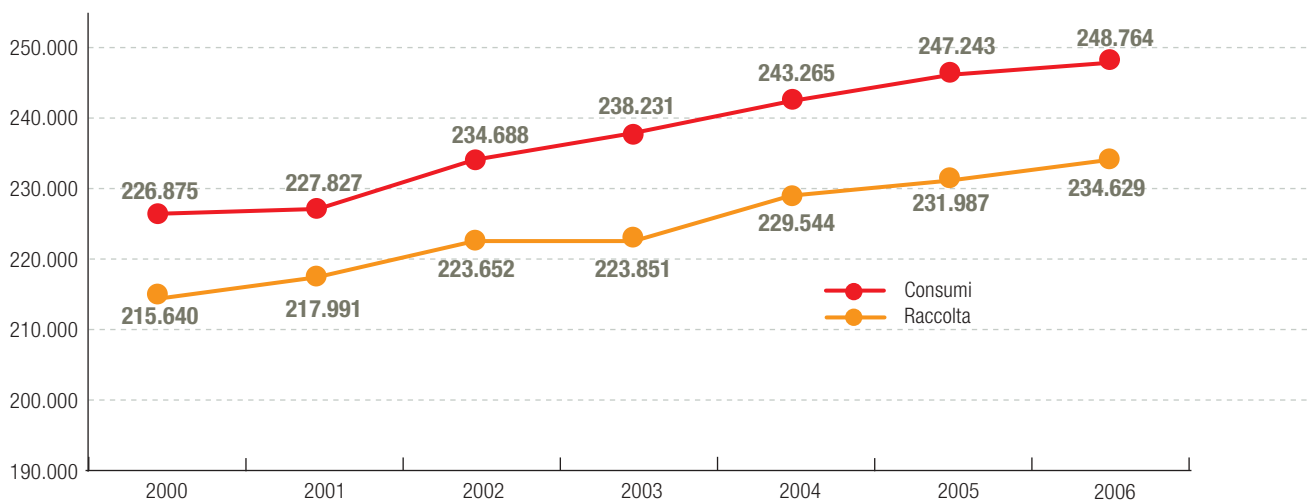
Il Piano sangue e plasma consolida e sviluppa il sistema sangue regionale. Prevede lo sviluppo dell'integrazione delle strutture trasfusionali per razionalizzare e meglio governare le attività di raccolta e produzione di emocomponenti e plasmaderivati. Prevede inoltre il rafforzamento dell'integrazione tra tutti i soggetti coinvolti nel Sistema sangue. Sito internet: [www.donaesangue.it](http://www.donaesangue.it).

### RACCOLTA E CONSUMO SANGUE (UNITÀ ROSSE) Confronto Anni 2006-2005

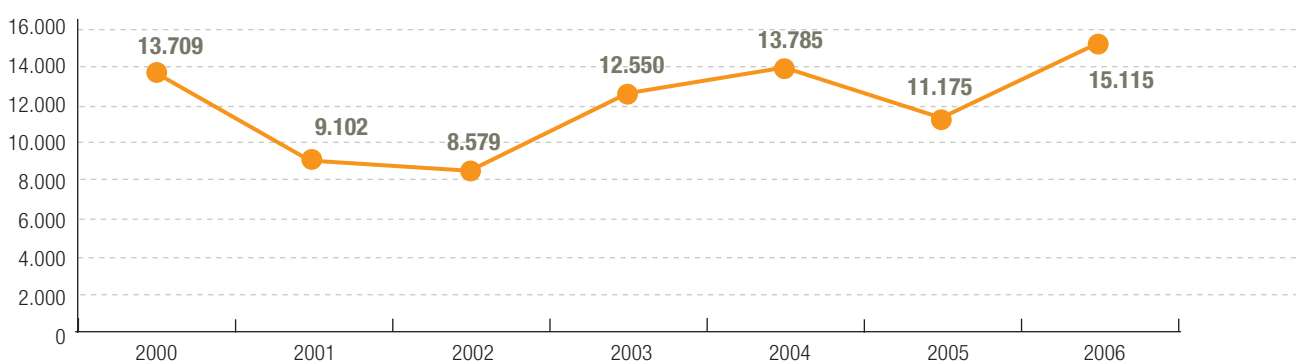
Programmi:	raccolta 2006	raccolta 2005	differ. % 06-05	obiettivo raccolta 2006	consumi 2006	consumi 2005	% 06-05	obiettivo consumi 2006
Piacenza	14.931	14.974	-0,3	14.870	15.334	14.611	4,9	15.100
Parma	28.218	27.703	1,9	27.876	24.010	22.408	7,1	21.843
Reggio Emilia	23.690	23.169	2,2	22.650	17.815	17.908	-0,5	18.250
Modena	36.045	38.222	-5,7	38.200	31.389	29.918	4,9	29.000
Bologna	63.335	61.329	3,3	60.000	72.470	73.004	-0,7	72.350
Ferrara	21.547	20.931	2,9	20.000	22.832	21.944	4,0	21.600
Ravenna	29.404	29.488	-0,3	29.762	23.679	23.733	-0,2	22.303
DITI*	31.594	31.427	0,5	30.000	27.100	28.461	-4,8	29.000
TOTALE	248.764	247.243	0,6	243.358	234.629	231.987	1,1	229.446

\*Dipartimento Interaziendale di Forlì, Cesena, Rimini.

### ANDAMENTO RACCOLTA E CONSUMO SANGUE (UNITÀ ROSSE) Anni 2000-2006



### ANDAMENTO TRASFERIMENTO SANGUE (UNITÀ ROSSE) AD ALTRE REGIONI Anni 2000-2006



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

**S**ono tre i programmi di screening attivi in Emilia-Romagna: prevenzione e diagnosi precoce dei tumori della mammella (rivolto alle donne dai 50 ai 69 anni, 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 2006 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 70,5% per la mammografia, il 52,4% per il pap test. A livello nazionale, l'adesione è di 60,9% per la mammografia e il 36,7% per il pap test. L'attenzione delle donne alla prevenzione è dimostrata anche dalla loro abitudine ad eseguire questi esami: lo studio nazionale PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), basato su interviste telefoniche condotte nel 2005, ha rilevato che in regione l'83% delle

donne tra i 25 e i 64 anni riferisce di avere effettuato il pap test negli ultimi 3 anni, mentre l'80% 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.regione.emilia-romagna.it/screening/](http://www.regione.emilia-romagna.it/screening/)

## Il programma di screening dei tumori del colon-retto

È stato avviato su tutto il territorio regionale nel marzo 2005 con l'obiettivo di completare le chiamate entro il marzo 2007. Rispetto agli inviti previsti entro la fine del 2006 (922.000 donne e uomini), la percentuale delle persone effettivamente invitate è del 91,9%. Sempre al dicembre 2006, la percentuale di adesione, che risulta pari al 45,6%, calcolata su tutte le persone invitate dall'inizio dello screening, risulta superiore nelle donne (47,3%) rispetto agli uomini (43,7%). A livello nazionale è del 46,5%.

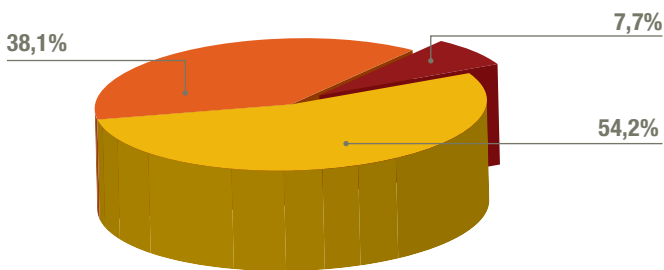
In Italia, solo il 31,6% dei 50-69enni è interessato da un programma organizzato di screening dei tumori del colon-retto. Due sono le Regioni che hanno attivato lo screening su tutto il territorio nel 2005: l'Emilia-Romagna e la Basilicata; nel 2006 si sono aggiunte la Lombardia e la Valle d'Aosta.

Il programma ha un sito internet: [www.saluter.it/colon](http://www.saluter.it/colon)

### SCREENING DEI TUMORI DEL COLLO DELL'UTERO: partecipazione al programma nel triennio 2004-2006

Popolazione interessata: donne dai 25 ai 64 anni (1.185.830 al 31 dicembre 2006)

■ popolazione aderente allo screening\*   ■ Popolazione invitata non aderente°   ■ Popolazione da interessare^



\*Popolazione aderente allo screening: donne che hanno eseguito il pap test di screening negli ultimi tre anni.

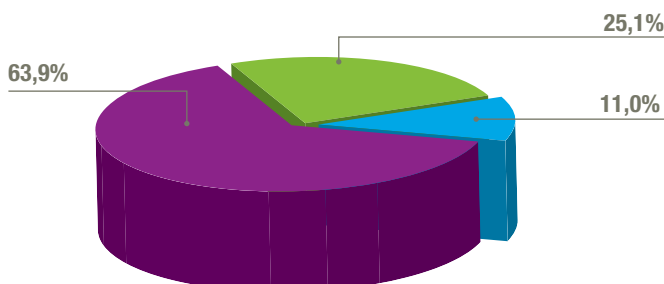
° Popolazione invitata non aderente: in gran parte, esegue il pap test al di fuori del programma di screening, come dimostra lo studio PASSI.

^ Popolazione da interessare: donne ancora da invitare (25enni, immigrate) o da re-invitare per il successivo pap test (dopo tre anni).

### SCREENING DEI TUMORI DELLA MAMMELLA: partecipazione al programma nel biennio 2005-2006

Popolazione interessata: donne dai 50 ai 69 anni (539.282 al 31 dicembre 2006)

■ Popolazione aderente allo screening\*   ■ Popolazione invitata non aderente°   ■ Popolazione da interessare^



\*Popolazione aderente allo screening: donne che hanno eseguito la mammografia di screening negli ultimi due anni.

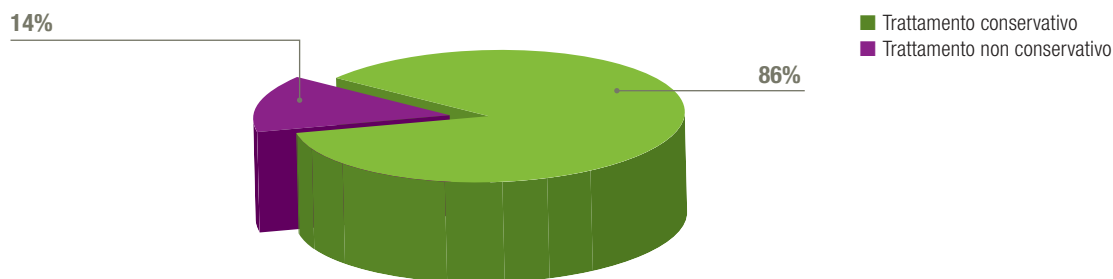
° Popolazione invitata non aderente: in effetti oltre la metà esegue la mammografia al di fuori del programma di screening, come dimostra lo studio PASSI.

^ Popolazione da interessare: donne ancora da invitare (50enni, immigrate) o da re-invitare per la successiva mammografia (dopo due anni).

## INTERVENTI CHIRURGICI CONSERVATIVI PER IL TUMORE ALLA MAMMELLA

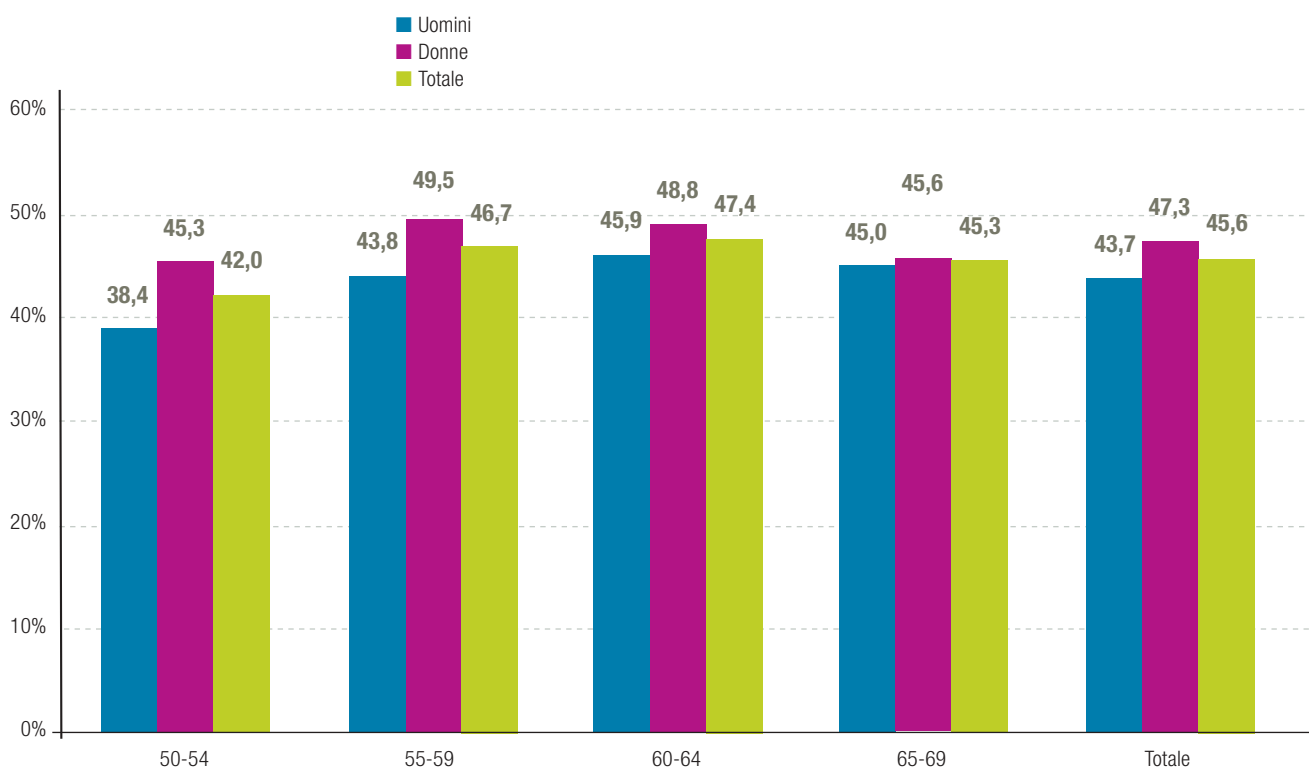
**N**ei casi in cui l'intervento chirurgico si renda comunque necessario, una particolare attenzione viene posta nel proporre e adottare appropriati trattamenti conservativi della mammella.

Gli ultimi dati disponibili (anno 2005) dimostrano che l'intervento conservativo raggiunge l'86% del totale.



## SCREENING DEI TUMORI DEL COLON-RETTO: adesione all'invito per classi di età e sesso dall'avvio del programma (marzo 2005 al 31 dicembre 2006).

Popolazione interessata: uomini e donne dai 50 ai 69 anni (1.049.602 al 31 dicembre 2006)

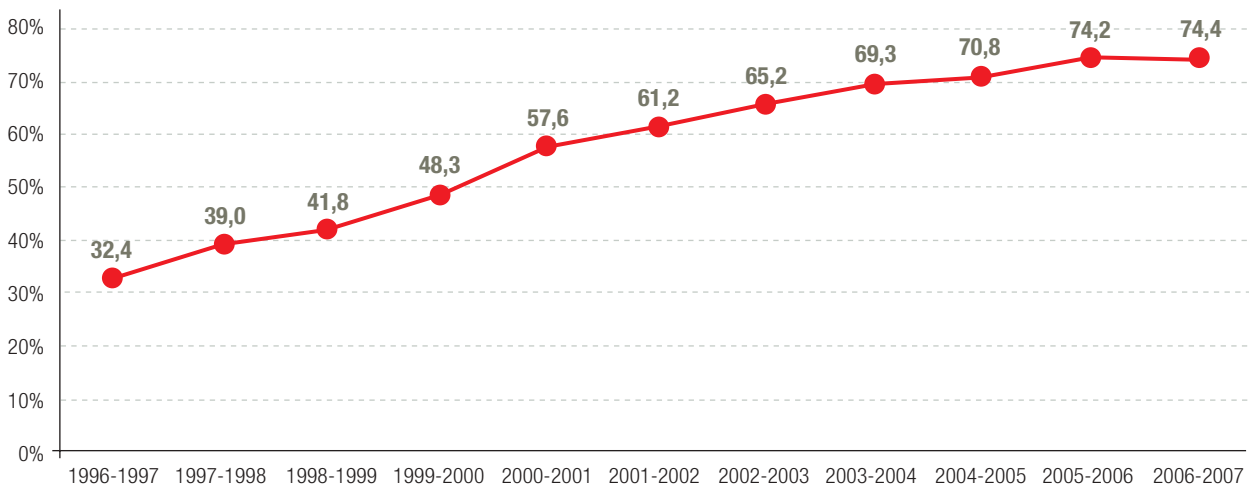


## La vaccinazione antinfluenzale

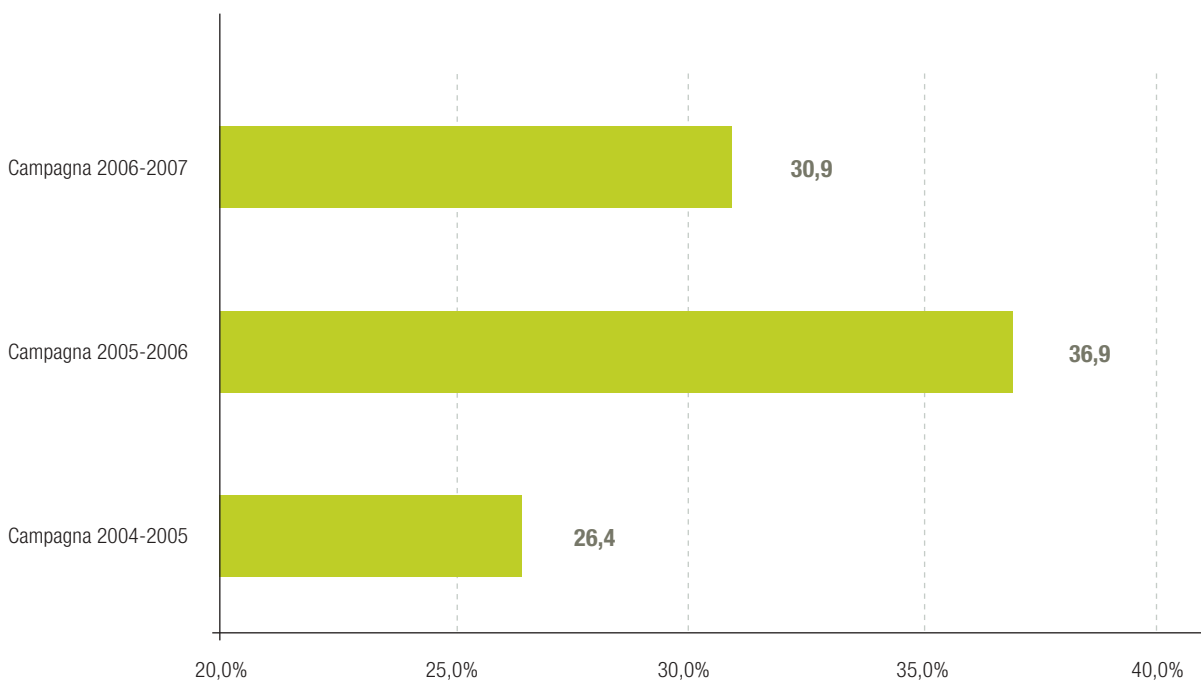
Il programma regionale per la vaccinazione antinfluenzale gratuita è rivolto alle persone di età superiore ai 65 anni, agli adulti e ai bambini con patologie croniche, agli operatori sanitari e agli addetti ai servizi di pubblica utilità. Il trend di copertura vaccinale delle persone con più di 65 anni di età è in crescita costante a partire dal 1996-1997 e nella campagna vaccinale 2006/2007 ha raggiunto il 74,4%

(961.323 sono gli over 65 al 31.12.2006). In particolare tra gli operatori sanitari la copertura vaccinale è ancora bassa e, nella campagna 2006-2007, si attesta sul 31% dopo un aumento registrato lo scorso anno (36,9%) dovuto, con ogni probabilità, all'informazione dei mass-media sull'influenza aviaria.

### VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE NELLA POPOLAZIONE DAI 65 ANNI (Campagne dal 1996-1997 al 2006-2007 - Valori percentuali)



### VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE OPERATORI SANITARI\* (Campagne 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007 - valori percentuali)



\* 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, 31/12/2005 e al 31/12/2006

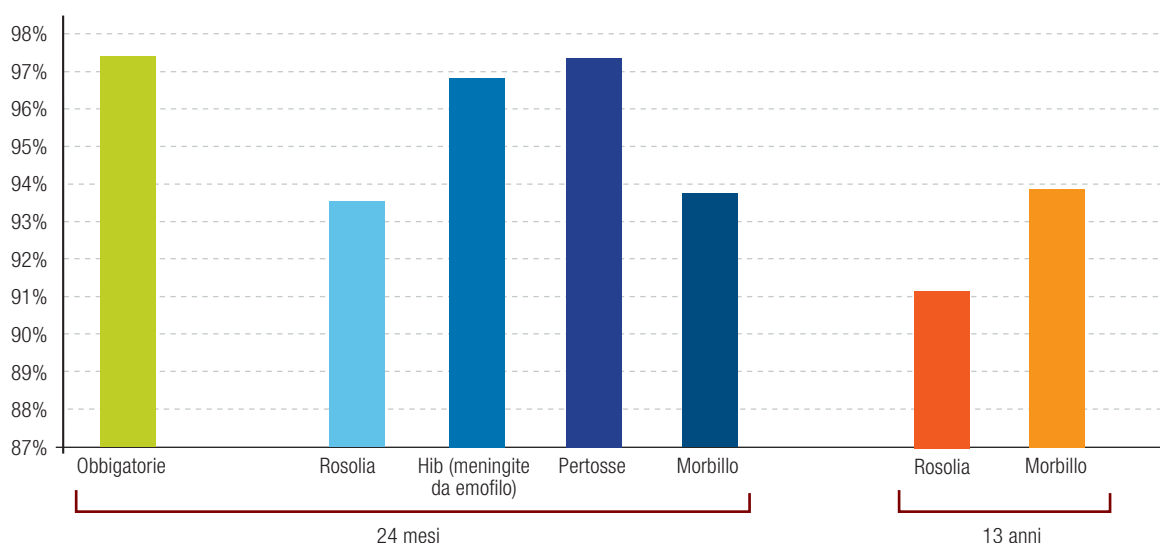
## Le vaccinazioni nell'infanzia

Per le vaccinazioni nell'infanzia, in Emilia-Romagna sono stati stabilmente raggiunti – e da anni – livelli di copertura di oltre il 95% dei bambini, sensibilmente al di sopra della media nazionale, in particolare per le vaccinazioni considerate obbligatorie (poliomielite, difterite, tetano, epatite B). Per le vaccinazioni fortemente raccomandate (rosolia, meningite da emofilo, pertosse, morbillo), la copertura vaccinale è anch'essa superiore alla media nazionale, attestandosi, nei bambini a 24 mesi, ad oltre il 93%. A partire dal 2006 vengono offerte gratuitamente, rispettivamente alle coorti dei nati nel 2005 e nel 2006, le vaccinazioni anti-meningococcica e anti-pneumococcica. I

tassi di copertura saranno disponibili dall'anno prossimo. Tuttavia, il numero raddoppiato di dosi somministrate di pneumococco 7valente (da 45.430 a 83.442) e quintuplicato di meningococco C (da 8.229 a 51.290), rispetto al 2005, fanno auspicare il raggiungimento di buoni livelli di copertura.

Nei bambini a rischio aumentato per la presenza di patologie croniche predisponenti, l'offerta della vaccinazione anti-pneumococcica, prevista sin dal 2001, mostra buone coperture soprattutto nei portatori di impianto cocleare (93%) e negli aspenici (79%).

### LE VACCINAZIONI AI BAMBINI CONTRO ALCUNE MALATTIE Anno 2006 (valori percentuali)



#### Vaccinazioni obbligatorie a 24 mesi - % vaccinati

Poliomielite  
Difterite  
Tetano  
Epatite B  
% vaccinati: 97,4%

#### Vaccinazioni raccomandate entro i 24 mesi - % vaccinati:

Rosolia 93,5%  
Hib (meningite da emofilo) 96,8%  
Pertosse 97,3%  
Morbillo 93,7%

#### Vaccinazioni raccomandate entro i 13 anni - % vaccinati:

Rosolia 91,1%  
Morbillo 93,8%

### Gli obiettivi delle vaccinazioni per il 2007

Continua anche nel 2007 l'impegno per incrementare le coperture per tutte le vaccinazioni nei gruppi a rischio, promuovere il richiamo della vaccinazione antimorbillosa

nelle coorti dei ragazzi non ancora raggiunte, diffondere la vaccinazione contro la rosolia nelle donne in età fertile al fine di prevenire la rosolia congenita.

## Sicurezza nei luoghi di lavoro

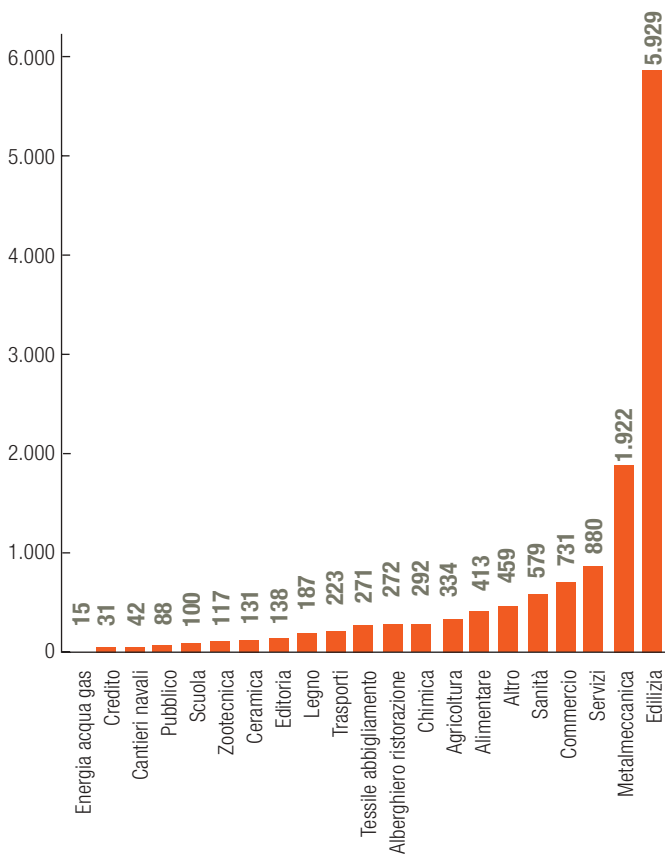
Ogni anno, in Emilia-Romagna, sono denunciati all'Inail oltre 120mila infortuni sul lavoro. Nel 2006 i Servizi di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro delle Aziende Usl hanno controllato 13.154 imprese che occupavano 305.979 lavoratori. L'attività di vigilanza ha riguardato il 3,38% delle imprese in regione (389.231 il totale, con oltre un milione e mezzo di addetti), ampiamente al di sopra della media nazionale. Il 23% delle aziende controllate è risultato irregolare. Il 91% delle imprese sanzionate ha concluso l'iter giudiziario in sede amministrativa (l'ammontare delle sanzioni nel 2006 è stato di quattro milioni di euro); per il 9% (277 aziende) è stato avviato l'iter penale davanti all'Autorità giudiziaria. L'attività di vigilanza ha determinato una costante diminuzione nel rapporto tra infortuni denunciati e lavoratori occupati: nel 1995 sono stati 10 su 100 i lavoratori che hanno denunciato un infortunio, nel 2006 il rapporto è sceso a 7,1 su 100.

L'Emilia-Romagna ha attivato da alcuni anni un piano speciale di controllo del comparto edile. Nel 2006 sono stati eseguiti 5.929 sopralluoghi (su 50.061 imprese): anche grazie a questa attività di vigilanza, gli infortuni con esiti invalidanti permanenti sono passati da 6 ogni mille addetti nel 2000 ai 4,15 nel 2005.

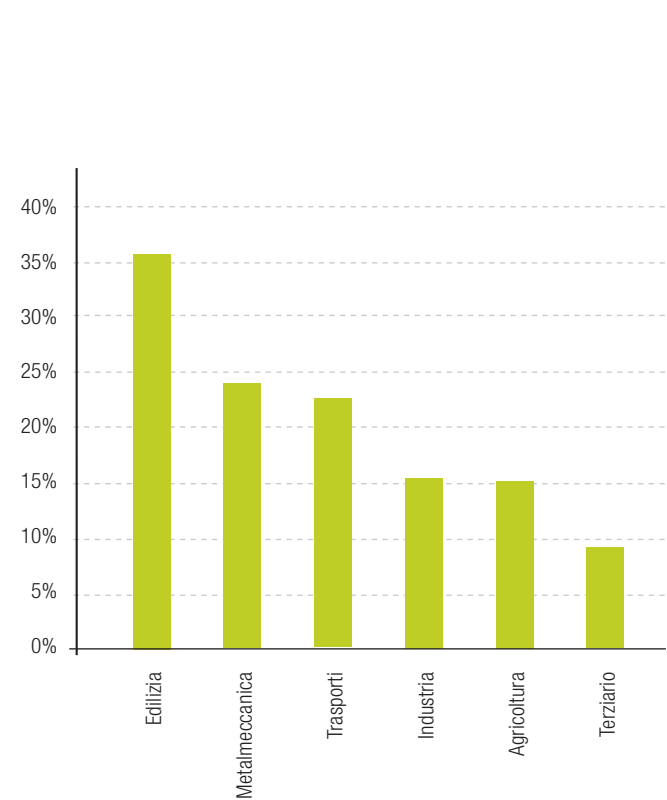
Nel 2006 è stato siglato un accordo a Ravenna tra Autorità portuale, imprese presenti e Azienda Usl per garantire livelli più alti di sicurezza nei cantieri del porto. Nel 2007 è stato firmato un accordo anche tra Confindustria ceramica, Inail, Regione Emilia-Romagna e organizzazioni sindacali per aumentare i livelli di sicurezza nelle imprese del distretto ceramico.

Nel 2006, sono stati inoltre eseguiti 51.629 controlli su impianti e apparecchiature sia nei luoghi di lavoro che per uso civile. I controlli hanno evidenziato 3.589 situazioni irregolari (il 6,5% degli impianti controllati).

### IMPRESSE CONTROLLATE IN EMILIA-ROMAGNA Anno 2006



### INDICE DI IRREGOLARITÀ (numero imprese sanzionate ogni cento controllate) - Anno 2006



### CONTROLLI NEGLI IMPIANTI E NELLE ATTREZZATURE Anno 2006

Verifiche effettuate	Impianti a norma	Impianti irregolari	Percentuale di impianti con irregolarità
Apparecchi a pressione di vapore e gas	16.169	894	5,53%
Apparecchi di sollevamento	23.102	1.558	6,74%
Ascensori e montacarichi	8.112	552	6,80%
Idroestrattori	115	33	28,70%
Impianti contro le scariche atmosferiche	608	30	4,93%
Impianti di messa a terra	4.141	173	4,18%
Impianti di riscaldamento	2.239	307	13,71%
Installazioni antideflagranti	732	42	5,74%
<b>Totale</b>	<b>55.218</b>	<b>3.589</b>	<b>6,50%</b>

## Sicurezza del lavoro nelle grandi opere: la linea ferroviaria "Alta Capacità" Bologna-Milano

Particolare attenzione è dedicata alla sicurezza nei cantieri delle grandi infrastrutture per il trasporto. Queste opere mettono in evidenza la particolare necessità di interventi per garantire la sicurezza e l'assistenza sanitaria dei lavoratori, data la complessità dei lavori e le caratteristiche dei territori interessati.

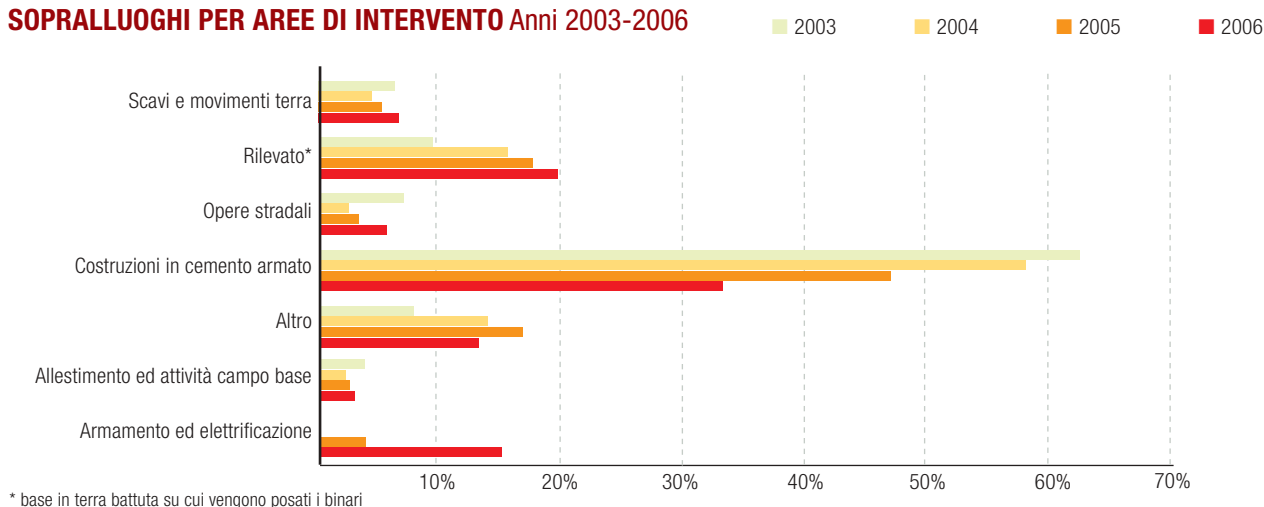
Analizzando la distribuzione percentuale dei sopralluoghi effettuati nei cantieri emiliani della tratta ferroviaria Bologna-Milano della linea Alta Capacità si può notare come, con il procedere della realizzazione dell'opera, diminuiscano i controlli per le costruzioni in cemento armato (erano il 62,7% nel 2003, sono poco oltre il 33,6% nel 2006) ed aumentino quelli su armamenti ed elettrificazione (erano il 0,1 nel 2003, sono stati 15,5% nel 2006).

Riguardo all'andamento degli infortuni, si segnala un im-

portante miglioramento nel 2006, per numero di infortuni e per indice di frequenza, mentre l'indice di gravità mostra una sostanziale stabilità: era dell'1,19 nel 2004, è dello 0,99 nel 2006 (nel 2002 era pari a 0,81).

Esaminando le modalità che hanno determinato gli infortuni gravi (con prognosi superiore ai 30 giorni), si nota come diminuiscano le cadute (il 20,9% nel 2004, sceso al 10% nel 2006) e gli incidenti per "schiacciamento" (dal 17,9% al 2,5%), mentre restano importanti i fenomeni dello "scioglimento" (dal 14,9% al 22,5% nel 2006) e dell'"urto" (dal 5,9% al 25%). L'analisi degli infortuni gravi e le segnalazioni degli operatori intervenuti nei sopralluoghi hanno portato ad un deciso sviluppo delle attività per la sicurezza, sancito con una nota tecnica congiunta dalle Regioni Emilia-Romagna e Toscana nel marzo 2006.

### SOPRALLUOGHI PER AREE DI INTERVENTO Anni 2003-2006

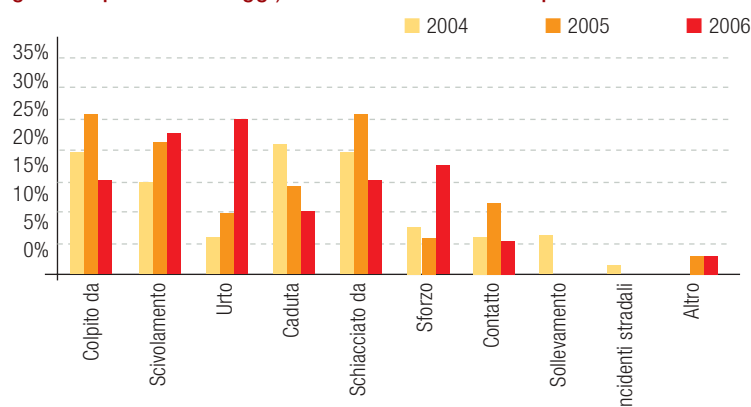


\* base in terra battuta su cui vengono posati i binari

### INDICE DI FREQUENZA E GRAVITÀ DEGLI INFORTUNI Anni 2004-2006

	2004	2005	2006
N° infortuni	296	219	133
N° infortuni gravi (con prognosi superiore a 30 gg.)	68	71	40
N° giorni lavorativi persi	7.772	7168	3846
N° ore lavorate	6.512.347	5.873.652	3.904.126
Indice di frequenza (infortuni / milioni di ore)	45,5	37,29	34,07
Indice di gravità (giorni persi / migliaia di ore)	1,19	1,22	0,99

### INFORTUNI GRAVI (con prognosi superiore a 30 gg.) Anni 2004-2006 valori percentuali



## Sicurezza alimentare

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

Nel triennio 2003/2006 sono cresciute le irregolarità riscontrate negli allevamenti bovini e suini in quanto sono stati intensificati i controlli sulla tutela del benessere animale, in applicazione della nuova normativa comunitaria al riguardo.

Per gli ovoprodotti, sono aumentati i controlli e conseguentemente il riscontro di irregolarità, in seguito all'emergenza igienico sanitaria verificatasi, a livello nazionale, alla fine del 2004 (prodotti dolciari contaminati). Un'attività di controllo specifica è svolta nelle aziende agricole per

verificare il corretto impiego di pesticidi e fertilizzanti: questa vigilanza ne evidenzia l'uso corretto nella grande maggioranza dei casi.

Lo stesso aumento dei controlli e delle irregolarità riscontrate è avvenuto negli stabilimenti di lavorazione del latte e dei prodotti lattiero-caseari, in seguito al riscontro della presenza, nel 2003, di aflatossine nei mangimi per bovini e nel latte che ha portato a piani di emergenza e sorveglianza permanente per il controllo di queste sostanze nel latte e nei mangimi. Dopo l'emergenza del 2003 questi piani hanno permesso di riportare sotto i livelli di rischio la presenza di aflatossine.

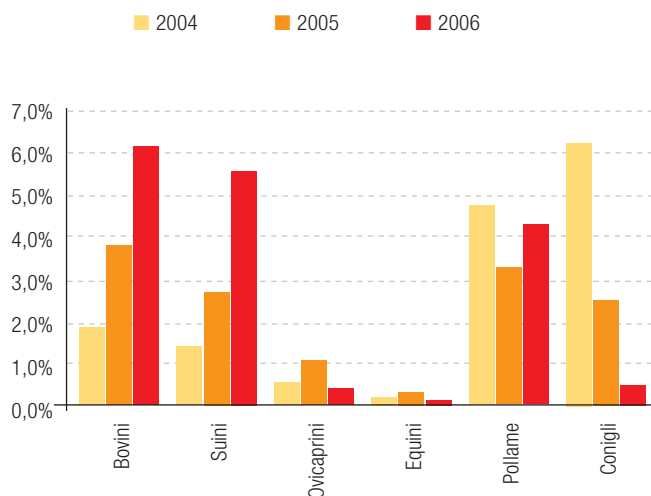
Entro il 2007 è prevista la pubblicazione di un sito internet sulla sicurezza alimentare [www.saluter/alimentiesalute.it](http://www.saluter/alimentiesalute.it), rivolto sia ai cittadini che agli operatori sanitari e di tutta la filiera.

### CONTROLLI NELLE STRUTTURE DELLA FILIERA ALIMENTARE Anno 2006

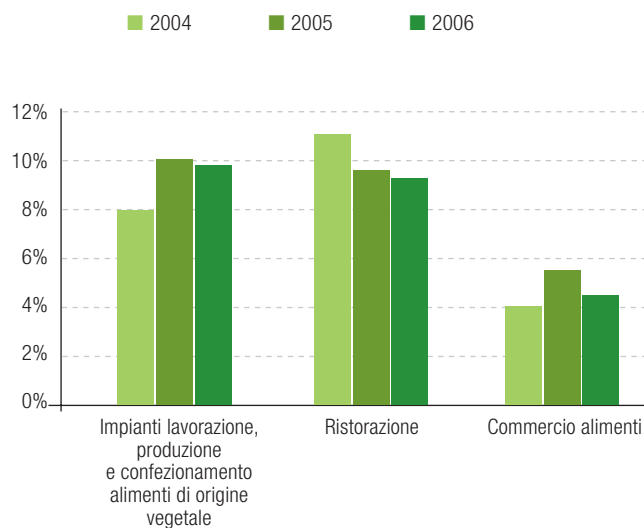
Strutture	n° strutture	sopralluoghi	irregolarità
Allevamenti bovini	9.862	68.811	819
Allevamenti suini	3.559	30.381	199
Allevamenti ovicaprini	3.012	4.414	12
Allevamenti equini	5.719	12.596	7
Allevamenti pollame	3.874	11.462	167
Allevamenti conigli	697	1.565	3
Macelli e impianti sezionamento carni	483	50.391	255
Impianti lavorazione carni e depositi	11.154	47.444	446
Impianti lavorazione prodotti della pesca	216	5.519	54
Impianti imballaggio uova e lavorazione ovoprodotti	44	314	23
Impianti lavorazione latte e prodotti lattiero caseari	878	9.977	553
Impianti lavorazione, produzione e confezionamento alimenti di origine vegetale	10.675	1.411	1.069
Ristorazione	37.096	6.713	3.463
Commercio alimenti	14.673	1.548	654

**IRREGOLARITÀ RISCOSETRATE NELLA FILIERA ALIMENTARE Anni 2004-2006**

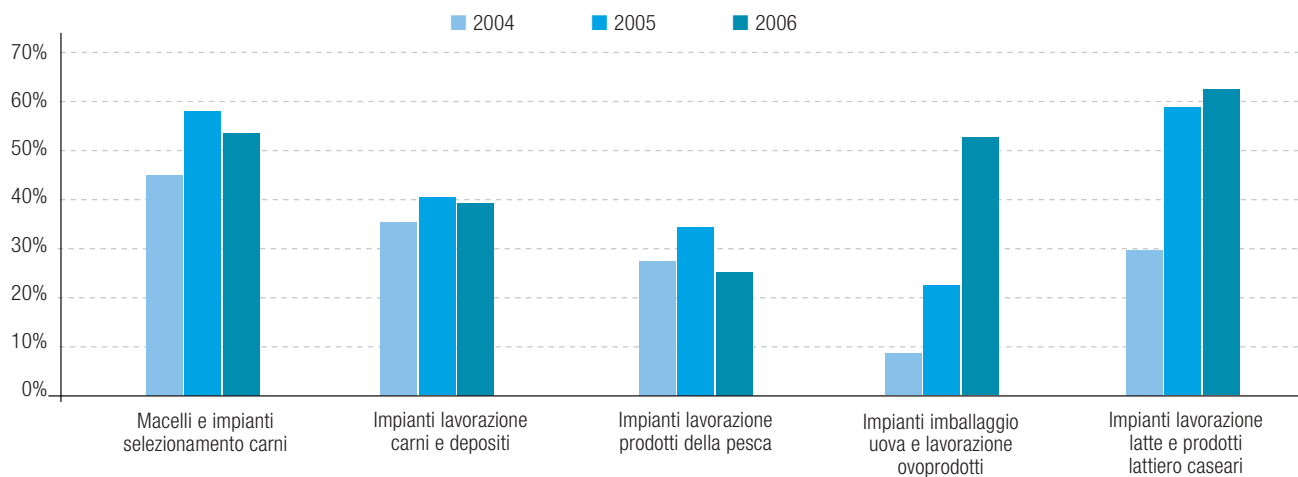
**ALLEVAMENTI**



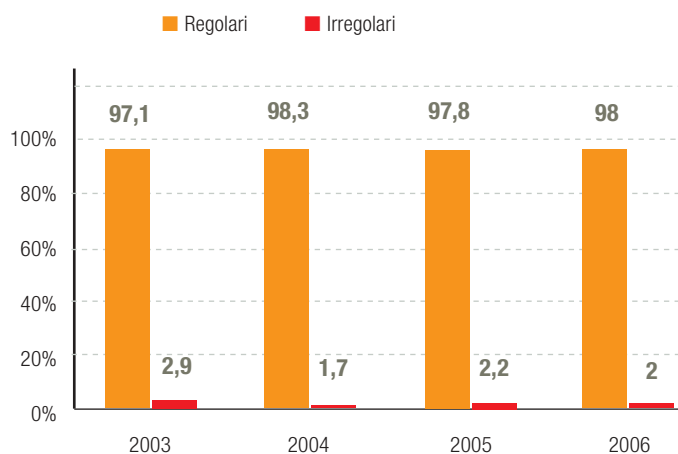
**IMPIANTI DI PRODUZIONE ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE RISTORAZIONE E COMMERCIO**



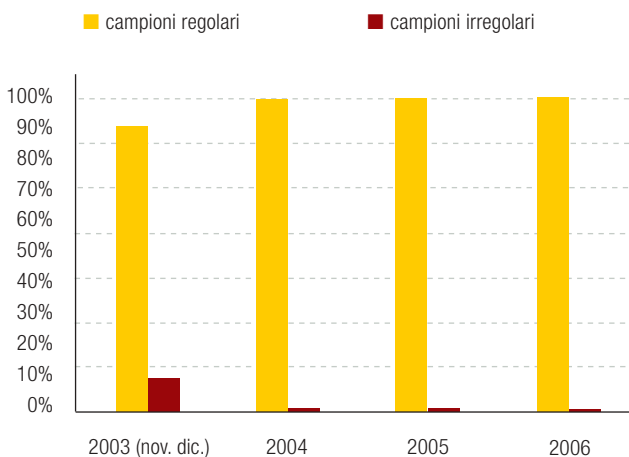
**IMPIANTI DI PRODUZIONE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE**



**CONTROLLI DEI PRODOTTI FITOSANITARI (pesticidi, fertilizzanti) Anni 2003-2006**



**CONTROLLI PER AFLATOSSINE NEL MANGIME Anni 2003-2006**



## Programma di ricerca Regione-Università

L'attivazione del Programma di ricerca Regione-Università punta alla valorizzazione del ruolo delle Aziende Ospedaliero-Universitarie e deve accompagnarsi al più ampio coinvolgimento dell'insieme delle Aziende sanitarie e dei loro operatori e allo sviluppo di centri di eccellenza e network professionali.

Secondo quanto previsto dalla legge regionale 29/2004, il Servizio sanitario regionale ha avviato un percorso di collaborazione e integrazione con il sistema delle Università della regione, che individua appunto nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie il fulcro delle sinergie. In particolare, l'articolo 12 del Protocollo di intesa Regione-Università del febbraio 2005 ha permesso di avviare, all'inizio del 2007, un programma di ricerca basato sulla collaborazione tra Regione e Università finalizzato a sviluppare innovazioni scientifiche, nuove modalità gestionali, organizzative e formative.

Il programma è stato organizzato in tre grandi aree: ricerca innovativa; ricerca per il governo clinico; formazione alla ricerca e creazione dei research network.

Nel contesto del programma, le risorse che la Regione mette a disposizione (30 milioni di euro per il triennio 2007 – 2009, di cui il 70% all'area ricerca innovativa, il 25% all'area governo clinico, il 5% all'area formazione) sono specificamente destinate al finanziamento di attività di innovazione e ricerca originate all'interno delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, promosse con specifici bandi, e mirate a:

- contribuire allo sviluppo di centri/gruppi di eccellenza capaci di ideare e produrre tecnologie/strumenti utili per l'attività assistenziale del Servizio sanitario regionale (ricerca innovativa) con particolare riferimento a quattro tematiche: trapianti; oncologia; diagnostica avanzata; neuroscienze; medicina rigenerativa;
- attivare con finalità analoghe un filone comune di attività nel campo della medicina rigenerativa;
- acquisire le conoscenze relative al profilo beneficio-ri-

schio 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;

- 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.

La fase di ideazione dei progetti assegna un forte ruolo ideativo e programmatorio, rispettivamente, ai Dipartimenti integrati ed ai Collegi di direzione delle Aziende Ospedaliero-Universitarie e dell'IRCCS Rizzoli: essi hanno infatti il compito di ideazione e prima selezione delle idee progettuali. 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 delle proposte e della loro durata 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 avviene già nella fase di lettera di intenti), sia in quella di valutazione della proposta completa (per l'area governo clinico).

La conclusione del percorso valutativo del primo ciclo di progetti per tutte e tre le aree è previsto per il mese di settembre 2007.

Per le aree governo clinico e formazione sono previsti bandi annuali nel 2008 e 2009.

L'Agenzia sanitaria regionale, che ha il ruolo di coordinamento scientifico e operativo di questo programma assieme alla Direzione generale sanità e politiche sociali, è responsabile dell'attivazione e del monitoraggio dei progetti con la supervisione di un Comitato di indirizzo del programma, appositamente istituito.

Maggiori informazioni sul Programma di ricerca Regione-Università sono disponibili sul sito web della Agenzia sanitaria regionale (<http://asr.regione.emilia-romagna.it/>)

## Programma di ricerca ed innovazione (PRI-ER)

Il PRI-ER è mirato a sostenere le Aziende sanitarie nello sviluppo della funzione di ricerca e di innovazione quali attività ordinarie sistematiche e continuative.

La principale finalità consiste nel promuovere la ricerca finalizzata al tempestivo trasferimento dell'innovazione clinico-organizzativa nelle strutture del Servizio sanitario regionale, mirando a trasformare le organizzazioni e gli operatori da partecipanti a protagonisti di un processo nel quale ricerca e innovazione sono parte integrante di sistema ed elementi di trasformazione dell'organizzazione e della gestione assistenziale.

Particolare attenzione è riservata alle tecnologie sanitarie innovative, intese, nel senso più generale, dagli interventi sanitari alle modalità organizzative, che necessitano di approfondimento sul piano dell'efficacia, del potenziale impatto organizzativo e dei relativi costi, per poterne programmare l'adozione tempestiva e la diffusione appropriata.

Il PRI-ER articola la propria attività in gruppi di lavoro multidisciplinari specifici per tema, e comprende una infrastruttura di supporto, coordinata dall'Agenzia sanitaria regionale e realizzata in collaborazione con tutte le organizzazioni di ricerca/intervento della Regione, e con le Aziende sanitarie.

In questo ambito sono state intraprese azioni di coordinamento a livello regionale relative a:

- Comitati etici locali, per confrontare e discutere le loro modalità operative e identificare le criticità nella salvaguardia degli aspetti etici e di rilevanza della ricerca.
- Direzioni sanitarie, già impegnate per documentare le attività di ricerca svolte al loro interno, per programmare azioni finalizzate allo sviluppo delle capacità e delle funzioni di governo della ricerca.

Al fine di caratterizzare e quantificare l'effettivo impegno delle Aziende sanitarie, è stato realizzato il primo censimento

delle attività nel biennio 2002-2004. I risultati, pubblicati nel dossier n. 144 dell'Agenzia sanitaria regionale, vanno considerati come un primo, iniziale contributo per la costruzione dell'infrastruttura per la ricerca nel Servizio sanitario regionale.

I progetti avviati con il programma PRI-ER comprendono varie aree di interesse:

**Area oncologica:** l'innovazione in radioterapia oncologica; l'uso appropriato dei farmaci oncologici (progetto AFO), 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.

Molti di questi progetti sono stati presentati e verranno sviluppati in collaborazione con altre Regioni nell'ambito dei programmi nazionali finanziati dal Ministero della salute (Programma per la ricerca sanitaria finalizzata 2006, Bando straordinario di oncologia 2007-2009, Bando 2006 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.

Il programma è finanziato grazie al Fondo per l'Innovazione costituito con risorse regionali e con il contributo di soggetti diversi, pubblici e privati, che ne condividono gli obiettivi generali.

Il PRI-ER è coordinato dall'Agenzia sanitaria 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 nel caso di un disguido organizzativo, del malfunzionamento di una attrezzatura o di un errore umano.

L'Emilia-Romagna, fin dal 1999, ha incluso l'attenzione alla sicurezza dei pazienti fra le priorità del 3° Piano sanitario, e in questi anni si sono sviluppate molte iniziative di formazione degli operatori, di vigilanza e miglioramento.

Fra queste iniziative vi sono:

- 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 maggiore attenzione agli aspetti relazionali con i pazienti, fino alla acquisizione di capacità di risoluzione dei conflitti e una più rispettosa gestione degli aspetti amministrativi della gestione dei sinistri, con la condivisione di linee guida utili ad affrontare il tema in modo complessivo, integrando sia aspetti statici e dinamici della qualità delle prestazioni (definiti rispettivamente da requisiti strutturali e organizzativi) sia le modalità di controllo degli eventi avversi.

Le iniziative sviluppate, unitamente alle linee di indirizzo predisposte e divulgate nel corso del 2006, consentono oggi di affrontare il problema coinvolgendo i vari servizi che nell'ambito delle Aziende sanitarie 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

Alla base del programma sta la consapevolezza che l'assistenza sanitaria comporta rischi non eliminabili, ma che è doveroso ridurre quelli evitabili attraverso la promozione di pratiche assistenziali sicure e la valutazione continua della qualità.

I due principali obiettivi sono:

1) costruire sistemi di sorveglianza, utili a monitorare il fenomeno;

2) promuovere l'adozione di manovre assistenziali, dimostrate efficaci nel ridurre il rischio di trasmettere infezioni nel corso dell'assistenza attraverso linee guida, programmi di intervento e formazione degli operatori.

Il programma riguarda non solo gli ospedali, pubblici e privati, ma anche le strutture residenziali e si basa su un sistema a rete, coordinato a livello regionale.

Il programma prevede che tutte le strutture sanitarie, per essere autorizzate ad operare, predispongano un piano operativo per la prevenzione e il controllo delle infezioni con protocolli e procedure specifiche. Oltre a questo, le aree ospedaliere ad alto rischio, quali la chirurgia e la terapia intensiva, devono attivare sistemi di sorveglianza delle infezioni per valutare l'esito degli interventi effettuati. 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.

I sistemi di sorveglianza attivi:

- *Epidemie ed eventi sentinella*. In corso a livello regionale dal 2006. Prevede la segnalazione rapida di eventi sentinella nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie e nella popolazione generale.
- *Chirurgia e terapia intensiva*. Sono stati messi a punto strumenti standardizzati a livello regionale. La sorveglianza in questi reparti è considerata requisito necessario per l'accreditamento al Servizio sanitario regionale.
- *Sorveglianza dai laboratori*. Attivato in via sperimentale nel 2004 e a regime dal 2006, il sistema di sorveglianza regionale è basato sulla trasmissione, da parte dei laboratori ospedalieri della regione a elevato volume di attività in ambito microbiologico, di dati ogni 6 mesi.

Per la promozione di pratiche assistenziali "sicure" sono stati istituiti specifici gruppi di lavoro ed elaborate linee guida o documenti di indirizzo, per le seguenti aree: aspetti generali di igiene, infezioni in area chirurgica, in terapia intensiva, in endoscopia, nelle strutture residenziali per anziani, epidemie ed eventi epidemici, sorveglianza dal laboratorio.

Inoltre, vengono organizzati a livello regionale convegni, seminari e corsi di formazione rivolti agli operatori coinvolti nei processi assistenziali "a rischio".

Specifici progetti di miglioramento hanno poi l'obiettivo di valutare l'impatto in termini di salute di azioni di miglioramento in particolari ambiti assistenziali: prevenzione delle infezioni nelle strutture residenziali per anziani (3 Aziende Usl); corretto reprocessing degli endoscopi (tutte le Aziende sanitarie); pratiche infermieristiche sicure in terapia intensiva (tutte le Aziende sanitarie); promozione dell'igiene delle mani nell'ambito della Campagna dell'Organizzazione Mondiale della Sanità "Cure pulite sono cure più sicure" (12 Aziende sanitarie).

I programmi sono coordinati dall'Agenzia sanitaria regionale:

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

# Piano sul contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e per i 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 UsI, in sinergia con le Aziende Ospedaliere o gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRC-CS) 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 service, 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.

## Piano triennale della prevenzione 2006 - 2008

Il Piano triennale della prevenzione 2006 - 2008 ha i suoi presupposti nell'intesa tra Stato, Regioni e Province autonome siglata nel marzo 2005.

Sulla base di questa intesa, le Regioni e le Province autonome devono adottare un piano, di durata triennale, per definire interventi organici su quattro ambiti di azione:

- prevenzione della patologia cardiovascolare (inclusa la prevenzione delle complicanze del diabete e dell'obesità),
- screening oncologici,
- vaccinazioni,
- prevenzione degli incidenti in ambito di vita e di lavoro.

Sempre secondo quanto previsto dall'intesa, i Piani elaborati dalle singole Regioni sono stati discussi in sede nazionale fra le Regioni e il Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm), organismo del Ministero della salute e delle Regioni, a cui sono state affidate funzioni di coordinamento e verifica.

Il Piano dell'Emilia-Romagna è stato approvato dalla Giunta regionale, nel rispetto dei tempi indicati dalla Conferenza Stato-Regioni, con due delibere la 1012/2005 e la 426/2006.

Contiene interventi relativi a:

- screening oncologici,
- vaccinazioni,
- prevenzione delle complicanze del diabete,
- diffusione di strumenti per la valutazione del rischio cardiovascolare,
- obesità,
- incidenti stradali e domestici,
- infortuni nei luoghi di lavoro,
- prevenzione delle recidive nelle persone che hanno già avuto problemi cardiovascolari.

Il complesso percorso istituzionale di stesura, adozione e valutazione del Piano regionale della prevenzione testimonia la rilevanza del progetto e l'impegno del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna su questo fronte.

Il Piano, in altre parole, rappresenta anche un punto di arrivo di una strategia messa in atto da diversi anni che, accanto alla garanzia di servizi di controllo e di prevenzione delle malattie, ha messo in campo politiche di promozione della salute basate su alcune considerazioni di fondo: sulla salute incidono diversi fattori (da quelli genetici e biologici, a quelli ambientali, sociali, economici, a quelli relativi alla presenza o meno di servizi, agli stili di vita individuali, a loro volta fortemente influenzati dalle condizioni economico-sociali); per tutelare la salute e superare le disuguaglianze occorre intervenire con l'apporto di più soggetti anche esterni al Servizio sanitario.

Nella attuazione dei progetti previsti dal Piano di prevenzione, e secondo il modello già sperimentato dai Piani per la salute, è previsto dunque lo sviluppo dei processi di collaborazione e integrazione già avviati, sia all'interno del Servizio sanitario, tra l'ambito clinico e quello di sanità pubblica, sia all'esterno, con il coinvolgimento delle Istituzioni, delle Comunità locali, della scuola, delle imprese, delle associazioni, dei sindacati, dei cittadini, dei media.

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

Il Programma per lo sviluppo nel triennio 2007-2009 del Fondo regionale per la non autosufficienza è stato approvato dalla Giunta regionale con la delibera 509/2007. Le risorse stanziare dalla Regione per il 2007 – 311 milioni di euro – sono vincolate allo sviluppo e alla qualificazione di una rete integrata di servizi flessibili, distribuiti in modo omogeneo nei vari territori della regione, centrati sui bisogni delle persone non autosufficienti e di chi accanto a loro vive e se ne prende cura.

Il Programma è stato elaborato in collaborazione con la “Cabina di regia” regionale per il welfare (luogo di concertazione tra la Regione e gli Enti locali delle politiche sociali e sanitarie) e sottoposto al confronto e al parere delle parti sociali (sindacati, terzo settore, volontariato) riguardo a obiettivi, priorità e gestione delle risorse. È basato sulle linee strategiche del Piano sociale e sanitario. Rappresenta una parte importante del processo di sviluppo del nuovo welfare: Regione, Enti locali, Aziende Usl, terzo settore, volontariato, organizzazioni sindacali assumono un impegno comune per realizzare il sistema integrato di servizi in favore delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie.

La prima priorità individuata dal programma triennale è il sostegno diretto ed indiretto della domiciliarità, con l'obiettivo di potenziare i servizi e fornire supporti alle risorse proprie di ogni persona, della rete familiare, della comunità, per mantenere quanto più possibile la persona non autosufficiente nel suo contesto abituale, tra i propri cari.

In particolare, queste le linee di intervento:

- sviluppo e riorganizzazione dell'assistenza domiciliare integrata (sanitaria e sociale),
- aumento dell'assegno di cura per anziani non autosufficienti, con una attenzione specifica per coloro che non percepiscono l'indennità di accompagnamento,
- qualificazione e regolarizzazione delle assistenti familiari promuovendone l'integrazione con la rete dei servizi,
- servizi di telesoccorso e teleassistenza gestiti anche con il concorso del volontariato,
- ricoveri temporanei “di sollievo”,
- sostegno alle reti informali di solidarietà sociale (dal “portierato” al “custode” sociale),
- contenimento della compartecipazione degli utenti al costo dei servizi residenziali socio-sanitari (case protette, residenze sanitarie assistenziali, centri diurni).

Il programma prevede la redazione e la realizzazione di un piano annuale di attività per la non autosufficienza di ambito distrettuale, approvato dal Comitato di Distretto d'intesa con il direttore di Distretto, tenendo conto delle indicazioni della Conferenza territoriale sociale e sanitaria e delle linee di indirizzo regionali, assicurando il confronto con le parti sociali, il terzo settore e le organizzazioni degli enti gestori dei servizi.

# Programma per il riordino e la trasformazione delle Ipab e per la costituzione delle Aziende pubbliche di servizi alla persona (Asp)

La riforma delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (Ipab) dell'Emilia-Romagna si colloca nel quadro di riforma definito dalla legge regionale n. 2 del 2003, nel rispetto delle competenze di Stato e Regioni definito dalla riforma costituzionale del 2001. Le Ipab sono enti pubblici con un'origine in molti casi plurisecolare, sorti come risposta "caritatevole" ai bisogni di assistenza delle fasce deboli della popolazione.

Le Ipab dell'Emilia-Romagna si sono – nel corso degli anni – trasformate per adeguarsi alle nuove e diversificate esigenze di assistenza che lo sviluppo socio-demografico ha comportato.

Restava comunque il dato dell'anomalia dell'esistenza di soggetti di natura pubblica non collegati a nessuno dei livelli istituzionali di governo e rappresentanza dei cittadini.

Ciò ha portato a prevedere la collocazione delle Ipab che si trasformano in Aziende pubbliche di servizi alla persona (Asp) - che mantengono una natura giuridica pubblica - nel sistema delle responsabilità istituzionali e di governo, e l'applicazione delle norme statali vigenti per quanto riguarda le depubblicizzazioni.

Il processo avviato è inserito nel processo di costruzione di un sistema di welfare regionale e locale fondato sui principi dell'universalismo, dell'equità e della solidarietà ed in grado di garantire omogeneità e certezza di diritti ai cittadini. L'obiettivo è di realizzare 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 avviata ha tenuto conto e valorizzato le coordinate e le caratteristiche del complessivo sistema assistenziale della regione, ed in particolare:

- il ruolo della Regione di regolazione e di governo del sistema, esercitato in una forte concertazione e collaborazione con il sistema delle Autonomie locali;
- il riconoscimento e la valorizzazione del ruolo delle Autonomie locali nella definizione e realizzazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi, che si esprime nelle scelte dei Piani di zona, in un'ottica che non guarda solo al singolo territorio comunale ma investe un ambito territoriale più ampio che corrisponde alla zona sociale, di norma coincidente con il Distretto.

Le Asp sono quindi enti di natura pubblica con compiti di gestione ed erogazione di servizi sociali e socio-sanitari previsti dalla pianificazione locale distrettuale.

Nelle Asp, i Comuni del Distretto di appartenenza - componenti l'assemblea dei soci - svolgono funzioni di indirizzo e di vigilanza sull'attività.

Le indicazioni programmatiche regionali hanno previsto come ottimali Asp di ambito distrettuale, pur prevedendo la possibilità di costituire Asp di ambito sub distrettuale, se questo meglio risponde alle esigenze ed alle scelte organizzative della zona sociale.

Il processo di trasformazione prevede diverse fasi:

- la predisposizione dei programmi delle trasformazioni, ad opera dei Comitati di Distretto;
- la predisposizione dei piani di trasformazione, ad opera delle diverse Ipab interessate alla costituzione delle Asp definite dai programmi;
- la presentazione delle istanze di depubblicizzazione, ad opera delle Ipab che ritengono 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 queste 50 si estinguono, o per inerzia (in quanto inattive da decenni) o per specifica richiesta; 55 hanno richiesto la depubblicizzazione (per diventare soggetti privati); 121 hanno chiesto di essere trasformate in Asp che, in virtù di accorpamenti o fusioni, saranno in totale 49. Di queste, 3 sono state costituite all'inizio del 2007: Asp "Giorgio Gasparini" di Vignola, Asp "Giovanni XXIII" di Bologna e Asp "Ad Personam" di Parma. Le restanti verranno costituite entro il 2007.

## Formazione nel sistema sanitario regionale

### La collaborazione con l'Università

La formazione è una funzione propria del sistema sanitario che si realizza sia nei confronti degli operatori sanitari attraverso i programmi di formazione continua (Ecm), sia verso gli studenti attraverso la collaborazione con le Università per le scuole di specializzazione in medicina e per i corsi di laurea e post-laurea delle professioni sanitarie. La collaborazione per la formazione universitaria si è notevolmente sviluppata in questi anni, in particolare con l'approvazione del Protocollo d'intesa tra la Regione e le Università di Bologna, Ferrara, Modena e Reggio Emilia, Parma (delibera di Giunta 297/2005).

Sono stati anche istituiti l'Osservatorio regionale per la formazione medico-specialistica (delibera 340/2004) e l'Osservatorio delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (delibera 733/2006) con la funzione di monitorare e promuovere la qualità della formazione e il contributo del Servizio sanitario regionale a cominciare dalle Aziende Ospedaliere-Universitarie.

### L'Educazione continua in medicina

Il primo programma italiano di Educazione continua in medicina (Ecm), avviato nel 2002 si è concluso e si stanno attualmente predisponendo le regole per il nuovo programma che inizierà nel 2008. Gli operatori sanitari interessati in Emilia-Romagna sono stati oltre 61.000 (oltre 46.000 i dipendenti delle Aziende sanitarie e degli Istituti Ortopedici Rizzoli, circa 3.300 i medici di medicina generale e circa 550 i pediatri di libera scelta, e poi gli specialisti, i dipendenti delle strutture private convenzionate,

i farmacisti, e altri). La Giunta dell'Emilia-Romagna già dal 2002 (delibere 1072/2002 e 1217/2004) aveva avviato un programma regionale con la costituzione di una Commissione regionale di esperti e di una Consulta regionale per l'Ecm per dar voce agli operatori sanitari, composta da rappresentanti degli Ordini, dei Collegi e delle Associazioni professionali. Dal 2002 al 2006 sono state accreditate complessivamente dalla Regione Emilia-Romagna oltre 42.000 iniziative formative per l'Ecm su proposta delle Aziende sanitarie.

Si è trattato in prevalenza di eventi formativi "residenziali" (corsi, seminari, conferenze), ma anche di attività di "formazione sul campo" (addestramento, partecipazione a commissioni, ad audit clinici, a progetti di miglioramento, a ricerche) che hanno assunto progressivamente una rilevanza crescente. Sono stati anche accreditati alcuni programmi sperimentali in e-learning.

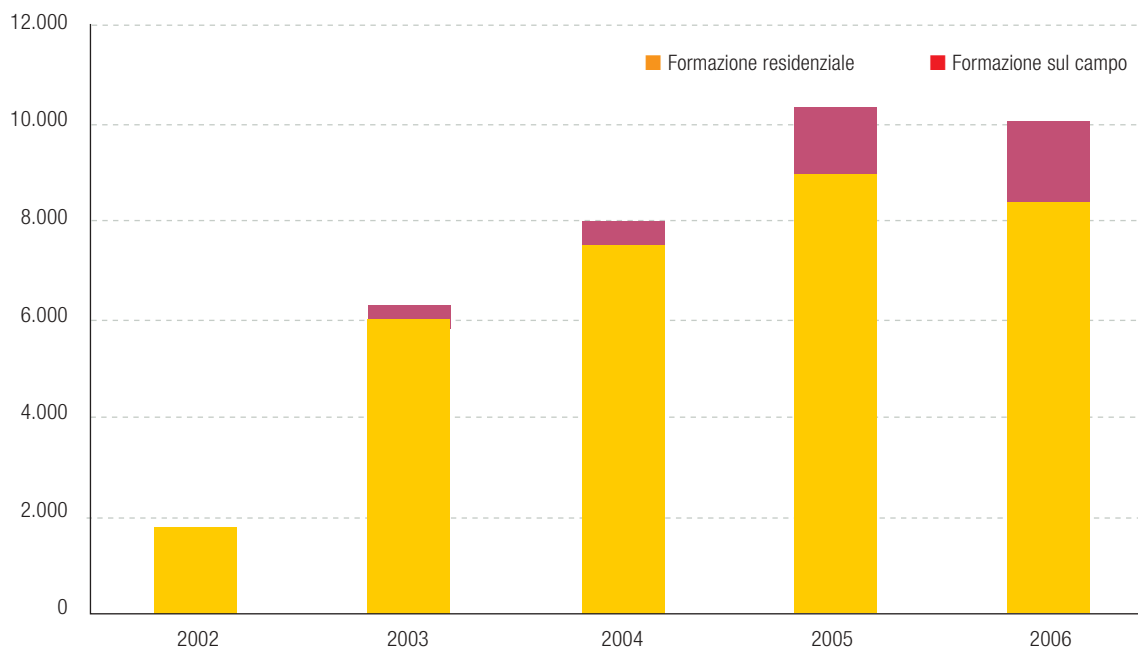
Le regole previste dal programma regionale non permettono l'accREDITAMENTO di eventi formativi finanziati direttamente (anche parzialmente) da organizzazioni con interessi commerciali, lucrativi o non lucrativi, nel campo sanitario. La sponsorizzazione delle attività formative, ad esempio di un'Azienda sanitaria, è possibile solo se ha carattere generale e non è legata a specifici eventi.

L'Emilia-Romagna è stata anche la Regione capofila di un progetto pilota finalizzato alla costruzione di un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'Ecm. Al progetto, che è stato finanziato dal Ministero della salute, hanno partecipato anche altre 9 Regioni.

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 2002-2006



## 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 e 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 2006) ed una sempre più elevata complessità di casi (dal trattamento precoce degli infarti alle maxi emergenze).

Per fare ciò dispone di:

- 9 centrali operative;
- rete di 305 postazioni di 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 9 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.

Il sistema 118 ha un proprio sito internet:

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



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

**S**ono 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 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.

Attualmente sono state attivate 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 18 giugno 2007 è stato implementato 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 in tempo reale. L'inserimento di tutti i pazienti nel sistema permetterà la creazione del Registro regionale delle malattie rare, utile strumento di programmazione sanitaria, in quanto sarà possibile ottenere dati epidemiologici.

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).

## 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



**H** = Centro Hub  
**S** = Centro Spoke

## La rete Hub & Spoke i per grandi traumi

Si stima che in Emilia-Romagna ogni anno si verifichino 2000-2500 traumi gravi: il traumatismo cranico presenta l'incidenza più elevata (interessando più del 50% dei traumi gravi) seguito dalle lesioni addominali maggiori, dal trauma toracico e dalle lesioni mieliche del rachide.

Per rispondere alle esigenze di assistenza delle persone con trauma grave, è stata realizzata la rete dei servizi per la terapia dei grandi traumi. Essa individua 3 Sistemi Integrati di Assistenza ai pazienti Traumatizzati (SIAT) per tutta la regione: uno per l'area della Romagna, uno per l'Emilia orientale e uno per l'Emilia occidentale. Per ciascun SIAT è stato individuato un centro guida (Trauma Center, Hub) in rete con i Dipartimenti di emergenza-accettazione dei Presidi ospedalieri collegati funzionalmente e integrati nel sistema stesso (Spoke). Dall'ottobre 2006 è stato avviato il database regionale dei traumi gravi con l'obiettivo di monitorare il percorso e l'esito dei traumatizzati e valutare la funzionalità e l'efficacia dei SIAT: al database aderiscono i tre SIAT della regione

con i centri Hub e Spoke.

Dall'esigenza di diffondere e condividere le conoscenze tecniche e scientifiche destinate a coloro che, da più punti di vista e in momenti diversi, prendono parte al processo di soccorso e assistenza ai pazienti traumatizzati, nasce il progetto del sito web dedicato al trauma grave, che sperimenterà, in via prioritaria, un'opportunità informativa e formativa, identificandosi via via come vero e proprio network professionale. Il sito web sarà attivo dal novembre 2007:

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



**H** Hub: Trauma center  
(Ospedale Bufalini di Cesena,  
Ospedale Maggiore di Bologna  
e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma -Ospedale Maggiore)  
**S** Spoke: DEA (Dipartimenti emergenza-accettazione)

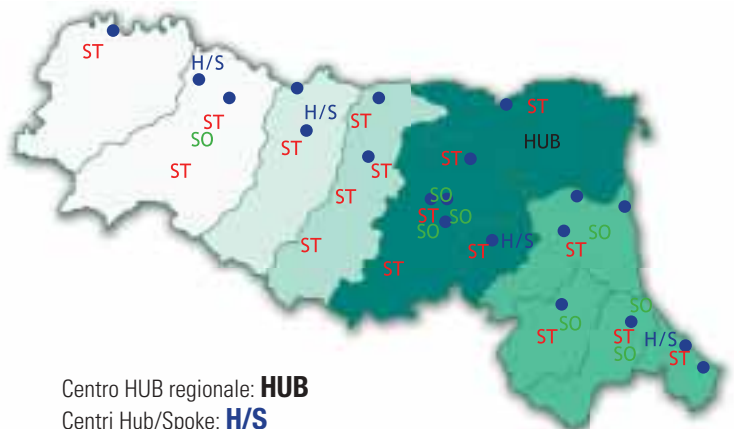
## La rete Hub & Spoke per le gravi cerebrolesioni acquisite

Per grave cerebrolesione acquisita si intende un danno cerebrale (di origine traumatica o di altra natura) tale da determinare una condizione di coma, più o meno protratto, e menomazioni sensomotorie, cognitive o comportamentali, che comportano disabilità.

Le gravi cerebrolesioni acquisite rappresentano un problema sanitario e sociale rilevante per la elevata incidenza e prevalenza (circa 1.300 persone/anno in Emilia-Romagna, spesso giovani e adulti in piena età scolastica o lavorativa); per la numerosità e la complessità delle sue sequele disabilitanti (circa 300 persone/anno in Emilia-Romagna necessitano di ulteriori ricoveri per la riabilitazione dopo la fase acuta); per l'impatto emotivo e materiale sul sistema familiare della persona colpita; per le conseguenze sociali in termini di difficoltà di reinserimento scolastico o lavorativo e per la necessità di elevato impiego di risorse, sia in ambito sanitario che sociale. Per rispondere alle esigenze di assistenza delle persone con grave cerebrolesione acquisita è stata realizzata la rete dei servizi riabilitativi, costituita da: 1 Unità operativa complessa gravi cerebrolesioni (Hub) con sede presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara; 4 Servizi di medicina riabilitativa (H/S) per i ricoveri post fase acuta che coadiuvano l'attività del centro Hub; 8 Servizi di medicina riabilitativa (Spoke O) che accolgono i pazienti in regime di ricovero dopo la fase acuta e prendono in carico pazienti in attesa di trasferimento presso i Centri Hub/Spoke o Hub; 20

Servizi di medicina riabilitativa per acuti che accolgono pazienti in fase acuta (Spoke A); 17 Servizi di medicina riabilitativa che svolgono funzioni di de-ospedalizzazione e reinserimento (Spoke T).

Dal 2004 è stato avviato il database regionale per le gravi cerebrolesioni acquisite (GRACER) presso il centro Hub dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, con l'obiettivo di valutare il fabbisogno riabilitativo ed assistenziale, i percorsi dei pazienti, gli esiti nei diversi nodi della rete. Sito internet: [www.gracer.it](http://www.gracer.it)



Centro HUB regionale: **HUB**  
Centri Hub/Spoke: **H/S**  
Centri Spoke Ospedalieri: **SO**  
Centri Spoke Territoriali: **ST**

## 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: la delibera regionale 264/2003 ha esplicitato indicazioni alle Aziende sanitarie miranti a far sì che, sia attraverso un miglior utilizzo di soluzioni già disponibili sia attraverso la realizzazione di soluzioni innovative, venisse a crearsi in ogni ambito l'offerta di percorsi alternativi al Pronto soccorso. Sono state quindi individuate le tipologie di intervento per migliorare i percorsi alternativi in ambito distrettuale (Ambulatori di continuità assistenziale, Nuclei delle cure primarie con ampliamento degli orari di apertura degli ambulatori, attività specialistica ambulatoriale richiesta urgentemente dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta) ed in ambito ospedaliero (triage Infermieristico, Osservazione breve intensiva (OBI), percorsi ambulatoriali complessi e misure di compartecipazione alla spesa).

L'introduzione e il consolidamento della funzione di triage all'interno del Pronto soccorso, in accordo con l'Intesa Stato-Regioni sulle Linee guida in materia di requisiti organizzativi e funzionali della rete di emergenza - urgenza, 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. L'attribuzione dei codici colore di triage, come si evince dalla esplicitazione degli stessi fornita dall'Accordo Ministero della salute-Regioni del 25 ottobre 2001, definisce il livello di gravità di una condizione patologica e ne determina l'urgenza assistenziale e la conseguente priorità nell'intervento. La standardizzazione dell'applicazione delle tecniche di triage è stata perseguita attraverso l'utilizzo di personale infermieristico coinvolto in interventi di formazione mirata e specialistica, a partire da Linee guida regionali finalizzate al perseguimento di una classificazione omogenea dei codici colore in ingresso.

Le misure di compartecipazione alla spesa previste dalla delibera regionale 264/2003 che anticipa l'introduzione a livello nazionale del ticket per le prestazioni di Pronto soc-

corso, mirano a migliorare l'appropriatezza del ricorso al Pronto soccorso individuando nei codici bianchi in uscita quelle prestazioni non urgenti che possono considerarsi a tutti gli effetti omologabili alle prestazioni ambulatoriali, anche se erogate nel contesto organizzativo del Pronto soccorso.

Contestualmente alla delibera 264/2003 sono state elaborate, in collaborazione con i professionisti operanti nell'area, indicazioni miranti a garantire una classificazione omogenea per i codici bianchi in ingresso ed in uscita al fine di garantire maggiore equità e favorire l'appropriato utilizzo delle strutture di Pronto soccorso.

Con la delibera regionale 24/2005 sono state poi approvate le "Linee di indirizzo regionali sulle attività di Osservazione breve intensiva (OBI)". L'efficacia di tale soluzione organizzativa nel rendere più appropriata l'attività di ricovero, per la parte che si origina da accessi non programmati alle strutture ospedaliere, si basa sulla possibilità, per gli operatori delle strutture 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, l'evoluzione del quadro clinico del paziente, prima di decidere circa la necessità del ricovero nei casi in cui questa non risulti già evidente dal quadro di presentazione al Pronto soccorso del paziente.

In questi anni inoltre sono stati elaborati alcuni 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 derivanti da esperienze internazionali.

Nel 2006 gli accessi al Pronto Soccorso sono stati 1.774.416 (+ 2,5% rispetto al 2005): i ricoveri hanno riguardato il 14,4% degli accessi (256.280 ricoveri). Gli accessi in OBI sono stati oltre 50.000 con una durata media di osservazione pari a 16 ore, l'effetto del miglior filtro è stimabile in una riduzione di circa 9.000 ricoveri rispetto all'atteso.

### PRESTAZIONI DI PRONTO SOCCORSO Anni 2005-2006

Aziende sanitarie	Anno 2005		Anno 2006	
	Accessi	% Ricovero	Accessi	% Ricovero
Azienda Usl di Piacenza	108.006	14,7%	111.512	13,9%
Azienda Usl di Parma	36.529	13,7%	36.712	13,8%
Azienda Usl di Reggio Emilia	89.186	11,2%	91.390	10,6%
Azienda Usl di Modena	181.228	12,4%	195.424	13,3%
Azienda Usl di Bologna	222.194	15,3%	219.226	16,0%
Azienda Usl di Imola	63.092	13,5%	64.790	12,5%
Azienda Usl di Ferrara	84.132	14,1%	88.907	13,6%
Azienda Usl di Ravenna	169.834	14,1%	175.509	13,5%
Azienda Usl di Forlì	57.516	12,5%	57.910	13,1%
Azienda Usl di Cesena	77.447	16,4%	80.478	15,8%
Azienda Usl di Rimini	121.901	13,1%	122.003	12,8%
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	77.557	20,7%	79.723	19,3%
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia	86.801	14,1%	90.189	13,8%
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	103.228	16,6%	106.116	12,5%
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna	133.362	19,9%	135.958	19,0%
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara	73.302	23,3%	73.759	21,7%
IRCCS Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna	44.904	5,3%	44.810	5,4%
<b>TOTALE</b>	<b>1.730.219</b>	<b>15,0%</b>	<b>1.774.416</b>	<b>14,4%</b>

# L'organizzazione del Distretto

## Il Distretto garante dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza

La riorganizzazione del Servizio sanitario regionale, definita con la legge 29/2004, e proseguita con l'emanazione delle linee guida regionali per l'atto aziendale, 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 programmazione dell'assistenza necessaria alla popolazione servita e la valutazione della stessa. Programmazione e valutazione sono le azioni caratterizzanti un nuovo ruolo, non tanto di erogazione diretta dei servizi, ma, appunto, di garanzia di assistenza di qualità. Infatti, il nuovo assetto organizzativo distingue chi fisicamente produce le prestazioni da chi indica quelle necessarie e, insieme, il modo in cui le diverse prestazioni costituiscono un servizio personalizzato in cui l'assistito non avverta interruzioni nella presa in carico.

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

## La riorganizzazione dei Dipartimenti territoriali

Contemporaneamente anche i Dipartimenti territoriali si riorganizzano.

Il Dipartimento delle cure primarie ridisegna la propria articolazione interna facendo perno sul Nucleo delle 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 ha l'ambizione di 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 delle 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.

L'assistenza primaria non è solo quella garantita dai Dipartimenti delle cure primarie. Anche gli altri Dipartimenti territoriali concorrono all'assistenza primaria e, nel quadro di rinnovamento descritto, ridisegnano anch'essi la propria organizzazione.

Il Dipartimento di salute mentale si riorienta in modo da assumere come obiettivo gli interventi che favoriscono il mantenimento o il recupero della salute mentale, allargando il proprio orizzonte da quello tradizionalmente incentrato sulla psichiatria e valorizzando le integrazioni interne (ad esempio le dipendenze patologiche o la neuropsichiatria infantile) o esterne (supporto ai medici di medicina generale per la gestione dei disturbi minori – programma Leggeri). Inoltre assume le funzioni di riabilitazione come indispensabili ad una assistenza appropriata.

Il Dipartimento di sanità pubblica si riorganizza per fornire l'assistenza che gli compete 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. Anche al suo interno, le nuove normative europee impongono un ruolo di controllore e garante delle responsabilità assunte ai diversi livelli delle filiere produttive, ruolo che richiede una integrazione più elevata tra le diverse figure professionali.

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

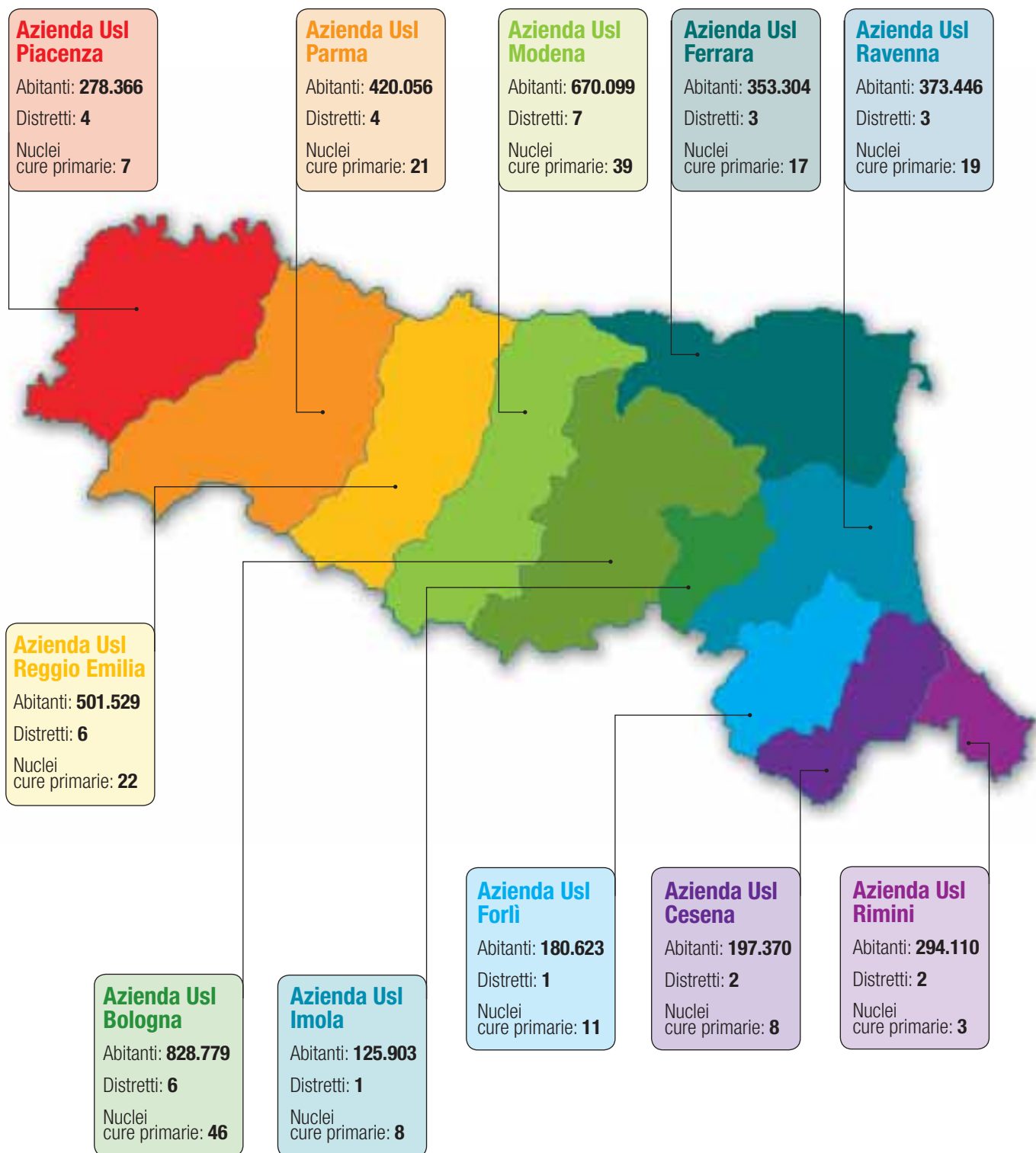
Il Distretto però non è solo garanzia dell'assistenza sanitaria appropriata a una popolazione: infatti, se la programmazione sanitaria distrettuale è approvata dal Comitato di Distretto, costituito dai Sindaci dei Comuni dell'ambito territoriale corrispondente ad esso, in tale ambito si sviluppa anche 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 avvierà il suo terzo ciclo pluriennale connotandosi in modo ancora più integrato, secondo quanto stabilito dal nuovo Piano sociale e sanitario, 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 39. I Nuclei sono 201.

DISTRETTI, NUCLEI DELLE CURE PRIMARIE, POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO

Anno 2006



La popolazione è al 31.12.2006

## Accordo con i medici di medicina generale

**M**ettere in condizione il medico di famiglia di lavorare al meglio, collegato all'insieme del Servizio sanitario, per rafforzare e semplificare l'accesso ai servizi, garantire appropriatezza e continuità delle cure: è questo l'obiettivo dell'accordo siglato tra la Regione e le organizzazioni dei medici di medicina generale FIMG, CGIL medici, FM (recepito con delibera di Giunta regionale n. 1398 del 9 ottobre 2006).

L'accordo prevede nuove modalità organizzative e strumenti tecnologici a disposizione dei medici di famiglia (complessivamente 3.270 al 31 dicembre 2006).

In particolare, dopo anni di sperimentazioni che hanno favorito la collaborazione tra medici di famiglia, servizi territoriali, servizi ospedalieri, l'accordo ha definito una nuova e precisa forma organizzativa che integra a pieno titolo, a partire dall'organizzazione, i medici di famiglia nella vita dell'Azienda sanitaria ed in particolare nei Nuclei delle cure primarie. Il Nucleo delle cure primarie è l'unità organizzativa fondamentale su cui si basa l'assistenza primaria e il raccordo con gli altri servizi.

La nuova modalità di organizzazione prevede una progressiva estensione degli orari di apertura degli ambulatori (in modo coordinato tra i medici di famiglia di uno specifico Nucleo di cure primarie, 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"), salvaguardando il ruolo fiduciario del medico di famiglia con il proprio assistito che rimane fondamentale e privilegiato.

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.

Sul fronte tecnologico, l'accordo prevede la progressiva estensione del progetto Sole (Sanità on line), vale a dire la messa in rete telematica dei medici di famiglia (circa 1000 già collegati, a regime nel 2008) 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. Sul progetto Sole la Regione fa un investimento prima che economico e finanziario, strategico: infatti mette a disposizione l'hardware per gli ambulatori degli oltre 3000 medici di medicina generale che permette la comunicazione tra i medici di medicina generale dei Nuclei delle cure primarie nonché il software di comunicazione orizzontale e verticale (tra loro e con gli altri servizi dell'Azienda sanitaria).

## Day service ambulatoriale

**I**l Day service ambulatoriale è un modello organizzativo ed operativo, attuato sia in ambito ospedaliero sia all'interno delle strutture ambulatoriali e territoriali.

Il Day service ambulatoriale è la sede in cui vengono trattati problemi clinici di tipo diagnostico e terapeutico che necessitano di prestazioni multiple integrate e complesse, che non richiedono sorveglianza od osservazione medica e/o infermieristica per tutta la durata dei singoli accessi.

### Gli obiettivi

- La formulazione tempestiva di una diagnosi con un numero limitato di accessi.

### Cosa determina

- Modifica l'approccio sanitario ai problemi di salute proponendo un nuovo modello assistenziale alternativo, in termini di costo ed efficacia, al ricovero ospedaliero.
- Cambia la modalità di erogazione delle prestazioni, concentrandole il più possibile e riducendo il numero di accessi. Si avvia così la presa in carico ambulatoriale del paziente, migliorando i tempi di risposta ai problemi clinici complessi.

Tale cambiamento è reso possibile dall'innovazione tecnologica che permette l'effettuazione a livello ambulatoriale di procedure complesse, di tipo diagnostico e terapeutico, di pari efficacia rispetto alle analoghe procedure eseguite in regime di ricovero.

### A cosa serve

- La presenza contemporanea nella struttura di più specialisti assicura una risposta multidisciplinare al problema clinico del paziente.
- Gli interventi medici, le indagini diagnostiche e gli interventi terapeutici complessi (di tipo invasivo o con utilizzo di farmaci specifici) si svolgono coinvolgendo nello stesso luogo varie discipline specialistiche.

## Il progetto Sole (Sanità on line)

Il progetto Sole (Sanità on line) è finalizzato a realizzare un'ampia gamma di servizi telematici fruibili dalla maggior parte delle strutture sanitarie e socio-sanitarie del territorio: studi medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, punti di assistenza domiciliare infermieristica, punti di guardia medica (continuità assistenziale), poliambulatori distrettuali e ospedalieri, hospice, centri di salute mentale, consultori familiari e servizi sociali dei Comuni.

La finalità del progetto è realizzare una rete integrata a livello distrettuale, aziendale e interaziendale, fra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e i presidi territoriali ed ospedalieri, in grado di semplificare, velocizzare e valorizzare l'interfaccia tra il cittadino e i servizi sanitari, ponendo il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta come punti di riferimento clinico, enfatizzandone quindi il ruolo di referenti per i problemi di salute della persona e di "attivatori" dei diversi percorsi assistenziali.

### Gli obiettivi della rete integrata Sole

Tra gli obiettivi del progetto sono di rilievo:

- la completa conoscenza da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta delle condizioni cliniche e delle prestazioni erogate ai propri assistiti dagli altri servizi sanitari (al fine della continuità assistenziale);
- la facilitazione degli adempimenti amministrativi e di comunicazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con i Dipartimenti cure primarie (adempimenti previsti dagli accordi collettivi nazionali e dagli accordi attuativi regionali);
- il potenziamento delle possibilità di accesso alle biblioteche virtuali per rendere effettivo e qualificato l'aggiornamento professionale e la formazione permanente.

### Le azioni per la realizzazione della rete integrata Sole

Le principali azioni sulle quali si incentra il progetto consistono in:

- creazione dell'infrastruttura di "cooperazione" tra i patrimoni applicativi a livello aziendale e interaziendale;
- creazione delle interfacce con applicativi di studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, infermieri domiciliari, ambulatori distrettuali e ospedalieri, ...;
- estensione della rete tramite il collegamento telematico dei singoli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;

- sviluppo e sperimentazione di protocolli standard di comunicazione per condividere le informazioni cliniche rilevanti ai fini dell'attività di cura e della continuità assistenziale.

### La diffusione della rete integrata Sole

La sperimentazione del progetto è stata effettuata in tutte le Aziende sanitarie con la collaborazione di circa 200 medici di medicina generale.

A regime (previsione: entro il dicembre 2007) tutti i medici di medicina generale saranno collegati in rete.

Attualmente sono circa 1000 i medici di medicina generale collegati in rete col server Sole della rispettiva Azienda sanitaria attraverso la linea ADSL.

Attraverso questo collegamento possono:

- inviare in formato digitale le prescrizioni di specialista ambulatoriale all'Azienda Usl, velocizzando la fase di prenotazione e facilitando la prenotazione telefonica di qualunque tipologia di esame;
- ricevere - per ciascuna prescrizione trasmessa elettronicamente - notifica elettronica del referto (si è iniziato con i referti di laboratorio) e relativa acquisizione nella cartella clinica dell'assistito;
- ricevere notifica di ricovero e di dimissione in tempo reale per tutti gli assistiti;
- ricevere notifica delle scelte/revoche di assistiti oltre all'aggiornamento dei dati anagrafici e di indirizzo degli assistiti;
- condividere con specialisti ospedalieri, di guardia medica, del centro di diabetologia, una scheda sintetica dell'assistito diabetico;
- condividere con specialisti ospedalieri, di guardia medica, personale infermieristico, una scheda sintetica dell'assistito in assistenza domiciliare.

Per ciascuna informazione trasmessa e condivisa è stato previsto, in forme differenziate, l'acquisizione del consenso al trattamento dei dati da parte dell'assistito secondo quanto previsto dalla legge 196/2003.

Tutte le informazioni cliniche raccolte nel "repository" (base dati storica) Sole concorreranno a costituire l'Indice regionale degli eventi clinici (Irec) che potrà essere consultato on line da qualunque professionista medico che abbia in cura l'assistito e che quindi sia autorizzato a conoscerne i precedenti clinici.

Il progetto Sole ha un suo sito internet:

<http://www.progetto-sole.it/>

## L'Osservatorio regionale per l'innovazione

Le organizzazioni sanitarie sono costantemente attraversate da spinte al cambiamento che rispondono alla necessità sia di acquisire tecnologie diagnostico-terapeutiche innovative, sia di rivedere e rimodulare i propri assetti assistenziali per rispondere ai complessi bisogni assistenziali espressi dalle proprie comunità di riferimento.

Entrambe le esigenze costituiscono in sé un positivo elemento di dinamicità del sistema che deve poter essere garantito. Tuttavia, in particolare nel caso della innovazione tecnologica, si pone il problema di garantire che queste spinte al cambiamento siano da una parte adeguatamente sostenute nella loro capacità di discriminare tempestivamente le vere dalle false innovazioni, e siano, dall'altra, armonizzate alle esigenze complessive del Servizio sanitario regionale. Questo al fine di garantire la sostenibilità economica del sistema, evitare duplicazioni e ridondanze nei servizi, consentire una programmazione che tuteli una dislocazione delle tecnologie funzionale a garantirne l'accessibilità su tutto il territorio regionale.

Si tratta quindi di governarne l'introduzione di elementi innovativi con modalità che, senza negare ed anzi sostenendo l'aspirazione al cambiamento, consentano una loro formale valutazione di impatto e ne delimitino opportunamente gli ambiti clinici di applicazione oltre che i contesti assistenziali deputati all'impiego.

Le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna sono oggi profondamente ridefinite nei loro assetti di governo dalla legge regionale 29/2004, anche per il ruolo attribuito ai Collegi di direzione come organi aziendali con uno speci-

fico compito propositivo per quanto attiene allo sviluppo strategico dell'Azienda.

I Collegi di direzione si configurano come il primo e fondamentale ambito di "emersione" di proposte di innovazione che maturano nei contesti dipartimentali. È in questa sede che le riflessioni sulle scelte innovative, anche in relazione alla adozione di specifiche tecnologie, dovrebbero trovare un primo fondamentale momento di verifica, in particolare sulla loro effettiva desiderabilità e sulla rilevanza delle loro implicazioni.

A sostegno di questi processi, nel corso del 2007 l'Agenzia sanitaria regionale ha avviato l'organizzazione di un Osservatorio regionale per l'innovazione: non un nuovo organismo, ma l'organizzazione di un network che include, oltre alla Agenzia sanitaria, le competenze disponibili presso le Aziende sanitarie, a partire dai loro Collegi di direzione, con l'obiettivo di realizzare le seguenti funzioni:

- sostenere e governare 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.

## L'Osservatorio tecnologie sanitarie

L'Osservatorio tecnologie sanitarie ha lo scopo di rappresentare la situazione delle tecnologie biomediche installate ed in uso presso le Aziende sanitarie della regione. Il processo relativo al periodico rilevamento, consolidamento e presentazione dei dati è curato dal "gruppo regionale tecnologie sanitarie".

La rete di referenti tecnici individuati da ciascuna Azienda sanitaria che collaborano all'alimentazione dell'Osservatorio è costituita da circa 30 professionisti.

La frequenza di aggiornamento della banca dati è semestrale ed il flusso è regolato da una apposita procedura che prevede cinque fasi di controllo e condizionamento dei dati: tale procedura stabilisce altresì che i dati stessi debbano essere preventivamente controllati e validati alla fonte tramite un apposito software messo a disposizione dei referenti aziendali e periodicamente aggiornato; successivamente i dati sono disponibili per analisi di dettaglio

con l'utilizzo di indicatori che permettono la comparazione delle diverse realtà regionali.

La banca dati è oggi costituita da 780 classi di apparecchiature biomediche (dal defibrillatore al tomografo assiale computerizzato) corrispondenti a circa 123.000 beni di cui 106.000 circa di proprietà delle Aziende sanitarie, per un valore di sostituzione stimato in 1.000.000.000 di euro.

Oltre al flusso dati relativo alle tecnologie biomediche, l'attività dell'Osservatorio è stata ampliata con un rilievo relativo ai dispositivi medici, i cui dati, forniti da tutte le Aziende sanitarie, sono aggiornati con cadenza semestrale, condizionati e consolidati dal "gruppo regionale tecnologie sanitarie" e resi disponibili in consultazione su un portale internet appositamente progettato dallo stesso gruppo consultabile all'indirizzo:

<https://worksanita.regione.emilia-romagna.it/sites/grts>

# Autorizzazione e 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:

- 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.

Con le delibere n° 293 e n° 294 del 2005, il processo di accreditamento è stato esteso anche alle strutture ambulatoriali e odontoiatriche.

Nel corso del 2007 si procede alle verifiche di accreditamento delle strutture ambulatoriali e di degenza private, che concorrono a rispondere alle esigenze di prestazioni sanitarie dei cittadini della regione.

## 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; mentre 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.

La Giunta regionale ha approvato la delibera n. 772 del 29 maggio 2007 che definisce criteri e linee guida per il processo di accreditamento con la finalità di elevare la qualità dei servizi erogati, di dare maggiore libertà di scelta ai cittadini e di arrivare ad un modello di rapporto tra committenti pubblici e soggetti produttori regolato con contratti di servizio, e quindi da una più forte responsabilizzazione dei produttori stessi e a un più incisivo ruolo di governo dei Comuni e delle Aziende Usl.

Entro il 31 dicembre 2007 sono previsti provvedimenti regionali per la precisa definizione delle procedure e dei requisiti delle diverse tipologie di servizi e strutture, con priorità a quelli che oggi rientrano nel Fondo regionale per la non autosufficienza: per gli anziani, casa protetta/RSA e centro diurno; per gli adulti con disabilità, centro socio-riabilitativo residenziale e semiresidenziale; assistenza domiciliare per le diverse tipologie di utenti.

Con la delibera 772/2007 è già specificato che l'accreditamento, oltre che con i requisiti di qualità delle strutture, dei servizi, dei soggetti erogatori, dovrà essere in relazione con le esigenze della programmazione regionale e locale (Regione, Comuni, Aziende sanitarie).

Complessivamente i servizi il cui esercizio sarà subordinato all'accreditamento sono racchiusi in quattro aree assistenziali:

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

## 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).

L'accordo, oltre a regolamentare i rapporti per quanto riguarda l'accesso alle prestazioni, i controlli dei pagamenti ed altri aspetti di carattere generale, tratta in maniera separata le attività di alta specialità, cardiocirurgia e neurochirurgia, l'attività psichiatrica e le restanti attività di ricovero.

Per le prime due tipologie definisce budget di riferimento massimi regionali; per le altre attività (cosiddette di non alta specialità) definisce budget provinciali e un budget complessivo regionale per le prestazioni erogate a cittadini residenti in ambiti provinciali diversi rispetto a quello su cui insiste la struttura.

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 che andranno ad incidere sulle valutazioni delle penalità in sede di Commissione paritetica, l'organo 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.

## Le Aree vaste dell'Emilia-Romagna

Le Aree vaste sono state previste dalla programmazione regionale 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 sovraziendale. Sono tre le Aree vaste in cui è suddivisa l'Emilia-Romagna: Area vasta Emilia nord, Area vasta acquisti centro Emilia, Area vasta Romagna.

### Area vasta Emilia nord

L'Area vasta Emilia nord (Aven), operativa dal 2005, è stata costituita nel 2004 dalle Aziende sanitarie di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, con finalità di aggregazione ed integrazione delle funzioni interaziendali nel campo della selezione ed acquisto di beni e servizi e nel campo della logistica, sviluppando le positive esperienze di unione di acquisto maturate negli anni precedenti.

Il principale settore di intervento ha riguardato le gare per l'acquisizione di beni sanitari, in particolare farmaci e dispositivi medici, mirando alla individuazione di nuove strategie di gara ed al forte coinvolgimento degli utilizzatori finali. Nel 2006 sono state aggiudicate 14 procedure per € 120.860.000 dei quali € 112.140.000 relativi all'acquisto di farmaci. Il processo di acquisizione dei farmaci è ad oggi quello meglio strutturato sia dal punto di vista organizzativo che metodologico. Con il coordinamento e il supporto del CeVEAS (Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria) sono stati attivati gruppi di lavoro su specifici argomenti, con la partecipazione dei professionisti delle singole Aziende, dove sono stati concordati criteri di selezione per i farmaci, effettuate valutazioni e approfondimenti e stabilite le strategie di gara, con percorsi rigorosi e condivisi.

I risultati ottenuti con le gare per i farmaci sono stati buoni, in termini di sconti, soprattutto per farmaci messi

“in concorrenza” (equivalenza terapeutica, presenza di generici o più specialità per principio attivo). Tuttavia, il vero valore aggiunto va ricercato nel forte rilievo culturale del processo di selezione e nella partecipazione e coinvolgimento dei clinici: si sono costruiti i presupposti per impostare a livello di Aven iniziative per l'appropriatezza d'uso dei farmaci, di confronto tra le singole realtà e quindi di governo clinico. Per i dispositivi medici, l'indirizzo è quello di completare la gamma di prodotti acquisiti tramite Aven e sono in corso iniziative per risolvere la problematica della codifica comune dei prodotti, indispensabile per il successivo monitoraggio degli esiti di gara, e definire nuove strategie per la selezione e l'acquisto dei dispositivi medici ad alta tecnologia. Per il 2007 sono previste 31 procedure d'acquisto.

Parallelamente, è stato sviluppato il progetto di “logistica del farmaco e del dispositivo medico”, basato sulla realizzazione dell'Unità logistica centralizzata: un progetto strategico sia per gli investimenti previsti (€ 3.144.000 per il terreno e € 11.000.000 per la struttura) sia per la razionalizzazione dell'organizzazione all'interno delle sette Aziende.

L'attività di Aven si estrinseca inoltre nella condivisione di percorsi comuni per le varie professionalità coinvolte nelle procedure di acquisto (gruppi multiprofessionali permanenti) e nell'individuazione di aree di integrazione sanitarie e amministrative (coordinamento delle Commissioni terapeutiche provinciali, CUP, Progetto Sole, analisi degli assetti organizzativi e dei percorsi assistenziali, dei risultati ottenuti dalle reti cliniche Hub and Spoke, collaborazione tra i Dipartimenti aziendali di Aven, creazione di nuovi gruppi permanenti su progetti).

Aven ha un proprio sito internet: <http://www.aven-rer.it>

### Area vasta acquisti centro Emilia

L'Area vasta acquisti centro Emilia riunisce le Aziende sanitarie della provincia di Bologna (Aziende Usl di Bologna e di Imola, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, IRCCS Istituti Ortopedici Rizzoli) e della provincia di Ferrara (Azienda Usl e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara). È stata avviata sperimentalmente nel 2003 e riorganizzata all'inizio del 2005 attraverso un assetto caratterizzato dalla costituzione di due Dipartimenti (rispettivamente per le Aziende sanitarie di Bologna e di Ferrara) integrati in un coordinamento, in attesa della costituzione di un unico Dipartimento di acquisizione di beni e servizi.

L'Area Vasta ha compiti inerenti:

- la programmazione annuale e pluriennale delle procedure;
- la rendicontazione dei risultati raggiunti;
- la promozione dei progetti di modernizzazione;
- il raccordo operativo con Intercent-er (l'Agenzia regionale che gestisce gli acquisti di beni e servizi per la Regione, per le Aziende sanitarie e, su richiesta, per gli Enti locali).

Nel periodo 2005/2006 sono state realizzate 69 gare in unione d'acquisto; sono stati definiti strumenti comuni di gestione delle procedure; è stato realizzato un programma di formazione che ha coinvolto 110 operatori; è stato realizzato il sito web dell'Area quale strumento consultivo e operativo: <http://avace.ausl.bologna.it/>

Particolarmente significativi sono stati i risparmi derivati dalle procedure di gara. Nel 2005 le 36 gare hanno portato ad un totale di 35 milioni di euro di aggiudicato con un risparmio di 2,5 milioni sulla spesa storica, corrispondente al 8,9% del totale della stessa spesa. Nel 2006 sono state realizzate 33 gare in unione d'acquisto per un importo totale di 107,3 milioni e un risparmio di 10,3 milioni, corrispondente all'11,8% del totale. Da segnalare in particolare la gara per i farmaci realizzata nel 2006. Tale gara, per un importo di aggiudicazione di 66,2 milioni, ha portato ad un risparmio sulla spesa storica di 8,6 milioni corrispondente al 12,9% del totale.

La programmazione delle gare per il 2007 prevede di ampliare la tipologia dei beni da acquistare anche alle attrezzature sanitarie, oltre che ai beni economici e farmaceutici. Sito web: <http://avace.ausl.bologna.it/>

### Area vasta Romagna

L'Area vasta Romagna (Avr), a cui partecipano le Aziende Usl di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini, ha l'obiettivo di assicurare, nel bacino dell'Area, equità di accesso ad una gamma di servizi completa e di qualità adeguata alle aspettative della popolazione, nella ricerca della massima sostenibilità economica.

L'Avr si caratterizza per organicità della collaborazione tra le Conferenze territoriali sociali e sanitarie e le Aziende sanitarie nella programmazione, nella organizzazione e nella governance delle funzioni e servizi il cui bacino di utenza ottimale è sovraaziendale.

In coerenza con le linee regionali, la programmazione viene realizzata nel pieno rispetto dei principi di non ridondanza e prossimità nell'erogazione dei servizi, differenziazione delle vocazioni distintive aziendali, inclusività e valorizzazione delle risorse professionali.

L'integrazione è principio fondamentale per la programmazione e prevede le seguenti dimensioni:

- 1 - livello programmatico, finalizzato all'individuazione di funzioni/servizi con bacino di utenza sovra aziendale, alla definizione della loro distribuzione e del rispettivo sistema di governo.
- 2 - livello organizzativo-gestionale, per la definizione delle migliori modalità d'uso delle risorse disponibili al fine di incrementarne l'ottimale rendimento in servizi per la popolazione.

3 - livello professionale, finalizzato alla diffusione delle pratiche assistenziali che dimostrino vantaggi in termini di qualità tecnica e organizzativa.

In tale prospettiva le Conferenze territoriali sociali e sanitarie dell'Avr hanno individuato alcuni settori di produzione di prestazioni intermedie, o a prevalente funzione tecnico-logistica, come le strutture organizzative che meglio si prestano a concentrazione e/o integrazione anche strutturale, delineando i seguenti programmi di integrazione:

- costituzione di un unico laboratorio di Avr in cui collocare anche la medicina trasfusionale a valenza sovra-aziendale,
- unificazione ed accentramento strutturale della logistica farmaceutica (magazzino unico di Avr per farmaci e beni economici),
- integrazione funzionale ed in parte strutturale dei servizi e funzioni di approvvigionamento beni e servizi e della logistica economica,
- unificazione per integrazione funzionale della progettazione tecnica e del supporto amministrativo per le procedure ad evidenza connesse ai lavori pubblici,
- integrazione funzionale dell'ingegneria clinica e della fisica sanitaria.

I miglioramenti attesi possono essere esemplificati, in estrema sintesi, dal laboratorio unico dell'Avr, ed attengono tanto alla qualità, sotto il profilo della specializzazione e globalità delle prestazioni di medicina di laboratorio e della non replicazione degli esami in caso di ricoveri ripetuti all'interno dei diversi presidi ospedalieri dell'Avr, quanto alla sostenibilità economica degli interventi nel tempo, attraverso la diminuzione dei costi di funzionamento delle strutture accentrate che viene stimata in una riduzione pari al 25% dei costi attualmente sostenuti dalle quattro Aziende sanitarie.

Relativamente ai programmi di aggregazione della domanda di beni e servizi, le linee portanti di Avr, definite nel 2003, sono state progressivamente implementate convergendo sugli obiettivi attesi relativamente a:

- la definizione di comuni specificazioni tecnico economiche dei beni, eliminando le variabilità di consumo esistenti nelle diverse realtà che non siano giustificate dalla particolare funzione a cui, tecnicamente, è correttamente destinato il bene;
- la individuazione, in coerenza o rimodulando in anticipo le scadenze contrattuali, della pianificazione temporale delle procedure di gara in unione e delle relative modalità operativo/procedurali che devono essere ispirate a principi di semplificazione ed idonee a garantire adeguate dinamiche concorrenziali tra i fornitori.

La programmazione degli acquisti in unione all'interno dell'Avr include oltre il 60% dell'ammontare complessivo delle spese effettuate dalle quattro Aziende sanitarie. Nel 2003, il valore delle gare uniche di Area ammontava a circa 95 milioni di euro su un totale per acquisto beni, esposti nei consuntivi delle 4 Aziende sanitarie, pari a circa 155 milioni di euro.

Hanno principalmente contribuito ad estendere la copertura delle gare di Avr gli interventi di unificazione effettuati per l'acquisizione dei beni sanitari ed in particolare dei farmaci e di alcuni dispositivi medici ad alto costo (cardiologici, pace maker). In tali casi i recuperi di potere contrattuale sono stati determinati dagli elementi di concorrenza a cui sono state ispirate le procedure di selezione del fornitore (equivalenza terapeutica, generici...) e si sono tradotti, nella gara dei farmaci, in miglioramenti dei nuovi prezzi, a valere per l'anno 2004 e seguenti, che hanno comportato una riduzione media dei costi pari al 3,7%. Sito internet (attivo entro il 2007): [www.areavastaromagna.it](http://www.areavastaromagna.it)

## Accordo tra Ministero della giustizia e Regione per l'assistenza specialistica in carcere

Il Servizio sanitario regionale, dal 1° giugno 2007, garantisce presso le infermerie degli istituti penitenziari l'assistenza medica specialistica alle persone ristrette in carcere. Lo prevede una intesa tra il Ministero della giustizia e la Regione Emilia-Romagna formalizzata con un protocollo siglato dal capo dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria e dal presidente della Regione Emilia-Romagna, e con un accordo attuativo firmato dal provveditore regionale alle carceri e dall'assessore regionale alle politiche per la salute (accordi previsti dalla delibera della Giunta regionale n. 746 del 21 maggio 2007).

In virtù di queste intese, l'Emilia-Romagna, dopo l'assistenza farmaceutica, l'intervento sulle tossicodipendenze e la vigilanza sull'igiene pubblica già garantite dal 2003, assume anche l'assistenza specialistica a carico e nella piena responsabilità del Servizio sanitario regionale.

Gli specialisti entrano nelle carceri dell'Emilia-Romagna con un piano di presenze – per circa 800 ore/mese – adeguato ad affrontare i bisogni della popolazione detenuta: circa 3.000 persone di cui il 7-8% con problemi rilevanti di salute (soprattutto tossicodipendenza, problemi psichiatrici e malattie infettive).

Per le patologie a più grande diffusione – patologie infettive (in particolare epatite e Aids) e patologie psichiatriche – l'assistenza specialistica è garantita in tutti gli istituti di pena dell'Emilia-Romagna. Nelle carceri di più grosse dimensioni – Bologna, Modena, Parma – sono invece concentrati gli interventi specialistici relativi a problemi "più rari": prestazioni di ginecologia, dermatologia, oculistica,

otorino, cardiologia.

Gli interventi e la loro efficacia sono monitorati attraverso un sistema informativo che ha a disposizione anche le cartelle cliniche informatizzate.

Le intese non riguardano le prestazioni di odontoiatria, per le quali sono in corso verifiche sulla sicurezza delle strumentazioni e sui livelli di assistenza da garantire, e l'assistenza nell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Reggio Emilia in quanto si è in attesa di un progetto di ridefinizione di questo settore su base nazionale.

La collaborazione del Servizio sanitario consentirà all'Amministrazione penitenziaria di concentrare le proprie risorse sui servizi di base per garantire la continuità assistenziale sulle 24 ore nelle sedi carcerarie con un consistente numero di detenuti.

Gli accordi sottoscritti rappresentano un significativo passo avanti nel processo di trasferimento della sanità penitenziaria dal Ministero della giustizia al Servizio sanitario nazionale. Un processo iniziato nel 1999, con il decreto legislativo n. 230, che trasferì al Servizio sanitario nazionale, con effetto immediato, l'area assistenziale relativa alle tossicodipendenze e alla sanità pubblica, e diede indicazioni per il progressivo passaggio di tutte le altre funzioni sanitarie in favore della popolazione detenuta. La necessità di arrivare rapidamente al completo trasferimento di funzioni e competenze per la tutela e la cura della salute delle persone detenute al Servizio sanitario nazionale è richiamata dalle intese siglate.

## Accordo tra Regione ed Enti ausiliari per le dipendenze patologiche

Nel 2002 la Regione siglò con gli Enti ausiliari un accordo triennale, le cui previsioni hanno permesso di migliorare in maniera significativa la qualità e l'appropriatezza dei programmi residenziali per persone con dipendenza da sostanze, nel rispetto del governo della crescita della spesa.

La valutazione del primo triennio di applicazione dell'Accordo vede infatti il pieno raggiungimento degli obiettivi prefissati. L'analisi dei bisogni e dell'offerta, effettuata congiuntamente tra SerT ed Enti ausiliari a livello regionale e dei singoli territori, ha portato ad una riconversione di percorsi assistenziali diretti a nuovi bisogni (persone con dipendenza da cocaina, giovani poliassuntori...), al maggior utilizzo delle strutture regionali rispetto a quelle situate al di fuori della regione, con grandi vantaggi in termini di continuità assistenziale. Si è inoltre assistito al rispetto dei livelli di spesa programmati.

Visti i positivi risultati, è stato siglato un nuovo accordo per il triennio 2007/2009, in forte continuità con i contenuti del precedente.

I punti salienti riguardano:

- impegno ad incrementare ulteriormente la qualità e l'appropriatezza degli interventi. In particolare, ci si propone di valutare i progetti e le esperienze innovative (progetti serali o nei weekend, accompagnamento al lavoro e simili).
- Impegno ad un ulteriore affinamento della raccolta e lettura comune dei dati di attività, anche attraverso l'eventuale messa a disposizione del sistema informativo oggi già utilizzato dai SerT.

- Partecipazione degli Enti alla progettazione sociosanitaria. Si lavorerà congiuntamente per una migliore definizione dei percorsi sociali e sociosanitari (riduzione dei rischi e del danno, reinserimento sociale e lavorativo), anche attraverso la valorizzazione delle esperienze già attive.
- Modalità di accesso alle prestazioni. L'obiettivo è di estendere progressivamente a tutta la regione la positiva esperienza di alcuni territori ove è attiva una commissione mista pubblico-privato che valuta congiuntamente gli invii. Sarà inoltre possibile strutturare una modalità di accesso diretto in comunità da parte dell'Ente ausiliario attraverso l'accreditamento della struttura che fa la diagnosi.
- Ridefinizione delle tariffe e della spesa programmata: l'incremento tariffario sarà riservato alle strutture che otterranno l'accreditamento sanitario.

Il monitoraggio sull'applicazione dell'accordo è seguito da una Commissione regionale paritetica (composta da tre rappresentanti degli Enti ausiliari e da tre funzionari regionali), che si avvale di analoghe paritetiche Commissioni locali e produce annualmente un rapporto sul lavoro svolto e sulle proposte conseguenti.

Nel 2006 le strutture aderenti all'accordo (tutte quelle che hanno richiesto il convenzionamento con il Servizio sanitario) hanno accolto 2.138 persone, per un totale di 291.444 giornate d'inserimento in struttura. Gli inserimenti in strutture extra regione si sono fortemente ridimensionati: nel 2006 sono stati inserite 135 persone per un totale di 2.903 giornate.

# Organizzazione, gestione e monitoraggio dei programmi di screening oncologici

I programmi di screening propongono controlli mirati a uomini e donne in specifiche fasce di età o esposti a particolari rischi per prevenire o diagnosticare precocemente malattie e, quando insorgono, intervenire tempestivamente con le cure necessarie.

In Emilia-Romagna sono attivi fin dal 1996 i programmi di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero e dei tumori della mammella, rivolti rispettivamente alle donne dai 25 ai 64 anni (che sono oltre 1.100.000) e alle donne dai 50 ai 69 anni (530.000).

Nel marzo 2005 è partito il terzo programma regionale di screening, che è rivolto a uomini e donne dai 50 ai 69 anni (oltre un milione) ed è finalizzato alla prevenzione e alla diagnosi precoce dei tumori del colon-retto.

## Il modello organizzativo

Il modello che il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna ha adottato per i propri programmi di screening è il modello "partecipato" basato sul confronto fra pari dei professionisti attivamente coinvolti a vari livelli di responsabilità sia professionale che organizzativa.

I tre programmi in corso sono coordinati a livello regionale dal Centro di riferimento e coordinamento regionale che fa parte del Servizio sanità pubblica dell'Assessorato politiche per la salute.

Il Centro ha funzioni di indirizzo, verifica e monitoraggio dei singoli programmi su scala regionale.

Ad esso confluiscono i dati da tutte le Aziende Usl coinvolte (11) con flussi informativi periodici attivati sia per la verifica dell'avanzamento dei programmi, sia per la valutazione di qualità e di esito in base agli indicatori ed agli standard di riferimento.

Il Centro di riferimento regionale, per gli aspetti di valutazione epidemiologico-scientifica, si avvale della struttura epidemiologica dell'Istituto Oncologico Romagnolo di Forlì, mediante apposita convenzione.

I progetti di controllo di qualità, a cui partecipano tutte le realtà, fanno capo a centri particolarmente qualificati delle Aziende sanitarie, su scala regionale.

## La gestione

La gestione operativa dei programmi a livello locale fa capo direttamente all'Azienda Usl, in stretta integrazione con l'Azienda Ospedaliera o Ospedaliero-Universitaria, dove presente (Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Ferrara).

Ogni programma locale ha un responsabile organizzativo o di programma (eventualmente affiancato da un responsabile professionale del percorso diagnostico-terapeutico e sempre da un referente epidemiologico) nominati dalle direzioni generali delle singole Aziende Usl, in stretto accordo con le Aziende Ospedaliere.

## Il monitoraggio

A livello di ogni Azienda sanitaria i responsabili coordinano un Gruppo di lavoro multidisciplinare per ogni programma, con la partecipazione delle figure professionali coinvolte attivamente nel percorso diagnostico-terapeutico, compresi i medici di medicina generale.

A livello regionale si riunisce periodicamente il Gruppo regionale screening, composto dai responsabili regionali e locali, dai referenti epidemiologi, unitamente ai responsabili dei Registri tumori di popolazione, nonché dai responsabili dei gruppi di lavoro per il controllo di qualità, per la formazione e per la comunicazione.

Sono inoltre attivi gruppi di lavoro per il controllo e la promozione della qualità dei percorsi diagnostico-terapeutici, per la formazione permanente del personale e sugli aspetti comunicativi, coordinati da uno o più professionisti esperti e particolarmente qualificati.

Il metodo di lavoro utilizzato nei diversi ambiti è quello dell'audit professionale e del confronto fra pari.

# Le informazioni sui servizi: il numero verde gratuito 800 033 033 e la guida ai servizi on line

## Il numero verde 800 033 033

**L**e attività di informazione e comunicazione rivestono una 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 cinque anni di attività questo servizio ha ricevuto oltre 470.000 telefonate. Chiamano donne in oltre il 70% dei casi, prevale la fascia di età tra 40 e 50 anni, ma l'incidenza di persone anziane che utilizzano questo strumento è di circa un quinto del totale. Il call center si dimostra sempre più in grado di rispondere alle domande dei cittadini: solo in un caso su sei è necessario trasferire la chiamata all'Urp di un'Azienda sanitaria per approfondimenti specifici.

## Il numero verde e la sperimentazione delle prenotazioni telefoniche di visite ed esami

Dal marzo 2007 una nuova sperimentazione coinvolge il numero verde unico del Servizio sanitario regionale, che viene utilizzato quale tramite per il trasferimento delle telefonate ai Cup telefonici delle Aziende sanitarie. Un primo passo verso la prenotazione telefonica delle visite e degli esami specialistici attraverso un unico punto di accesso regionale e con percorsi standardizzati.

Per il futuro del numero verde una delle sfide principali sarà il coordinamento con gli altri punti informativi e di accesso ai servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, con una particolare attenzione alle fasce più deboli, come gli anziani, gli immigrati, le persone con disagi economici e sociali.

## La guida ai servizi on line

Il numero verde del Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna è un servizio in continuo sviluppo. A partire dalla banca dati, a disposizione del call center e degli Urp aziendali, è stata creata nel novembre 2006 la nuova "Guida ai servizi-informazioni on line", pubblicata nel portale del Servizio sanitario regionale Saluter ([www.saluter.it](http://www.saluter.it)) e in tutti i siti delle Aziende sanitarie.

Le informazioni su dove andare, come fare, cosa serve per usufruire dei servizi sanitari e socio-sanitari erogati dal Servizio sanitario regionale, prima a disposizione solo del call center e degli Urp aziendali, sono state infatti rivisitate con uno specifico editing e rese accessibili anche ai navigatori meno esperti, grazie al motore di ricerca ed al software costruiti ad hoc. È prevista a breve la pubblicazione nella Guida ai servizi on line anche delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, il cui catalogo è stato di recente allineato con quello del progetto Sole (Sanità on line), che l'Emilia-Romagna sta realizzando.

Coordinamento editoriale e di redazione: Marta Fin

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

Progetto grafico:  
Tracce - Modena

Stampa:  
Nuovagrafica - Carpi (Mo)  
Settembre 2007

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

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

Numero verde del Servizio sanitario regionale 800-033.033



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA