

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE DELL'EMILIA-ROMAGNA

LE STRUTTURE, LA SPESA, LE ATTIVITÀ AL 31.12.2011
PROGRAMMI, ACCORDI E MODELLI ORGANIZZATIVI



INDICE

Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna: i risultati al 31 dicembre 2011 e gli impegni

Strutture, spesa, attività

La popolazione	4
Aziende sanitarie, Irccs, posti letto, personale, medici e pediatri di famiglia, Aree vaste	9
Spesa per funzioni e livelli di assistenza per residenti, spesa pro-capite	11
L'evoluzione della spesa: raffronto tra Regioni, saldo mobilità interregionale	12
Andamento spesa pro-capite: raffronto tra Paesi e tra Regioni italiane	13
Tempi medi di pagamento dei fornitori di beni e servizi delle Aziende sanitarie	14
Gli acquisti attraverso Intercent-ER	14
Il Fondo regionale per la non autosufficienza: risorse utilizzate, aree di intervento	15
L'assistenza e la spesa farmaceutica	16
Investimenti per edilizia sanitaria e socio-sanitaria	18
Assistenza ospedaliera: posti letto, ricoveri, attrazione extraregionale, tempi di attesa per ricoveri programmati, accessi Pronto soccorso	20
Specialistica ambulatoriale: il numero di prestazioni, la tipologia, l'andamento dal 2003 al 2011	22
L'assistenza nei Consultori familiari, negli Spazi giovani e negli Spazi per le donne immigrate e i loro bambini	24
Assistenza domiciliare	25
Assegni di cura	26
Assistenza in residenze per persone anziane, con disabilità, disagio psichico, dipendenze patologiche	28
Assistenza in hospice	30
Servizi per la salute mentale adulti	32
Servizi per la salute mentale bambini e adolescenti	33
Servizi per le dipendenze	34
Servizi per le demenze senili	35
Donazione e trapianto di organi, tessuti, cellule, sangue cordonale	36
Donazione e consumo unità di sangue	38
Screening dei tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto	39
Sistema di sorveglianza nazionale PASSI: l'accesso ai test previsti dagli screening	41
Le vaccinazioni	43
La tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori	46
Sicurezza alimentare e nutrizione	49
Servizi telefonici e on line: informazioni, prenotazioni, pagamento ticket, consulenze	51

Programmi, accordi e modelli organizzativi

Il nuovo ospedale Sant'Anna a Cona	53
Il nuovo Irccs "in terapie avanzate nell'ambito dell'oncologia medica" di Meldola	55
Formazione: il nuovo sistema di Educazione continua in medicina (Ecm)	56
I programmi di ricerca e innovazione Regione-Università	57
L'Ospedale per intensità di cura	59
Prevenzione e controllo del rischio infettivo: antibioticoresistenza e infezioni correlate all'assistenza; il programma "Igiene delle mani"	61
Prestazioni sanitarie programmate: una revisione della letteratura internazionale sugli studi condotti riguardo a interventi per ridurre le liste di attesa	62
Il programma 2012 per l'utilizzo del Fondo regionale per la non autosufficienza	63
Programma per promuovere corrette abitudini alimentari a scuola	63
Il piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015	64
I programmi per la promozione e la prescrizione dell'attività fisica	65
La Casa per la promozione e la tutela della salute in carcere	66
Il nuovo programma regionale per i minori con disturbi dello spettro autistico	67
Programmi per migliorare la comunicazione con gli assistiti e le loro famiglie	68
Passi d'Argento: il sistema di sorveglianza della qualità della vita degli anziani	70
L'accordo Regione-AIOP	72
Accordo tra Regione, Comitati regionali Coni e Comitato italiano paralimpico, Enti di promozione sportiva	72
Il modello Hub & Spoke per l'assistenza ospedaliera	73
L'organizzazione del Distretto	74
La Casa della salute	75
La rete delle farmacie oncologiche	76
La rete Sole (Sanità on line), il Fascicolo sanitario elettronico, il Patient summary, la cartella elettronica di assistenza domiciliare	77
L'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali	79
Laboratori di comunità per la partecipazione	79

Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna: i risultati al 31 dicembre 2011 e gli impegni

"Pur di fronte a riduzioni di finanziamento, all'aumento dei costi, ai tanti punti indefiniti a livello nazionale, l'Emilia-Romagna chiude il 2011 in pareggio", aveva preannunciato l'assessore alle politiche per la salute Carlo Lusenti in Commissione assembleare nell'aprile scorso, quando ha presentato i preconsuntivi 2011 e ha fatto il punto sulle risorse necessarie per sostenere il Servizio sanitario, tenendo presente la pesante crisi in atto.

I risultati al 31.12.2011 sono infatti complessivamente positivi.

Il bilancio economico finanziario è in equilibrio: un risultato ottenuto malgrado la riduzione dei finanziamenti e il totale azzeramento del Fondo nazionale per la non autosufficienza (per coprire il quale la Regione ha stanziato 31 milioni da risorse proprie).

Positivo il bilancio sui servizi erogati, basati sulla centralità della persona e dei suoi bisogni di salute, sulla integrazione e sulla interdisciplinarietà per garantire meglio presa in carico e continuità assistenziale (come previsto dalla delibera di programmazione 732/2011). Per il 2012 e gli anni a seguire si dovrà vedere quali saranno gli effetti dei provvedimenti adottati dal Governo Berlusconi e dei provvedimenti adottati dal Governo Monti (il decreto sulla "spending review" convertito in legge n. 135 del 7.8.2012, il decreto di riordino della sanità, approvato in Consiglio dei ministri il 5 settembre scorso e ora *(al momento di andare in stampa)* alla discussione delle Regioni, che ne chiedono forti modifiche, e del Parlamento, che ne dovrà approvare la conversione in legge. Da considerare poi che nel 2012 l'Emilia-Romagna è stata duramente segnata dal terremoto che ha colpito le province di Modena, Ferrara, Bologna, Reggio Emilia. Le forti scosse del maggio hanno provocato vittime, feriti, distruzioni di edifici, anche di strutture sanitarie: basti pensare a Carpi, Mirandola, Finale Emilia, Policlinico di Modena, Bondeno... Tutti gli operatori del Servizio sanitario si sono prodigati per dare assistenza; la Regione ha deciso una serie di misure, tra le quali esenzione dal ticket per le persone delle zone terremotate, ed è impegnata per la ricostruzione in rapporto con il livello nazionale e locale. Le strutture sanitarie tutte saranno ripristinate entro il 2012, ma ci vorrà tempo per sanare le ferite.

I risultati al 31 dicembre 2011

I risultati sono illustrati e commentati nelle pagine che seguono. Ecco qualche riflessione di sintesi.

La popolazione cresce anche nel 2011: + 26.807 persone rispetto al 2010, 4.459.246 in totale. L'aumento è legato alla crescita della popolazione straniera residente, della popolazione anziana per l'allungamento delle aspettative di vita e alle nascite.

La spesa è stata di 8,514 miliardi (8,431 nel 2010), con una spesa pro-capite di 1.909 euro (1.902 nel 2010). Buona la capacità di governo della spesa, come dimostra anche la spesa pro-capite nel confronto tra le Regioni e con la media nazionale. Continuano ad essere migliori

di quelli nazionali, pur se in lieve aumento rispetto al 2010, i tempi di pagamento di fornitori di beni e servizi. Molto significativa la spesa per il Fondo regionale per la non autosufficienza: 459,1 milioni (in lieve diminuzione rispetto ai 468,1 del 2010, ma nel 2011 la Regione ha dovuto far fronte, con 31 milioni, anche al totale azzeramento del Fondo nazionale).

La spesa farmaceutica diminuisce del 3,7%. Significativa la diminuzione della spesa farmaceutica territoriale: - 6,2% rispetto al 2010. Sempre inferiore a quella nazionale la spesa farmaceutica pro-capite: 170,2 euro contro 204,3. La spesa per i farmaci generici aumenta: dal 15% nel 2005 al 41% della spesa convenzionata nel 2011.

Gli investimenti in edilizia sanitaria e socio-sanitaria ammontano a 2,464 miliardi (periodo 1991-2011). I posti letto pubblici e privati sono 20.493; ogni mille abitanti: il 3,72 per acuti e lo 0,88 per lungodegenza e riabilitazione.

L'indice di attrazione extraregionale per ricovero (persone di altre Regioni che vengono a curarsi in ospedali dell'Emilia-Romagna) è del 14% (il 13,8 nel 2010).

Soddisfacenti, e in linea con quanto indicato a livello nazionale, i tempi di attesa per gli interventi in ricovero programmato nelle aree cardiologica e vascolare. Non ancora raggiunti gli obiettivi nell'area oncologica (ma i tempi possono essere dovuti a necessarie terapie dopo la diagnosi e prima dell'intervento chirurgico) e per l'artroprotesi d'anca (qui occorre tenere presente la forte attrattiva che esercita l'Irccs Rizzoli di Bologna, a cui si rivolgono pazienti da tutto il Paese).

Rilevantissimi gli accessi al Pronto soccorso: 1.864.513.

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali (visite ed esami) sono state 75.383.118 (76.008.277 nel 2010).

Per i Consultori i dati di attività (stimati) dimostrano che le prestazioni più erogate sono relative alla nascita (33,9%), allo screening per la prevenzione dei tumori (30,3%), all'area ginecologica (il 19,2%).

Le persone assistite a domicilio sono state 97.037 (97.354 nel 2010); quelle che hanno ricevuto l'assegno di cura sono state 19.315 (23.175 nel 2010): la diminuzione è legata agli effetti dell'applicazione dei Regolamenti a livello di Distretto e quindi ai differenti criteri di priorità per l'accesso ai contributi. In diminuzione la spesa per assegni di cura: 55 milioni a fronte dei 60,7 del 2010. Tra gli anziani che hanno percepito l'assegno di cura, la fascia di età più significativa è quella degli ultra 85enni (il 46,3%), tra le persone con disabilità è la fascia 45-59 (39%).

Sono 29.433 (28.295 nel 2010) i posti residenziali e semi-residenziali per anziani, persone con disabilità, disagio psichico, dipendenze patologiche. Dal focus sugli anziani si evince che le strutture residenziali dedicate (il 74,8%) hanno ricoverato 25.745 persone, quelle semiresidenziali (il 36,5% del totale) 4.754 persone.

La rete degli hospice è in crescita: sono 20 gli hospice per 248 posti letto; hanno ricoverato 4.105 persone (241 posti letto e 3.937 ricoverati nel 2010).

Continua l'incremento degli utenti dei Servizi per la

salute mentale adulti, 76.015 (74.406 nel 2010); in aumento anche i minori afferiti ai Servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza: 41.175 nel 2011. Sono state 30.783 le persone con dipendenza in trattamento presso i SerT, un numero sostanzialmente stabile negli ultimi anni.

I Servizi per le demenze senili hanno registrato 18.284 nuovi utenti (18.017 nel 2010); sono state 69.358 le visite effettuate, numeri in aumento costante.

Sempre a buoni livelli la donazione e di trapianto di organi, tessuti, cellule, sangue, sangue cordonale. Buoni i risultati sulla donazione di sangue: 254.000 le unità raccolte, + 0,2% sul 2010; in aumento anche il numero di donatori.

I tre programmi di screening continuano a registrare buone adesioni e buoni risultati, come confermato anche dai dati degli studi PASSI.

Per le vaccinazioni nell'infanzia e nell'adolescenza, nel 2011, pur essendo superato l'obiettivo nazionale, si conferma il trend in lieve flessione registrato negli ultimi anni. La vaccinazione antinfluenzale tra gli anziani ha registrato il 63,6% (il 63,3% nel 2010) di vaccinati over65enni, in calo la vaccinazione di adulti e bambini con patologie croniche (147.692, 151.226 nel 2010) e di operatori sanitari (11.432, 13.265 nel 2010). Per la vaccinazione contro il papilloma virus (HPV), i risultati sono in crescita: il 73,9% vaccinate delle nate nel '97 (73% nel 2010); il 72,7% delle nate nel 1998 (il 66,4% nel 2010); il 66,8% delle nate nel 1999.

Gli infortuni sul lavoro denunciati all'Inail sono diminuiti: 99.713 contro i 106.077 del 2010; diminuiti anche quelli mortali: 84 contro 91 nel 2010; da tenere conto nella valutazione, tuttavia, della crisi e della diminuzione degli occupati. Tra gli operatori sanitari assicurati Inail gli infortuni nel 2011 sono stati 90.638 (95.020 nel 2010); per il 94,7% gli operatori sono stati accertati come idonei alla mansione (93,6% nel 2010).

I controlli per la sicurezza degli alimenti registrano un lieve aumento delle strutture di produzione con infrazioni: 6.203 nel 2011, 5.472 nel 2010. La sorveglianza delle salmonellosi negli allevamenti di polli e tacchini ha confermato un basso livello di diffusione dei sierotipi più pericolosi per le persone. I controlli su inquinanti ambientali e sostanze proibite in allevamenti e macelli mostrano un aumento delle imprese ispezionate, da 10.208 a 11.244, le positività sono restate allo 0,3%.

I Servizi on line di informazioni, prenotazioni, pagamento ticket, consulenze sono in crescita costante: ad esempio il numero verde del Servizio sanitario regionale 800033033 ha registrato 386.818 chiamate nel 2011; il portale Saluter ha ricevuto 2.343.952 visite: più che triplicate le telefonate, più che raddoppiato il numero di visite al portale rispetto al 2010: da tenere conto, per la valutazione, che nel periodo settembre-novembre 2011 questi servizi hanno avuto un'impennata di accessi per avere informazioni sui nuovi ticket imposti dal Governo Berlusconi.

Programmi, accordi, modelli organizzativi

La seconda parte della pubblicazione riporta i principali programmi, accordi, modelli organizzativi adottati. Eccone alcuni, in sintesi.

Il nuovo Sant'Anna (Azienda Ospedaliero-Universitaria di

Ferrara) a Cona è in funzione. L'Istituto romagnolo per lo studio e la cura dei tumori (Irst) di Meldola è stato riconosciuto in Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico in terapie avanzate nell'ambito dell'oncologia medica. Avviato un nuovo sistema per l'Ecm (educazione continua in medicina) che lega i crediti formativi allo sviluppo delle competenze specifiche.

Avviato il nuovo programma Regione-Università per la ricerca e l'innovazione, sempre tre le aree: innovazione, governo clinico, formazione.

In corso la sperimentazione in 9 Aziende sanitarie dell'Ospedale per intensità di cura, una nuova modalità organizzativa che struttura i ricoveri in aree che aggregano i pazienti in base alla maggiore o minore gravità e al conseguente livello di complessità assistenziale necessario.

Tra i programmi per prevenzione e controllo del rischio infettivo, buoni risultati dal programma "Igiene delle mani". Sarà avviata a breve una ricerca sulla letteratura internazionale riguardo a studi sugli interventi adottati nei vari Paesi per ridurre le liste di attesa.

È in corso il programma 2012 di utilizzo del Fondo regionale per la non autosufficienza. Adottato il piano regionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita entro il 2015. Avviato il programma per la promozione e la prescrizione (come farmaco) dell'attività fisica.

In corso i lavori per la realizzazione della Casa per la promozione e la tutela della salute in carcere (sul modello della Casa della salute).

Avviato un nuovo programma per i minori con disturbi dello spettro autistico. Avviato anche un programma per promuovere corrette abitudini alimentari a scuola. Due i programmi per migliorare la comunicazione con assistiti e familiari: health literacy, comunicazione empatica. Un focus sullo stato di salute degli anziani è fornito dall'indagine PASSI d'Argento.

Siglato il nuovo accordo tra la Regione e l'ospedalità privata (Aiop); siglato anche l'accordo tra Regione, Coni, Cip, Enti di promozione sportiva.

Si aggiungono alla rete Hub & spoke per le alte specialità ospedaliere, la rete per le malattie rare pediatriche e la rete per le malattie metaboliche ereditarie.

Continua la realizzazione delle Case della salute: 49 a giugno 2011. È a regime la rete delle farmacie oncologiche. Sostanzialmente a regime la rete Sole (sanità on line): permette il dialogo tra operatori, semplifica le procedure per i cittadini permettendo, tra l'altro, per chi lo sceglie, di costruire il proprio Fascicolo sanitario elettronico.

Continua il processo di accreditamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali. In corso la costituzione di laboratori di comunità per la partecipazione.

Per il 2012 (delibera 653/2012) ammontano a 7.999,081 milioni le risorse a disposizione: 7.849,081 sono la quota parte dell'Emilia-Romagna del riparto del Fondo sanitario nazionale (riparto che, al momento di andare in stampa con la pubblicazione, non è stato ancora confermato da parte del Governo); 150 milioni provengono direttamente dal bilancio della Regione. A questa cifra si aggiungono le entrate proprie delle Aziende sanitarie e il saldo della mobilità interregionale.

Anche sulla programmazione 2012 dunque si dovranno valutare gli effetti dei provvedimenti nazionali.

La popolazione

Il numero dei residenti è cresciuto anche nel 2011: al 31 dicembre si registra un + 26.807 persone, che porta il totale dei residenti a 4.459.246 (4.432.439 al 31.12.2010), più femmine (2.295.039) che maschi (2.164.207).

Il trend è in crescita senza soluzione di continuità dalla metà degli anni '90. L'aumento è dovuto alla crescita costante di nuovi cittadini residenti (stranieri che vengono a vivere in Emilia-Romagna) 530.015 al 31 dicembre 2011 (500.585 nel 2010), alla crescita, altrettanto costante, della popolazione con più di 65 anni che al 31 dicembre 2011 ha passato il milione (1.004.450, erano 986.845 nel 2010) e alle nascite che nel 2011 sono state 40.448 (41.817 nel 2010).

I nuovi cittadini

Sono 530.015 gli stranieri residenti al 31.12.2011, l'11,9% della popolazione (500.585, l'11,3% della popolazione nel 2010). Un dato significativo è la prevalenza di donne (274.174, il 51,7%) rispetto agli uomini (255.841, il 48,3%): dal 2001 al 2011 le femmine sono diventate via via sempre più numerose fino a diventare la maggioranza nel 2008 (il 50,1%) e ad arrivare al 51,7% a fine 2011. Il dato è da mettere in relazione anche con il lavoro di cura, spesso affidato ad assistenti familiari femmine di altre nazionalità.

La crescita di nuovi cittadini in Emilia-Romagna è molto superiore a quella registrata a livello nazionale dove gli stranieri residenti sono il 7,5% al 31.12.2010 (*ultimo dato disponibile*).

L'analisi della presenza di nuovi cittadini nelle Aziende Usl conferma quanto registrato negli ultimi anni: l'Azienda Usl con il maggior numero di stranieri residenti è Piacenza con il 14,1% della popolazione, (il 13,4% nel 2010), seguita da Reggio Emilia con il 13,5% (13% nel 2010), Modena con il 13,4% (12,7% nel 2010), Parma con il 13,1% (12,5% nel 2010), poi Ravenna, Forlì, Bologna, Cesena, Rimini, Imola, in ultimo Ferrara con l'8,1% (il 7,6% nel 2010).

Confermati anche i Paesi maggiormente rappresentati: i primi 5 sono Marocco, Romania, Albania, Moldova, Ucraina.

I nuovi nati

Il dato sui nati nel 2011 è provvisorio: Istat non ha ancora pubblicato il bilancio demografico annuale, probabilmente a causa dei tempi di elaborazione conseguenti al censimento generale della popolazione.

Dai dati desunti dai 12 bilanci demografici mensili di Istat, i nuovi nati in Emilia-Romagna nel 2011 sono 40.448, (41.817 del 2010). Il tasso di natalità ogni mille abitanti è del 9,4 e in Italia del 9,1 (sempre dati stimati da fonte Istat). Rilevante il numero di bimbi e bimbe nati da mamma straniera: il 29,8% del totale dei nati in Emilia-Romagna (nel 2010 il 29,3%, percentuale rielaborata con dati definitivi nel corso del 2011).

Gli anziani

Hanno superato il milione (1.004.450, il 22,5% della popolazione) le persone con più di 65 anni di età; erano 986.845, il 22,3% della popolazione al 31.12.2010. Il dato è superiore a quello nazionale che registra il 20,3% di over65enni al 31.12.2010 (*ultimo dato disponibile*) ed è in crescita costante da oltre due decenni.

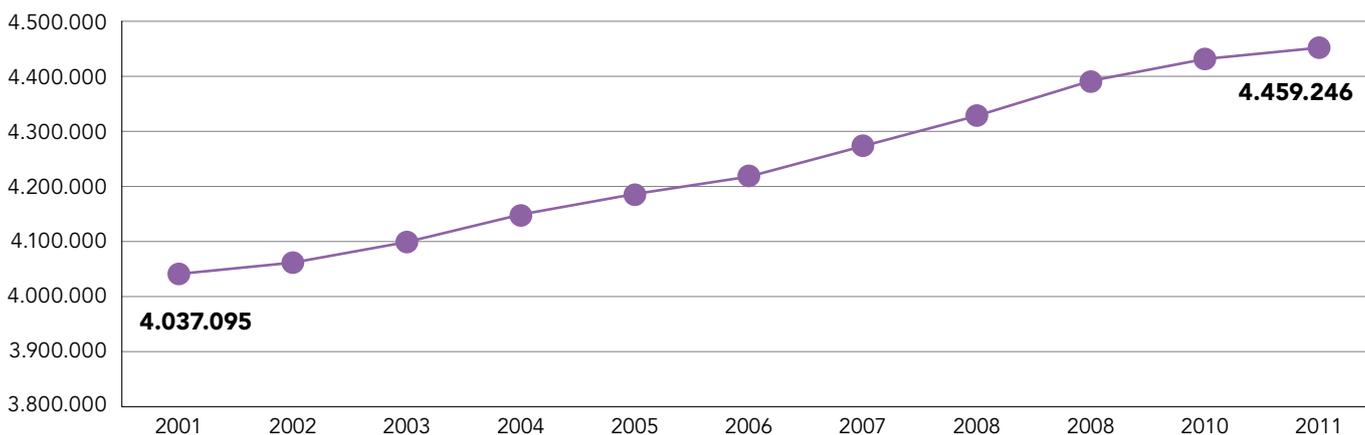
Significativa la presenza di over75enni, 522.725, l'11,7% della popolazione (516.944, l'11,7% nel 2010) e di over 80enni, 320.913, il 7,2% dei residenti (314.652, il 7,1% nel 2010), di cui 2 su 3 sono donne. Sono 159.083 i "grandi vecchi" con oltre 85 anni, il 3,6% della popolazione (154.365, il 3,5% nel 2010).

Analizzando la popolazione con più di 65 anni per Azienda Usl, al vertice si colloca, come gli anni scorsi, l'Azienda Usl di Ferrara con il 25,8% (il 25,3% nel 2010), seguita da Piacenza con il 24% (23,8% nel 2010), Ravenna e Bologna entrambe con il 23,8% (23,6% Ravenna e 23,5% Bologna nel 2010), Forlì con 23,6% (23,4% nel 2010), poi Imola con il 22,5% (22,5% nel 2010), Parma con il 22,4% (22,2% nel 2010), Cesena con il 21,2% (21% nel 2010), Modena con il 21% (20,7% nel 2010), Rimini con il 20,9% (20,6% nel 2010) e infine Reggio Emilia con il 19,8% (19,6% nel 2010).

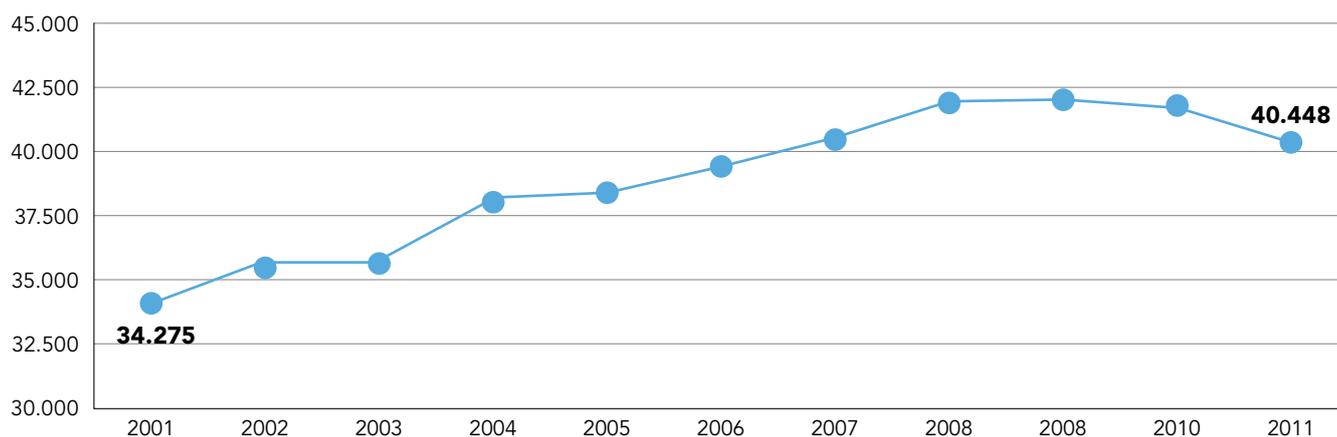
Per approfondimenti:

www.regione.emilia-romagna/statistica

Popolazione residente in Emilia-Romagna - Anni 2001-2011

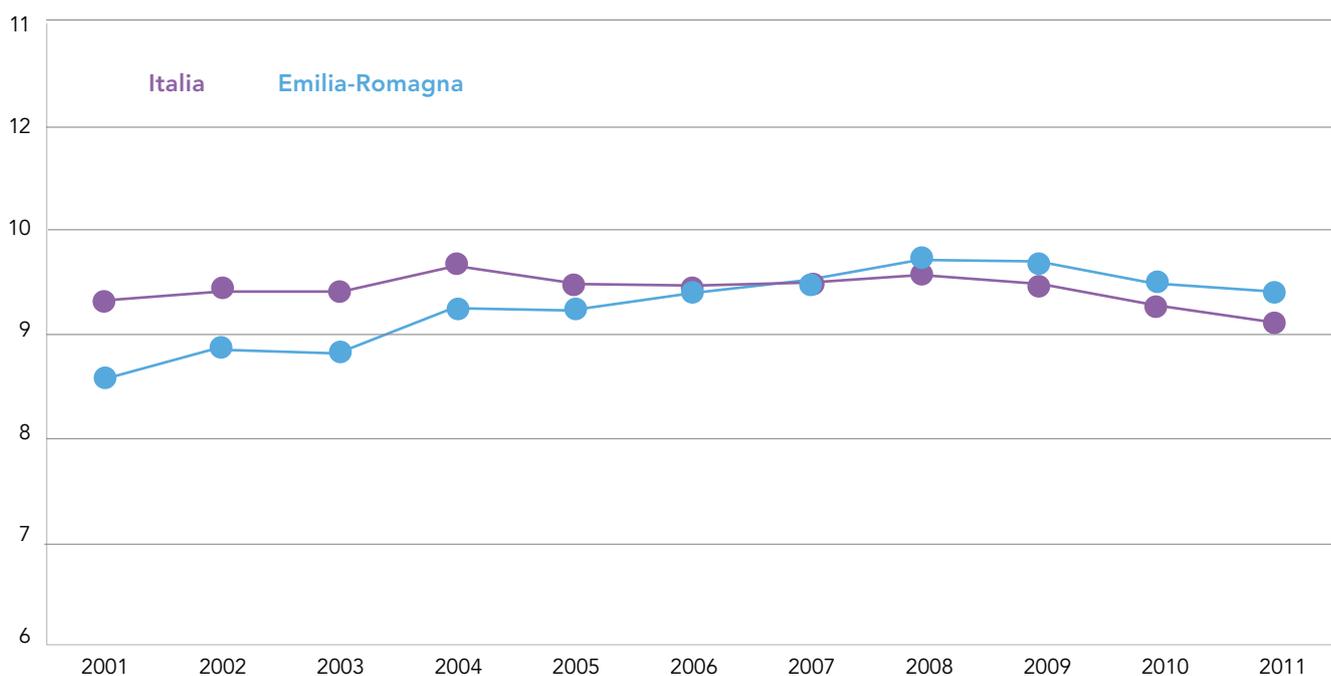


Nati residenti in Emilia-Romagna - Anni 2001-2011(*)



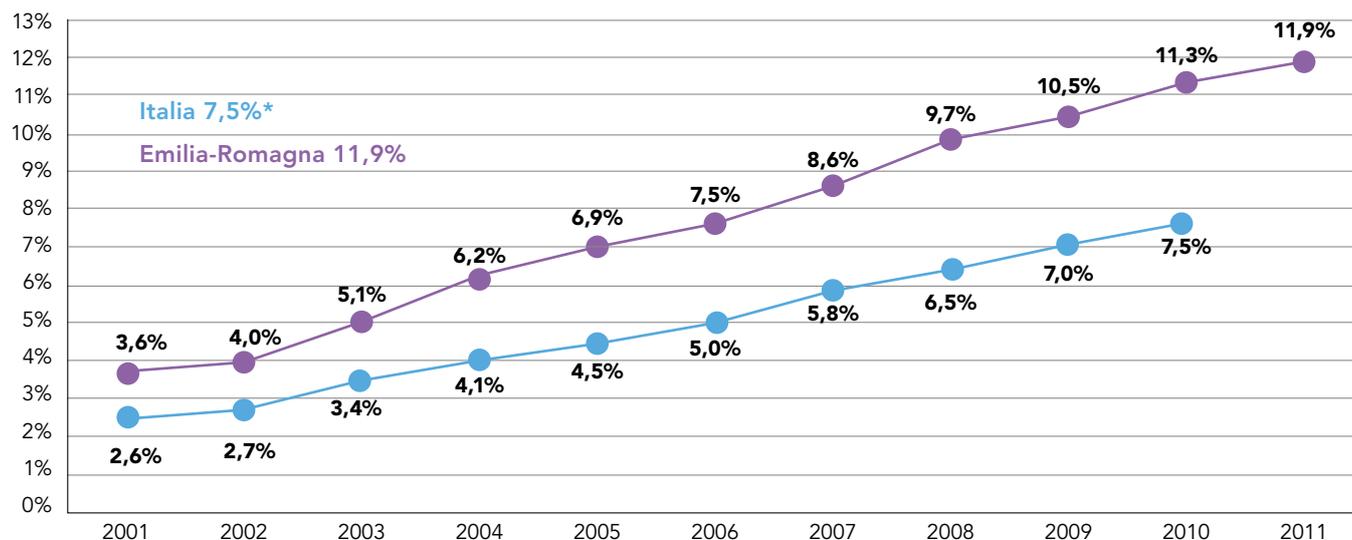
(*) Il dato è di fonte Istat: il bilancio demografico annuale 2011 non è disponibile, il dato 2011 è desunto dai bilanci demografici mensili Istat e quindi non definitivo.

Tasso di natalità per 1.000 abitanti - Emilia-Romagna - Italia - Anni 2001-2011(*)



(*) Fonte Istat (indicatori demografici) - il valore 2011 è stimato

% di popolazione straniera su popolazione residente - Emilia-Romagna - Italia - Anni 2001-2011

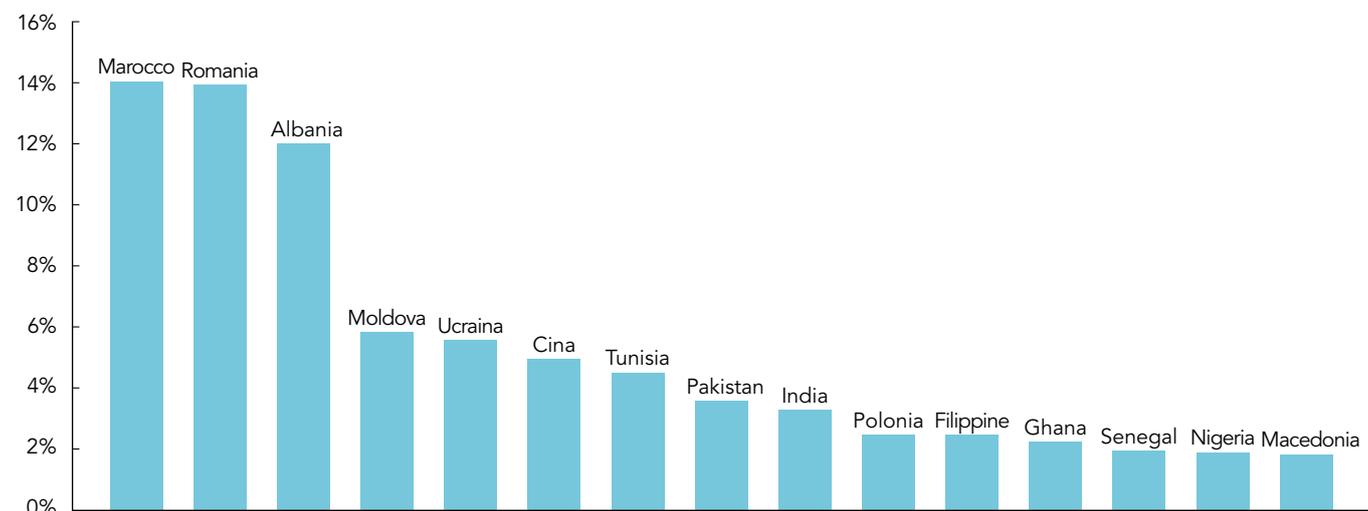


(*) al 31.12.2010 ultimo dato disponibile

Popolazione straniera residente per Azienda USL - Anno 2011

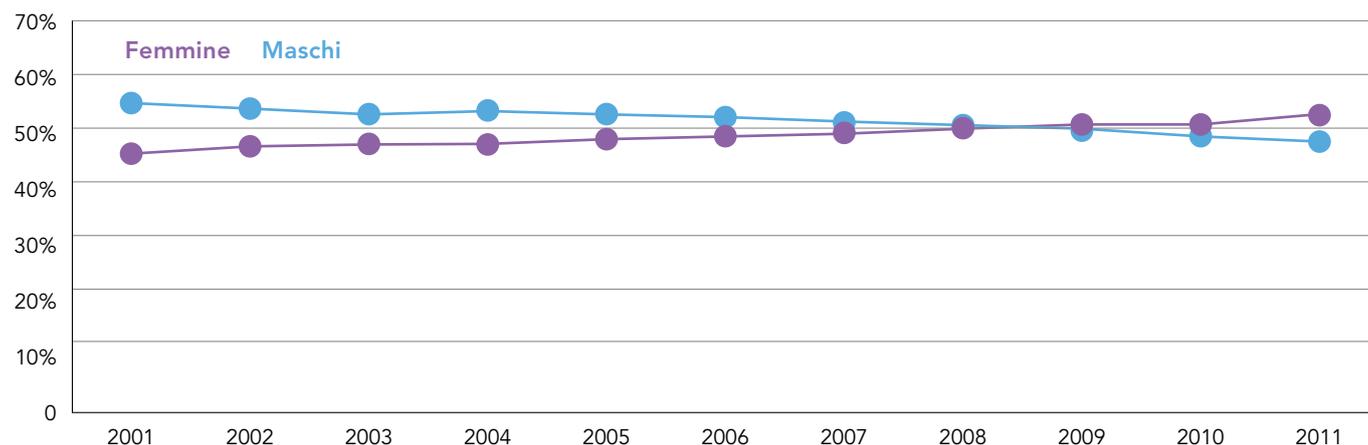
Azienda UsL	maschi stranieri residenti	femmine straniere residenti	totale stranieri residenti	totale popolazione	% stranieri sul totale dei residenti
Azienda UsL di Piacenza	20.588	20.493	41.081	291.302	14,1%
Azienda UsL di Parma	28.249	29.984	58.233	445.283	13,1%
Azienda UsL di Reggio Emilia	35.884	36.458	72.342	534.014	13,5%
Azienda UsL di Modena	46.843	47.516	94.359	705.164	13,4%
Azienda UsL di Bologna	45.770	51.563	97.333	866.294	11,2%
Azienda UsL di Imola	5.810	6.555	12.365	132.637	9,3%
Azienda UsL di Ferrara	12.837	16.230	29.067	359.686	8,1%
Azienda UsL di Ravenna	22.637	23.527	46.164	394.464	11,7%
Azienda UsL di Forlì	10.846	11.172	22.018	188.710	11,7%
Azienda UsL di Cesena	10.713	11.439	22.152	209.622	10,6%
Azienda UsL di Rimini	15.664	19.237	34.901	332.070	10,5%
Totale	255.841	274.174	530.015	4.459.246	11,9%

Popolazione straniera residente per Paese di cittadinanza (*) - Anno 2011



(*) Prime 15 nazionalità in % sul totale degli stranieri residenti.

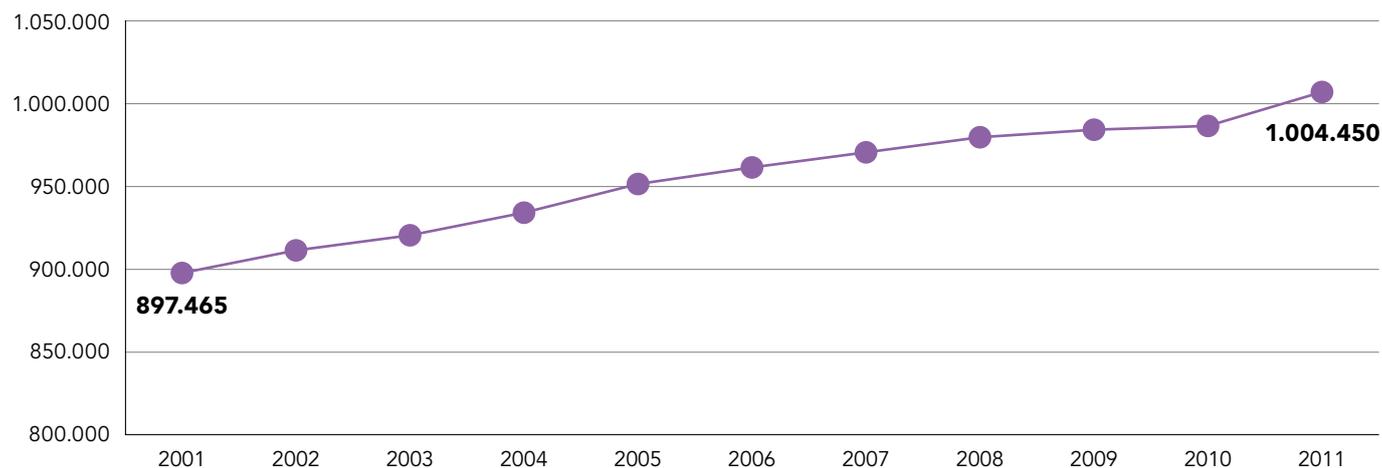
Popolazione straniera residente per sesso - Anni 2001-2011



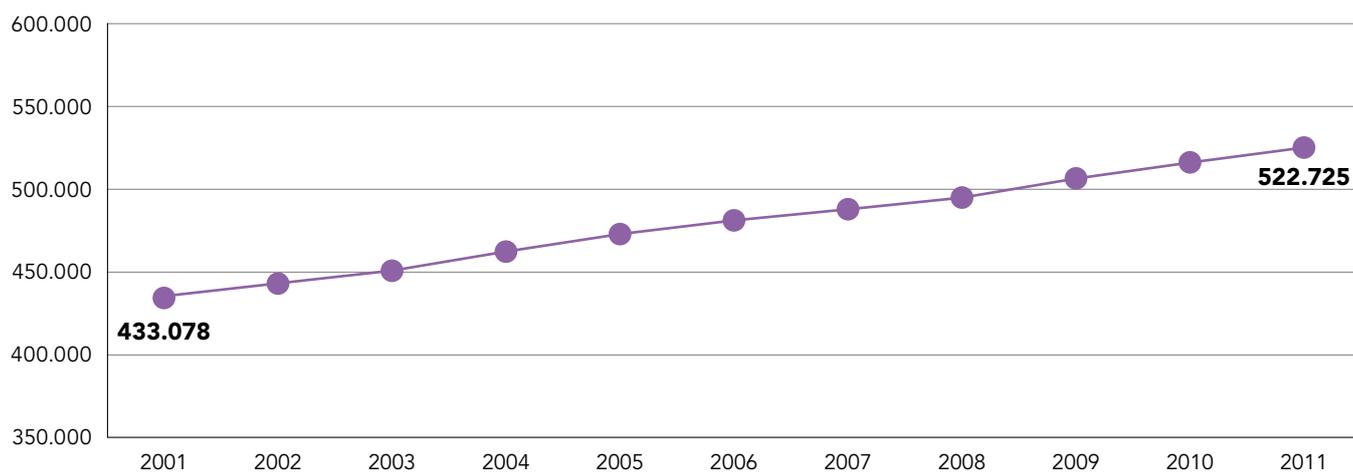
Popolazione anziana residente per Azienda Usl - Anno 2011

Azienda Usl	totale popolazione	65 anni e oltre	% oltre 65 anni	75 anni e oltre	% oltre 75 anni	80 anni e oltre	% oltre 80 anni	90 anni e oltre	% oltre 90 anni
Azienda Usl di Piacenza	291.302	69.805	24,0%	36.619	12,6%	22.639	7,8%	3.650	1,3%
Azienda Usl di Parma	445.283	99.802	22,4%	52.054	11,7%	32.457	7,3%	5.461	1,2%
Azienda Usl di Reggio Emilia	534.014	105.861	19,8%	54.911	10,3%	33.851	6,3%	5.484	1,0%
Azienda Usl di Modena	705.164	147.914	21,0%	76.252	10,8%	46.440	6,6%	7.635	1,1%
Azienda Usl di Bologna	866.294	206.129	23,8%	108.125	12,5%	67.105	7,7%	11.240	1,3%
Azienda Usl di Imola	132.637	29.825	22,5%	15.741	11,9%	9.613	7,2%	1.507	1,1%
Azienda Usl di Ferrara	359.686	92.648	25,8%	48.041	13,4%	28.694	8,0%	4.325	1,2%
Azienda Usl di Ravenna	394.464	93.994	23,8%	50.355	12,8%	30.905	7,8%	5.270	1,3%
Azienda Usl di Forlì	188.710	44.625	23,6%	23.530	12,5%	14.714	7,8%	2.484	1,3%
Azienda Usl di Cesena	209.622	44.500	21,2%	22.187	10,6%	13.265	6,3%	2.003	1,0%
Azienda Usl di Rimini	332.070	69.347	20,9%	34.910	10,5%	21.230	6,4%	3.359	1,0%
Totale	4.459.246	1.004.450	22,5%	522.725	11,7%	320.913	7,2%	52.418	1,2%

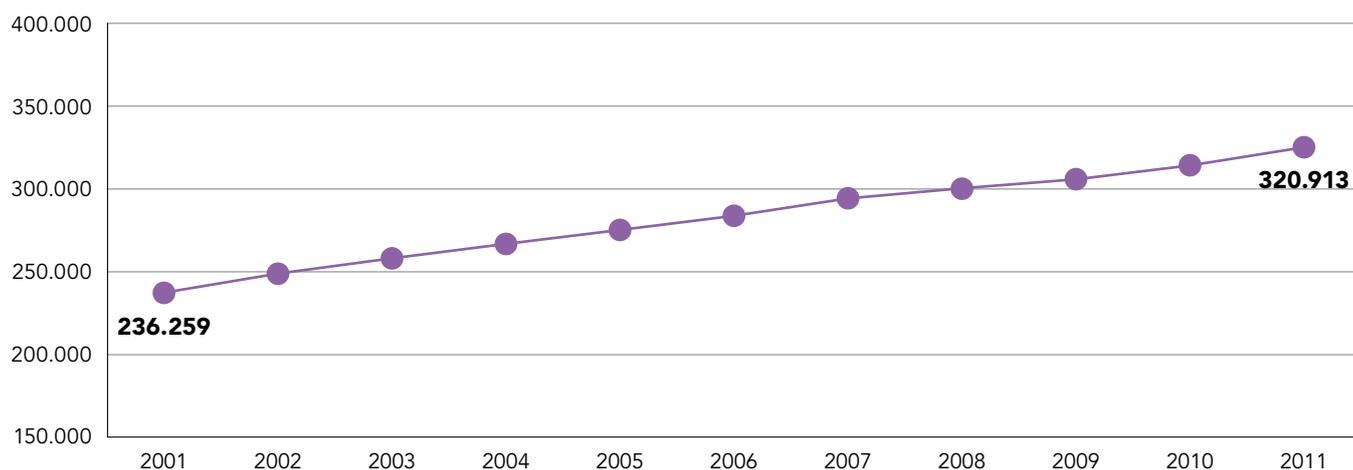
Popolazione anziana residente over 65 - Anni 2001-2011



Popolazione anziana residente over 75 - Anni 2001-2011



Popolazione anziana residente over 80 - Anni 2001-2011



Aziende sanitarie, Irccs, posti letto, personale, medici e pediatri di famiglia, Aree vaste

Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna è composto da:

- 11 Aziende Unità Sanitarie Locali, di norma provinciali: Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Imola, Ferrara, Ravenna, Forlì, Cesena, Rimini. Nella provincia di Bologna sono due le Aziende Usl (Azienda Usl di Bologna e Azienda Usl di Imola), come nella provincia di Forlì-Cesena (Azienda Usl di Forlì e Azienda Usl di Cesena);
- 4 Aziende Ospedaliero-Universitarie: Parma (Ospedale Maggiore), Modena (Policlinico), Bologna (Policlinico S.Orsola-Malpighi), Ferrara (Ospedale S. Anna di Cona);
- 1 Azienda Ospedaliera: Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia (Arcispedale Santa Maria Nuova);
- 4 Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs): Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, Istituto delle scienze neurologiche di Bologna (all'interno dell'A-

zienda Usl di Bologna), Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia di Reggio Emilia (all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia) e Istituto in terapie avanzate nell'ambito dell'oncologia medica di Meldola (*l'Istituto scientifico romagnolo per lo studio e la cura dei tumori, riconosciuto Irccs nel maggio del 2012 e dunque non previsto nelle tabelle*).

I posti letto negli ospedali pubblici sono 15.907. I Distretti sono 38. Sono 62.294 i dipendenti (62.527 nel 2010). I medici di medicina generale sono 3.144 (3.176 nel 2010); i pediatri di libera scelta sono 615 (602 nel 2010).

Per razionalizzare la spesa e ottimizzare qualità ed efficienza di servizi tecnico-logistici o funzioni di assistenza sovrazionali, la Regione ha istituito tre Aree vaste (non un nuovo livello istituzionale dotato di soggettività giuridica ma un raggruppamento funzionale di Aziende sanitarie): Area vasta Emilia Nord, Area vasta Emilia Centrale, Area vasta Romagna.

Aziende Usl: popolazione, Distretti, posti letto, personale, medici e pediatri di famiglia - Anno 2011

Aziende USL	Popolazione	% popolazione per Azienda Usl	N. Distretti	Posti letto pubblici (*)	Personale dipendente	Medici di medicina generale	Pediatri di libera scelta
Azienda Usl di Piacenza	291.302	6,5%	3	866	3.657	204	33
Azienda Usl di Parma	445.283	10,0%	4	413	2.639	300	59
Azienda Usl di Reggio Emilia	534.014	12,0%	6	755	4.123	334	87
Azienda Usl di Modena	705.164	15,8%	7	1.667	6.074	518	102
Azienda Usl di Bologna (con Irccs in scienze neurologiche)	866.294	19,4%	6	1.818	8.447	611	119
Azienda Usl di Imola	132.637	3,0%	1	565	1.781	97	21
Azienda Usl di Ferrara	359.686	8,1%	3	752	3.050	276	39
Azienda Usl di Ravenna	394.464	8,8%	3	1.178	4.949	282	50
Azienda Usl di Forlì	188.710	4,2%	1	614	2.579	138	26
Azienda Usl di Cesena	209.622	4,7%	2	604	2.835	147	32
Azienda Usl di Rimini	332.070	7,4%	2	981	4.269	237	47
Totale	4.459.246	100,0%	38	10.213	44.403	3.144	615

Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliero-Universitarie, Irccs: posti letto, personale - Anno 2011

Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliero-Universitarie, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (**)	Posti letto pubblici (*)	Personale dipendente
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	1.218	3.858
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia (con Irccs in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia)	923	2.795
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	744	2.415
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna	1.622	5.039
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara	860	2.571
Irccs Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna	327	1.213
Totale	5.694	17.891
Totale regionale	15.907	62.294

(*) Nella tabella non sono compresi i posti letto dell'ospitalità privata accreditata.

(**) L'Istituto romagnolo per lo studio e la cura dei tumori (Irst) di Meldola riconosciuto Irccs in "terapie avanzate nell'ambito dell'oncologia medica" non è citato in tabella come Irccs a sé poiché è stato riconosciuto nel 2012 e i dati fanno riferimento al 31.12.2011.

Il personale dipendente del Servizio sanitario regionale - Anni 2010-2011

	Anno 2010	Anno 2011
Dirigenti medici	9.121	9.140
Dirigenti veterinari	517	506
Dirigenti sanitari	1.229	1.263
Dirigenti professionali, tecnici e amministrativi	573	575
Personale infermieristico	26.752	26.587
Personale tecnico sanitario	3.474	3.409
Personale della prevenzione	907	931
Personale della riabilitazione	2.374	2.360
Assistenti sociali	421	401
Personale tecnico	5.045	4.981
Operatori tecnici addetti all'assistenza*	204	181
Operatori socio sanitari	5.561	5.663
Ausiliari specializzati	291	298
Personale amministrativo	6.055	5.994
Assistenti religiosi	2	5
Totale	62.527	62.294

(*) Qualifica in via di esaurimento.

Aree vaste e popolazione di riferimento

Area vasta	Popolazione	Popolazione >= 65 anni	% Popolazione >= 65 anni
Area vasta Emilia Nord	1.975.763	423.382	21,4%
Aziende sanitarie di Piacenza, Parma, Reggio Emilia e Modena			
Area vasta Emilia Centrale	1.358.617	328.602	24,2%
Aziende sanitarie di Bologna, Imola, Ferrara			
Area vasta Romagna	1.124.866	252.466	22,4%
Aziende sanitarie di Ravenna, Forlì, Cesena, Rimini			
Totale	4.459.246	1.004.450	22,5%

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

È di 8,514 miliardi di euro la spesa complessiva del Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna (8,431 miliardi nel 2010).

La suddivisione tra livelli di assistenza dimostra come l'assistenza distrettuale anche nel 2011, come negli anni precedenti, rappresenti il livello assistenziale che assorbe la percentuale più rilevante delle risorse: il 53,87% del totale (53,92% nel 2010), un dato che conferma il continuo impegno per il potenziamento dell'assistenza territoriale e domiciliare. L'assistenza ospedaliera, riservata alla cura di persone che necessitano di un'assistenza complessa e in regime di ricovero, assorbe il 41,56% delle risorse complessive (41,47% nel 2010); l'assistenza sanitaria

collettiva in ambienti di vita e di lavoro assorbe il 4,57% (il 4,61% nel 2010). La metodologia utilizzata nel 2011 per l'elaborazione dei dati è la stessa del 2010; per le prestazioni finanziate dal Fondo regionale per la non autosufficienza i costi includono esclusivamente la quota di spesa riferita ai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) a carico del Fondo sanitario regionale, è esclusa la quota parte finanziata con risorse regionali.

La spesa pro-capite

La spesa totale pro-capite per cittadini residenti nel 2011 è di 1.909 euro, sostanzialmente analoga a quella del 2010 (1.902), l'incremento è infatti dello 0,38%.

Spesa per funzioni e livelli di assistenza - Anni 2010-2011

Livelli di assistenza	Costo 2010 in migliaia di euro	% sul totale	Costo pro-capite 2010 in euro	Costo 2011 in migliaia di euro	% sul totale	Costo pro-capite 2011 in euro
Totale assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	388.435	4,61%	87,63	389.346	4,57%	87,31
Assistenza di base (medici di medicina generale, continuità assistenziale, pediatri di libera scelta)	489.194	5,80%	110,37	495.802	5,82%	111,19
Emergenza sanitaria territoriale	124.849	1,48%	28,17	123.900	1,46%	27,79
Assistenza farmaceutica territoriale	1.076.909	12,77%	242,96	1.034.929	12,16%	232,09
Assistenza integrativa e protesica	133.667	1,59%	30,16	135.542	1,59%	30,40
Assistenza specialistica compreso Pronto soccorso non seguito da ricovero	1.455.509	17,26%	328,38	1.500.394	17,62%	336,47
Assistenza domiciliare (2)	192.690	2,29%	43,47	216.389	2,54%	48,53
Assistenza donne, famiglia, coppie (Consultori, Pediatrie di comunità)	89.550	1,06%	20,20	88.867	1,04%	19,93
Assistenza psichiatrica	363.929	4,32%	82,11	367.635	4,32%	82,44
Assistenza riabilitativa ai disabili (2)	141.513	1,68%	31,93	144.090	1,69%	32,31
Assistenza ai tossicodipendenti	75.431	0,89%	17,02	74.363	0,87%	16,68
Assistenza agli anziani (2)	352.573	4,18%	79,54	353.175	4,15%	79,20
Assistenza ai malati terminali	25.871	0,31%	5,84	26.644	0,31%	5,98
Assistenza a persone affette da HIV	4.300	0,05%	0,97	4.710	0,06%	1,06
Assistenza idrotermale	20.382	0,24%	4,60	20.194	0,24%	4,53
Totale assistenza distrettuale	4.546.367	53,92%	1.025,70	4.586.634	53,87%	1.028,57
Totale assistenza ospedaliera	3.496.538	41,47%	788,85	3.538.426	41,56%	793,50
Totale livelli di assistenza per residenti	8.431.340	100%	1.902,19	8.514.406	100%	1.909,38

Fonte: Modello LA consuntivo 2010 e 2011

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

Popolazione al 31/12/2010 **4.432.439** - Popolazione al 31/12/2011 **4.459.246**

NOTE

1) Il costo dell'assistenza sanitaria nelle carceri non rientra nel pro-capite sia nel 2010 che nel 2011, per un costo 2010 pari a 17,808 milioni e 2011 pari a 18,446 milioni.

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

3) Nel livello dell'assistenza specialistica 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 17 milioni di euro circa, ricompresi invece nel livello assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro.

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

L'evoluzione della spesa: raffronto tra Regioni, saldo mobilità interregionale

Il confronto della spesa sanitaria tra Emilia-Romagna e le altre Regioni è riferito agli anni 2009-2011.

L'analisi mostra indici di crescita in linea con la media nazionale, pur in presenza di una crescita della popolazione dell'Emilia-Romagna superiore rispetto a quella nazionale (2,18% a fronte dello 0,97% nazionale nel periodo 2008-2010 (il dato nazionale sulla popolazione 2011 non è disponibile).

Saldo mobilità interregionale

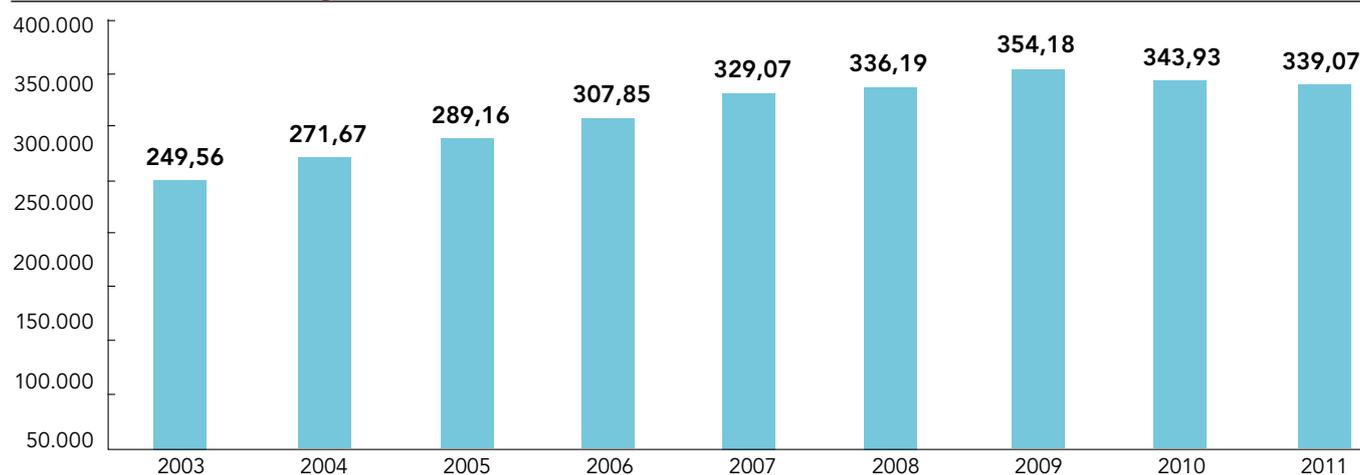
Il saldo attivo della mobilità, in ascesa dal 2003 fino al 2009, ha subito una lieve flessione a partire dal 2010 per l'applicazione della nuova tariffa (TUC) concordata fra le Regioni per gli scambi di prestazioni e della stabilizzazione del numero di prestazioni erogate a favore di cittadini residenti in altre Regioni. Nel 2011 il saldo attivo è pari a 339,07 milioni di euro.

La spesa Regione per Regione - Anni 2009-2010-2011 (cifre assolute in migliaia di euro)

Regione e Provincia Autonoma	Totale spesa 2009	Totale spesa 2010	Totale spesa 2011	Differenza % 2010/2009	Differenza % 2011/2010
Piemonte	8.333.699	8.459.592	8.445.965	1,51%	-0,16%
Valle d'Aosta	265.389	277.355	284.938	4,51%	2,73%
Lombardia	17.177.363	17.734.377	18.514.009	3,24%	4,40%
Provincia autonoma di Bolzano	1.082.304	1.102.868	1.145.423	1,90%	3,86%
Provincia autonoma di Trento	1.054.368	1.091.019	1.169.561	3,48%	7,20%
Veneto	8.707.708	8.853.658	8.946.090	1,68%	1,04%
Friuli Venezia Giulia	2.414.109	2.464.915	2.562.462	2,10%	3,96%
Liguria	3.269.395	3.244.496	3.304.101	-0,76%	1,84%
Emilia-Romagna	8.253.732	8.405.237	8.518.794	1,84%	1,35%
Toscana	6.844.518	7.081.695	7.111.197	3,47%	0,42%
Umbria	1.608.258	1.625.831	1.663.047	1,09%	2,29%
Marche	2.746.009	2.805.795	2.797.055	2,18%	-0,31%
Lazio	11.109.023	11.171.783	11.280.459	0,56%	0,97%
Abruzzo	2.373.675	2.337.738	2.358.247	-1,51%	0,88%
Molise	667.286	657.922	657.897	-1,40%	0,00%
Campania	10.096.817	9.990.819	9.976.620	-1,05%	-0,14%
Puglia	7.126.452	7.235.544	7.083.998	1,53%	-2,09%
Basilicata	1.033.500	1.051.993	1.067.584	1,79%	1,48%
Calabria	3.479.066	3.427.808	3.426.834	-1,47%	-0,03%
Sicilia	8.418.844	8.521.735	8.732.121	1,22%	2,47%
Sardegna	3.002.365	3.062.898	3.202.214	2,02%	4,55%
Italia	109.063.879	110.605.079	112.248.615	1,41%	1,49%

Fonte: Relazione generale sulla situazione economica del Paese 2011

Saldo mobilità interregionale - Anni 2003-2011 (in milioni di euro)

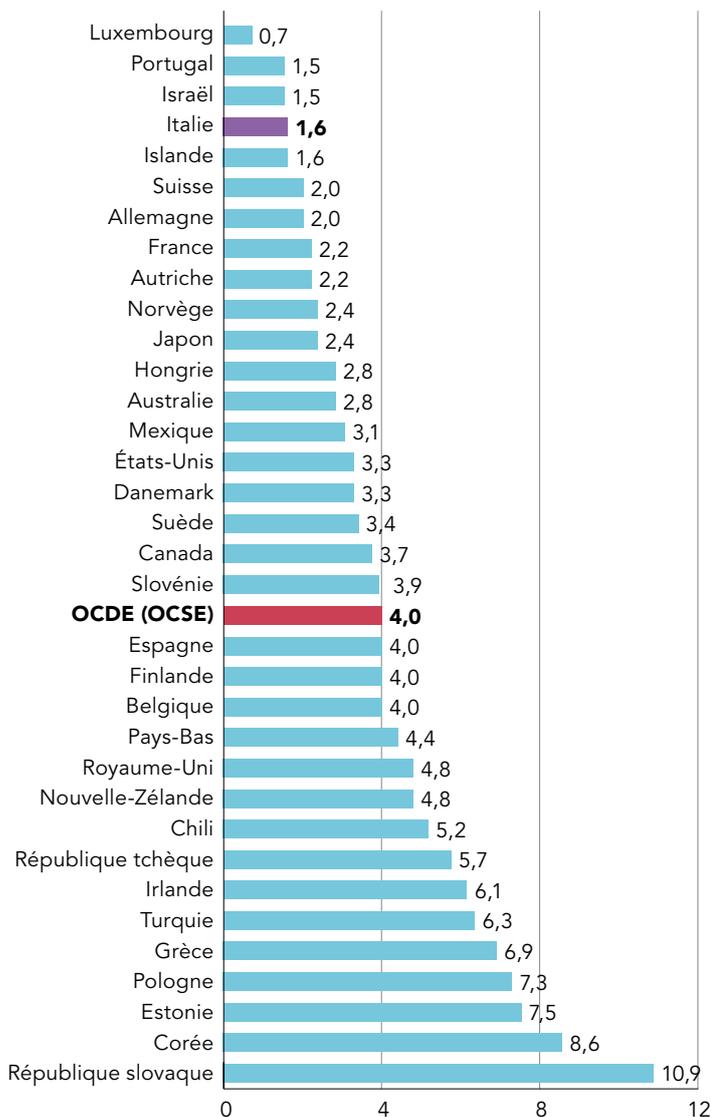


Andamento spesa pro-capite: raffronto tra Paesi e tra Regioni italiane

Analizzando l'andamento della spesa pro-capite a livello internazionale, si evince che l'Italia, nell'ultimo decennio, registra un tasso di crescita (1,6%) tra i più bassi a livello OCSE (4%) e tra i Paesi che hanno sistemi sanitari avanzati. E in Italia, l'Emilia-Romagna mostra un tasso di crescita inferiore a quello nazionale. Analizzando infatti l'andamento della spesa pro-capite, sempre nel decennio, tra le Regioni italiane (*Rapporto OASI 2011*), si evince che in Emilia-Romagna il tasso di crescita medio della spesa pro-capite lorda (che comprende anche il costo per pazienti residenti in altre Regioni) è del 3,4%, contro

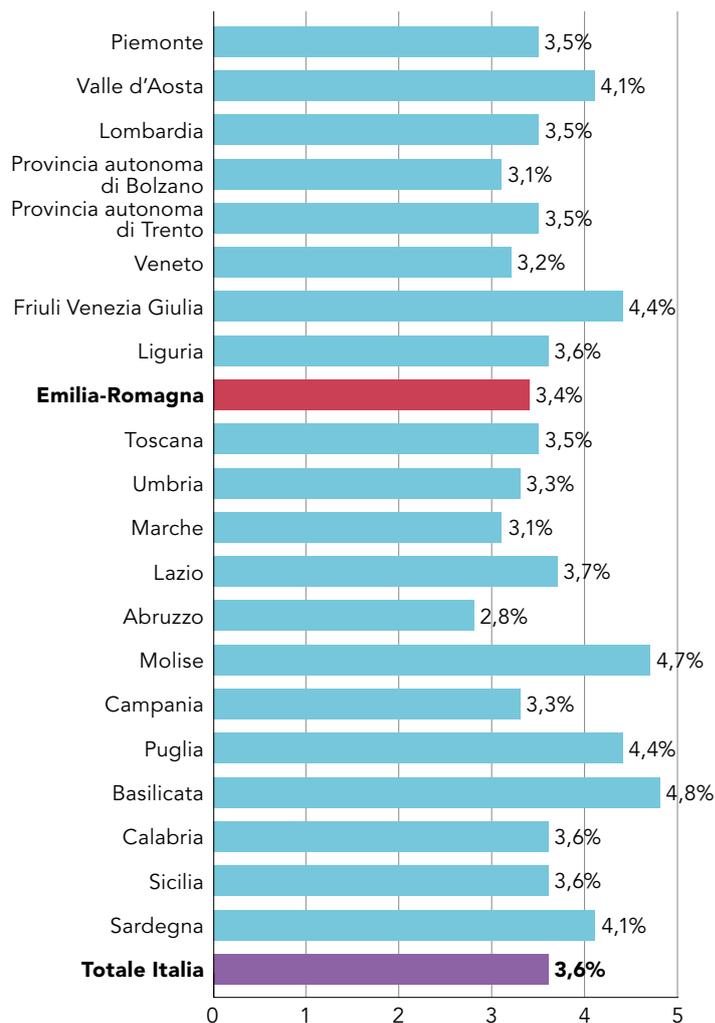
una crescita media in Italia, nello stesso periodo, del 3,6%. Il dato è particolarmente significativo: l'Emilia-Romagna ha un tasso di crescita inferiore a quello nazionale pur comprendendo i costi sostenuti per l'assistenza a persone di altre Regioni (mobilità che per l'Emilia-Romagna incide per circa il 4% sul costo pro-capite complessivo). Ciò dimostra una capacità di controllo della spesa in Emilia-Romagna più elevata non solo in ambito nazionale ma anche rispetto ad altri Paesi con sistemi sanitari avanzati: Svizzera, Germania, Francia, Austria, Norvegia, Australia, Stati Uniti, Danimarca, Canada.

Spesa sanitaria pro-capite, tasso di crescita medio: confronto tra Paesi nel periodo 2000-2009



Fonte: Panorama de la santé 2011. Les indicateurs de l'OCDE (OCSE)

Spesa sanitaria pro-capite al lordo della mobilità interregionale, tasso medio di crescita: confronto tra Regioni nel periodo 2001-2010



Fonte: Rapporto OASI 2011

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

I tempi di pagamento di fornitori di beni e servizi sono passati da 354 giorni al dicembre 2007 a 282 giorni al dicembre 2011. Il dato è in miglioramento e il gap fra i tempi dell'Emilia-Romagna e quelli rilevati in Italia da Assobiomedica è passato da +68 giorni nel 2007 a -23 giorni nel 2011. I tempi di pagamento sono riferiti ai soli fornitori di beni e servizi: le Aziende sanitarie garantiscono il rispetto delle scadenze dei pagamenti obbligatori (retribuzioni personale dipendente e convenzionato, contributi, imposte, tasse, utenze, assicurazioni, rate mutui) e assicurano tempi contenuti (tra i 30 e i 90 giorni) ai fornitori che erogano direttamente servizi a cittadini (farmacie convenzionate, ospedali privati, terme, convenzionati esterni, cooperative sociali, enti gestori di strutture protette). Il miglioramento della situazione è stato possibile grazie

all'impegno della Regione che è intervenuta nel corso degli ultimi anni, in via straordinaria e con mezzi propri, per sostenere il sistema delle imprese.

Il ritardo nei tempi di pagamento è determinato per la maggior parte dalle modalità di trasferimento per cassa delle risorse dallo Stato alla Regione: il saldo del Fondo sanitario regionale viene erogato l'anno successivo a quello di competenza, una volta superate le verifiche degli adempimenti.

A fine 2011 il governo Monti ha sbloccato 600 milioni a favore della Regione che ha potuto dar corso a erogazioni straordinarie di cassa alle Aziende sanitarie; l'impatto positivo sulla riduzione dei tempi medi di pagamento si registrerà nel 2012. A fine 2011 la Regione vantava crediti nei confronti dello Stato per 418 milioni di euro.

Tempi medi di pagamento dei fornitori di beni e servizi delle Aziende sanitarie - Anni 2007-2011

Azienda sanitaria	2007	2008	2009	2010	2011
Azienda Usl di Piacenza	400	240	210	250	315
Azienda Usl di Parma	330	210	120	120	180
Azienda Usl di Reggio Emilia	330	270	180	225	270
Azienda Usl di Modena	465	360	270	240	210
Azienda Usl di Bologna	395	300	300	325	305
Azienda Usl di Imola	360	180	220	270	330
Azienda Usl di Ferrara	480	285	240	320	300
Azienda Usl di Ravenna	300	240	240	270	300
Azienda Usl di Forlì	360	360	540	360	420
Azienda Usl di Cesena	390	270	240	240	300
Azienda Usl di Rimini	270	240	270	300	270
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	165	180	210	240	260
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia	285	285	300	290	300
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	375	375	360	345	390
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna	405	225	255	315	300
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara	375	285	285	315	255
Ircs Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna	330	90	90	90	90
Valore medio regionale	354	259	255	266	282
Tempi rilevati da Assobiomedica in Emilia-Romagna	367	260	252	263	293
Tempi rilevati da Assobiomedica in Italia	286	269	259	278	305

Gli acquisti attraverso Intercent-ER

Anche nel 2011 (come nel 2010 e nel 2009) la spesa sanitaria si è confermata il principale settore di intervento di Intercent-ER, l'agenzia istituita dalla Regione per gestire gli acquisti di beni e servizi attraverso strumenti telematici con l'obiettivo di promuovere ottimizzazione degli acquisti ed economie di spesa: l'adesione alle convenzioni quadro ha riguardato tutte le Aziende sanitarie e la spesa effettuata dalle stesse attraverso queste convenzioni è stata pari al 34% degli acquisti di beni e servizi. Il dato, in aumento rispetto al 2010 (quando era stato il 32%) conferma la validità della scelta di accentrare,

quando possibile, gli acquisti e di realizzare così significative economie di spesa e di migliorare la qualità e l'efficienza degli approvvigionamenti.

Le convenzioni quadro stipulate da Intercent-ER impegnano le imprese fornitrici prescelte ad accettare, alle condizioni e ai prezzi stabiliti, ordinativi di fornitura fino alla concorrenza di un quantitativo di beni o di servizi predeterminato; Intercent-ER svolge pertanto la funzione di centrale regionale di riferimento per gli acquisti delle Aziende sanitarie, anche a livello di Area vasta. Intercent-ER stipula convenzioni ed effettua gare a livello regionale e a livello di Area vasta.

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

La spesa regionale del 2011, riferita agli interventi finanziati con risorse del Fondo regionale per la non autosufficienza, è stata di 441,1 milioni, a cui si aggiungono 18 milioni di euro derivanti da risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza stanziati in anni precedenti e utilizzate nel 2011, anno in cui il Fondo nazionale è stato completamente azzerato. Il totale delle risorse utilizzate nel 2011 è di 459,1 milioni (nel 2010: 468,1 milioni). Il 65,9% del totale (302,6 milioni) è

stato destinato ad interventi per anziani; il 32,4% (148,7 milioni) all'area della disabilità e l'1,7% (7,8 milioni) ad interventi trasversali dedicati ad anziani e disabili.

Malgrado il forte investimento di risorse regionali, deciso per far fronte alla cancellazione delle risorse da Fondo nazionale, rispetto allo scorso anno, la spesa ha registrato una diminuzione di circa 9 milioni di euro (-8,1 milioni per l'area anziani, -1,1 milioni per l'area disabili, con un lieve aumento, +0,2 milioni, per gli interventi trasversali).

Fondo regionale per la non autosufficienza: risorse utilizzate in milioni di euro, aree di intervento Anno 2011

Area di intervento	Risorse da Fondo regionale non autosufficienza utilizzate	Risorse da Fondo nazionale non autosufficienza utilizzate	Totale risorse utilizzate	% sul totale
Residenzialità anziani	203	0,59	203,6	44,3%
Domiciliarità anziani	91,1	4,72	95,8	20,9%
Accesso e presa in carico	1,7	1,39	3,1	0,7%
Totale area anziani	295,9	6,71	302,6	65,9%
Residenzialità disabili	68,3	1,51	69,8	14,9%
Domiciliarità disabili	70,2	6,89	77,1	16,8%
Accesso e presa in carico	1,7	1,42	3,1	0,7%
Totale area disabili	140,2	8,46	148,7	32,4%
Emersione e qualificazione del lavoro di cura delle assistenti famigliari	0,8	2,35	3,2	0,2%
Servizi consulenza e sostegno economico per l'adattamento domestico	0,6	5,16	5,8	0,2%
Programmi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione soggetti fragili	3,7	2,06	5,8	1,2%
Totale area trasversale	5,0	2,81	7,8	1,7%
Totale	441,1	18	459,1	100,0%

L'assistenza e la spesa farmaceutica

L'assistenza farmaceutica è basata sul governo delle scelte dei farmaci e su indicazioni e linee guida per il loro uso appropriato. Il Prontuario terapeutico regionale, a fine 2011, contiene oltre 150 documenti di indirizzo a supporto tecnico-scientifico delle terapie. L'attività di formazione nel 2011 si è sviluppata, oltre che sulla sicurezza, anche sull'audit clinico, come strumento di miglioramento della qualità dei processi di assistenza.

La spesa

Nel 2011 la spesa farmaceutica territoriale ha subito una flessione, -6,2%, rispetto al 2010. La spesa netta convenzionata (farmaci distribuiti dalle farmacie del territorio su ricetta del Servizio sanitario) ha registrato un -8,7% per effetto della riduzione del prezzo massimo di rimborso dei farmaci a brevetto scaduto e dell'introduzione di ticket per fasce di reddito. La distribuzione diretta di farmaci di fascia A (dopo il ricovero o visita specialistica, per patologie croniche, in assistenza domiciliare, distribuiti dalle farmacie per conto delle Aziende Usl sulla base di accordi) ha invece registrato un incremento dell'1,9%. La spesa ospedaliera è aumentata del 2,2%, un aumento più contenuto rispetto al 2010 sul 2009 (era stato il 6,2%). A livello nazionale, nel 2011, l'incremento dei consumi della farmaceutica convenzionata (numero di ricette) è stato pari allo 0,5% e la spesa netta è diminuita dell'8,6% (fonte: Rapporto OSMED 2011).

Il costo pro-capite

Il costo lordo pro-capite dell'assistenza farmaceutica convenzionata in Emilia-Romagna è risultato inferiore al dato nazionale: 170,2 euro contro 204,3 (fonte: Rapporto OSMED 2011).

Farmacovigilanza, vigilanza sui dispositivi medici

È proseguita nel 2011 l'attività di farmacovigilanza per favorire, attraverso la formazione e l'informazione degli operatori sanitari, la segnalazione di reazioni avverse da farmaci. L'attività fa capo al Centro regionale di farmacovigilanza, in rete con tutte le Aziende sanitarie e in collegamento con la Rete nazionale dell'Agenzia italiana del farmaco. Dal 2011 è attivo inoltre il settore di vaccino-vigilanza.

Le segnalazioni degli operatori nel 2011 sono state 1.226 (687 nel 2007), le più numerose: reazioni dermatologiche, reazioni sistemiche e gastrointestinali. Ogni 100mila abitanti nel 2011 si registrano 28 segnalazioni (39 a livello nazionale).

È attivo un sistema per il governo clinico ed economico dei dispositivi medici. Per la sicurezza del loro uso, è stato istituito un Osservatorio. Crescente il coinvolgimento degli operatori e quindi delle segnalazioni di incidenti, 270 nel 2011 (82 nel 2007).

Farmaci equivalenti o generici

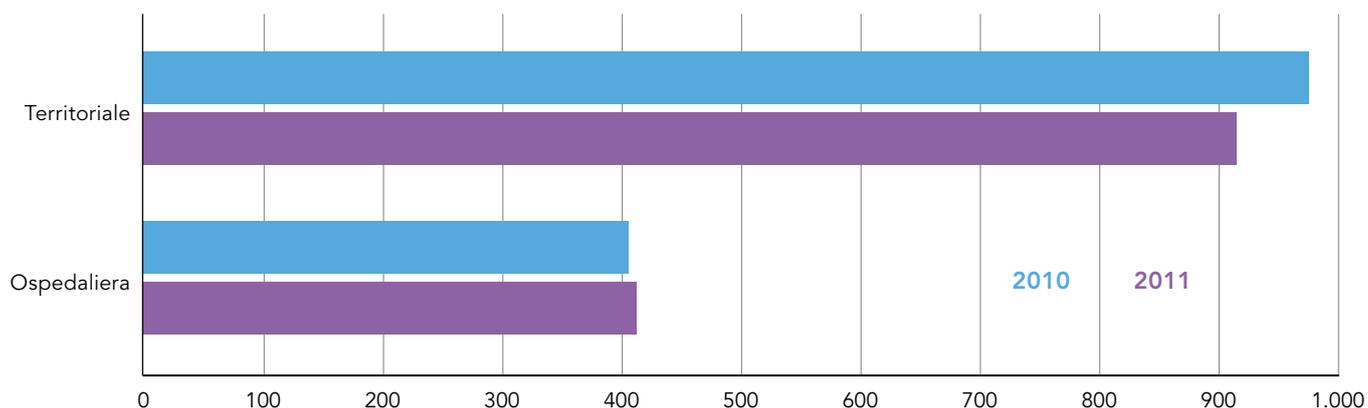
I farmaci a brevetto scaduto sono una opportunità di risparmio e di liberazione di risorse per la ricerca di farmaci innovativi. L'impegno della Regione ha portato a un crescente uso di questi farmaci e al contenimento della spesa farmaceutica convenzionata. Dal 2005 ad oggi la spesa per i farmaci equivalenti è passata dal 15% al 41% della spesa convenzionata totale; la percentuale di consumo sul totale dei farmaci erogati è passata dal 26% del 2005 al 57% nel 2011.

Per approfondimenti: www.saluter.it (area istituzionale e operatori/assistenza farmaceutica).

Spesa per tipologia e variazione percentuale - Anni 2010-2011

	2010	2011	variazione %
Spesa netta farmaceutica convenzionata	742.750.167	678.219.850	-8,7
Spesa erogazione diretta al cittadino farmaci fascia A	227.859.634	232.261.101	1,9
di cui erogazione attraverso i servizi farmaceutici delle Aziende sanitarie	207.269.117	212.063.730	2,3
di cui per conto attraverso le farmacie convenzionate	20.590.517	20.197.370	-1,9
Totale spesa farmaceutica territoriale	970.609.801	910.480.951	-6,2
Spesa farmaceutica ospedaliera	404.253.862	413.221.256	2,2
Spesa farmaceutica regionale complessiva	1.374.863.664	1.323.702.206	-3,7

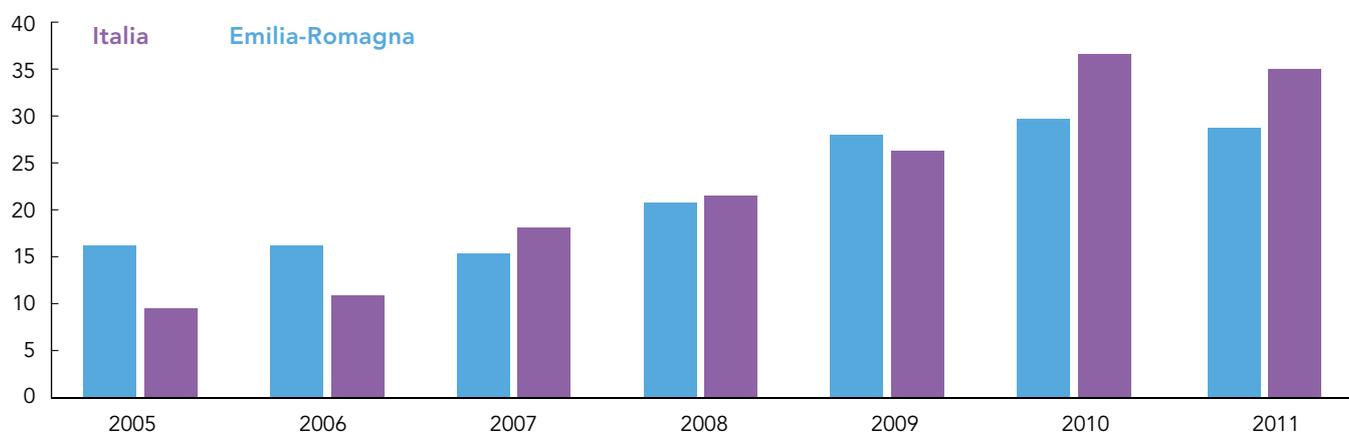
Ripartizione spesa farmaceutica per tipologia (in milioni di euro) - Anni 2010-2011



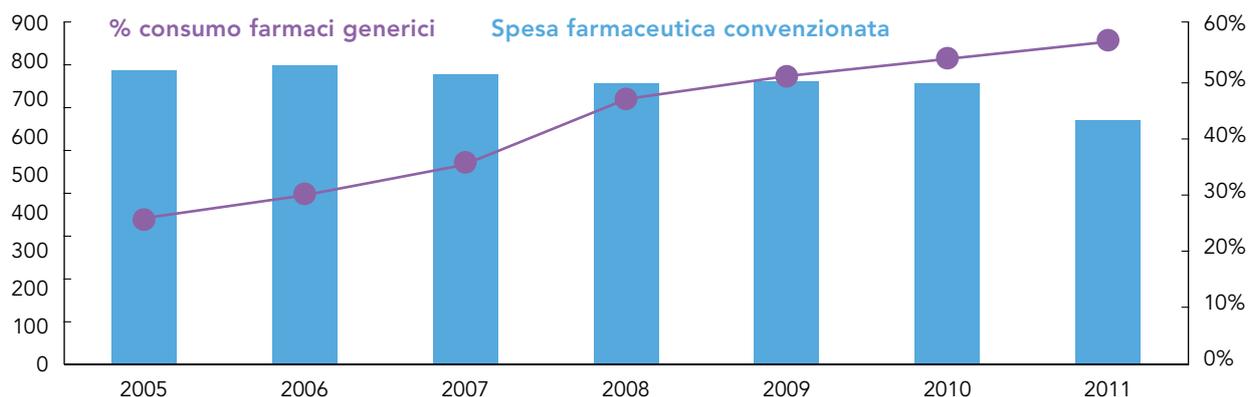
Spesa farmaceutica convenzionata pro-capite Emilia-Romagna - Italia - Anno 2011

Emilia-Romagna	170,2 euro
Italia	204,3 euro

Farmacovigilanza: segnalazioni di sospette reazioni avverse per 100.000 abitanti - Emilia-Romagna - Italia - Anni 2005-2011



Farmaci generici: andamento consumo rispetto alla spesa della farmaceutica convenzionata in milioni di euro - Anni 2005-2011



Investimenti per edilizia sanitaria e socio-sanitaria

È di 2,464 miliardi l'ammontare degli investimenti, approvati dal 1991 al 2011, per ammodernare, adeguare e implementare la rete strutturale e tecnologica del Servizio sanitario regionale: dallo Stato 1.343 milioni di euro, dalle Aziende sanitarie 698 milioni, dalla Regione 360 milioni e da altri enti (Comuni, Università, Arpa, Fondazioni) 63 milioni.

Nel complesso si tratta di 580 interventi per: nuove costruzioni, ristrutturazioni, adeguamenti funzionali e normativi (sicurezza e accreditamento) della rete ospedaliera e delle strutture nel territorio (nel cui ambito sono comprese cure primarie, odontoiatria, sanità pubblica e veterinaria, salute mentale, integrazione socio-sanitaria, sedi amministrative), l'adeguamento delle tecnologie, interventi per la libera professione intramoenia.

Il 69% degli interventi è concluso, il 12% in esecuzione, il 10% da iniziare, il 9% in progettazione.

Dei 2,464 miliardi, il 72% (1.780 milioni) è stato dedicato a

interventi di ampliamento, il 14% (337 milioni) per ristrutturazioni, il 7% (162 milioni) per adeguamenti normativi, il 7% (185 milioni) per tecnologie.

Si tratta di risultati notevoli che confermano l'efficacia nella realizzazione degli interventi, anche grazie alla forte sinergia tra Regione e Aziende sanitarie.

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

Dal '91 al 2011 sono stati investiti inoltre 563 milioni di euro (168 dallo Stato, 87 dalla Regione, 304 dagli Enti attuatori) per interventi di edilizia socio-sanitaria, realizzati da Enti non appartenenti al Servizio sanitario regionale. Si tratta di 586 interventi per strutture socio-assistenziali per anziani, persone disabili, minori, madri sole e donne maltrattate, persone con forte disagio economico. Il 68% degli interventi è concluso, il 22% è in esecuzione, il 10% è in progettazione.

Investimenti per interventi di edilizia sanitaria e socio-sanitaria realizzati dal Servizio sanitario regionale - Anni 1991-2011

Azienda sanitaria	Quote Stato	Quote Regione	Quote Azienda Sanitaria	Altri Finanziamenti	Totale
Azienda Usl di Piacenza	86.069.990,93	19.932.306,90	15.301.112,14	950.280,69	122.253.690,66
Azienda Usl di Parma	43.472.978,28	7.888.781,04	49.348.960,88	1.000.000,00	101.710.720,20
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	110.901.846,38	20.544.363,70	28.686.121,38	127.709,66	160.260.041,12
Azienda Usl di Reggio Emilia	50.728.748,16	10.463.381,88	48.731.796,58	103.291,38	110.027.218,00
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia	67.610.434,92	19.363.003,56	40.556.918,14	-	127.530.356,62
Azienda Usl di Modena	149.706.051,12	27.788.124,63	100.204.702,62	8.556.766,79	286.255.645,16
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	65.918.165,61	12.196.407,32	17.466.185,61	-	95.580.758,54
Azienda Usl di Bologna	192.390.022,13	35.209.293,48	116.502.781,14	13.776.278,71	357.878.375,46
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna	143.870.527,95	33.701.174,52	95.783.526,03	12.910.000,00	286.265.228,50
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna (Irccs)	10.211.379,55	4.860.601,67	8.490.640,71	22.284.125,00	45.846.746,93
Azienda Usl di Imola	18.976.855,53	8.586.923,27	11.536.338,07	-	39.100.116,87
Azienda Usl di Ferrara	48.691.078,32	16.908.835,63	17.648.528,77	-	83.248.442,72
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara	75.364.122,13	49.773.994,38	9.027.668,70	-	134.165.785,21
Azienda Usl di Ravenna	94.569.282,03	23.849.459,81	21.452.109,78	437.481,96	140.308.333,58
Azienda Usl di Forlì	63.944.093,73	20.338.745,92	57.520.027,96	-	141.802.867,61
Azienda Usl di Cesena	42.018.802,69	13.197.001,56	17.242.916,76	1.978.524,58	74.437.245,59
Azienda Usl di Rimini	78.168.484,64	35.750.979,86	42.802.305,31	750.000,00	157.471.769,81
Totale	1.342.612.864,10	360.353.379,13	698.302.640,58	62.874.458,77	2.464.143.342,58

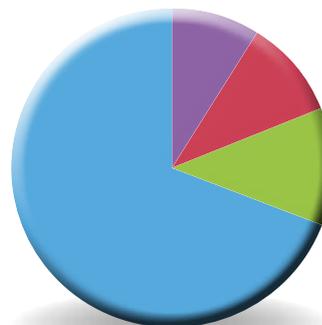
Investimenti in edilizia sanitaria e socio-sanitaria realizzati dal Servizio sanitario regionale (580) - Stato di avanzamento al 2011 Valori %

69% CONCLUSI
9% IN PROGETTAZIONE
10% DA INIZIARE
12% IN ESECUZIONE



Investimenti in edilizia sanitaria e socio-sanitaria realizzati dal Servizio sanitario regionale (580) - Distribuzione risorse per tipologia di intervento - Anni 1991-2011 - Valori %

72% AMPLIAMENTO
14% RISTRUTTURAZIONE
7% ADEGUAMENTO NORMATIVO
7% TECNOLOGIE



Investimenti per interventi di edilizia socio-sanitaria realizzati da enti non appartenenti al Servizio sanitario regionale - Anni 1991-2011

Provincia	Quote Stato	Quote Regione	Quote Ente Attuatore	Altri Finanziamenti	Totale
Piacenza	11.463.225,30	8.600.829,32	23.290.381,97	300.000,00	43.654.436,59
Parma	18.047.228,35	8.525.269,57	23.121.906,35	498.000,00	50.192.404,27
Reggio Emilia	28.634.507,79	12.172.526,15	52.348.292,32	60.000,00	93.215.326,26
Modena	17.138.393,84	12.868.343,27	55.312.057,91	828.136,00	86.146.931,02
Bologna	33.567.436,86	17.732.800,39	51.051.861,94	119.827,55	102.471.926,74
Ferrara	7.217.248,49	5.385.911,03	16.944.806,58	-	29.547.966,10
Ravenna	18.142.917,85	7.359.654,83	33.759.114,34	2.365.200,00	61.626.887,02
Forlì-Cesena	22.324.815,63	8.699.074,03	31.402.485,46	177.104,00	62.603.479,12
Rimini	11.320.244,70	5.334.628,85	16.707.375,28	-	33.362.248,83
Totale	167.856.018,81	86.679.037,44	303.938.282,15	4.348.267,55	562.821.605,95

Assistenza ospedaliera: posti letto, ricoveri, attrazione extraregionale, tempi di attesa per ricoveri programmati, accessi Pronto soccorso

Al 31.12.2011 sono 20.493 i posti letto in ospedali pubblici e privati accreditati: 15.907 pubblici, il 77,6%; 4.586 privati accreditati, il 22,4% (erano 19.606, di cui 15.941 pubblici, l'81,3% e 3.665 privati accreditati, il 18,7% al 31.12.2010). Il lieve aumento sul 2010 è dovuto alla conclusione del processo di accreditamento dell'ospedalità privata, che riguarda tutti i posti letto autorizzati e non solo quelli utilizzati dal Servizio sanitario regionale (3.016 nel 2011). Non ci sono nuovi posti letto: sono conteggiati i posti letto da accreditamento definitivo.

Ogni mille abitanti, al 31.12.2011, ci sono 3,72 posti letto per acuti (3,58 nel 2010), 0,88 (lo stesso nel 2010), per lungodegenza e riabilitazione. Per i ricoveri ordinari sono riservati 14.723 posti letto, il 71,8% del totale; per la lungodegenza e la riabilitazione 3.761, il 18,4% del totale; per il day hospital e day surgery 2.009, il 9,8% del totale. Il tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti è in leggero calo rispetto al 2010, il 127,5 a fronte del 131,3 per ricoveri ordinari e 41,7 rispetto al 43,6 per ricoveri in day hospital.

In leggero calo anche i ricoveri: 834.009 (777.767 in posto letto per acuti, 22.698 in posti letto di riabilitazione, 33.544 in posti letto di lungodegenza) rispetto agli 844.597 del 2010.

L'indice di attrazione nei confronti di persone provenienti da altre regioni è stato del 14% nel 2011 (13,8 nel 2010).

I tempi di attesa per ricoveri programmati

A livello nazionale sono fissati obiettivi per i tempi di attesa di alcuni interventi programmati: interventi chi-

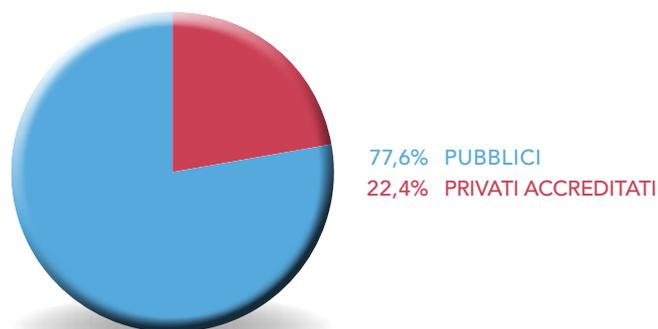
urgici per patologie neoplastiche di utero, mammella e colon-retto (trattamento entro 30 giorni nel 100% dei casi); interventi di angioplastica coronarica e bypass aortocoronarico (trattamento entro 60 giorni nel 90% dei casi); interventi di endoarteriectomia carotidea (trattamento entro 90 giorni nel 90% dei casi); e di artroprotesi d'anca (trattamento entro 90 giorni nel 90% dei casi).

La Regione monitora l'andamento di questi tempi di attesa. Soddisfacente il livello di raggiungimento degli obiettivi nelle aree cardiologica e vascolare. Per l'area oncologica l'obiettivo non è pienamente raggiunto ma in questa area, tuttavia, occorre tenere presente che i tempi di attesa, considerati non dalla prescrizione dell'intervento chirurgico ma dalla diagnosi, possono essere dovuti a terapie da farsi dopo la diagnosi e prima dell'intervento chirurgico. Per l'artroprotesi d'anca, anche nel 2011 non si è raggiunto l'obiettivo nazionale, occorre tenere presente che, paradossalmente, questo dato è influenzato dalla forte attrattiva che esercita l'Irccs Rizzoli di Bologna a cui si rivolgono pazienti da tutto il Paese producendo un aumento dei tempi di attesa.

Gli accessi al Pronto soccorso

Nel 2011 gli accessi al Pronto soccorso sono stati 1.864.513 rispetto ai 1.826.192 del 2010. Il dato è sostanzialmente stabile negli ultimi anni superando sempre il milione e 800mila accessi/anno: un dato che testimonia un'attività di grandissima rilevanza. Stabile anche la percentuale dei ricoveri rispetto agli accessi: il 13,6% degli accessi nel 2011, il 14% nel 2010.

Posti letto pubblici e privati accreditati - Anno 2011: 20.493

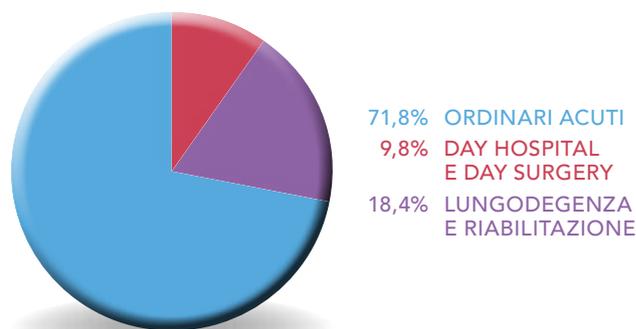


Posti letto per 1.000 abitanti al 31/12/2011

Acuti	3,72
Lungodegenza e riabilitazione	0,88

Tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti al 31/12/2011

Ordinario	127,5
Day hospital	41,7



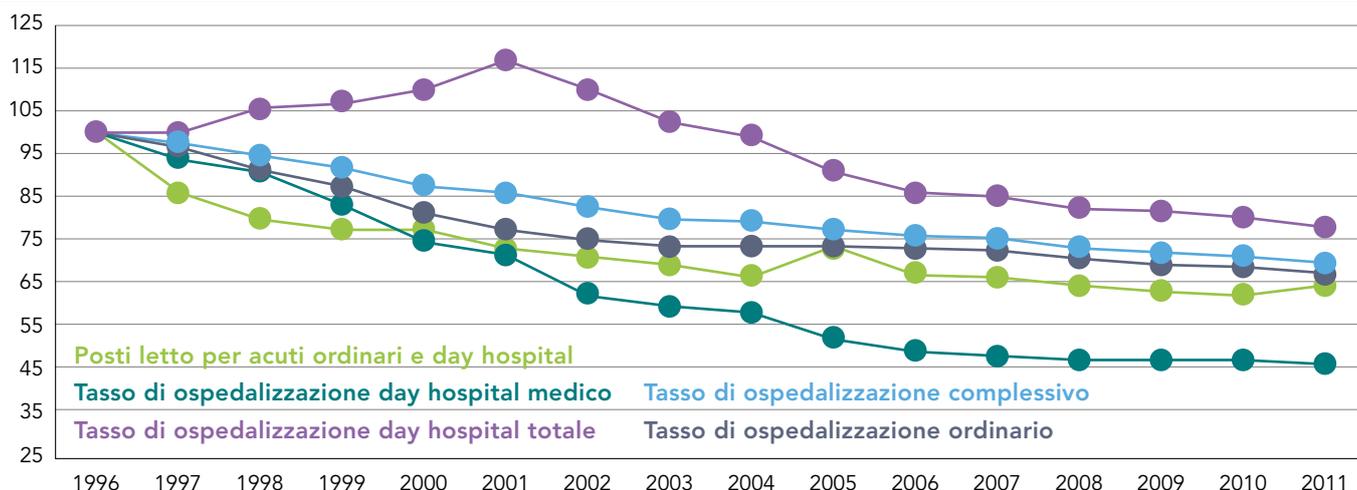
Ricoveri al 31/12/2011

Acuti	777.767
Riabilitazione	22.698
Lungodegenza	33.544
Totale	834.009

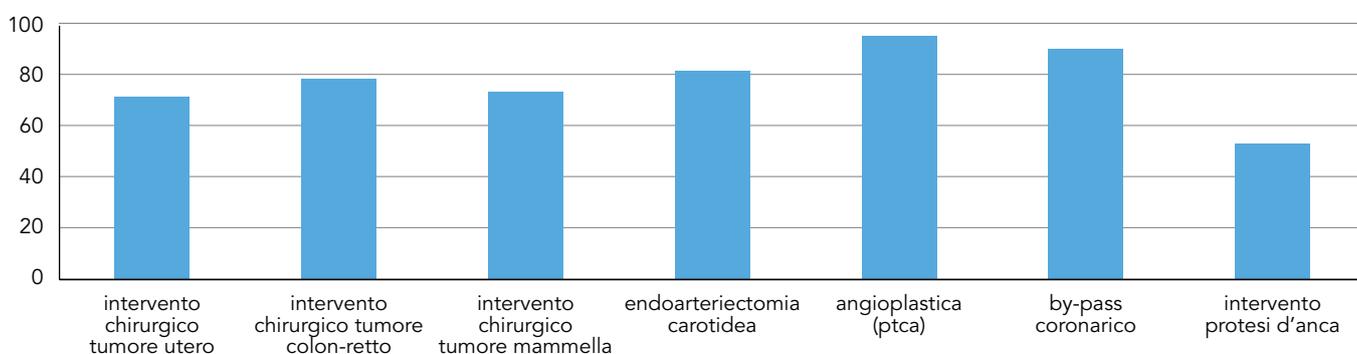
Indice di attrazione extraregionale

Anno 2011	14%
-----------	-----

Tassi di ospedalizzazione - Anni 1996-2011 (numeri indice 1996=100)



% interventi programmati eseguiti entro i tempi previsti dagli obiettivi nazionali - Anno 2011



Attività di Pronto soccorso - Anni 2009-2011

Azienda sanitaria	Anno 2009		Anno 2010		Anno 2011	
	Totale	% ricoveri	Totale	% ricoveri	Totale	% ricoveri
Azienda Usl di Piacenza	112.126	14,3	106.798	15,0	106.265	15,0
Azienda Usl di Parma	38.606	14,1	39.325	13,8	38.886	14,3
Azienda Usl di Reggio Emilia	97.505	10,0	92.202	10,8	91.147	10,5
Azienda Usl di Modena	201.643	13,2	202.776	13,2	202.571	13,3
Azienda Usl di Bologna	245.551	13,5	246.856	13,2	245.184	13,8
Azienda Usl di Imola	59.764	15,5	59.231	15,6	58.064	15,5
Azienda Usl di Ferrara	92.493	12,5	89.257	12,3	90.104	12,2
Azienda Usl di Ravenna	184.439	12,6	183.586	12,6	192.777	11,6
Azienda Usl di Forlì	59.970	12,7	59.255	12,8	57.874	13,3
Azienda Usl di Cesena	75.315	14,9	55.074	18,2	84.941	10,0
Azienda Usl di Rimini	126.828	12,6	174.373	11,5	176.238	11,9
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	82.088	18,0	82.535	17,7	84.425	16,5
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia	89.884	13,4	86.574	14,1	83.913	14,0
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	109.903	13,0	110.859	13,2	110.786	13,7
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna	135.010	18,9	131.382	19,0	135.219	18,8
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara	72.699	18,5	77.980	18,8	79.329	17,4
Irccs - Istituto Ortopedico Rizzoli Bologna	39.929	5,7	28.129	7,3	26.790	7,4
Totale regionale	1.823.753	13,8	1.826.192	14,0	1.864.513	13,6

Specialistica ambulatoriale: il numero di prestazioni, la tipologia, l'andamento dal 2003 al 2011

Nel 2011 sono state 75.383.118 le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate (76.008.277 nel 2010). Il dato non comprende le prestazioni specialistiche erogate in ricovero. Nel 2011 sul 2010 si registra un leggero calo -625.159, ma il trend è in crescita dal 2003, quando le prestazioni specialistiche erogate sono state 60.132.065.

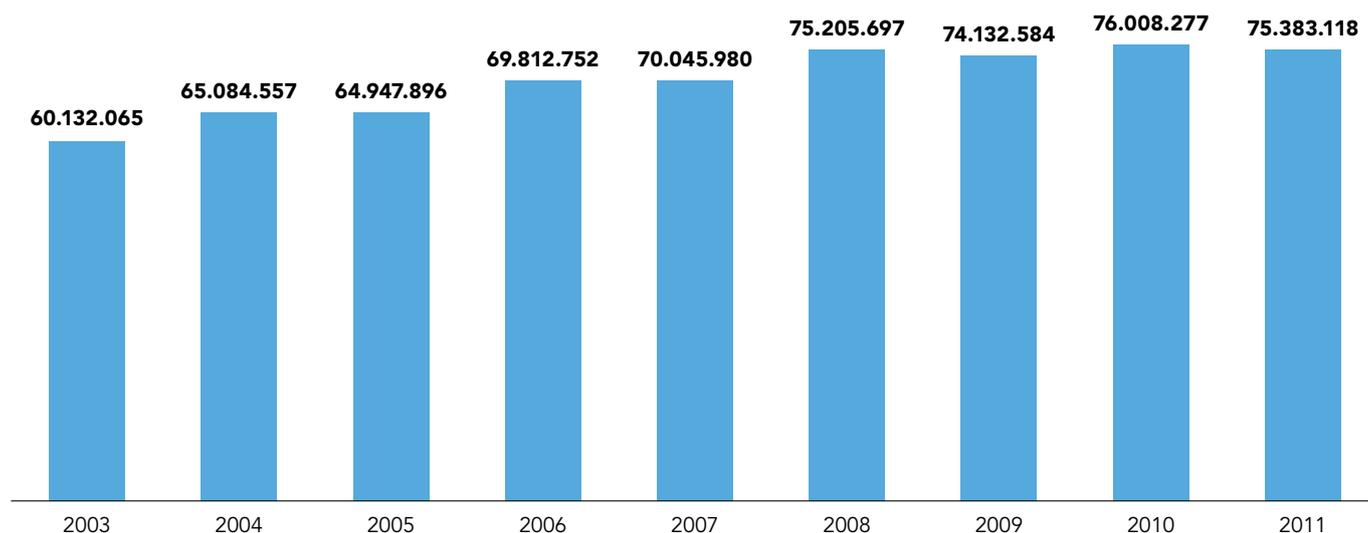
La percentuale più rilevante riguarda, come gli anni scorsi, il laboratorio con il 71,93% del totale (72,12% nel 2010), seguono le visite con l'11,76% (11,63% nel 2010), la diagnostica con il 10,48 (10,42% nel 2010), le prestazioni terapeutiche con il 3,19% (3,15% nel 2010), la riabilitazione con il 2,64% (il 2,68% nel 2010). Queste percentuali, con lievi oscillazioni, sono sostanzialmente stabili negli anni.

È continuato, anche nel 2011, sulla base delle indicazioni regionali (delibera 925/2011 e 1532/2006), il lavoro nelle Aziende sanitarie per contenere i tempi di attesa. La delibera 925/2011 ha riconfermato gli impegni per il rispetto dei tempi di attesa (24 ore per le urgenze, 7 giorni per le urgenze differibili, rispettivamente 30 e 60 giorni per le visite e gli esami programmabili) riservando un'attenzione particolare al tema dell'appropriatezza in tutto il percorso, dalla prescrizione all'erogazione.

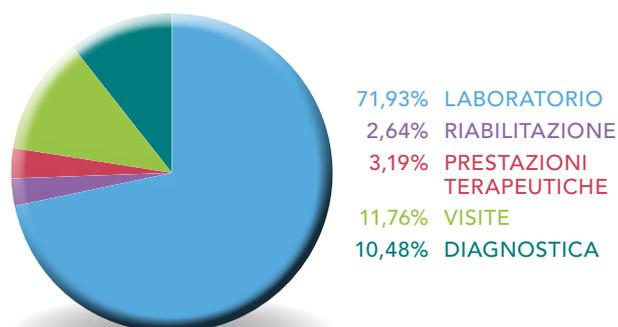
Il monitoraggio dei tempi di attesa riguarda tutta l'offerta, con un'attenzione specifica alle visite e agli esami più critici rispetto ai tempi di erogazione.

Nel sito internet www.tdaer.it sono consultabili, ex post, i tempi di attesa dalla prenotazione alla erogazione.

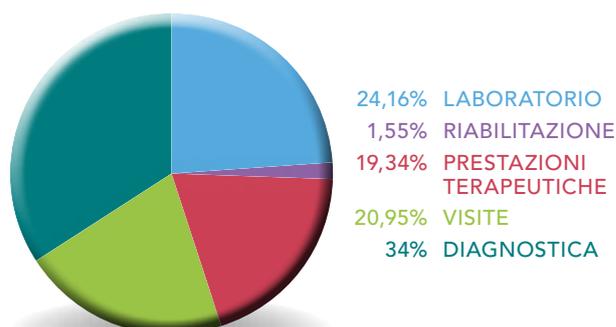
Prestazioni specialistiche - Anni 2003-2011



Tipologia delle prestazioni - Anno 2011



Valori economici delle prestazioni - Anno 2011



Prestazioni specialistiche per tipologia - Anno 2011

		N. prestazioni erogate	% prestazioni erogate
Visite	Prima visita	6.060.887	
	Visita di controllo	2.735.156	
	Osservazione breve intensiva	70.901	
	Totale visite	8.866.944	11,76
Diagnostica	Diagnostica strumentale con radiazioni	3.093.292	
	Diagnostica strumentale senza radiazioni	4.371.229	
	Biopsia	76.310	
	Altra diagnostica	363.050	
	Totale diagnostica	7.903.881	10,48
Laboratorio	Prelievi	5.366.810	
	Chimica clinica	38.640.105	
	Ematologia/coagulazione	6.899.609	
	Immunoematologia e trasfusionale	148.057	
	Microbiologia/virologia	2.407.555	
	Anatomia ed istologia patologica	581.668	
	Genetica/citogenetica	177.772	
	Totale laboratorio	54.221.576	71,93
Riabilitazione	Riabilitazione diagnostica	117.479	
	Riabilitazione e rieducazione funzionale	1.372.721	
	Terapia fisica	407.443	
	Altra riabilitazione	89.182	
	Totale riabilitazione	1.986.825	2,64
Prestazioni Terapeutiche	Radioterapia	373.039	
	Dialisi	465.781	
	Odontoiatria	172.376	
	Trasfusioni	20.397	
	Chirurgia ambulatoriale	312.952	
	Altre prestazioni terapeutiche	1.059.347	
	Totale prestazioni terapeutiche	2.403.892	3,19
Totale		75.383.118	100

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

Nell'ambito della rete delle Cure primarie, i Consultori familiari, insieme agli Spazi giovani e agli Spazi donne immigrate e loro bambini, costituiscono un punto di riferimento per la salute sessuale, riproduttiva e psico-relazionale della popolazione, rappresentando il punto di accesso prevalente al Servizio sanitario regionale di alcune fasce svantaggiate della popolazione, in particolare straniera.

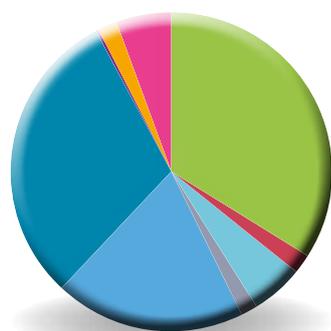
Sono 218 i Consultori familiari, di cui 31 Spazi giovani e 17 Spazi per le donne immigrate e i loro bambini, organizzati in rete. Prevedono una presenza settimanale media di 70 ore per ogni sede di ostetrica, ginecologo, psicologo e, dove presente, assistente sociale. Negli Spazi per le donne immigrate e i loro bambini è presente una mediatrice culturale.

I punti di forza sono la multidisciplinarietà, il lavoro di equipe, la diffusione sul territorio, la collaborazione con le reti assistenziali del Servizio sanitario regionale e con istituzioni locali, l'accesso diretto e la gratuità del servizio per molte prestazioni: tutte caratteristiche finalizzate a garantire equità di accesso e continuità della presa in carico.

A partire dal secondo semestre del 2011 è operativo un nuovo sistema informativo, nato dall'esigenza di disporre di un sistema di dati informatizzati, su base individuale, che consenta di monitorare in modo più puntuale l'attività e le caratteristiche dell'utenza.

I dati riportati nei grafici rappresentano dunque stime sulla base della rilevazione del 2° semestre 2011. Dall'analisi emerge che le prestazioni maggiormente erogate, sono quelle relative alla nascita (gravidanza, sostegno allattamento, puerperio), il 33,9% del totale, seguono le attività per la prevenzione dei tumori (screening), il 30,3% e la ginecologia con il 19,2%. Le prestazioni relative alla contraccezione rappresentano il 5,5% e quelle relative all'interruzione di gravidanza (certificazioni, colloqui e visite) l'1,9%. Analizzando i dati di attività per cittadinanza si evince che le utenti straniere sono il 21,8% del totale. Analizzando invece le diverse aree di attività sempre in base alla cittadinanza, risulta evidente che la percentuale delle utenti straniere è più alta per l'interruzione volontaria di gravidanza il 55,2%, per l'area nascita il 49,7%, per l'area sterilità 49,3%, per il controllo della fertilità 30,2%.

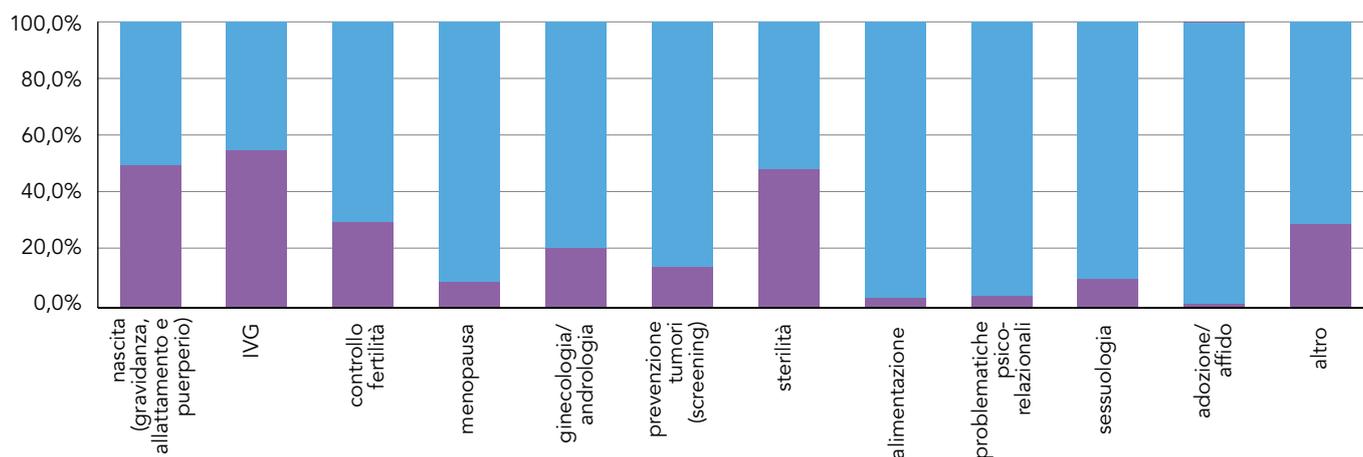
Aree di attività - Anno 2011 (*)



33,9%	NASCITA
1,9%	IVG
5,5%	CONTRACCEZIONE
1,6%	MENOPAUSA
19,2%	GINECOLOGIA
30,3%	PREVENZIONE TUMORI (SCREENING)
0,2%	CONTROLLO FERTILITÀ
2,0%	PROBLEMATICHE PSICO-RELAZIONALI
5,3%	ALTRO (AFFIDO, SESSUOLOGIA,...)

(*) il dato al 31.12.2011 è stimato sulla base della rilevazione relativa al 2° semestre 2011.

Aree di attività in base alla cittadinanza delle utenti - Anno 2011 (*)



(*) il dato al 31.12.2011 è stimato sulla base della rilevazione relativa al 2° semestre 2011.

Italiane

Straniere

Assistenza domiciliare

Sono state 97.037 le persone assistite a domicilio nel 2011, in lieve diminuzione rispetto al 2010 (97.354), quasi raddoppiate rispetto al 2001 (55.000). Sono state 115.799 le "prese in carico" (vale a dire gli episodi di assistenza a domicilio per la stessa persona), erano state 126.033 nel 2010. Gli accessi degli operatori nelle case degli assistiti sono stati 2.464.867, erano stati 2.525.799 nel 2010.

Considerando i tassi specifici per fasce di età, emerge che le persone con oltre 80 anni sono quelle che usufruiscono maggiormente di assistenza domiciliare: 154 (177 nel 2010) ogni mille abitanti nella fascia 80-84 anni, 283 (309 nel 2010) nella fascia 85-89 anni, 397 (484 nel

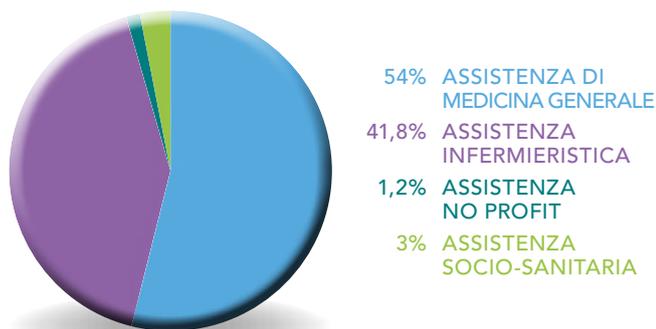
2010) nella fascia 90 anni e più. Il tasso per mille abitanti sulla popolazione totale è di 26 persone (28 nel 2010). Il sistema delle cure domiciliari è rivolto all'assistenza di persone non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza in condizioni trattabili a domicilio, con idonea condizione abitativa e supporto familiare o "di vicinato". Ha l'obiettivo di evitare il ricorso improprio al ricovero, assicurare la continuità assistenziale, favorire il recupero delle capacità di autonomia e relazionali, sostenere la famiglia e facilitare l'accesso ai presidi e agli ausili.

Il sostegno dell'assistenza domiciliare è tra le priorità del Fondo regionale per la non autosufficienza.

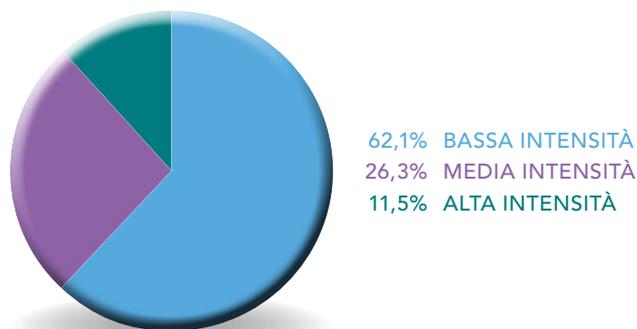
Totale delle persone assistite - Anno 2011: 97.037

Prese in carico di persone assistite - Anno 2011: 115.799

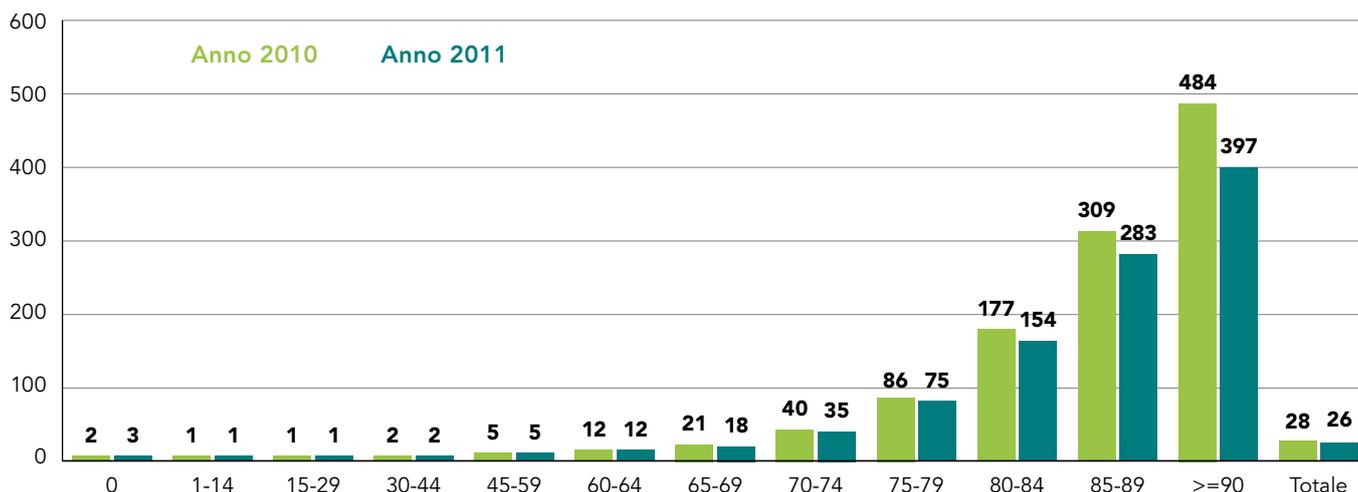
Tipologia di assistenza domiciliare - Anno 2011



Livelli di intensità assistenziale - Anno 2011



Persone in assistenza domiciliare, tassi specifici per fasce di età per 1.000 abitanti Anni 2010-2011



Assegni di cura

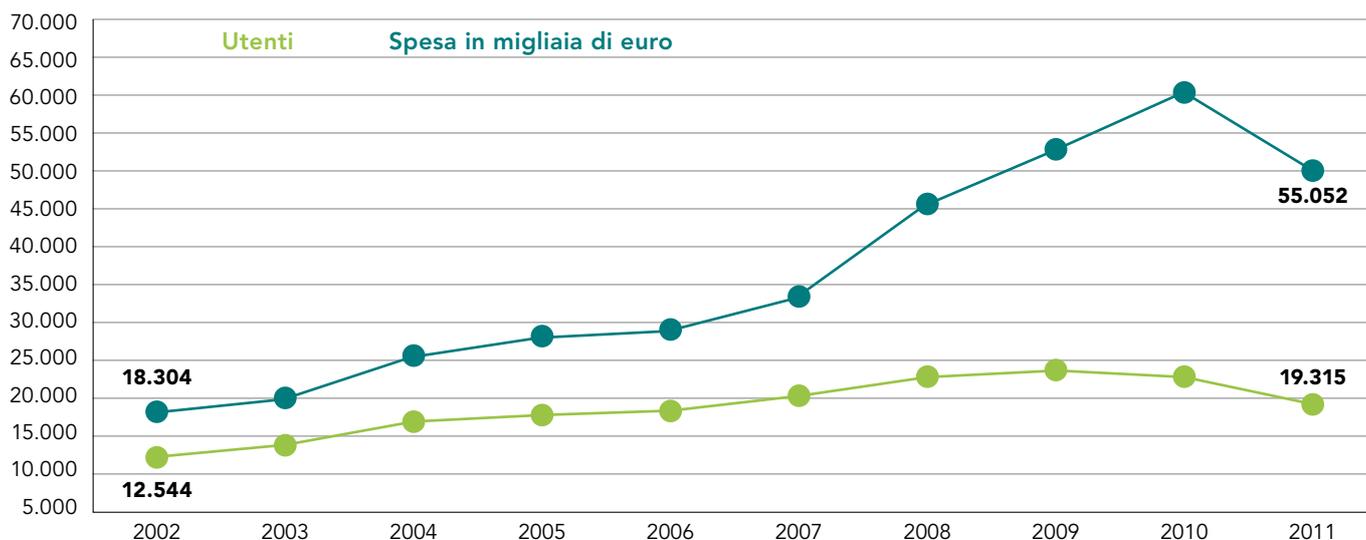
Nel 2011 in Emilia-Romagna sono 19.315 le persone che hanno ricevuto un assegno di cura, di cui 17.759 anziani e 1.556 disabili. Diminuisce rispetto al 2010 (erano 23.175) il numero complessivo dei beneficiari: tale diminuzione si comprende in relazione agli effetti dell'applicazione dei Regolamenti attuativi locali a livello di Distretto, quindi, ai differenti criteri di priorità per l'accesso ai contributi, che hanno prodotto modalità organizzative e gestionali diverse per i vari territori.

Delle persone anziane che hanno ricevuto un assegno di cura il 46,3% ha un'età superiore a 85 anni (tasso specifico per 1.000 abitanti 78,7). Tra le persone con disabilità che hanno percepito l'assegno di cura il 39% è nella fascia 45-59 anni.

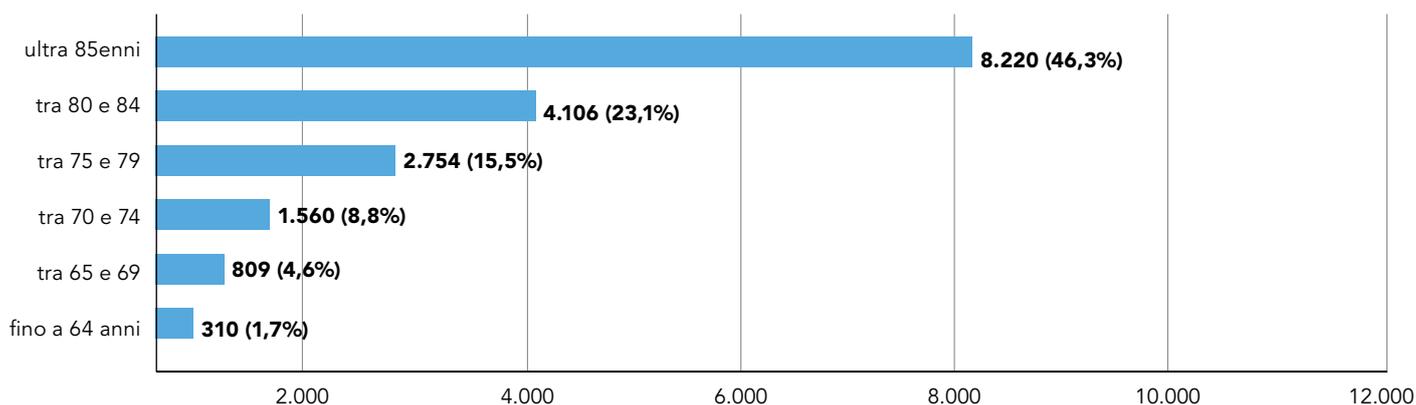
Per il 2011 la spesa complessiva per assegni di cura per anziani e disabili è di 55 milioni di euro (60,7 milioni nel 2010). Tale importo comprende le quote destinate all'indennità aggiuntiva per le assistenti familiari (circa 7 milioni di euro) e l'assegno per le gravissime disabilità (4,4 milioni di euro). Le persone che hanno ricevuto il contributo aggiuntivo di 160 euro al mese per la regolarizzazione delle assistenti familiari, nel 2011, sono state 7.003 (+ 235 rispetto all'anno precedente), dato che conferma il trend di crescita ormai costante negli anni. Per questo ultimo dato, gli effetti dell'innalzamento del limite reddito Isee (da 10.000 a 15.000 euro) per l'accesso al contributo aggiuntivo devono poter essere considerati su un intervallo di tempo più ampio per poterne valutare meglio le ricadute.

Persone che hanno percepito l'assegno di cura nel 2011: 19.315

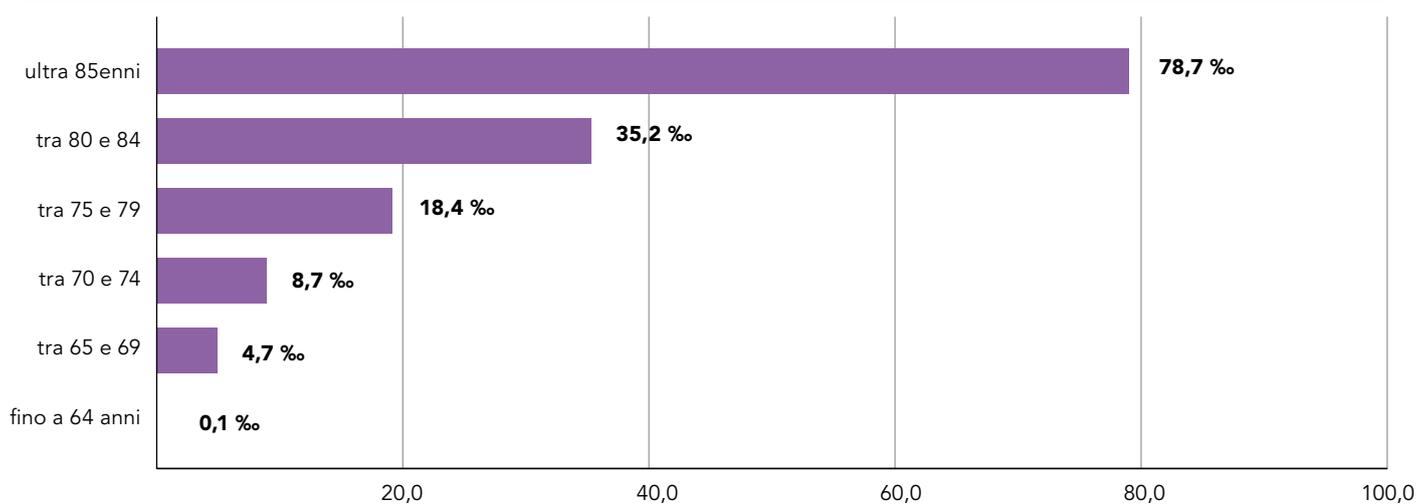
Assegno di cura: utenti e spesa - Anni 2002-2011



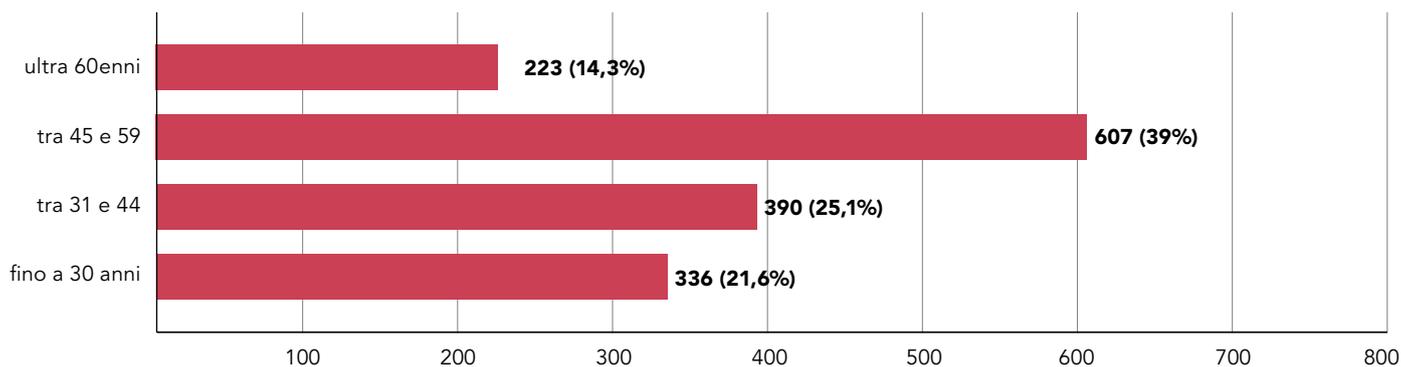
Persone anziane che hanno percepito assegni di cura per età - Anno 2011



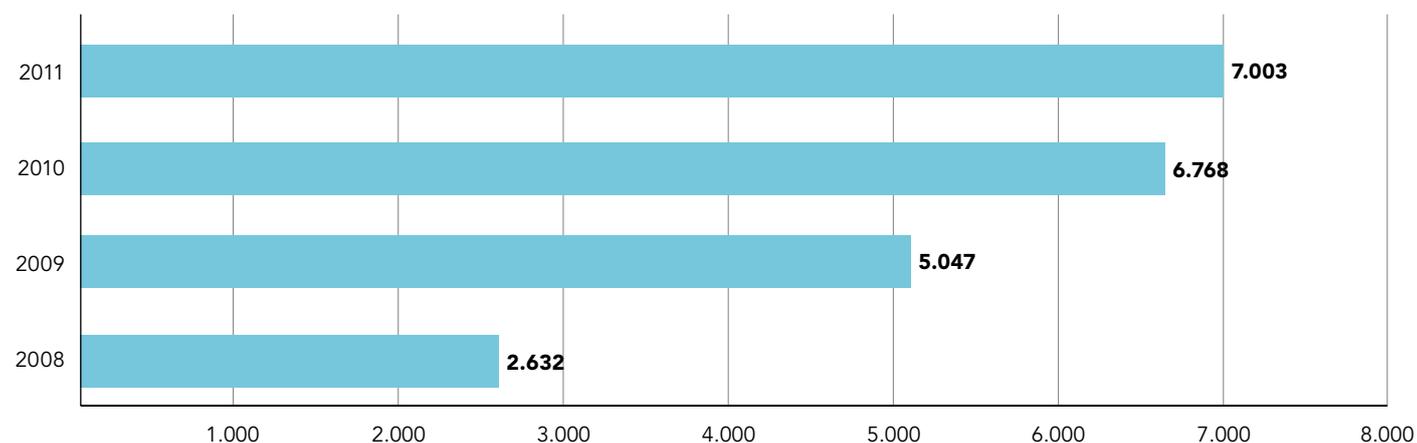
Persone anziane che hanno percepito assegni di cura per età - Tasso specifico per 1.000 abitanti Anno 2011



Persone con disabilità che hanno percepito assegni di cura per età - Anno 2011



Persone che hanno percepito contributi per l'assistente familiare - Anni 2008-2011



Assistenza in residenze per persone anziane, con disabilità, disagio psichico, dipendenze patologiche

Sono 29.433 al 31.12.2011 i posti residenziali e semiresidenziali convenzionati della rete dei servizi sanitari e socio-sanitari per l'assistenza ad anziani, persone con disabilità, persone con disagio psichico, persone con dipendenze patologiche. Di questi, 20.982 sono in strutture residenziali, 8.451 in strutture semiresidenziali (al 31.12.2010 28.295, di cui 20.255 residenziali e 8.040 semiresidenziali).

I 20.982 posti in strutture residenziali sono così suddivisi: 15.689, il 74,8%, per anziani (il 76,6% nel 2010); 2.090, il 10%, per persone con disabilità (il 9,5% nel 2010); 1.904, il 9,1%, per persone con disagio psichico (9,1% nel 2010); 1.299, il 6,2%, per persone con dipendenze patologiche (il 4,8% nel 2010).

Gli 8.451 posti in semiresidenze sono così suddivisi: 3.991, il 47,2%, per persone con disabilità (il 48,3% nel 2010); 3.085, il 36,5%, per anziani (il 36,9% nel 2010); 1.187, il 14%, per persone con disagio psichico (il 12,8% nel 2010); 188, il 2,2%, (il 2% nel 2010) per persone con dipendenze patologiche.

Focus su anziani ospitati in strutture residenziali e semiresidenziali

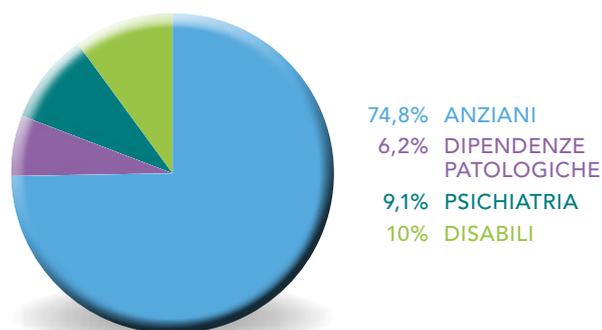
Sono 25.745 le persone anziane che nel corso del 2011 sono state ospitate in strutture residenziali; il numero totale degli inserimenti è stato 28.849 (la stessa persona

può aver avuto più inserimenti nel corso dell'anno). Nelle strutture semiresidenziali le persone anziane inserite sono state 4.754 e gli inserimenti sono stati 6.214.

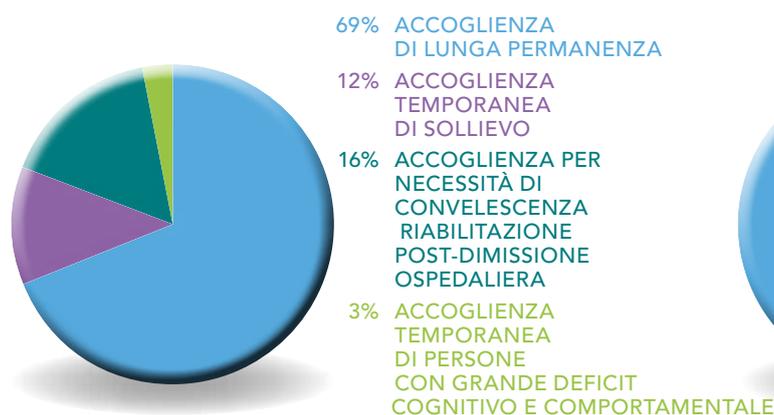
Analizzando gli inserimenti per tipologia di accoglienza, emerge che gli inserimenti di lunga permanenza sono stati il 69% nelle strutture residenziali e il 78% nelle strutture semiresidenziali; gli inserimenti per sollievo alla famiglia sono stati il 12% in strutture residenziali e semiresidenziali; l'accoglienza temporanea di persone con grande deficit cognitivo e comportamentale in nuclei dedicati ha riguardato il 3% degli inserimenti in strutture residenziali e il 9% in strutture semiresidenziali; gli inserimenti per necessità di convalescenza e riabilitazione dopo un ricovero ospedaliero sono stati il 16% in strutture residenziali e l'1% in strutture semiresidenziali. Analizzando il dato per età, sia in strutture residenziali che semiresidenziali, emerge che per la maggior parte si tratta di anziani compresi tra 85 e 89 anni (28% in residenze e 27% in semiresidenze) e di ultra 90enni (29,1% in residenze e 17,2% in semiresidenze). Il 71% del totale degli anziani ospitati presso entrambe queste strutture è di genere femminile; l'età media è di 85 anni. Il tasso di inserimento in strutture residenziali e semi-residenziali è pari a 7,5 per 1.000 abitanti nella fascia 65-74 anni, raggiunge il 193,9 per mille nella fascia ultra novantenne.

Posti residenziali e semiresidenziali - Anno 2011: 29.433

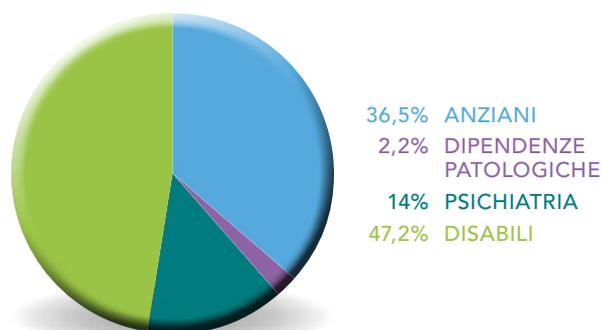
Posti residenziali al 31.12.2011



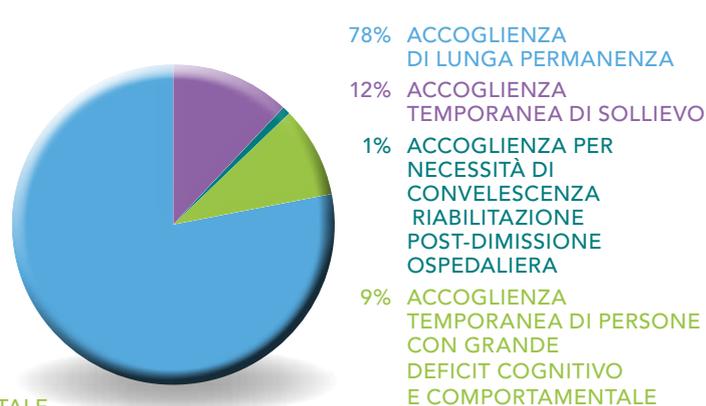
Ricoveri in strutture residenziali per tipologia di accoglienza - Anno 2011



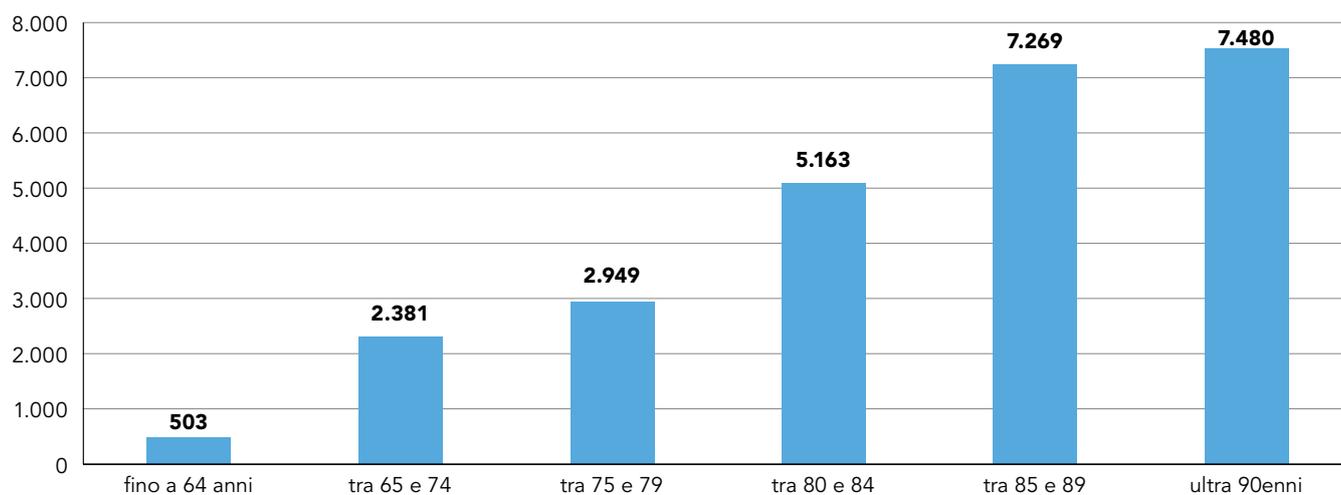
Posti semiresidenziali al 31.12.2011



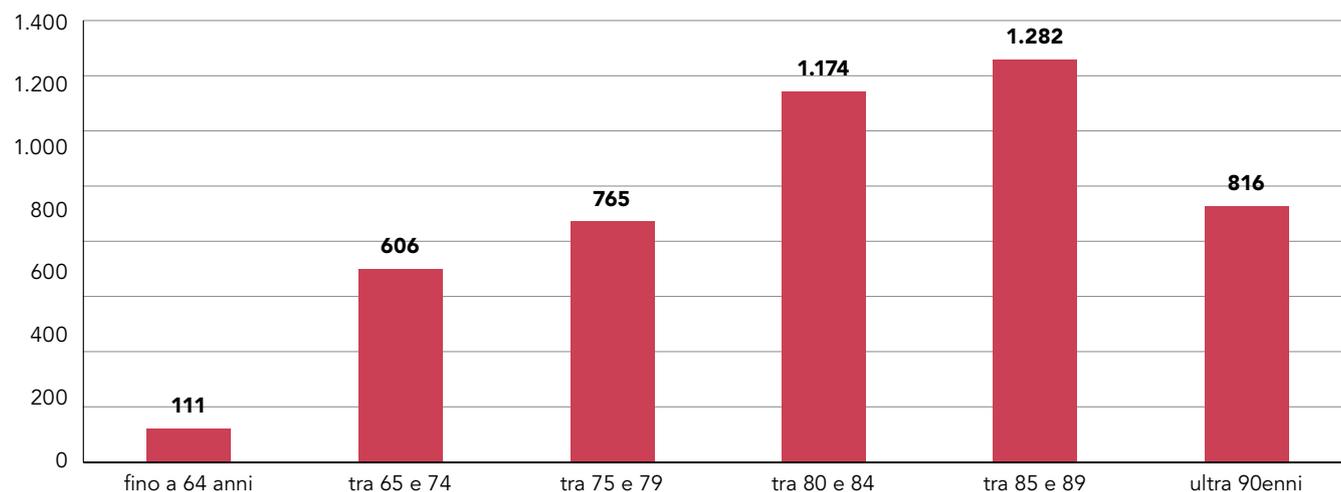
Ricoveri in strutture semiresidenziali per tipologia di accoglienza - Anno 2011



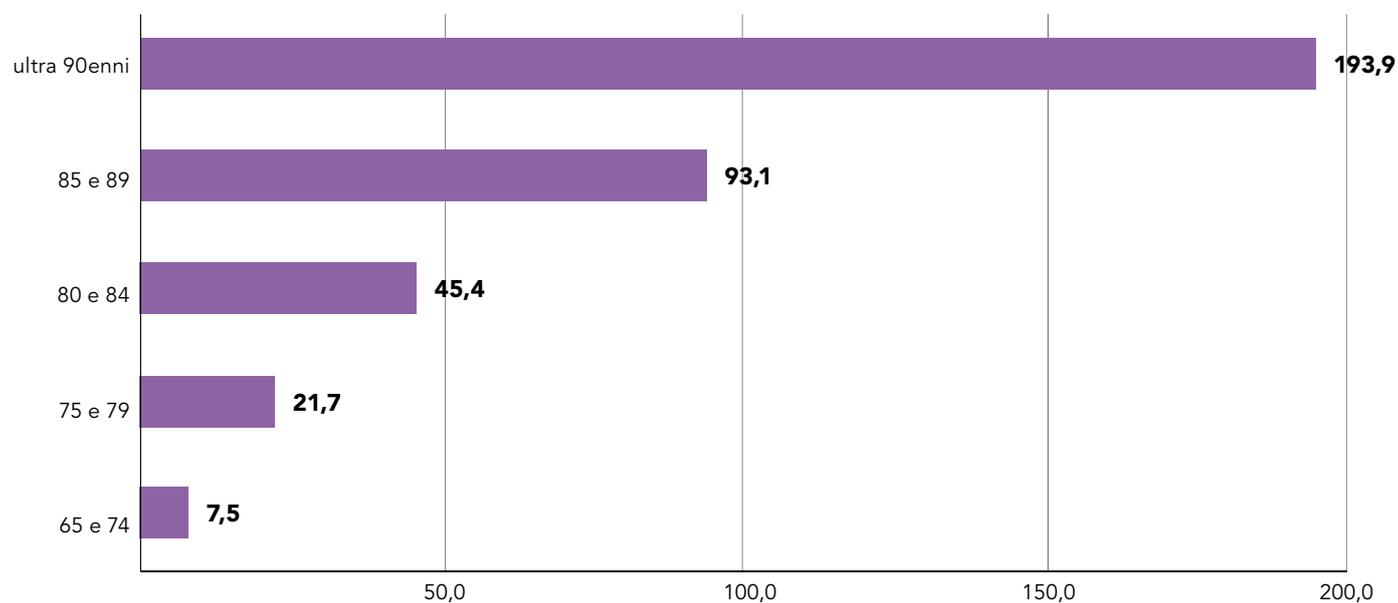
Numero ospiti in struttura residenziale per età - Anno 2011



Numero ospiti in struttura semi-residenziale per età - Anno 2011



Persone ricoverate in strutture residenziali e semiresidenziali: tasso specifico per mille abitanti Anno 2011



Assistenza in hospice

In Emilia-Romagna nel 2011 ci sono 20 hospice per complessivi 248 posti letto. Dal 2009, quando i posti letto erano 226, si registra un aumento del 9,7%. Le Aziende sanitarie nel cui territorio si concentra il maggior numero di posti letto sono Bologna (43) e Parma (41). Più che raddoppiata in tre anni la disponibilità di posti letto nel territorio di Piacenza (da 10 nel 2009 a 25 nel 2011).

Rispetto al 2010 aumentano le persone ricoverate: 4.105 nel 2011 rispetto ai 3.937 del 2010 (+168), con una degenza media di 18,64 giorni (nel 2010 18,8). Per quanto riguarda la suddivisione dei ricoverati per sesso, nel 2011 si registra una sostanziale equivalenza tra donne (2.004) e uomini (2.101 uomini), con un'età media di circa 72 anni. Il tasso di ricovero evidenzia che circa 92 persone su 100.000 abitanti sono state

ospitate presso un hospice nell'arco del 2011 (450 su 100.000 abitanti nella fascia over 85).

Il ricovero in hospice avviene nel 55% dei casi (2.295) a seguito di trasferimento del malato da struttura ospedaliera (pubblica o privata), oppure da struttura socio-sanitaria (ad esempio, Residenza sanitaria assistita). A seguire, il ricovero dei malati già in regime di assistenza domiciliare (724, il 18%), e quello su proposta dal medico di famiglia (611, 15%).

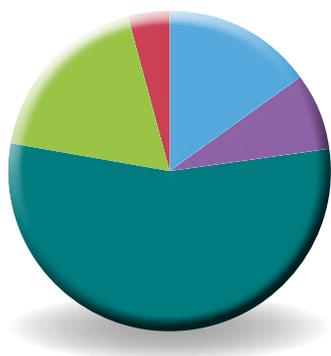
Gli hospice sono parte del sistema di cura del Servizio sanitario regionale. Sono gestiti da Aziende sanitarie direttamente o indirettamente tramite convenzioni con associazioni di volontariato no profit. Assicurano assistenza personalizzata che comprende anche cura del dolore e sostegno psicologico. Sono previsti spazi per i familiari nelle stanze di degenza.

Hospice: posti letto, ricoverati, degenza media - Anni 2010-2011

Azienda sanitaria	Hospice	Anno 2010			Anno 2011		
		Posti letto	ricoverati	degenza media (gg.)	Posti letto	ricoverati	degenza media (gg.)
Azienda Usl di Piacenza	Hospice di Borgonovo Valtidone	10	165	20,3	10	131	20,73
	Hospice La casa di Iris (*)	-	-	-	15	115	19,95
Azienda Usl di Parma	Hospice Borgotaro	8	83	29,01	8	85	29,27
	Hospice Langhirano	10	113	27,31	10	119	28,72
	Hospice Fidenza	15	192	24,26	15	185	27,63
	Hospice Piccole Figlie	8	108	28,19	8	118	24,19
Azienda Usl di Reggio Emilia	Hospice Madonna dell'Uliveto di Albinea	12	209	19,95	12	237	18,22
	Hospice Guastalla	14	190	17,32	14	232	16,09
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	Hospice Policlinico di Modena	10	238	15,08	10	257	13,65
Azienda Usl di Bologna	Hospice Chiantore Seragnoli	30	593	15,98	30	589	16,83
	Hospice Bellaria	13	293	14,14	13	291	14,6
Azienda Usl di Imola	Hospice Castel San Pietro	12	191	19,58	12	204	18,27
Azienda Usl di Ferrara	Hospice Ado	12	239	16,99	12	228	17,39
	Hospice Codigoro	11	218	16,83	11	178	17,22
Azienda Usl di Ravenna	Hospice Ospedaliero di Lugo	10	126	23,33	10	185	17,56
	Hospice di Lugo (**)	8	23	31,6	-	-	-
	Hospice di Faenza	15	108	29,41	15	127	34,86
Azienda Usl di Forlì	Hospice di Forlimpopoli	11	291	13,04	11	264	14,3
	Hospice di Dovadola	8	147	18,81	8	165	16,46
Azienda Usl di Cesena	Hospice Savignano sul Rubicone	14	223	18,48	14	191	21,12
Azienda Usl di Rimini	Hospice di Rimini	10	187	15,1	10	204	14,43
Totale		241	3.937	18,88	248	4.105	18,64

(*)Aperto nel 2011 - (**)Chiuso Agosto 2010

Proposta di ricovero in Hospice - Valori % - Anno 2011



- 15% (611) MEDICO DI MEDICINA GENERALE
- 8% (318) PROGRAMMATO DALLO STESSO HOSPICE
- 55% (2.295) TRASFERITO DA OSPEDALE PUBBLICO, PRIVATO O STRUTTURA SOCIO-SANITARIA (ES. CASA PROTETTA, RSA)
- 18% (724) INVIATO DA ASSISTENZA DOMICILIARE
- 4% (157) INVIATO DA UN MEDICO SPECIALISTICO-AMBULATORIALE

Posti letto in hospice per Azienda sanitaria - Anni 2009-2011

Azienda sanitaria di ricovero	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011
Azienda Usl di Piacenza	10	10	25
Azienda Usl di Parma	41	41	41
Azienda Usl di Reggio Emilia	26	26	26
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	10	10	10
Azienda Usl di Bologna	43	43	43
Azienda Usl di Imola	12	12	12
Azienda Usl di Ferrara	23	23	23
Azienda Usl di Ravenna	18	33	25
Azienda Usl di Forlì	19	19	19
Azienda Usl di Cesena	14	14	14
Azienda Usl di Rimini	10	10	10
Totale	226	241	248

Ricoveri in hospice per sesso e classi di età - Anno 2011

Sesso	classi di età							Totale ricoverati	Età media
	≤29	30 - 44	45 - 54	55 - 64	65 - 74	75 - 84	≥85		
Femmine	1	52	157	286	446	657	405	2.004	73,12
Maschi	20	58	128	291	564	749	291	2.101	72,03
Totale	21	110	285	577	1.010	1.406	696	4.105	72,56

Tassi di ricovero in hospice per sesso e classi di età per 100mila abitanti - Anno 2011

Sesso	tasso specifico per classi di età							Totale
	≤29	30 - 44	45 - 54	55 - 64	65 - 74	75 - 84	≥85	
Femmine	0,17	10,11	47,22	99,63	178,19	310,35	378,99	87,84
Maschi	3,29	10,97	38,89	109,10	256,82	496,42	612,59	97,67
Totale	1,77	10,55	43,08	104,19	214,94	387,78	450,88	92,61

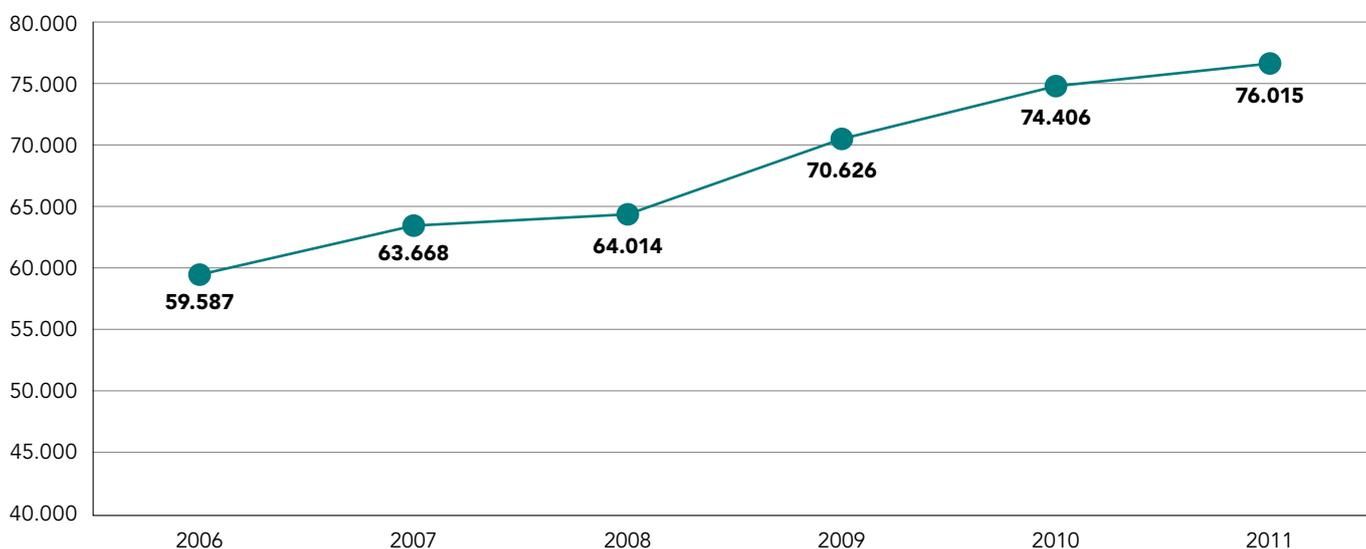
Servizi per la salute mentale adulti

Servizi per la salute mentale adulti garantiscono gli interventi di prevenzione, promozione, diagnosi, cura, riabilitazione, integrazione sociale alle persone (dai 18 anni) con disturbi psichiatrici di diverso tipo e gravità. Il sistema dei servizi afferisce al Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche delle Aziende Usl ed è costituito da Centri di salute mentale, dai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (ospedalieri), da strutture residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate. Questi servizi operano in collegamento con gli altri servizi

della rete assistenziale sanitaria e sociale e in collaborazione con le associazioni dei familiari, il volontariato, le Istituzioni locali, così come è previsto dal Piano attuativo salute mentale 2009/2011 (delibera di Giunta regionale 313/2009).

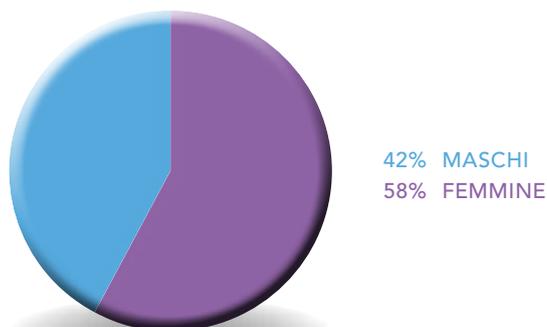
Anche per il 2011 si conferma il trend di crescita degli utenti in trattamento presso i Centri di salute mentale: sono stati 76.015 a fronte di 74.406 nel 2010. La maggioranza dell'utenza è femminile (58%). Le classi di età maggiormente rappresentate sono quelle centrali, dai 31 ai 60 anni, con un picco tra i 41 e i 50 anni (23%).

Adulti in trattamento nei Centri di salute mentale - Anni 2006-2011 (*)

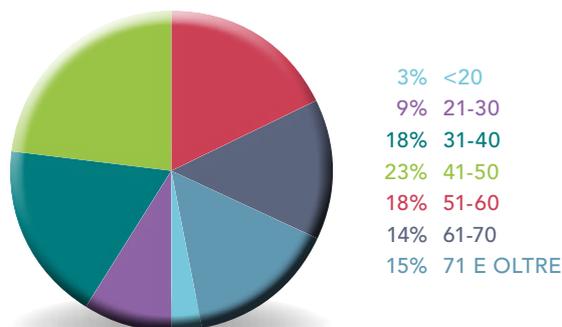


* Nota: i dati relativi agli anni precedenti al 2011 differiscono rispetto a quelli pubblicati lo scorso anno poiché è cambiato il modo di calcolo: in questa tabella sono conteggiati una sola volta gli utenti che hanno usufruito di più programmi nel corso di un anno.

Adulti in trattamento nei Centri di salute mentale per genere - Valori % - Anno 2011



Adulti in trattamento nei Centri di salute mentale classi di età - Valori % - Anno 2011



Servizi per la salute mentale bambini e adolescenti

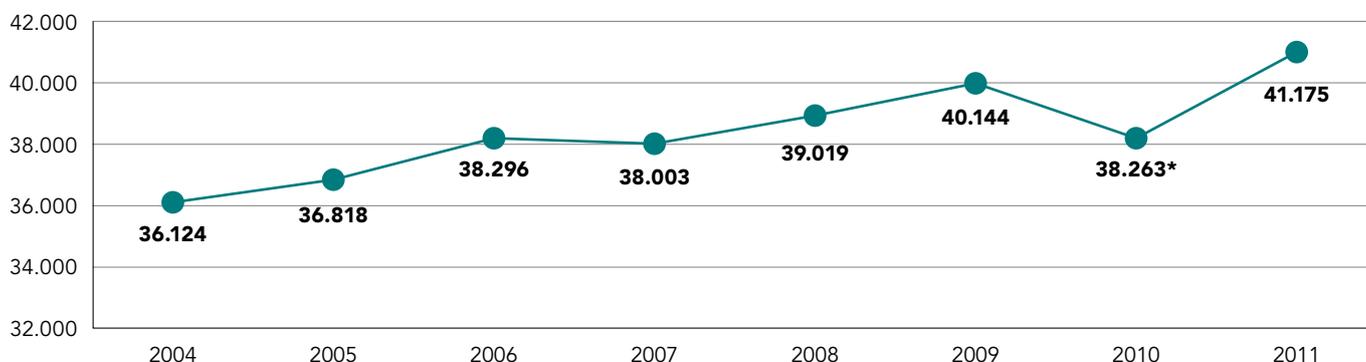
I Servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza si occupano delle problematiche inerenti agli aspetti psicologici o di disagio psichico dei minori. In queste strutture, le famiglie possono incontrare specialisti per consulenze, per la diagnosi e la cura di disturbi dell'apprendimento, del linguaggio, dell'alimentazione, della sfera affettiva ed emozionale di bambini e adolescenti. Si occupano inoltre di bambini e adolescenti con disabilità. Per tutti sono assicurati piani personalizzati di cura e riabilitazione psichica e motoria. Nel 2011 i minori afferiti ai Servizi di neuropsichiatria

dell'infanzia e dell'adolescenza sono stati complessivamente 41.175, un numero in aumento costante.

Vi è un maggiore ricorso ai Servizi da parte dei maschi (63%) rispetto alle femmine (37%).

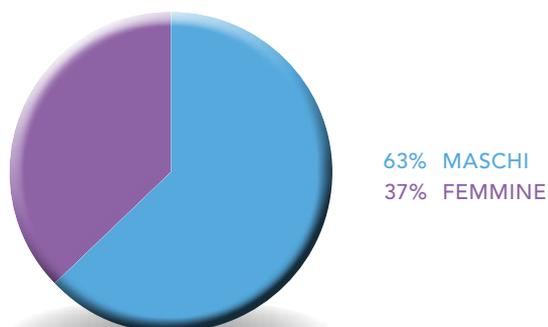
L'accesso di bambini e adolescenti si eleva soprattutto nel passaggio tra un ordine di scuola e l'altro, fasi di vita dello sviluppo e dell'apprendimento in cui sono maggiormente evidenti le problematiche neurologiche, psichiatriche e cognitive. La maggior percentuale di minori si concentra tra i 6 e i 10 anni (39%) e tra gli 11 e i 17 anni (32%).

Minori in trattamento nei Servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza Anni 2004-2011

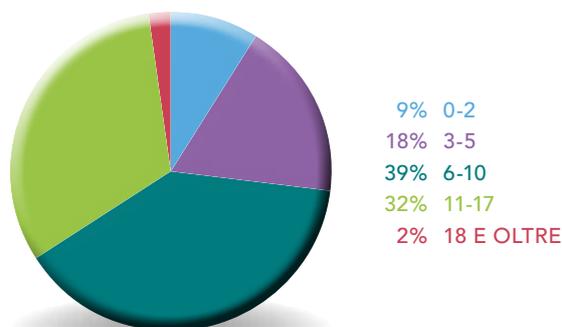


* Il calo di utenti nel 2010 è attribuibile all'attivazione del il flusso informativo regionale della neuropsichiatria infanzia e adolescenza che ha introdotto nuove modalità per il conteggio dell'utenza (bambini con cartella clinica aperta e con prestazioni).

Minori in trattamento nei Servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza per genere Valori % - Anno 2011



Minori in trattamento nei Servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza per età Valori % (*) - Anno 2011



(*) Nei Servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza vi sono alcuni utenti che continuano il percorso terapeutico oltre i 18 anni di età per diverse motivazioni: continuità terapeutica (es. psicoterapia), termine del percorso scolastico (es. utente con certificazione di disabilità che frequenta ancora la scuola) oppure per le situazioni di preparazione al passaggio ad altri servizi.

Servizi per le dipendenze

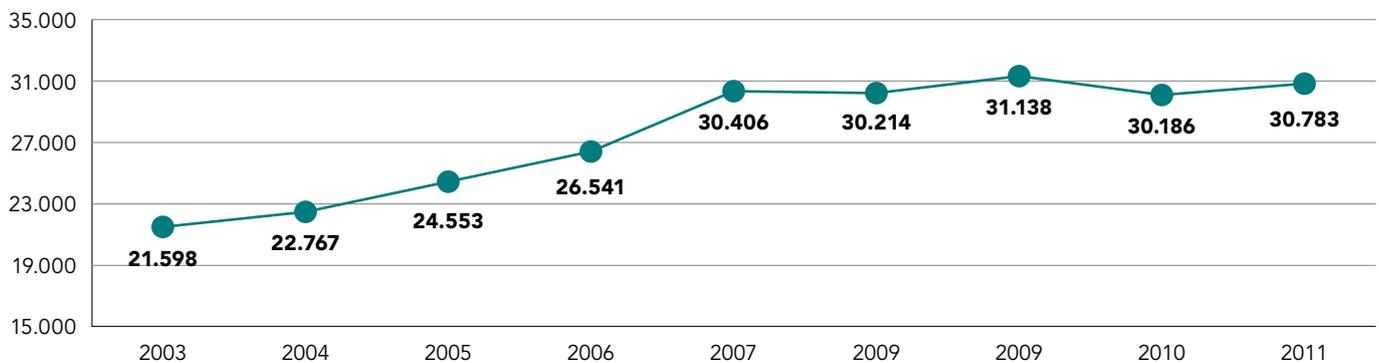
L'assistenza a persone con dipendenza patologica è assicurata attraverso un sistema integrato di servizi che coinvolge le Aziende Usl con i Servizi per le dipendenze patologiche (SerT), le strutture private accreditate, gli Enti locali, il volontariato. Questi servizi operano nei campi della prevenzione, della riduzione del danno, della diagnosi, trattamento riabilitativo e reinserimento sociale delle persone con disturbi correlati all'assunzione di sostanze psicoattive o a comportamenti additivi quali il gioco d'azzardo. A prescindere dal tipo di problematica evidenziata, nel corso del 2011 le persone che hanno avuto una consulenza o un trattamento clinico nei SerT dell'Emilia-Romagna sono state 30.783, in lieve incremento rispetto

al 2010 (30.186).

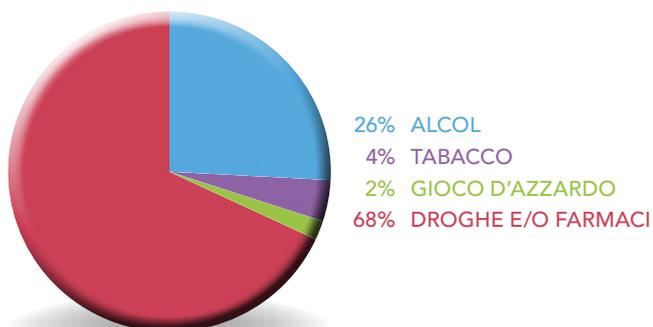
Vi sono diverse forme di dipendenza e di problematiche trattate dai SerT: droghe e/o farmaci (68% del totale degli utenti), alcol (26%), tabacco (4%), gioco d'azzardo patologico (2%).

L'eroina si conferma la sostanza primaria di abuso interessando il 68,8% delle persone con tossicodipendenza in carico ai SerT. La quota delle persone che si rivolgono ai Servizi per problemi connessi alla cocaina risulta aumentata, anche se negli ultimi quattro anni il dato oscilla tra leggera diminuzione e aumento: sono 3.634 al 31.12.2011 gli utenti con dipendenza da cocaina come sostanza primaria o secondaria (3.495 nel 2010, 3.882 nel 2009).

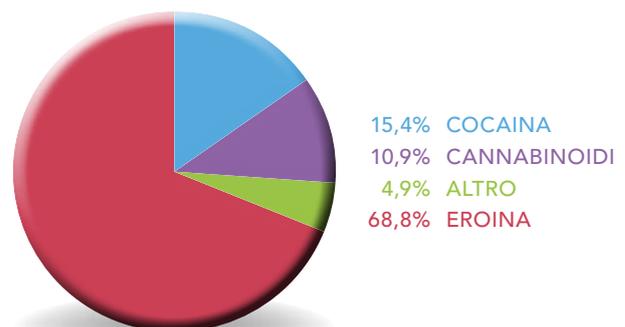
Utenti in trattamento presso i SerT - Anni 2003-2011



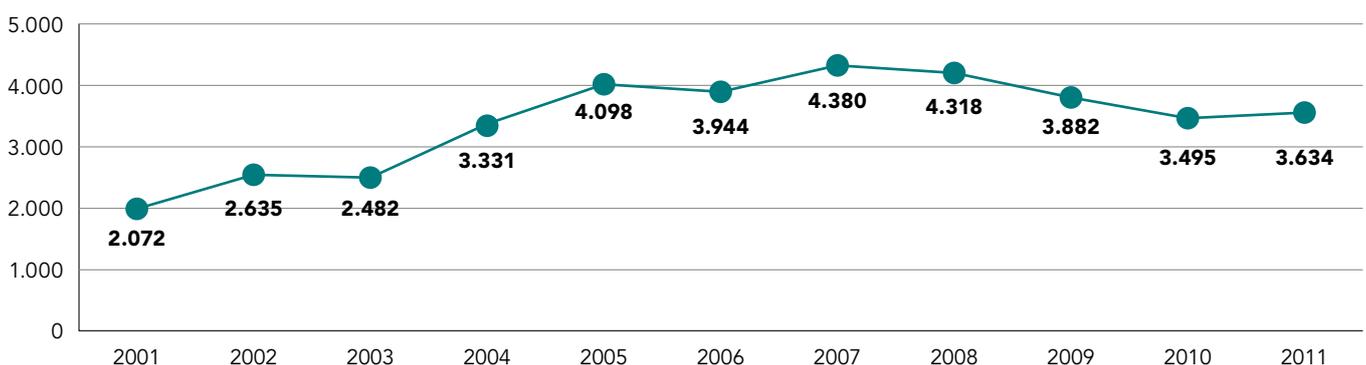
Utenti SerT per tipologia di dipendenza/area problematica Anno 2011 - Valori %



Sostanza primaria d'abuso in utenti con tossicodipendenza in carico ai SerT Anno 2011 - Valori %



Utenti SerT con dipendenza da cocaina come sostanza primaria o secondaria - Anni 2001-2011



Servizi per le demenze senili

Accompagnare la persona con demenza e i familiari nel lungo percorso della malattia e favorire la migliore qualità della vita possibile. Questo l'obiettivo del progetto regionale "demenze" che ha permesso lo sviluppo di una rete di 53 Consultori/Centri per la diagnosi e cura delle demenze, in cui operano equipe multidisciplinari (medici, infermieri, psicologi e altre figure professionali). I Centri, collocati principalmente all'interno dei Dipartimenti di cure primarie delle Aziende Usl, lavorano in collegamento con Enti locali, associazioni di volontariato, familiari.

Le demenze senili sono forme cronic-degenerative per le quali, allo stato attuale, non sono state individuate terapie risolutive. La rete dei servizi garantisce interventi alla persona ammalata e supporto alla famiglia: interventi farmacologici che ritardano la progressione dei deficit cognitivi, di stimolazione cognitiva, organizzazione di gruppi di sostegno e auto-aiuto, consulenze specialistiche, iniziative formative, informative e di socializzazione. Altre opportunità sono ad esempio l'accoglienza temporanea di sollievo, l'assegno di cura, il contributo aggiuntivo per la regolarizzazione dell'assistente familiare: interventi garantiti anche con il Fondo regionale per la non autosufficienza.

Nel 2011 la Regione ha realizzato un video, sottotitolato in 6 lingue, "Una giornata particolare", visibile su videosaluter, (www.youtube.com/user/videosaluter) che fornisce indicazioni utili a parenti e ad assistenti familiari che vivono con una persona con demenza e con disturbi del comportamento.

Nel 2011 sono state effettuate 69.358 visite (65.615 nel 2010). I nuovi utenti sono stati 18.284 (18.017 nel 2010) e di questi il 77% sono stati presi in carico. I familiari hanno potuto usufruire di 12.386 consulenze specialistiche (17.089 nel 2010).

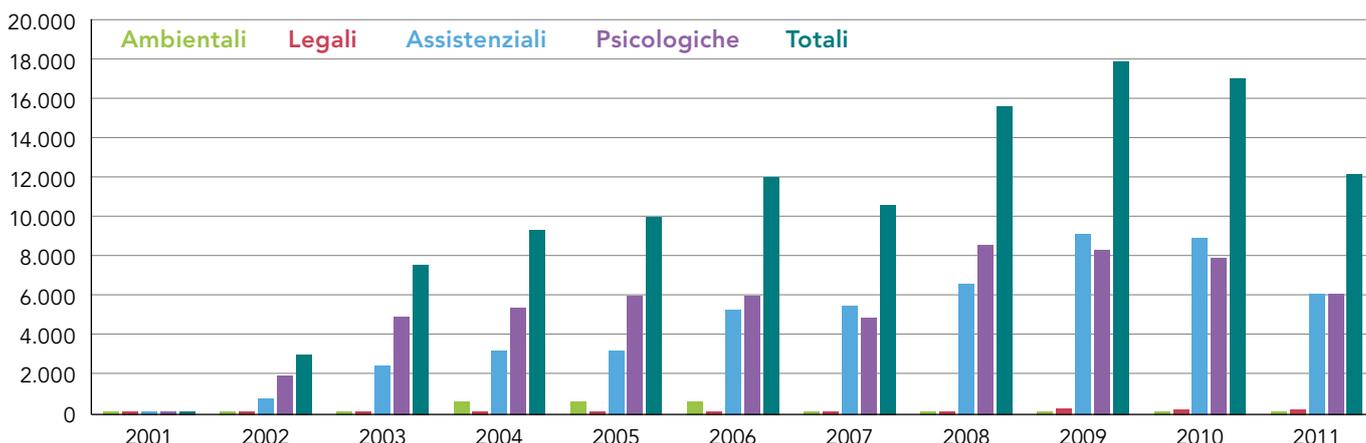
Anche nel 2011 sono state realizzate iniziative rivolte a gruppi di familiari e pazienti: 7.288 le persone coinvolte in iniziative informative, formative, gruppi di sostegno e auto-aiuto e nelle attività dei "caffè Alzheimer" (circa 50 a fine 2011, spesso gestiti da associazioni di familiari, offrono stimolazione cognitiva, attività di socializzazione e opportunità per i familiari di condividere i propri problemi con altre persone che vivono la stessa esperienza).

I 53 Consultori/Centri sono così articolati: 6 a Piacenza, 4 a Parma, 8 a Reggio Emilia, 9 a Modena, 10 a Bologna, 1 a Imola, 7 a Ferrara, 4 a Ravenna, 1 a Forlì, 2 a Cesena, 1 a Rimini.

Visite - Anni 2001-2011



Consulenze specialistiche ai familiari - Anni 2001-2011



Donazione e trapianto di organi, tessuti, cellule, sangue cordonale

Donazioni

Nel 2011 i donatori utilizzati in Emilia-Romagna sono stati 96, pari a 21,8 per milione di abitanti (18,4 in Italia). L'età media dei donatori è stata di 58,4 anni. Sono stati 292 gli organi prelevati (rene, cuore, fegato, pancreas, polmone, intestino), di cui 260 trapiantati (l'89%). Le opposizioni al prelievo sono state il 28,4% (28,3% la media nazionale). La fascia di età dove le opposizioni sono più numerose è tra i 55 e i 65 anni.

Nel 2011 si è registrato un calo delle donazioni (nel 2010 il dato era pari a 26,7 per milione di abitanti), dovuto in parte al fatto che, fortunatamente, diminuiscono le persone che muoiono per traumi da incidente ma anche per l'elevato numero di potenziali donatori non idonei perché portatori di gravi patologie concomitanti. L'attenzione della rete regionale è rivolta al massimo utilizzo

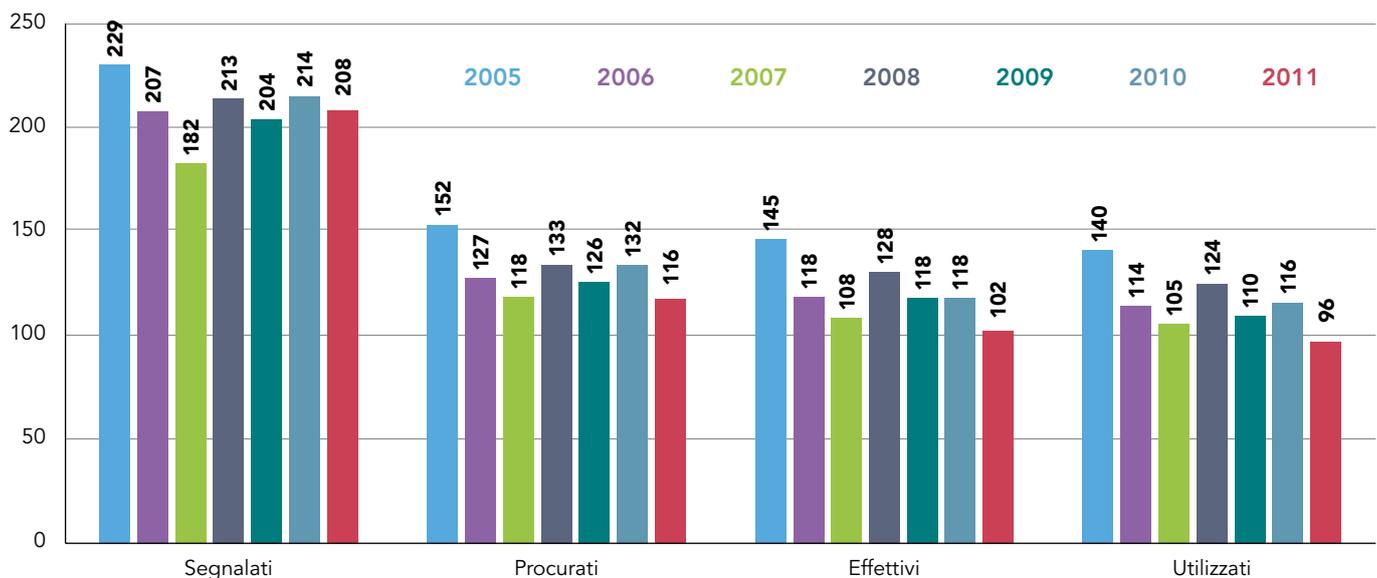
delle opportunità di donazione e su questo le Aziende sanitarie sono impegnate a migliorare ulteriormente la propria efficienza.

In questo percorso, è fondamentale promuovere la donazione: la campagna "Una scelta consapevole" si svolge tutto l'anno con il coordinamento del Centro Riferimento trapianti dell'Emilia-Romagna (CRT-ER) e la partecipazione di associazioni di volontariato, Aziende sanitarie, Enti locali.

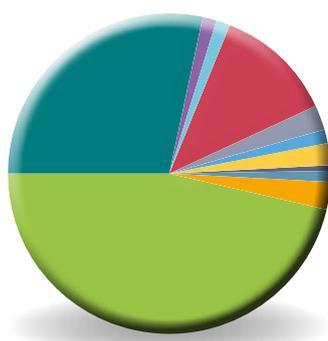
Rispetto alla donazione di tessuti e cellule, nel 2011 sono state prelevate 1.191 cornee, 175.635 cm² di cute, 122 segmenti vascolari (vasi), 32 valvole cardiache, 1.198 segmenti osteotendinei.

Sono state raccolte e certificate dalla Banca regionale 304 unità di sangue cordonale, da utilizzare in bambini con leucemia in tutto il mondo.

Donatori segnalati, procurati, effettivi, utilizzati - Anni 2005-2011



Potenziali donatori segnalati in Emilia-Romagna - Anno 2011



28,4%	OPPOSIZIONI
1,4%	OPPOSIZIONI PROCURA
1,4%	ARRESTO CARDIACO
12%	NON IDONEI POST ANAMNESI
2,4%	NON IDONEI PRE SALA
1,4%	IDONEO ENTRATO IN SALA E NON PRELEVATO PER NON IDONEITÀ DONATORE PRE TRAPIANTO
2,4%	IDONEO ENTRATO IN SALA E NON PRELEVATO PER PATOLOGIA ORGANO
0,5%	IDONEO OFFERTO, NON ENTRATO IN SALA PERCHÉ NO RICEVENTE COMPATIBILE
1%	EFFETTIVI NON UTILIZZATI PER NON IDONEITÀ ORGANO PRELEVATO
2,9%	EFFETTIVI NON UTILIZZATI PER NON IDONEITÀ DONATORE PRE TRAPIANTO
46,2%	UTILIZZATI

Trapianti

Nel 2011 in Emilia-Romagna hanno ricevuto trapianto 267 persone e sono stati utilizzati 297 organi.

I trapianti di tessuti sono stati: 476 cornee e 57 sclere (membrana bianca dell'occhio), 9 valvole cardiache, 67 segmenti vascolari. 77 persone sono state sottoposte a 108 trapianti di cute, a 42 pazienti sono stati effettuati 44 trapianti di DED (derma de-epidermizzato) e 5 sono stati sottoposti a trapianto di DEC (derma de-cellularizzato); 569 sono stati i trapianti di segmenti ossei massivi e 1896 quelli di osso lavorato.

Sono stati inoltre eseguiti 109 trapianti allogenici (da donatore familiare o da registro regionale, nazionale o mondiale) di cellule staminali emopoietiche (da midollo osseo, sangue periferico o sangue cordonale); sono stati eseguiti 384 trapianti di midollo osseo autologo (cellule dello stesso paziente).

Sono state utilizzate 9 unità di sangue cordonale (donate al momento del parto): 3 in Centri ematologi italiani e 4 in Centri europei, 1 negli Stati Uniti, 1 in Sudamerica.

L'attività di trapianto in Emilia-Romagna è su valori di eccellenza: il numero di trapianti per milione di abitanti (pmp) nel 2011 è stato pari a 7,3 per il cuore (4,6 in Italia). Eccellente il dato anche nel confronto con Germania (4,8 nel 2010), Francia (5,8 nel 2010), Spagna (5,2 nel 2010). In specifico per fegato e rene: nel 2011 per il fegato in Emilia-Romagna è stato di 23,4 trapianti pmp (il 16,9 in Italia), per il rene, è stato di 26,6 trapianti pmp (il 25,5 in Italia). Nel 2010 per il fegato in Germania era 15,7, in Francia 16,9, in Spagna 20,7; per il rene di 27,8 in Germania, 27,4 in Inghilterra, 42,2 in Spagna.

I Centri trapianto di organi

Queste le sedi: Policlinico Sant'Orsola Malpighi (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna): rene, fegato, cuore, polmone, intestino e multiviscerale, pancreas (isolato e combinato nel trapianto multiviscerale); Policlinico di Modena (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena): rene, fegato, intestino e multiviscerale; Ospedale Maggiore (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma): rene, pancreas (isolato e combinato con rene).

Tempi di attesa a sopravvivenza

In Emilia-Romagna sono attive le liste di attesa uniche per il trapianto di rene e per il trapianto di fegato. Gli iscritti al 31 dicembre 2011 erano 1.237 per il rene, 53 per il cuore, 248 per il fegato, 21 per l'intestino, 6 per il polmone e 5 per il trapianto combinato polmone/cuore, 5 per il pancreas.

I tempi di attesa nel 2011 sono stati di poco superiori ai 3 anni per il trapianto di rene (2,8 anni a livello nazionale), poco più di 1 anno per il trapianto di cuore (2,4 anni la media italiana), circa 2 anni per il trapianto di fegato (in linea con il dato nazionale), un anno e mezzo circa per il trapianto di polmone e per il trapianto combinato polmone/cuore (poco più di 2 anni il dato nazionale).

La sopravvivenza in Emilia-Romagna: per il trapianto di rene, a 1 anno dall'intervento è vicina al 98% (intorno al 97% a livello nazionale); per il trapianto di cuore, a 1 anno dall'intervento è del 92,5% (in Italia è 83,8%); per il trapianto di fegato, a 1 anno è superiore all'84% (paragonabile al dato italiano).

Per approfondimenti:

www.saluter.it/trapianti

Trapianti di organi, cellule e tessuti in Emilia-Romagna - Anno 2011

Rene	136	Valvole cardiache	9
Cuore	32	Segmenti vascolari	67
Fegato	105	Cute	157
Intestino	2	Trapianti allogenici (cellule staminali emopoietiche)	109
Multiviscerale	1	Midollo osseo autologo	384
Polmone	5	Segmenti ossei	569
Cornee	476	Osso lavorato	1.896
Sclere	57		

Attività di trapianto in Emilia-Romagna, Italia, Germania, Francia, Inghilterra, Spagna (numero di trapianti per milione di abitanti) - Anno 2011

	Emilia-Romagna 2011	Italia 2011	Germania 2010 (*)	Francia 2010 (*)	Inghilterra 2010 (*)	Spagna 2010 (*)
Trapianto di rene	26,6	25,5	27,8	40,3	27,4	42,2
Trapianto di cuore	7,3	4,6	4,8	5,8	2,0	5,2
Trapianto di fegato	23,4	16,9	15,7	16,9	11,5	20,7
Trapianto di polmone	1,1	2,0	3,6	4,1	2,6	5,0
Trapianto di pancreas	0,9	1,0	2,0	1,5	3,2	2,0
Trapianto di intestino	0,7	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1

(*) Ultimo dato disponibile.

Donazione e consumo unità di sangue

In Emilia-Romagna nel 2011 sono state 254.000 le unità di sangue intero raccolte, in lieve incremento, +0,2%, sul 2010 quando le unità raccolte sono state 253.500. Diversamente, i dati sul consumo di sangue evidenziano una modesta diminuzione: le unità di sangue utilizzate nel 2011 sono state 244.637, -0,99% rispetto al 2010 (247.084).

La raccolta di unità di sangue ha consentito all'Emilia-Romagna non solo di soddisfare le proprie esigenze ma anche di aumentare il contributo di solidarietà verso le Regioni "carenti", ossia quelle Regioni che non riescono con la raccolta a soddisfare le esigenze dei loro servizi: le unità di sangue trasferite ad altre Regioni sono passate da 3.505 unità nel 2010 alle 4.013 del 2011, con un incremento del 14,49%.

Aumentato anche il numero dei donatori (oltre 160 mila

in totale): nel corso del 2011 in tutta la regione, si sono presentati circa 20mila nuovi donatori.

Per promuovere le donazioni di sangue, la Regione e le associazioni di volontariato che riuniscono i donatori, Avis e Fidas, da oltre 10 anni portano avanti insieme campagne di sensibilizzazione, anche con iniziative dedicate a specifici gruppi di popolazione, in particolare giovani.

Il sistema sangue ha in corso un progetto per concentrare i punti di lavorazione del sangue e del plasma (per il successivo invio ai Servizi regionali e alle altre Regioni) a livello delle Aree vaste Emilia Nord, Emilia Centrale, Romagna. Già centralizzati i punti di lavorazione nell'Area vasta Romagna con l'Officina trasfusionale di Pievesestina.

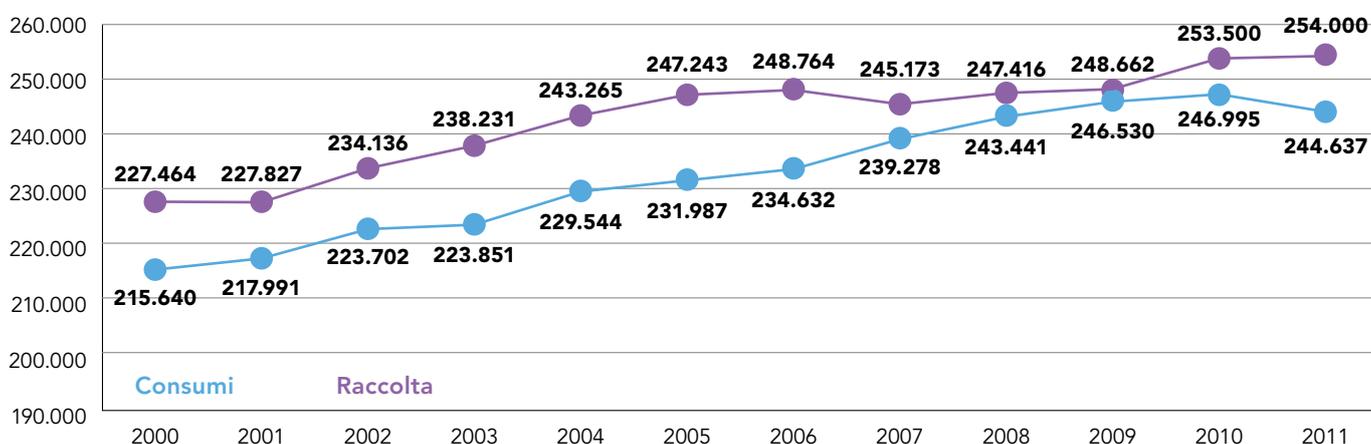
Sito internet: www.saluter.it/sangue

Raccolta e consumo di sangue (unità rosse) - Anni 2010-2011

Programmi	Raccolta				Consumi			
	2011	2010	diff. % 2010-2011	Obiettivo raccolta 2011	2011	2010	diff. % 2010-2011	Obiettivo consumi 2011
Piacenza	15.568	15.780	-1,34%	15.600	13.586	13.369	1,62%	13.500
Parma	29.792	30.199	-1,35%	30.000	27.168	27.455	-1,05%	28.500
Reggio Emilia	23.689	23.331	1,53%	24.000	19.879	18.834	5,55%	19.000
Modena	37.008	36.448	1,54%	36.000	32.382	32.955	-1,74%	33.000
Bologna	62.907	62.756	0,24%	63.500	68.757	71.231	-3,47%	70.500
Ferrara	22.526	22.649	-0,54%	22.500	23.153	23.380	-0,97%	23.750
O.T. Area vasta Romagna*	62.510	62.337	0,28%	63.000	59.712	59.860	-0,25%	60.000
Totale	254.000	253.500	0,20%	254.600	244.637	247.084	-0,99%	248.250

* Officina trasfusionale dell'Area vasta Romagna.

Andamento raccolta e consumo sangue (unità rosse) - Anni 2000-2011



Unità di sangue (unità rosse) trasferite ad altre Regioni - Anno 2011: 4.013

Screening dei tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto

Sono tre i programmi di screening: prevenzione e diagnosi precoce dei tumori della mammella (rivolto alle donne dai 50 ai 69 anni con proposta di mammografia biennale, e dal 1° gennaio 2010, anche alle donne dai 45 ai 49 anni con mammografia annuale e dai 70 ai 74 anni con mammografia biennale), dei tumori del collo dell'utero (rivolto alle donne dai 25 ai 64 anni con proposta di pap-test ogni tre anni), dei tumori del colon-retto (rivolto a uomini e donne dai 50 ai 69 anni con test per la ricerca del sangue occulto nelle feci ogni due anni).

Screening dei tumori della mammella

Riguarda, dal 1° gennaio 2010, tutte le donne dai 45 ai 74 anni (840 mila in totale). L'adesione all'invito nelle donne in età 50- 69 anni (rivolto al 100% delle interessate) è molto alta anche nel 2011: il 68% (il 60,5% a livello nazionale). Nel 2011 sono state invitate il 76,8% delle donne di età 45-49 anni e il 100% della donne di età 70-74 anni; l'adesione è stata rispettivamente del 70,7% e del 65,3%. L'esito dei controlli è disponibile per il 2010: sono state 252.512 le donne di 45-74 anni che hanno eseguito la mammografia, il 5,1% (12.969) è stato richiamato per ulteriori accertamenti e per 1.499 è stata fatta diagnosi di tumore al seno (il 72% in stadio precoce). L'intervento chirurgico è stato conservativo per l'87% dei casi. Dal 1997 (anno di avvio) al 2010 lo screening ha permesso di riscontrare 14.039 donne con tumori, di cui 2.355 con tumori "in situ" (non ancora invasivi), e, tra quelle con tumore invasivo, in 11.684 (67,3%) in stadio precoce (presupposto fondamentale per intervenire tempestivamente con le cure).

Sito internet:

http://www.saluter.it/screening_femminili/

Screening dei tumori del collo dell'utero

È rivolto alle donne dai 25 ai 64 anni (oltre 1.250.000 in totale). L'adesione all'invito (rivolto al 100% delle interessate) è superiore alla media nazionale: il 58,4% contro il 39,8%. Nel 2010 (*ultimo dato disponibile*) sono state eseguite 6.582 colposcopie di approfondimento nelle donne positive al pap-test. Tra queste sono state identificate 1.625

donne (25%) con lesioni precancerose a basso rischio (CIN1), che molto spesso regrediscono spontaneamente. In altre 990 (15%) si sono riscontrate lesioni precancerose ad alto rischio (CIN2 e CIN3) che, pur potendo regredire spontaneamente, sono generalmente trattate per la loro potenziale evoluzione verso forme invasive. Sono stati diagnosticati 35 tumori invasivi, di cui il 46% microinvasivi. Dal 1997 (anno di avvio), al 2010 lo screening ha permesso di riscontrare 11.631 donne con lesioni pre-cancerose e 670 con tumori invasivi (di cui il 36% con tumore microinvasivo, quindi con una probabilità di guarigione vicina al 100%). Il trattamento terapeutico delle lesioni pre-cancerose ha impedito la loro trasformazione in carcinomi invasivi (che avviene circa nel 25-30% dei casi) in circa 3.100 donne.

Sito internet:

http://www.saluter.it/screening_femminili/

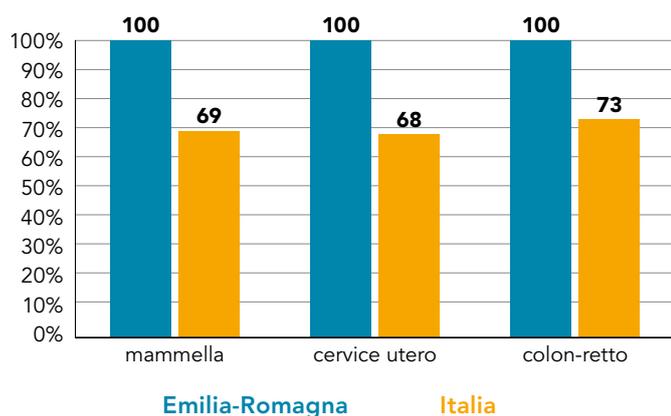
Screening dei tumori del colon-retto

È rivolto a donne e uomini dai 50 ai 69 anni (circa 1.100.000 in totale). Nel 2011 è stata invitata tutta la popolazione interessata con un'adesione all'invito del 49,4% (media nazionale 48%). Tra le 286.829 persone che hanno eseguito il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci, nel 2010 (*ultimo dato disponibile*) il 4,2% (media) è risultato positivo (la positività aumenta con l'età ed è più frequente negli uomini in tutte le classi di età). L'esito dell'esame di approfondimento, la colonscopia, nelle 9.764 persone positive al test, ha evidenziato nel 28% delle persone polipi ad alto rischio e nel 4% un tumore colo-rettale. Dal 2005 (anno di avvio), al 2010 lo screening ha permesso di individuare 3.103 persone con tumore maligno, delle quali il 56% in stadio precoce e il 24% in stadio avanzato. La casistica in regione, prima dell'avvio del programma di screening, riportava un 51% di persone con tumore in stadio avanzato e solo un 20% in stadio precoce. La rimozione dei polipi (adenomi) ad alto rischio (riscontrati in 17.526 persone nel periodo considerato) ha permesso di ridurre l'insorgenza dei tumori maligni.

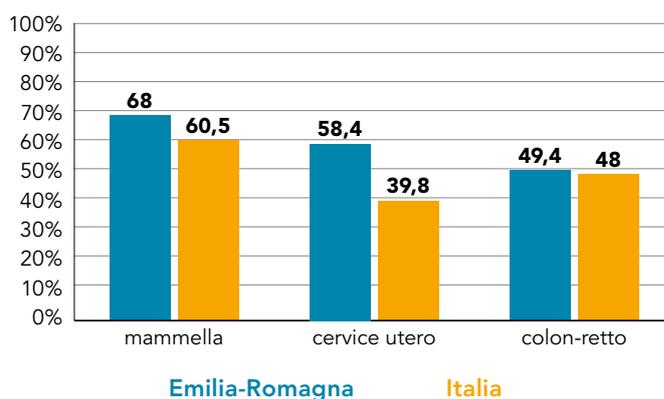
Sito internet:

<http://www.saluter.it/colon/>

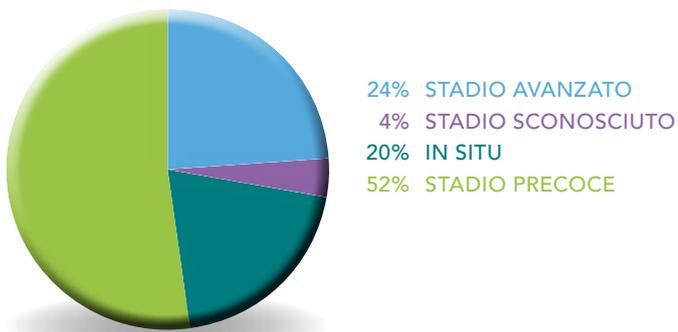
Screening tumori mammella, collo dell'utero e colon-retto. Popolazione invitata al 31/12/2011: Emilia-Romagna e Italia - Valori %



Screening tumori mammella, collo dell'utero e colon-retto. Adesione all'invito: Emilia-Romagna e Italia - Anno 2011 - Valori %

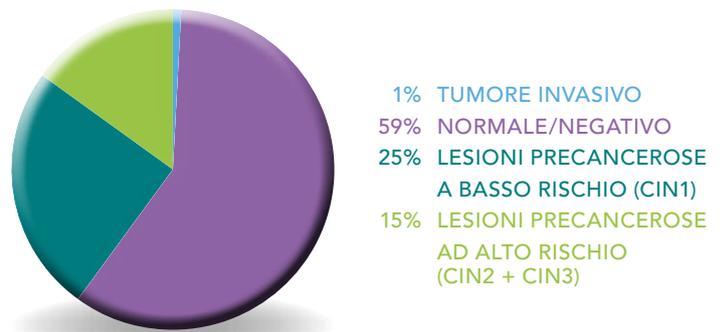


Screening tumori della mammella: stadio dei 1.499 carcinomi identificati nel 2010 (*)



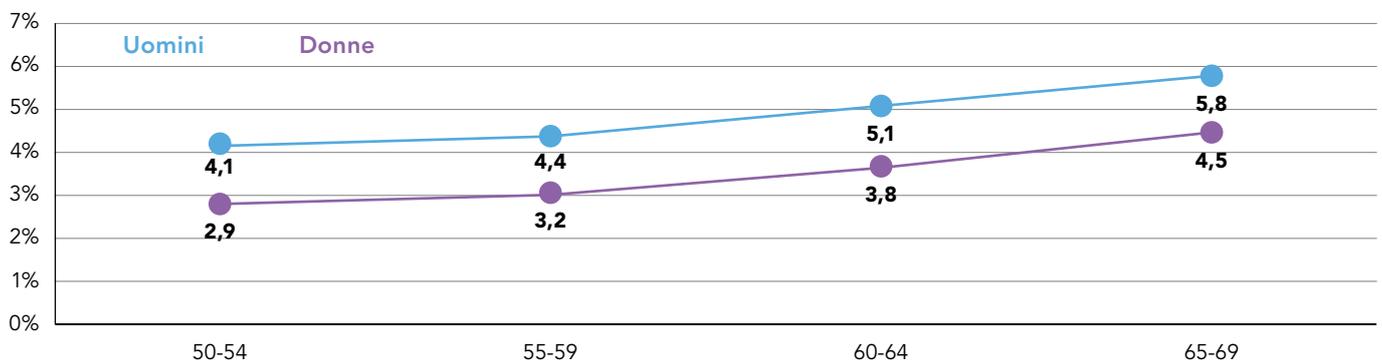
(*) Ultimo dato disponibile

Screening tumori del collo dell'utero: esito delle colposcopie nelle 6.582 donne esaminate nel 2010 (*)



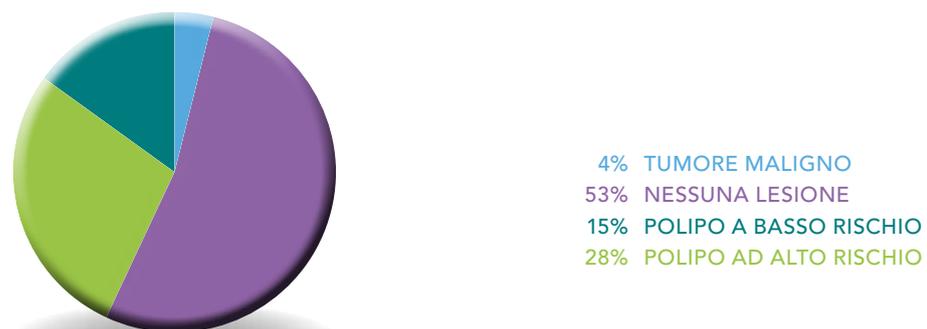
(*) Ultimo dato disponibile

Screening tumori colon-retto: % positività al test per la ricerca del sangue occulto, per classi di età e sesso - Anno 2010 (*)



(*) Ultimo dato disponibile

Screening tumori colon-retto: esito della colonscopia nelle 9.764 persone esaminate nel 2010 (*)



(*) Ultimo dato disponibile

Sistema di sorveglianza nazionale PASSI: l'accesso ai test previsti dagli screening

Il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) è basato su indagini campionarie rivolte alle persone dai 18 ai 64 anni. Coinvolge tutte le Regioni, l'adesione è dell'85% della popolazione target in quanto in Lombardia, Calabria e Sardegna l'adesione non è ancora completa. Tra i temi indagati vi è l'accesso agli esami per la prevenzione dei tumori, sia all'interno che al di fuori di programmi di screening, anche in relazione a cittadinanza e livello di istruzione. I dati mostrano l'importanza di promuovere screening organizzati: le persone più svantaggiate, se raggiunte con l'invito attivo (lettera a domicilio dall'Azienda Usl), partecipano di più e gli screening si rivelano di grande importanza anche per ridurre le disuguaglianze e le differenze di accesso agli esami.

Per mammografia e pap-test i dati PASSI riguardano le indagini condotte nel 2007-2010. Per i dati sul test di sangue occulto nelle feci si fa riferimento solo al 2010, in quanto l'accesso al test a livello nazionale non è stabile, anche se mostra un trend crescente per il diffondersi dei programmi di screening.

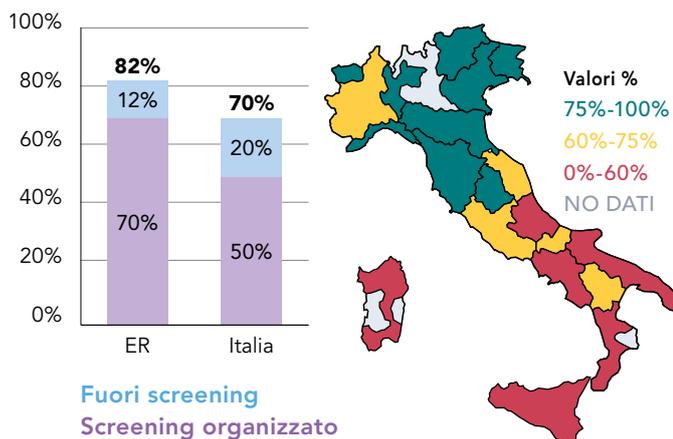
Screening dei tumori della mammella

PASSI rileva che tra le donne di 50-69 anni (la "storica" fascia d'età cui si rivolge lo screening), il 70% a livello nazionale ha eseguito la mammografia nei tempi raccomandati (2 anni) sia all'interno che al di fuori dello screening; in Emilia-Romagna questo valore sale all'82%.

PASSI stima un 20% e un 12%, rispettivamente a livello nazionale e regionale, di mammografie eseguite al di fuori del programma di screening (utilizzando come indicatore il pagamento della prestazione).

Analizzando il dato per cittadinanza: a livello nazionale il 68% delle italiane esegue regolarmente la mammografia a fronte del 57% delle straniere; in Emilia-Romagna rimangono differenze per cittadinanza, ma i valori salgono rispettivamente all'83% e al 68%.

Donne 50-69enni che hanno riferito di aver eseguito una mammografia negli ultimi 2 anni



Fonte: Rapporto nazionale PASSI 2007-2010

Per quanto attiene al livello di istruzione si osserva che, nelle Regioni dove sono attivi programmi di screening, la differenza nell'utilizzo della mammografia è modesta, dove non ci sono programmi di screening diviene evidente che all'aumentare del grado di istruzione aumenta anche l'utilizzo regolare della mammografia.

Screening dei tumori del collo dell'utero

PASSI registra una media nazionale di adesione al pap-test (donne con cittadinanza italiana e straniera) del 76%, in Emilia-Romagna è l'86%. Stima un 38% e 27%, rispettivamente a livello nazionale e regionale, di pap-test eseguiti al di fuori del programma di screening (utilizzando come indicatore il pagamento della prestazione).

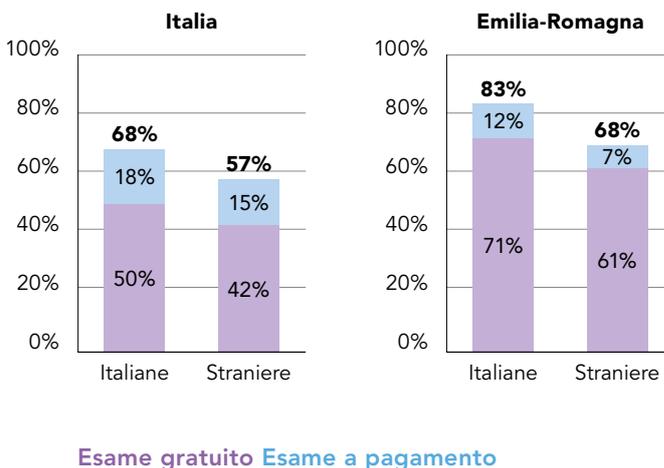
A livello nazionale, il 75% delle donne con cittadinanza italiana dichiara di eseguire regolarmente il pap-test, a fronte di un 67% di donne residenti con cittadinanza straniera; in Emilia-Romagna questi valori sono 87% per le italiane e 73% per le straniere. Tra le straniere dell'Emilia-Romagna solo il 12% afferma di aver pagato l'esame; il 28% a livello nazionale.

Screening dei tumori del colon-retto

A livello nazionale il 37% della popolazione di 50-69anni riferisce di aver eseguito un test (ricerca sangue occulto nelle feci o colonscopia) nei tempi raccomandati; in Emilia-Romagna è il 68%. Riguardo alla cittadinanza, a livello nazionale il 30% delle/degli italiani e il 24% delle/degli stranieri eseguono il test per la ricerca del sangue occulto nei 2 anni come raccomandato; in Emilia-Romagna sono rispettivamente il 64% e il 41%.

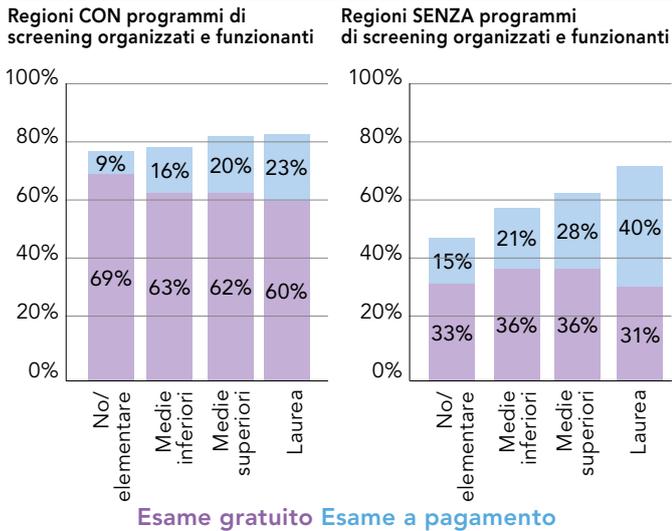
Da considerare che gli stranieri, sia in Emilia-Romagna che in Italia, eseguono il test quasi esclusivamente nell'ambito di programmi di screening: per questo è importante la loro diffusione in quanto permettono di ridurre le disuguaglianze in termini di accesso ai servizi.

Donne che hanno eseguito mammografia all'interno e al di fuori dei programmi di screening per cittadinanza negli ultimi 2 anni



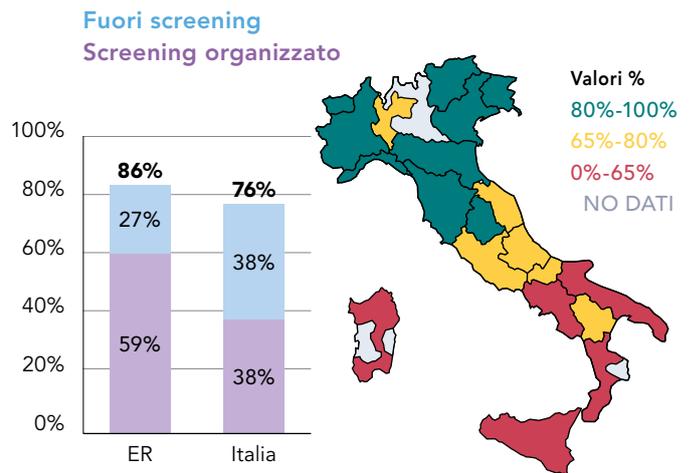
Fonte: Rapporto nazionale PASSI 2007-2010

Donne con cittadinanza italiana che hanno eseguito mammografia in Regioni con o senza programmi di screening per livello d'istruzione negli ultimi 2 anni



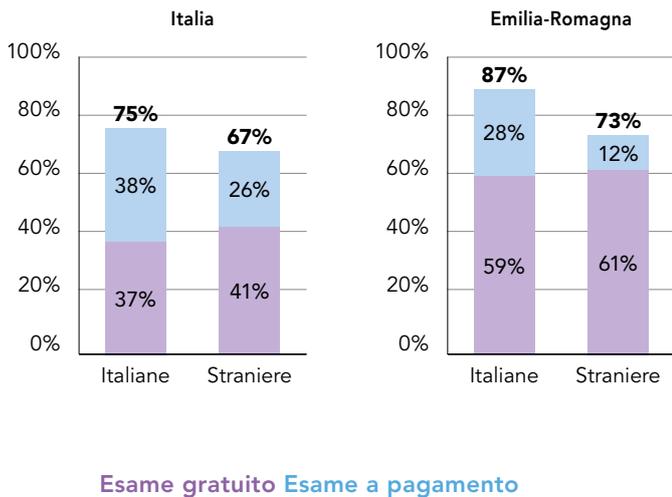
Fonte: Rapporto nazionale PASSI 2007-2010

Donne 25-64enni che hanno riferito di aver eseguito un pap-test negli ultimi 3 anni



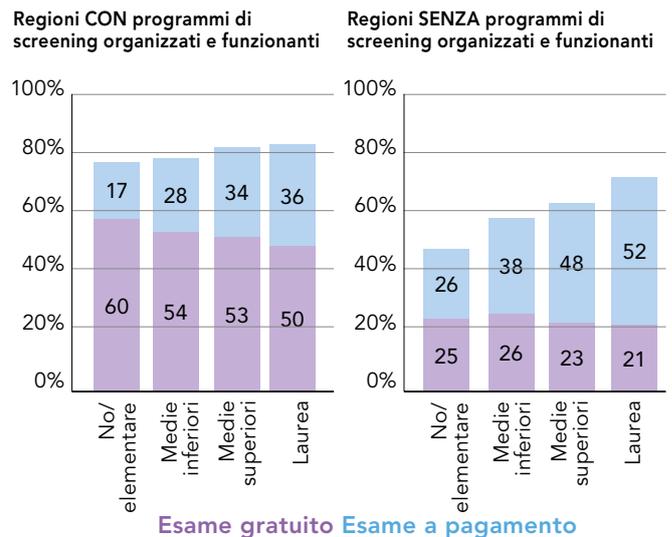
Fonte: Rapporto nazionale PASSI 2007-2010

Donne che hanno eseguito pap-test all'interno e al di fuori dei programmi di screening per cittadinanza negli ultimi 3 anni



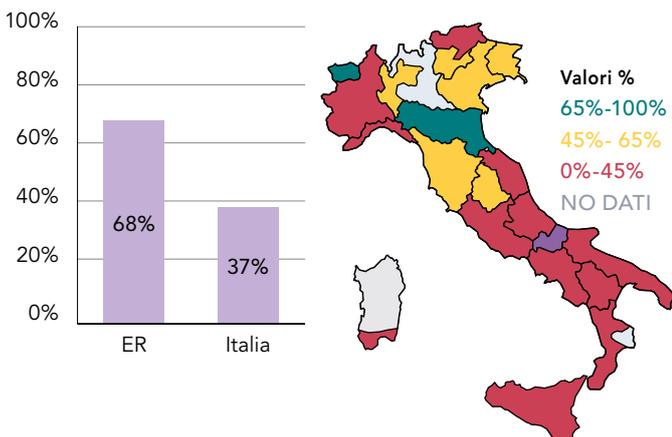
Fonte: Rapporto nazionale PASSI 2007-2010

Donne con cittadinanza italiana che hanno eseguito pap-test in Regioni con o senza programmi di screening organizzati negli ultimi 3 anni per livello d'istruzione



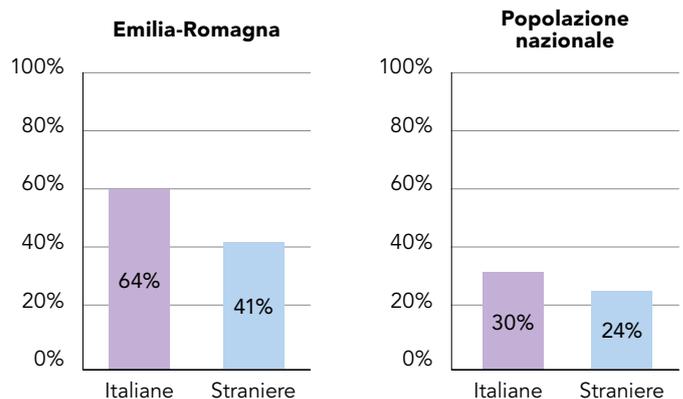
Fonte: Rapporto nazionale PASSI 2007-2010

Donne 50-69enni che hanno riferito di aver eseguito un esame per la ricerca dei tumori colorettrali* nei tempi raccomandati



Fonte: Dati nazionali PASSI 2010
* ricerca del sangue occulto tra 50-69 anni ultimo biennio, oppure una colonscopia/rettosigmoidoscopia nell'ultimo quinquennio.

Donne e uomini che hanno eseguito test per la ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni per cittadinanza



Fonte: Dati nazionali PASSI 2010

Le vaccinazioni

Con l'Intesa Stato-Regioni del febbraio 2012, è stato approvato il nuovo Piano nazionale della prevenzione vaccinale. Esso costituisce uno strumento di supporto operativo in tema di diritto alla prevenzione di malattie per le quali esistono vaccini efficaci e sicuri, diritto che deve essere garantito a tutti e in tutto il Paese. In particolare, ha l'obiettivo di omogeneizzare su tutto il territorio nazionale l'offerta delle vaccinazioni contro lo pneumococco, il meningococco e il papilloma virus (HPV), offerta che era presente con modalità differenti nelle varie Regioni, ma che l'Emilia-Romagna offriva già con lo stesso calendario poi adottato a livello nazionale.

L'Emilia-Romagna ha posto da sempre particolare attenzione a tutti gli aspetti dei propri programmi vaccinali richiamati nel Piano nazionale basandosi su dati epidemiologici e su prove di efficacia e di dimostrata sicurezza. L'obiettivo è sempre stato anche quello di contrastare le disuguaglianze attraverso interventi preventivi su patologie maggiormente diffuse tra gli strati di popolazione più svantaggiata garantendo, attraverso l'offerta attiva e un rapporto diretto con i gruppi più fragili, uniformità di accesso e uguali opportunità. Costante è sempre stato l'impegno per mantenere agli standard più elevati la qualità del processo vaccinale, la professionalità degli operatori e l'integrazione tra gli operatori della sanità pubblica e i pediatri e i medici di famiglia.

Nel 2012 verrà effettuata una rilevazione, con questionario, della qualità percepita dagli utenti dei servizi offerti negli ambulatori vaccinali.

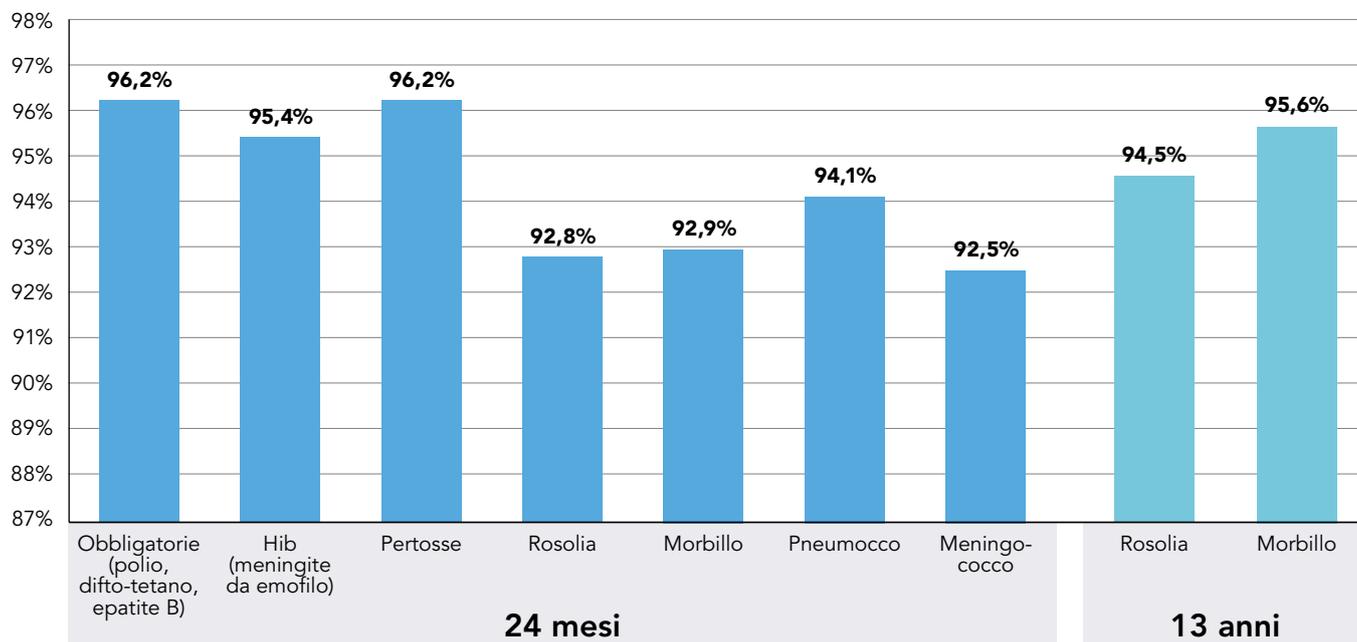
Le vaccinazioni nell'infanzia e nell'adolescenza

Per tutte le vaccinazioni previste dal calendario vaccinale, gratuite, le coperture in Emilia-Romagna restano al di sopra della media nazionale, ma il trend degli ultimi anni mostra una lieve flessione.

Per le vaccinazioni considerate obbligatorie entro i 24 mesi di vita - poliomielite, difterite, tetano, epatite B - la copertura nel 2011 è del 96,2% (96,5% nel 2010). Per le vaccinazioni fortemente raccomandate entro i 24 mesi di vita, la copertura 2011 è stata: del 95,4% per la meningite da emofilo b (il 96% nel 2010), del 96,2% per la pertosse (96,4% nel 2010); del 94,1% per la vaccinazione antipneumococcica (94,6% nel 2010) e del 92,5% per la vaccinazione antimeningococcica (92,3% nel 2009). La vaccinazione contro il morbillo (a 24 mesi di vita) ha registrato una copertura del 92,9% (la stessa del 2010, in lieve calo sul 2009: 93,7%), supera l'obiettivo del 95% (necessario per eliminare la malattia) a 7 anni (96,5%) e a 13 anni (95,6%). La vaccinazione contro la rosolia a 13 anni si attesta al 94,5%.

Grazie a queste elevate coperture è stata ottenuta la riduzione, fino quasi alla scomparsa, delle relative malattie. Per morbillo, parotite, rosolia e pertosse siamo passati da diverse migliaia di casi all'anno negli anni '80 a poche decine negli ultimi anni. Per le meningiti da pneumococco, dopo l'introduzione della vaccinazione nel 2006, si è assistito a una riduzione del 55% dei casi, con azzeramento dei decessi nella fascia di età 0-4 anni; per la meningite da meningococco C sono azzerati i casi nella fascia 0-4 anni e si assiste a una riduzione importante in tutte le altre età.

Le vaccinazioni nell'infanzia e nell'adolescenza - Anno 2011 - Valori %



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

Il programma di vaccinazione gratuita contro l'HPV, rivolto alle adolescenti nel dodicesimo anno di vita, è attivo in Emilia-Romagna, come in tutte le altre Regioni, su indicazione nazionale, dal marzo 2008.

La scelta di proporre la vaccinazione alle dodicenni deriva dalla consapevolezza che la protezione massima si ottiene vaccinando prima dell'inizio dei rapporti sessuali e dunque prima di una possibile infezione da HPV. HPV (Human Papilloma Virus) è infatti un gruppo di virus a trasmissione sessuale, molto diffusi nella popolazione, soprattutto nelle donne giovani; normalmente i virus HPV provocano infezioni prive di sintomi e a guarigione spontanea, ma, in alcuni casi, possono provocare alterazioni delle cellule del collo dell'utero che possono evolvere in tumore. Esistono molti sierotipi di HPV, non tutti ugualmente pericolosi, i sierotipi 16 e 18, contenuti nel vaccino, sono tra i più aggressivi, quelli che più spesso vengono ritrovati nelle lesioni cancerose.

In questi anni di studi sull'efficacia del vaccino si è visto che, grazie alla cosiddetta "protezione crociata", il vaccino protegge non solo da HPV 16 e 18 ma anche, seppure parzialmente, da altri sierotipi fornendo quindi una protezione più ampia, anche se non totale (raccomandata pertanto, anche per le vaccinate, l'a-

desione allo screening con l'esecuzione del pap-test). Nel 2011 è stato completato l'invito a tutte le nate nel 1999 e sono state invitate tutte le nate nel 2000 (18.785 in tutta la regione).

Al 31 dicembre 2011, la copertura vaccinale per le nate nel 1997 (media regionale) è stata del 73,9%; quella per le nate nel 1998 è risultata, sempre in media regionale, del 72,7%; mentre quella delle nate nel 1999, ancora provvisoria, è pari al 66,8%: si nota in generale un lieve ma progressivo incremento dell'adesione.

Tali dati, pur essendo sopra la media nazionale (pari al 65% per le nate nel 1997, al 62,4% per le nate nel 1998 e al 51,7% per le nate nel 1999), continuano a essere non del tutto soddisfacenti, assai variabili tra Aziende Usl e tra Distretti, e richiedono, pertanto, un ulteriore impegno di tutto il Servizio sanitario regionale.

Le ragazze nate dal '96 (prima coorte che ha usufruito dell'offerta vaccinale) in avanti mantengono il diritto alla vaccinazione gratuita fino al compimento del 18° anno. Il programma regionale offre la possibilità di vaccinarsi presso gli ambulatori del Servizio sanitario anche alle ragazze (nate prima del '96) fino ai 25 anni di età, con un costo ridotto, pari a quello sostenuto dal Servizio sanitario per l'acquisto del vaccino più il pagamento di una tariffa per l'esecuzione della vaccinazione.

Copertura vaccinale HPV per le coorti di nascita 1999-1998-1997 - dati al 31/12/2011

Azienda Usl	Coorte 1999 % vaccinati con 3 dosi	Coorte 1998 % vaccinati con 3 dosi	Coorte 1997 % vaccinati con 3 dosi
Azienda Usl di Piacenza	66,3	73,4	83,6
Azienda Usl di Parma	59,7	65,3	64,2
Azienda Usl di Reggio Emilia	71,6	80,0	77,6
Azienda Usl di Modena	75,2	77,6	78,5
Azienda Usl di Bologna	63,7	66,8	69,6
Azienda Usl di Imola	81,2	87,0	92,4
Azienda Usl di Ferrara	58,9	76,9	76,1
Azienda Usl di Ravenna	66,8	78,0	80,4
Azienda Usl di Forlì	75,3	80,7	78,3
Azienda Usl di Cesena	69,3	64,8	66,9
Azienda Usl di Rimini	53,8	57,2	58,0
Totale regionale	66,8	72,7	73,9

La vaccinazione antinfluenzale

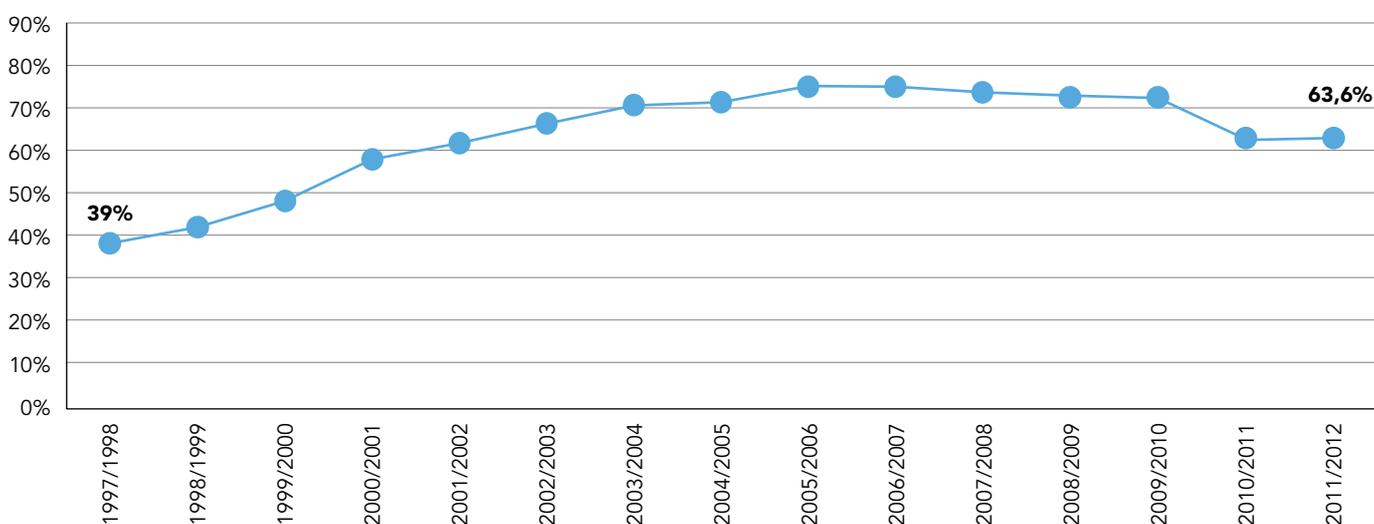
È offerta, gratuitamente, alle persone con più di 65 anni, agli adulti e ai bambini con patologie croniche (in quanto più esposti a complicanze) e alle persone che, per la loro attività professionale, devono essere protette dal rischio di contrarre il virus e di diffonderlo ad altri (operatori sanitari e di assistenza, addetti ai servizi di pubblica utilità, donatori di sangue).

Il tasso di copertura vaccinale riferito agli over 65enni, dopo il calo considerevole registrato nel 2010-2011, ha mostrato nel 2011-2012 una tendenza alla stabilità: 638.835 vaccinati, il 63,6% del totale (era il 63,3% nel

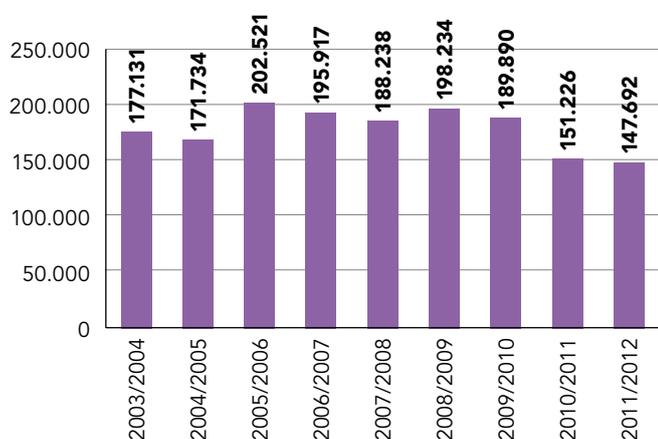
2010-2011, ma ben il 73% nella campagna 2009-2010). Ancora in calo invece l'adesione alla vaccinazione delle persone con patologie croniche (147.692 contro le 151.226 nel 2010-2011), e degli operatori sanitari: 11.432 nella campagna 2011-2012, il 21,3% del totale contro il 24,3% nel 2010-2011 (i dati relativi al 2010-2011 di questi due gruppi sono modificati rispetto a quelli pubblicati lo scorso anno per notifiche intervenute dopo la pubblicazione).

Il Servizio sanitario regionale continua a raccomandare la vaccinazione sicura ed efficace rivolgendosi a tutti i gruppi interessati e, ovviamente, anche ai propri operatori.

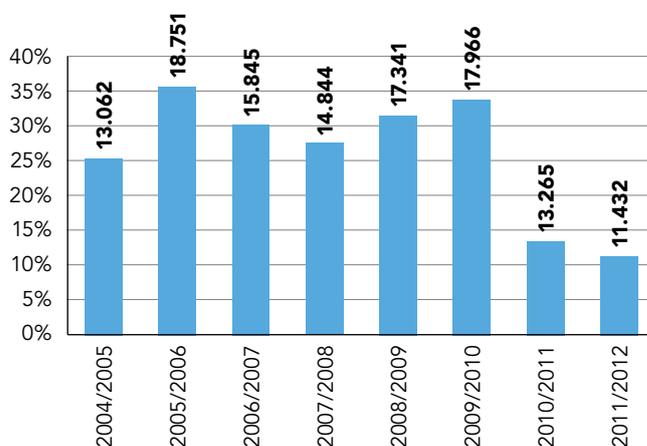
Vaccinazione antinfluenzale popolazione dai 65 anni: campagne dal 1997-1998 al 2011-2012 - Valori %



Vaccinazione antinfluenzale adulti e bambini con patologie croniche: campagne dal 2003-2004 al 2011-2012



Vaccinazione antinfluenzale operatori sanitari: campagne dal 2004-2005 al 2011-2012*



* 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 31/12/2011.

La tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori

Gli infortuni sul lavoro in Emilia-Romagna sono in costante diminuzione: nel 2011 gli infortuni denunciati sono stati 99.713, (106.077 nel 2010, - 6%), nel 2001 furono 148.777, in dieci anni il 33% in meno. Anche gli infortuni mortali sono diminuiti: 84 nel 2011 (91, - 7,7% nel 2010) e 168 nel 2001 (-50% nel decennio). Il dato è positivo, ma la diminuzione è anche da mettere in relazione, negli ultimi anni, con la crisi economica e la contrazione del numero degli occupati. Le malattie professionali sono invece in forte crescita: 7.153 nel 2011 (6.422 nel 2010) e 3.933 nel 2007, + 45% in cinque anni. In Italia sono passate da 28.933 nel 2007, a 46.558 nel 2011.

L'Emilia-Romagna è la Regione ove, nel 2011, sono state denunciate il maggior numero di malattie professionali. In Toscana, che segue l'Emilia-Romagna

per il numero di denunce, ne sono state segnalate 5.843, in Lombardia, ove opera il maggior numero di lavoratori, 3.124.

In Emilia-Romagna le malattie professionali più frequenti nei settori industria e agricoltura sono le patologie da sovraccarico biomeccanico del braccio (2.284 nel 2011) e l'ernia discale lombare (571 nel 2011).

Tutti gli indicatori segnalano che l'incremento delle malattie professionali non è dovuto ad un repentino peggioramento delle condizioni di salubrità dei luoghi di lavoro. Alla loro emersione hanno contribuito specifici programmi delle Aziende Usl, tuttora in corso, per individuare e rimuovere le cause delle malattie, favorire la diagnosi precoce e la terapia, sviluppare gli interventi riabilitativi e il corretto riconoscimento assicurativo.

Infortuni sul lavoro denunciati all'Inail - Anni 2010-2011

Provincia	Totale infortuni		Variazione % 2011/2010	Infortuni mortali		Variazione % 2011/2010
	2010	2011		2010	2011	
Piacenza	5.872	5.441	-7,3	6	4	-33,3
Parma	10.823	10.394	-4,0	10	7	-30,0
Reggio Emilia	14.257	13.550	-5,0	7	15	114,3
Modena	17.591	16.952	-3,6	8	8	0,0
Bologna	22.594	21.346	-5,5	27	16	-40,7
Ferrara	6.268	5.825	-7,1	11	8	-27,3
Ravenna	10.305	9.678	-6,1	8	15	87,5
Forlì - Cesena	10.082	9.070	-10,0	9	6	-33,3
Rimini	8.285	7.457	-10,0	5	5	0,0
Totale regionale	106.077	99.713	-6,0	91	84	-7,7

Malattie professionali denunciate all'Inail - Anni 2007 - 2011

Provincia	2007	2008	2009	2010	2011
Piacenza	61	85	111	94	114
Parma	318	333	390	437	568
Reggio Emilia	702	747	866	1.065	1.232
Modena	610	627	608	665	631
Bologna	893	1.038	1.129	1.415	1.554
Ferrara	189	209	202	260	313
Ravenna	256	340	480	802	1.064
Forlì - Cesena	615	716	780	1.225	1.181
Rimini	289	340	367	459	496
Totale regionale	3.933	4.435	4.933	6.422	7.153

L'attività di vigilanza delle Aziende Usl

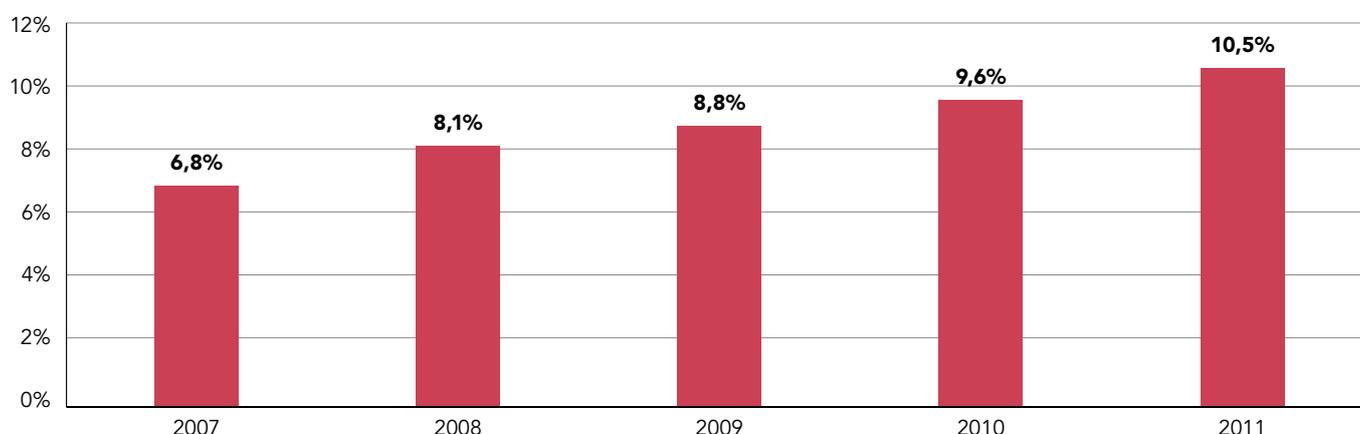
I Servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (Spsal) delle Aziende Usl, secondo la programmazione regionale, nel periodo 2007-2011 hanno incrementato in maniera significativa l'attività di vigilanza; il leggero calo del numero di controlli nel 2011 (22.369 rispetto ai 22.506 del 2010) è dovuto alla contrazione economica e quindi alla diminuzione delle aziende (nel 2007 sono state controllate 15.978 aziende, 17.417 nel 2008, 20.568 nel 2009). Anche nel 2011 infatti l'indice di vigilanza, cioè il rapporto tra aziende controllate e aziende totali, registra un aumento: 10,5% contro il 9,6% del 2010; nel 2007 è stato pari al 6,8%, nel 2008 all'8,1%, nel 2009 all'8,8%. Nel 31,9% delle aziende controllate (indice di violazione regionale) sono state rilevate violazioni alla normativa

in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori.

I comparti in cui il rapporto tra aziende sanzionate e aziende controllate è risultato più elevato sono il tessile-abbigliamento (il 49,5% delle aziende controllate è risultato irregolare), l'agricoltura-silvicoltura-pesca (43,7%); quelli in cui il rapporto è risultato più basso sono stati l'Amministrazione pubblica (11,2%), la sanità e l'assistenza sociale 19,3%.

Gli indici di violazione riportati in tabella non devono essere considerati come indici di illegalità dei comparti cui fanno riferimento, in quanto le aziende controllate non sono state scelte con criteri statistici, bensì sulla base di specifici indicatori finalizzati ad individuare le aziende a maggior rischio di irregolarità.

Andamento della vigilanza - Rapporto aziende controllate/aziende totali - Anni 2007-2011 - Valori %



Rapporto tra provvedimenti sanzionatori e aziende controllate (Indice di violazione) - Anno 2011

Comparto	Indice di violazione Rapporto tra provvedimenti/aziende controllate
Industrie tessile, abbigliamento, pelli	49,5%
Agricoltura, silvicoltura e pesca	43,7%
Fabbricazione articoli gomma e plastica	37,1%
Metalmeccanica	36,8%
Industrie alimentari e del tabacco	36,6%
Industria del legno, della carta e stampa	36,2%
Trasporto	33,9%
Istruzione	33,8%
Costruzioni	31,3%
Energia, acqua e gas - Rifiuti	30,4%
Alberghiero ristorazione	29,9%
Estrazione di minerali da cave e miniere	29,7%
Attività di servizi	29,6%
Fabbricazione di prodotti chimici	29,5%
Fabbricazione di apparecchi elettrici	27,6%
Altre industrie	26,8%
Servizi di informazione e comunicazione	25,7%
Commercio	24,9%
Fabbricazione di apparecchi elettronici	22,6%
Sanità e assistenza sociale	19,3%
Amministrazione pubblica	11,2%
Totale regionale	31,9%

La tutela della salute dei lavoratori nel comparto sanità

Il Piano regionale per la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori della sanità ha previsto azioni finalizzate a ridurre gli infortuni e le malattie professionali e interventi per promuovere il benessere organizzativo. Sono state coinvolte tutte le Aziende sanitarie, gli interventi hanno complessivamente interessato 67.382 lavoratori, tutti gli assicurati all'Inail, in quanto potenzialmente esposti a infortuni sul lavoro o a malattie professionali.

Nel 2011, 5.937 lavoratori delle Aziende sanitarie (pari al 8,8% degli assicurati) hanno subito un infortunio sul lavoro, - 4,3% rispetto al 2010. Nel 34,3 % dei casi si è trattato di infortuni a matrice biologica (per esempio, da puntura d'ago o altro tagliente o da contatto con materiale biologico).

Oltre gli infortuni a matrice biologica, le cause prevalenti degli infortuni che hanno comportato un'assenza

superiore a 4 giorni (quindi riconoscibili da Inail poiché superiori alla franchigia di 3 giorni prevista dalla legge) sono riconducibili a traumi da movimentazione manuale dei pazienti e dei carichi, a lesioni da scivolamenti e cadute, a violenze e aggressioni. Le giornate lavorative di assenza per infortunio sul lavoro, nel 2011, sono state 90.638, nel 2010 era state 95.020.

Attraverso la sorveglianza sanitaria viene valutato lo stato di salute dei lavoratori e la conseguente idoneità alla mansione cui l'operatore è assegnato per evitare l'insorgenza delle malattie professionali e per prevenire qualsiasi danno alla salute che possa essere determinato dall'attività lavorativa. I lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nel 2011 sono stati 31.119 (31.176 nel 2010); 29.488 lavoratori, pari al 94,7% dei soggetti sottoposti ad accertamenti, sono risultati idonei alla mansione specifica. Sono stati 1.631 i lavoratori avviati ad altra mansione, in via temporanea o permanente, a causa di patologie dovute all'attività professionale.

Servizio sanitario regionale: infortuni sul lavoro - Anni 2009 - 2011

	2009	2010	2011
Operatori Aziende sanitarie assicurati INAIL	65.332	67.737	67.382
N° infortuni con prognosi superiore a 4 giorni non biologici	3.361	3.360	3.173
N° infortuni con prognosi inferiore a 4 giorni non biologici	580	788	730
N° infortuni a matrice biologica	2.279	2.054	2.034
Infortuni totali	6.220	6.202	5.937
Totale giornate di assenza per infortunio	93.079	95.020	90.638

Servizio sanitario regionale: accertamenti sanitari - Anni 2010 - 2011

	2010	2011
Operatori Aziende sanitarie assicurati INAIL sottoposti ad accertamenti sanitari	56.491	57.147
% operatori sottoposti ad accertamenti sanitari sul totale assicurati INAIL	83,4%	84,8%
Operatori soggetti a sorveglianza sanitaria nell'anno di riferimento	31.176	31.119
N° Operatori idonei alla mansione specifica	29.153	29.488
% Operatori idonei su sorvegliati	93,6 %	94,7 %

Sicurezza alimentare e nutrizione

Garantire adeguati livelli di sicurezza sanitaria degli alimenti prodotti e consumati; tutelare la salute e il benessere degli animali allevati: questo l'obiettivo dei controlli effettuati dai Servizi veterinari e igiene degli alimenti e della nutrizione delle Aziende Usl (audit, ispezioni, verifiche, monitoraggi, sorveglianza e campionamento) sull'intera filiera di produzione degli alimenti di origine vegetale e animale.

Controlli nelle imprese di produzione di alimenti e ristorazione

Sostanzialmente invariato nel 2011 rispetto al 2010 il numero degli impianti di produzione di alimenti di origine animale con irregolarità (1.299 nel 2011; 1.302 nel 2010). Un leggero aumento delle strutture con irregolarità si è registrato negli impianti di produzione di alimenti di origine vegetale (da 1.176 nel 2010 a 1.257 nel 2011) e nella ristorazione (da 2.994 nel 2010 a 3.647 nel 2011).

Piano di controllo alimenti 2010-2011

È stato avviato un Piano di campionamenti degli alimenti per il biennio 2010-2011, con la verifica di parametri microbiologici, secondo i criteri di sicurezza alimentare definiti dall'Unione europea. Nel Piano è inoltre prevista la ricerca di contaminanti chimici e la ricerca di additivi. Le irregolarità sono emerse prevalentemente nei controlli sugli impianti di produzione di alimenti di origine animale (71 irregolarità dal punto di vista microbiologico, su 760 campionamenti).

Controlli per le salmonellosi in polli e tacchini

Molte malattie degli animali vengono sottoposte a piani di sorveglianza sanitaria per tutelare il patrimonio zootecnico regionale e, in alcuni casi, prevenire la trasmissione all'uomo di malattie animali. Il controllo delle salmonellosi è parte di questo programma. Il piano

prevede la progressiva diminuzione delle prevalenze di sierotipi più pericolosi per l'uomo (*S.Enteritidis* e *S.Typhimurium*) nelle varie filiere della produzione avicola (polli riproduttori, tacchini, galline ovaiole e polli da carne). Rispetto ai 13 del 2010, nel 2011 sono risultati infetti solo due allevamenti.

Controlli su inquinanti ambientali e sostanze proibite in allevamenti e macelli

Il tema dell'igiene e della sicurezza degli alimenti di origine animale comprende, tra l'altro, il controllo degli alimenti destinati agli animali, la vigilanza sull'inquinamento ambientale, la sorveglianza sul benessere e la sanità animale. Alcune sostanze possono essere assunte dagli animali in modo del tutto involontario o accidentale (contaminanti ambientali), esistono invece molecole che vengono loro somministrate volontariamente: si tratta sia di farmaci veterinari autorizzati utilizzati a scopi terapeutici, sia di promotori di crescita (sostanze ad azione ormonale) somministrati in modo illecito per aumentare le rese delle produzioni di carne. Il Piano nazionale residui è il risultato dell'applicazione dei controlli sulle produzioni animali richieste dalla Comunità Europea. I risultati degli anni 2010 e 2011 della ricerca di sostanze indesiderate o proibite in Emilia-Romagna è sicuramente confortante; i campioni effettuati in allevamenti e macelli sono stati nel 2010 10.208, di cui 31 positivi (lo 0,3%), nel 2011 sono stati 11.244 di cui 38 positivi (lo 0,3%).

I controlli sulle acque potabili

Riguardo ai controlli sulle acque potabili e sui 1.585 acquedotti presenti sul territorio regionale, il piano comprende il prelievo di campioni lungo tutta la filiera dalle fonti di approvvigionamento agli impianti di trattamento e distribuzione, nonché agli impianti domestici. Nel 2011 sono stati analizzati 12.780 campioni (1.870 le ispezioni) le irregolarità sono state il 4,5%.

Impianti di produzione di alimenti: strutture, controlli, irregolarità - Anni 2010-2011

	Strutture 2010	Controlli 2010	Strutture con infrazioni 2010	Strutture 2011	Controlli 2011	Strutture con infrazioni 2011
Imprese di produzione alimenti di origine animale	3.339	41.312	1.302	2.439	51.467	1.299
Imprese di produzione alimenti di origine vegetale	10.390	4.366	1.176	10.774	4.449	1.257
Ristorazione	40.183	12.127	2.994	40.242	12.812	3.647
Totale	53.912	57.805	5.472	51.016	68.728	6.203

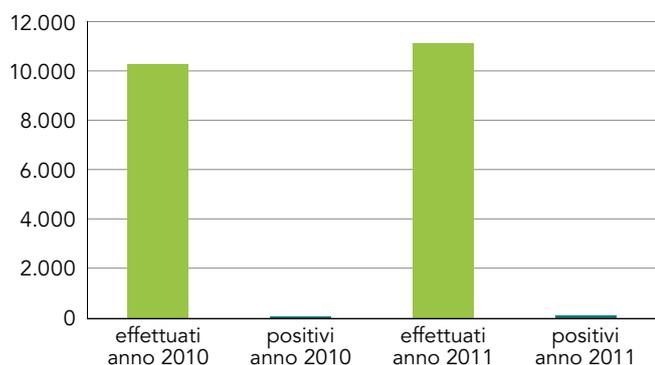
Piano di controllo alimenti - Biennio 2010-2011

	Controlli effettuati alla produzione				Controlli effettuati alla distribuzione			
	Campioni	Irregolarità	Campioni	Irregolarità	Campioni	Irregolarità	Campioni	Irregolarità
Alimenti di origine animale	760	71	72	1	221	26	259	4
Alimenti di origine vegetale	902	0	169	0	474	2	107	0
Alimenti destinati ad una alimentazione particolare (prima infanzia e dietetici)	57	0	110	0	182	0	136	0

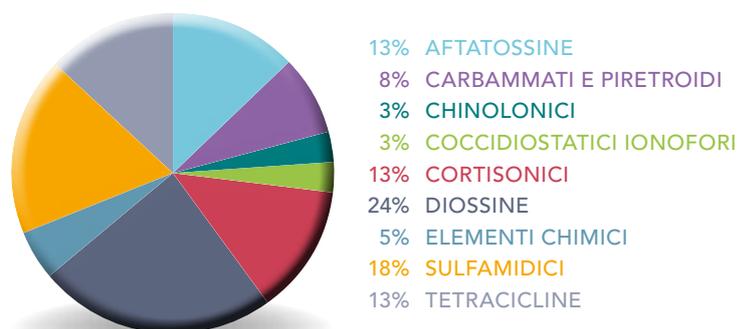
Piano di sorveglianza delle salmonelle nei polli e nei tacchini - Anni 2010-2011

Tipologia degli allevamenti	numero di allevamenti		n. totale di animali		n. allevamenti positivi	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Polli riproduttori	217	292	2.320.651	2.465.095	1	1
Tacchini	527	694	736.540	68.351	6	0
Galline ovaiole	579	619	6.674.485	5.642.231	6	1
Polli da carne	939	780	1.161.384	797.913	0	0
Totale	2.262	2.385	10.893.060	8.973.590	13	2

Piano nazionale residui: controlli su inquinanti ambientali e sostanze proibite in allevamenti e macelli - Anni 2010-2011



Piano nazionale residui: natura delle non conformità riscontrate Anno 2011 - Valori %



Campionamenti effettuati negli acquedotti, campioni non conformi - Anno 2011

	N. campioni	N. campioni non conformi	% non conformità
Impianto di acquedotto	1.952	371	19.0
Impianto di distribuzione	8.540	177	2.0
Impianto domestico	2.288	36	1.6
Totale	12.780	584	4.5

La sicurezza alimentare per le persone con celiachia

Anche in Emilia-Romagna si assiste al progressivo aumento del numero di persone intolleranti al glutine (10.933), il 10,3% in più nel 2011 rispetto al 2010. L'azione di prevenzione nei confronti della persona con celiachia riguarda principalmente la formazione degli operatori del settore alimentare (dal 2007 al 2011 sono stati organizzati 98 corsi attraverso i quali sono stati

formati circa 2.400 operatori della ristorazione collettiva e pubblica) e la tutela sanitaria, che si esplica soprattutto attraverso il controllo. Nel 2011 sono stati eseguiti 1.584 controlli sugli esercizi che producono alimenti per celiaci. Pubblicata anche una guida pratica per gli operatori alimentari: "Celiachia e alimentazione senza glutine", che contiene indicazioni per la preparazione e la somministrazione degli alimenti, indicazioni nutrizionali e sugli stili di vita nell'alimentazione.

Servizi telefonici e on line: informazioni, prenotazioni, pagamento ticket, consulenze

Sono in costante sviluppo i servizi – rivolti ai cittadini - erogati attraverso il telefono e attraverso internet. Tra i servizi a disposizione degli operatori sanitari, la rete Sole (per approfondimenti vedi a pag. 77)

Il numero verde 800 033 033

Al 31.12.2011, in dieci anni di attività (2002-2011), sono arrivate oltre 1 milione di telefonate (1.296.165) al numero verde unico del Servizio sanitario regionale 800 033 033. Gratuito sia da telefono fisso che da cellulare e da tutto il Paese, fornisce le informazioni necessarie per usufruire dei servizi sanitari e socio-sanitari offerti dal Servizio sanitario regionale (dove andare, cosa serve, come fare). Risponde, con operatori qualificati e appositamente formati, i giorni feriali dalle 8,30 alle 17,30, il sabato e i prefestivi dalle 8.30 alle 13.30. Ha a disposizione una banca dati informativa comune, co-

stantemente aggiornata da Regione, Aziende sanitarie e Irccs (la Regione per aspetti generali, le Aziende sanitarie per le modalità di erogazione a livello locale). Per quesiti che non trovano risposta in banca dati, gli operatori possono trasferire la telefonata, sempre senza oneri per chi chiama, agli Urp delle Aziende sanitarie. Tali passaggi sono passati da un circa il 30% del totale delle chiamate nei primi anni di attività all'11,2% nel 2011 (a dimostrazione della sempre maggiore completezza della banca dati e della professionalità degli operatori). Nel 2010 e nel 2011 il numero verde ha registrato picchi di telefonate in coincidenza con particolari esigenze informative: per l'influenza AH1N1 nel 2009, per l'introduzione di nuove procedure per certificare l'esenzione dal pagamento del ticket (febbraio-maggio 2011) e per i nuovi ticket imposti dal Governo (settembre-novembre 2011).

Numero verde del Servizio sanitario regionale - Andamento chiamate dal 2002 al 2011

Anno	N° telefonate ricevute	% telefonate trasferite agli Urp delle Aziende sanitarie	emergenze informative
2002 (*)	25.048	32,5	
2003	65.045	33,5	
2004	94.586	32,0	
2005	121.869	29,6	
2006	108.413	17,0	
2007	113.880	15,8	
2008	120.660	12,8	
2009	136.663	13,2	emergenza vaccinazioni influenza A H1N1
2010	123.183	13,3	
2011	386.818	11,2	emergenza nuove procedure esenzione ticket emergenza nuovi ticket
Totale	1.296.165		

* Il servizio è stato avviato a giugno.

La "Guida ai servizi": le informazioni on line

Le informazioni a disposizione del numero verde 800 033033, opportunamente riscritte per facilitarne la consultazione diretta, sono state messe a disposizione on line sul portale del Servizio sanitario regionale (www.saluter.it) e in tutti portali web delle Aziende sanitarie e di Irccs. Per ogni servizio, la Guida, oltre a una descrizione generale, indica i punti di erogazione, le modalità di prenotazione, di accesso, di pagamento, di consegna di referti con tutti i riferimenti necessari (indirizzo, telefono, orari di apertura al pubblico, ...). Nel 2011 gli accessi alla Guida ai servizi (on line dal 2009) dal portale Saluter sono stati 260.847, più che triplicati rispetto al 2010 (74.195) con una media di

714 al giorno (203 nel 2010). Il mese di settembre, in corrispondenza con l'avvio dei nuovi ticket, è quello che ha registrato i volumi massimi di visite.

La prenotazione telefonica di visite ed esami

Oltre alla prenotazione telefonica tramite Cup, dal 2008 è possibile prenotare visite ed esami specialistici attraverso il numero verde 800 033 033. Sono gli operatori del call center che trasferiscono al Cup telefonico aziendale le telefonate dei cittadini che sono già in possesso dell'impegnativa. Il servizio riguarda solo le visite e gli esami prenotabili telefonicamente ed è attivo per tutte le Aziende sanitarie. Sono stati 4.472 i trasferimenti ai punti di prenotazione telefonica

nel 2011, un volume di chiamate piuttosto stabile negli ultimi tre anni, che incide sull'attività complessiva del numero verde nella misura del 2,2% delle telefonate evase.

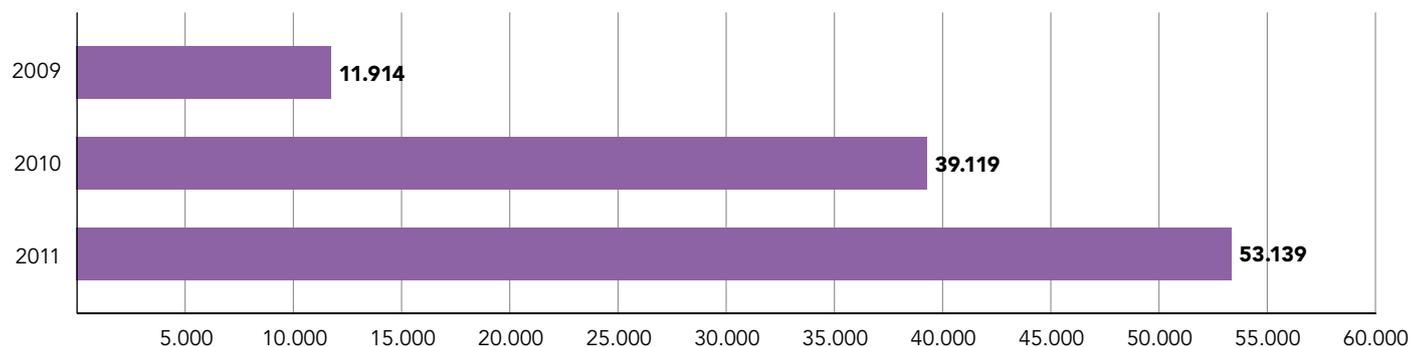
La prenotazione on line

Il servizio è in sperimentazione nelle Aziende Usl di Forlì, Imola, Piacenza. Rende possibile la prenotazione on line (www.cupweb.it) per visite ed esami specialistici prescritti su ricetta informatizzata "Sole", con codici a barre. È disponibile per un numero limitato di prenotazioni, ma la previsione è di estenderlo gradualmente a tutto il sistema e a un numero più ampio di prenotazioni.

Il pagamento on line del ticket

È a regime dal marzo 2011, la possibilità di pagare il ticket online per le visite e gli esami specialistici prenotati attraverso il Cup (www.pagonlinesanita.it): è sufficiente collegarsi e avere, oltre alla prenotazione Cup, un indirizzo email, il proprio codice fiscale e una Carta di credito del circuito Cartasì, anche prepagata. La persona riceve al proprio indirizzo di posta elettronica la ricevuta/fattura di pagamento, valida anche ai fini fiscali. I dati sull'utilizzo del servizio, possibile anch'esso grazie alla rete Sole, negli ultimi tre anni mostrano un costante incremento: da 11.914 pagamenti online nel 2009 a 53.139 nel 2011.

Pagamento on line del ticket - Anni 2009-2011



La consulenza on line e telefonica per la prevenzione dell'AIDS

Attraverso il sito web www.helpaids.it (gestito dalle Aziende sanitarie di Modena per tutto il Servizio sanitario regionale), oltre a informazioni sulla malattia, sul test HIV e sui luoghi dove effettuarlo in anonimato e gratuitamente, è offerta la possibilità di un servizio di counselling (anche in forma anonima) fornito da esperti infettivologi, psicologi, ginecologi, ostetriche e consulenti in sessuologia. Le risposte, se l'interessato ha dato il proprio consenso, sono consultabili online. Nel 2011 gli utenti hanno posto circa 1.400 quesiti; le visite al sito sono state oltre 198.000. Helpaids è anche una "App" per iPhone e iPad: direttamente da telefonino o da tablet, è possibile cercare gli ambulatori "testing and counselling" e utilizzare il servizio di counseling.

La consulenza online si affianca al telefono verde AIDS 800 856080 (gestito dall'Azienda Usl di Bologna per tutto il Servizio sanitario regionale), che nel 2011 ha ricevuto 13.151 chiamate (tra le quali 3.098 hanno chiesto di parlare con l'operatore, 863 hanno chiesto la prenotazione del test HIV). In maggioranza, chi chiama è maschio (il 77,7%); l'età più rappresentata è nella fascia 20-29 anni (45%), seguita dai 30-39 anni (30%), il 18,3% ha più di 40 anni. Funziona 24 ore al giorno con risponditore automatico e con operatore qualificato, dal lunedì al venerdì dalle 14 alle 18 e il lunedì mattina anche dalle 9 alle 12.

Saluter, il portale del Servizio sanitario regionale

Tutti i servizi online citati sono consultabili su Saluter (www.saluter.it), il portale del Servizio sanitario, in linea dal 2004, completamente riprogettato nel corso del 2009 e in linea con nuova veste editoriale dal gennaio 2010. È organizzato in tre sezioni: Saluter oggi (il giornale online che offre informazioni aggiornate quotidianamente dalla Regione e dalle Aziende sanitarie); Servizi ai cittadini, che contiene tutte le informazioni sui servizi erogati dal Servizio sanitario regionale; Area istituzionale e operatori, che descrive il Servizio sanitario e offre servizi per gli operatori.

Nel 2011 sono state 2.343.952 le visite (media giornaliera 6.421); 8.816.553 le pagine visualizzate; nel 2010 le visite erano state 1.368.226, con una media giornaliera di 3.748, e con 2.694.198 pagine visualizzate).

Il forte incremento del 2011 è dovuto, in parte, al forte aumento registrato tra settembre e novembre (con l'entrata in vigore dei ticket imposti dal Governo): 947.581 visite (10.080 media giornaliera) e 3.601.567 pagine visualizzate nel 2011 contro 465.033 visite, 4.947 la media giornaliera, 1.003.729 pagine visualizzate nello stesso periodo 2010.

Il nuovo ospedale Sant'Anna a Cona

Il 14 giugno 2012 è stata una giornata importante per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara: è stato ultimato il trasferimento dei pazienti dal vecchio ospedale Sant'Anna, in corso Giovecca a Ferrara, al nuovo ospedale di Cona. Il 14 giugno 2012 ha rappresentato la giornata di conclusione del lungo percorso per la realizzazione del nuovo ospedale, il più importante di tutta la provincia, sede di attività di assistenza, didattica e ricerca, importante presidio di tutto il Servizio sanitario regionale.

La storia

Il percorso di realizzazione del nuovo S. Anna, iniziato negli anni '90 con il primo studio di fattibilità, tra il 1996 e il 2003 ha visto la realizzazione della prima parte dell'attuale ospedale di Cona, il cosiddetto "Cona 1". Il progetto "Cona 1" nasceva in un contesto organizzativo che prevedeva l'ipotesi di mantenere due ospedali, il vecchio e il nuovo Sant'Anna. Superata questa ipotesi, attraverso un Protocollo di Intesa tra Regione, Università, Azienda Usl ed Azienda Ospedaliero-Universitaria, nel 2004 è iniziata la progettazione preliminare della fase "Cona 2": nel 2006 è avvenuta l'aggiudicazione dei lavori, conclusi nel luglio 2011.

Il nuovo ospedale Sant'Anna

Lo stabilimento ospedaliero è costituito da 5 corpi edilizi destinati a funzioni sanitarie; a questi si aggiungono 3 corpi destinati a servizi e impianti tecnologici. I corpi sono interconnessi tra loro da percorsi orizzontali e verticali; questi percorsi sono denominati settori. Da ogni settore è possibile accedere ai vari corpi edilizi in cui sono collocati i reparti e i servizi ospedalieri.

I corpi con destinazione sanitaria sono organizzati secondo una distribuzione "a quinto corpo di fabbrica", ovvero nella parte centrale sono allocati i servizi e gli spazi di supporto, le camere di degenza a 2 posti letto con bagno sono ubicate sul fronte esterno.

Al piano interrato un ampio tunnel di collegamento, che si sviluppa ad anello, consente la movimentazione delle merci e del materiale sanitario dalle aree destinate ai servizi (cucina, magazzini, centrali tecnologiche) verso le aree di degenza e gli ambulatori. I percorsi delle merci e del materiale sanitario sono distinti rispetto a quelli riservati agli utenti. Gli utenti per i loro spostamenti utilizzano ascensori dedicati che li trasportano fino ai singoli reparti.

Nell'area destinata alla accoglienza (corpo edilizio A) trovano collocazione una serie di attività commerciali e di servizio.

Le scelte architettoniche

Lo stabilimento ospedaliero di Cona si caratterizza per scelte architettoniche che hanno come fondamento l'integrazione tra il progetto "Cona 1" e "Cona 2". Elementi di originalità si hanno, tuttavia, nell'ingresso del nuovo ospedale per la cui realizzazione si è fatto uso di legno lamellare e di ampie superfici vetrate. L'uso di pannellature esterne prefabbricate e di elementi di

finitura ad alta componente tecnologica, caratterizzano i prospetti esterni di questa parte dell'ospedale.

Le finiture interne con pavimenti in larga parte di tipo resiliente (pvc, linoleum, gomma) particolarmente adatto per ambienti ospedalieri, i controsoffitti per l'occultamento delle reti impiantistiche, gli infissi interni ed esterni di tipo metallico a taglio termico, l'uso dei colori per caratterizzare e diversificare le funzioni nei singoli corpi edilizi, completano le scelte architettoniche di questo nuovo ospedale.

Le tecnologie sanitarie

Il nuovo stabilimento ospedaliero di Cona ha una dotazione tecnologica composta in parte dalle tecnologie sanitarie trasferite dal vecchio ospedale Sant'Anna di corso Giovecca e in parte, prevalente, da tecnologie di nuova acquisizione.

Oltre alle tecnologie proprie della radiologia Pronto soccorso, tra le più importanti attrezzature in dotazione alla radiologia generale figurano due risonanze magnetiche nucleari, una tomografia computerizzata, due trocografi, mentre la radiologia interventiva dispone, tra altro, di un angiografo monopiano.

La medicina nucleare ha in dotazione due gamma camera e una CT PET (apparecchiatura che combina insieme le caratteristiche di un Tomografo Assiale Computerizzato e di un Tomografo ad Emissione di Positroni), mentre la radioterapia, tra le altre attrezzature, dispone di due acceleratori lineari e di una IORT (radioterapia intra operatoria).

I costi relativi alle tecnologie acquisite e a quelle in corso di acquisizione ammontano a circa 32 milioni di euro.

Il modello organizzativo: ospedale per intensità di cura

Il nuovo ospedale di Cona consente all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara lo svolgimento nelle migliori condizioni delle proprie funzioni di assistenza, didattica e ricerca.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara riunisce ed eroga praticamente tutte le specialità mediche e chirurgiche ad eccezione del trapianto di organo, della cardiocirurgia e del centro ustioni, che sono garantite da altri centri Hub regionali.

La complessità delle funzioni sanitarie assicurate ha richiesto un'attenta valutazione per la definizione di un modello organizzativo che contemperasse al meglio sia le necessità dovute alle recenti trasformazioni organizzative (ospedale per intensità di cura: degenti riuniti non per patologia ma per severità del bisogno assistenziale) sia le caratteristiche strutturali e funzionali del nuovo stabilimento ospedaliero.

Il "sistema ospedaliero" Cona può essere schematizzato come un complesso organizzato di volumi, ciascuno dei quali ospita e concentra una specifica funzione sanitaria o amministrativo/logistica/commerciale:

- il corpo dei servizi di accoglienza e commerciali in cui si trovano il centro informazioni, il baby parking, l'asilo

e la foresteria;

- l'area delle emergenze che accoglie tutti i Pronto soccorso a eccezione di quello ginecologico che trova allocazione in una propria area con annesso blocco operatorio. Quest'area è a stretto contatto con le sale operatorie, le terapie intensive e l'area della diagnostica per immagini di Pronto soccorso;
 - i corpi dedicati alla terapia, alla cura e alla degenza;
 - l'edificio economale che ospita i servizi di supporto (sterilizzazione, guardaroba, cucine e centrali tecnologiche).
- Le funzioni sanitarie hanno una distribuzione secondo una logica di aree a uguale intensità di cura. Questa nuova distribuzione ha comportato l'accorpamento in aree comuni di funzioni sanitarie omogenee per intensità di cura anche se appartenenti a Unità operative diverse.

Le caratteristiche dimensionali e i costi

Il nuovo ospedale di Cona si estende su una superficie di circa 186.000 m² e ha una dotazione complessiva

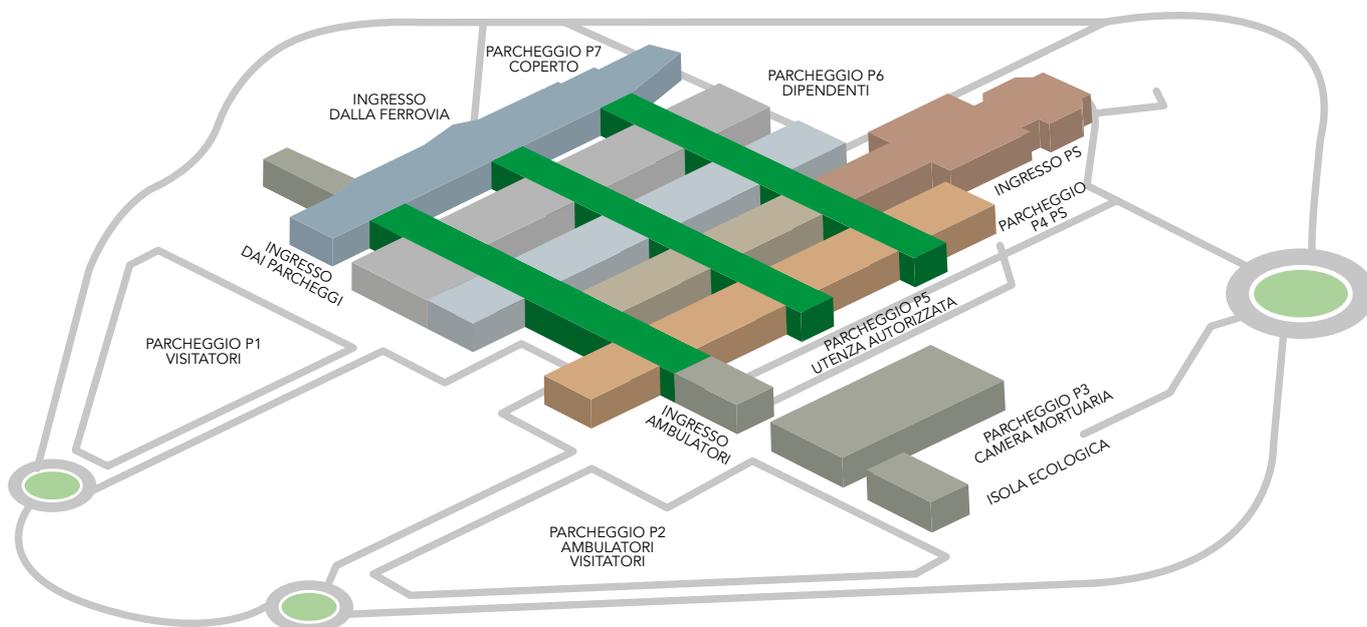
(compresi posti letto Day hospital, Servizio psichiatrico diagnosi e cura, Hospice ed emodialisi) di circa 800 posti letto. La superficie lorda complessiva disponibile per posto letto è pari a circa 233 m²/posto letto.

Il numero complessivo di sale operatorie è 23: 18 per interventi chirurgici, 4 per interventi in day surgery e 1 sala operatoria di ostetricia.

L'area endoscopica prevede 7 sale: 4 dedicate all'endoscopia digestiva, 1 all'endoscopia bronchiale, 1 all'endoscopia urologica e 1 sala dedicata all'endoscopia otorinolaringoiatrica. Il numero complessivo degli ambulatori del nuovo ospedale è 116.

Il costo complessivo del nuovo stabilimento ospedaliero è di circa 305 milioni di euro, cifra comprensiva delle attrezzature e dei costi sostenuti per il trasloco.

I costi parametrici rispettivamente a m² e a posto letto sono: 1.640 €/m² e 382.500 €/posto letto; tali costi risultano allineati con i costi medi parametrici previsti per la realizzazione di strutture sanitarie ad alta complessità.



Il nuovo Irccs "in terapie avanzate nell'ambito dell'oncologia medica" di Meldola

L'Istituto scientifico romagnolo per lo studio e la cura dei tumori (Irst) di Meldola è stato riconosciuto quale Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) in "terapie avanzate nell'ambito dell'oncologia medica" nel maggio 2012, dopo un iter avviato nel marzo del 2010 con la domanda avanzata dalla Regione Emilia-Romagna.

L'Istituto diventa così il quarto Irccs dell'Emilia-Romagna e si affianca allo storico Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, all'Istituto in scienze neurologiche (all'interno dell'Azienda Usl di Bologna) e all'Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia (all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia).

Il nuovo Irccs, che ha cominciato la sua attività nel 2007 all'interno delle strutture del vecchio ospedale civile di Meldola, poi completamente ristrutturato, è interamente dedicato alla cura e alla ricerca clinica, biologica e traslazionale, oltre che alla formazione in campo oncologico.

L'Istituto è una partnership tra pubblico (le 4 Aziende Usl della Romagna: Forlì, Ravenna, Rimini, Cesena, e il Comune di Meldola) e il privato no profit (Istituto Oncologico Romagnolo e 5 fondazioni bancarie).

Pienamente operativo dal 2009, può contare su 30 posti letto in degenza e 28 posti in day hospital divisi tra le sedi di Meldola, Forlì e Cesena. Il personale è composto da circa 350 fra medici, ricercatori e personale di supporto, con un'età media di 38 anni; 80 le pubblicazioni scientifiche uscite su prestigiose riviste negli ultimi anni; 5000 i ricoveri nel 2011, 800 dei quali da fuori regione; oltre 13mila pazienti presi in carico nello stesso anno con oltre 91mila prestazioni, di cui oltre 54mila per radioterapia e 27mila in oncologia.

Per garantire ai malati le migliori conoscenze nella diagnosi e nella terapia, i medici sono suddivisi in specifici gruppi di patologia e sono operativi gruppi di professionisti che coinvolgono più specialisti di differenti discipline mediche.

L'Istituto è impegnato a offrire ai pazienti risposte terapeutiche innovative come la terapia genica, i trattamenti radiometabolici, i trattamenti radianti, l'immunoterapia sperimentale e la terapia cellulare somatica.

Di alto livello la dotazione tecnologica con una Tac a 256 strati, un Acceleratore lineare ed una Tomoterapia. Nel luglio del 2011 è stata inaugurata anche l'Officina radiofarmaceutica (Gmp) per la produzione di radiofarmaci a uso diagnostico e terapeutico mentre nell'aprile, sempre del 2011, è arrivata l'autorizzazione dell'Aifa (l'Agenzia italiana del farmaco) per la Cell factory, un laboratorio altamente specializzato dove si preparano 'terapie cellulari', in particolare vaccini terapeutici antitumorali.

Il riconoscimento in Irccs immette anche l'Istituto di Meldola nella cerchia delle strutture di eccellenza che

perseguono finalità di ricerca unitamente a prestazioni di cura e ricovero di elevata qualità. In Italia ce ne sono 45, e solo 10 specializzate per l'oncologia. Meldola sarà l'undicesima.

L'Irccs di Meldola è parte della rete oncologica regionale, la cui costituzione è prevista a breve. In questo ambito è Centro Hub per la Romagna. Questo modello prevede il collegamento tra Centri Hub (Centri ospedalieri dove sono concentrate tecnologie e professionalità di altissima qualità) a cui gli ospedali e i centri del territorio (Spoke) possono inviare gli ammalati che hanno bisogni particolarmente complessi.

Formazione: il nuovo sistema di Educazione continua in medicina (Ecm)

La Regione Emilia-Romagna ha istituito fin dal 2002 un sistema regionale di Educazione continua in medicina (Ecm) con il supporto della Commissione regionale per la formazione continua in medicina e per la salute (composta da esperti con funzioni di consulenza per le attività di governo della Regione) e della Consulta regionale per la formazione in sanità (composta da rappresentanti degli Ordini, dei Collegi e delle Associazioni degli operatori sanitari che hanno l'obbligo dell'Ecm). Questo sistema ha accreditato progetti formativi organizzati dalle Aziende sanitarie, dagli Istituti pubblici del Servizio sanitario regionale e dalle Università: dal 2003 ad oggi circa 97.700 eventi.

Dopo il recepimento dell'accordo Stato-Regioni dell'1 agosto 2007, la Regione ha avviato un processo di innovazione del proprio sistema Ecm e più in generale della formazione continua.

Ha costituito l'Osservatorio regionale per l'Ecm (che ha ereditato l'attività della Commissione regionale) per assicurare il supporto tecnico-scientifico alla Regione principalmente per la valutazione della qualità dell'offerta formativa.

Il nuovo sistema regionale Ecm

Nel 2012 si è avviato un altro passo decisivo per il cambiamento.

Fino al 2011 ciò che veniva pesato nel sistema Ecm era il prodotto formativo, cioè il corso: le Aziende sanitarie proponevano una progettazione formativa alla Regione, e questa veniva valutata rispetto a indicatori convenuti a livello nazionale, ma ciò che contraddistingueva questa fase Ecm era la rappresentazione cartacea del progetto sul quale venivano attribuiti i crediti.

Il cambiamento significativo del 2012, sancito con le delibere della Giunta regionale 1332/2011 per l'accredimento della funzione di governo aziendale della formazione continua e 1333/2011 per l'accredimento della funzione di Provider Ecm, prevede un cambio del punto di vista rispetto alla garanzia della qualità dei processi formativi passando da una logica di prodotto (valuto il corso) a una logica di valutazione del produttore. In sostanza non si va più a misurare e a pesare quella che è la qualità del singolo progetto formativo, ma si vanno a valutare i produttori di formazione.

In Emilia-Romagna è stata fatta la scelta di accreditare, in questa fase, come produttori di formazione le Aziende sanitarie e i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie pubblici o privati a condizione che abbiano già ottenuto l'accredimento della funzione di governo della formazione continua, quindi di fatto l'insieme che fa riferimento al Sistema sanitario regionale.

Un team regionale per indicatori e sistemi di verifica

In Regione è stato sviluppato un team unico che ha definito gli indicatori e i sistemi di verifica e valutazione delle organizzazioni sanitarie che producono formazione per la comunità professionale dei sanitari

dell'Emilia-Romagna.

Quindi siamo di fronte al passaggio da un progetto scritto ad una organizzazione che produce formazione. Si tratta di un passaggio cruciale anche per la complessità della messa in campo di attività nuove, non ultima la costruzione di competenze nel sistema dei valutatori che andranno nelle Aziende sanitarie a verificare la presenza dei requisiti normativi previsti dal sistema di accreditamento.

Dal luglio 2012 è in atto il lavoro di accreditamento dei provider con la raccolta e gestione delle domande (i potenziali provider che stanno sottoponendo le domande sono circa 150).

Ci sarà poi la fase di verifica e valutazione con due traiettorie.

La prima è legata al sistema di accreditamento regionale: quando i team di valutazione vanno nelle Aziende sanitarie per valutare i vari Dipartimenti o qualsiasi altra struttura, all'interno di questi percorsi andranno a valutare anche i requisiti dei provider formativi. Sarà un ulteriore lavoro per i valutatori regionali che aggiungeranno alla loro attività tradizionale (accredimento di strutture) anche la parte che riguarda la formazione. Il secondo percorso di valutazione, che è agli inizi, fa riferimento invece all'attività dell'Osservatorio regionale per l'Ecm: oltre a supervisionare l'adattamento delle norme nazionali al contesto regionale, l'Osservatorio dovrà sviluppare un percorso parallelo di valutazione sui percorsi formativi stessi con visite nelle Aziende sanitarie per verificare se quanto è stato dichiarato a livello documentale come indicatore di qualità di quel determinato progetto, è effettivamente realizzato all'atto della messa in pratica: una verifica sul campo quando l'evento avviene, che segue la verifica di accreditamento come provider.

Il dossier formativo di gruppo

È stato poi introdotto un nuovo strumento per affinare l'efficacia del sistema Ecm: il dossier formativo di gruppo. Prima del nuovo sistema Ecm, un medico poteva acquisire crediti formativi frequentando percorsi formativi indipendentemente dal tipo di competenze che questa formazione andava a sviluppare; questo avveniva perché l'accredimento per progetti non prevedeva che ci fosse un collegamento stretto tra ciò che un professionista fa e ciò che deve imparare. Il dossier formativo prevede invece che ci sia una garanzia di coerenza tra gli investimenti formativi e il profilo di posizione di ogni singolo professionista. A questo proposito la Regione ha costruito il format che è stato poi trasmesso a tutte le Aziende sanitarie che saranno accreditate come provider. È in sostanza un documento dove viene pianificato ad inizio anno lo sviluppo professionale di una determinata Unità operativa collegandola alle competenze di cui si pianifica il fabbisogno.

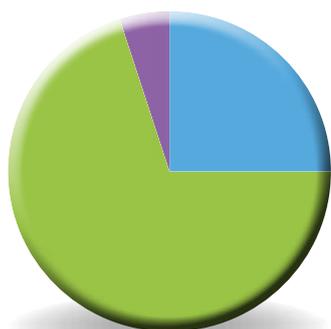
I programmi di ricerca e innovazione Regione-Università

Il Programma Regione-Università è rivolto alle Aziende Ospedaliero-Universitarie come luogo privilegiato della sinergia tra Servizio sanitario regionale, Atenei e Irccs. Coinvolge anche Aziende Usl. È componente essenziale dello sforzo che la Regione sta facendo per concretizzare la parola d'ordine secondo la quale la ricerca è parte integrante della pratica clinica e rientra per questo a pieno titolo nell'attività istituzionale del Servizio sanitario regionale.

Il programma del triennio 2007-2009

Il primo programma è stato avviato all'inizio del 2007 in coerenza con la legge regionale 29 del 2004 e con il protocollo di intesa Regione-Università del febbraio del 2005. Finanziato con 30 milioni di euro, è stato strutturato in tre aree: area 1 per la ricerca innovativa, area 2 per la ricerca nel campo del governo clinico, e l'area 3 per i progetti dedicati alla formazione alla ricerca e allo sviluppo dei research network. Nel triennio, il programma ha finanziato 71 progetti. Circa l'80 per cento si è chiuso nei termini previsti, il 19,3% ha ottenuto una proroga e giungerà a breve a termine. Dell'intera somma dedicata, l'1% è servito per coprire le spese originarie dal processo di valutazione. Le percentuali di finanziamento assegnate alle 3 aree sono state rispettivamente il 70% per l'area 1 (ricerca innovativa) che ha finanziato così 28 progetti, il 25% per l'area 2 (governo clinico) con 27 progetti e il 5% per l'area della formazione (16 progetti). All'interno dell'area 1, il 40% delle risorse è stato destinato ai progetti attinenti alla medicina rigenerativa.

Finanziamenti per Aree - Triennio 2007-2009



25% AREA 2: RICERCA PER IL GOVERNO CLINICO

5% AREA 3: FORMAZIONE ALLA RICERCA E CREAZIONE DI RESEARCH NETWORK

70% AREA 1: RICERCA INNOVATIVA (DI CUI IL 40% PER MEDICINA RIGENERATIVA)

Il programma del triennio 2010-2012

Il secondo programma triennale, in corso, è stato avviato all'inizio del 2010 sulla base di un giudizio positivo della prima esperienza che ha visto concordi sia il Servizio sanitario regionale che le Università. Anche in questo programma le risorse (altri 30 milioni di euro) sono destinate alle 3 aree già identificate con il primo programma, ma in questo caso c'è l'ambizione di promuovere iniziative di maggiore respiro strategico passando dalla selezione di singoli progetti a veri e propri programmi di ricerca e innovazione elaborati e proposti dalle Aziende

Ospedaliero-Universitarie, e di orientare le proposte di ricerca su tematiche di maggiore interesse per il Servizio sanitario regionale per ottimizzare gli investimenti pubblici. Di seguito le caratteristiche dei due bandi più recenti (innovazione e governo clinico); il bando per l'area 3 è ancora in elaborazione.

Il bando per l'area 1 (Innovazione): dai progetti ai programmi

Il bando per l'area 1 prevede non più progetti, ma programmi di lungo respiro (triennali) che puntano di più sull'integrazione tra conoscenze scientifiche e priorità regionali. Il bando si è chiuso nel novembre 2011, ha una dotazione finanziaria fino ad un massimo del 70% delle risorse complessive.

I programmi devono essere indirizzati ai temi della ricerca biomedica e sanitaria, intesi a migliorare le conoscenze relativamente a un problema sanitario assistenziale o a una patologia e a migliorare il trasferimento di queste conoscenze nel Sistema sanitario regionale secondo le priorità indicate nel Piano sanitario e sociale regionale. I programmi riguardano: area oncologica, area cardiovascolare, area riabilitazione, area trapianti e medicina rigenerativa, area neuroscienze; area patologie virali e autoimmuni; area malattie rare.

Il programma integra attività di ricerca articolate in work packages, ossia progetti nell'ambito dei quali possono agire una o più unità operative coordinate da un responsabile. Le attività sono organizzate in due macro-fasi.

Una prima fase dedicata all'ampliamento delle conoscenze scientifiche in relazione al quesito di studio (versante innovativo); seguita da una seconda fase di trasferimento di queste conoscenze centrata sull'implementazione nel Sistema sanitario dei risultati ottenuti nella fase innovativa. Per questa ragione è stato chiesto ai ricercatori di descrivere nel dettaglio metodologia e strumenti per il trasferimento.

Le lettere di intenti, attraverso le quali viene esplicitata la proposta del programma di ricerca, sono state 11, così suddivise: 3 per l'oncologia, 2 per il cardiovascolare, uno ciascuno per riabilitazione, malattie rare, medicina rigenerativa dell'apparato locomotore, trapianti, patologie virali e malattie autoimmuni, scienze neurologiche.

Le proposte sono state avanzate dalle 4 Aziende Ospedaliero-Universitarie di Bologna, Ferrara, Modena e Parma e da due Irccs: l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna e l'Istituto delle neuroscienze (interno all'Azienda Usl) di Bologna. Superata la prima fase di valutazione sono passate alla stesura della proposta di programma strategico. Nell'ambito dell'area 1 un'altra novità è stata la pubblicazione di un bando dedicato ai giovani ricercatori del Servizio sanitario regionale, con una dotazione finanziaria di 2,4 milioni di euro per ricerca biomedica e clinico assistenziale. Sono state presentate 151 proposte, 133 delle quali ammesse al percorso di valutazione che avverrà prevalentemente con procedura di peer review (valutazione fra pari) per via telematica.

Il bando per l'area 2 (Governo clinico): come orientare la ricerca

Il bando per l'area 2, lanciato nel marzo 2012, contiene una novità: l'identificazione delle tematiche su cui orientare la ricerca e verso cui convogliare il finanziamento. L'obiettivo risponde all'esigenza di ottimizzare gli investimenti pubblici in un momento di scarsa disponibilità di risorse, ma anche di rispondere nel modo più efficiente ai bisogni di ricerca individuati nell'ambito del Servizio sanitario regionale.

A questo scopo – attraverso una procedura che tiene conto dei più recenti documenti di indirizzo regionale e del parere dei responsabili dei Servizi in settori fino ad oggi poco finanziati – sono stati identificati 25 quesiti di ricerca, organizzati in 5 aree tematiche: emergenza-urgenza; lungodegenza; medicina perinatale; riabilitazione; terapia intensiva (aree ritenute prioritarie).

Anche per questo bando, il percorso di selezione avviene in due fasi.

La prima fase di valutazione vede ricercatori ed esperti confrontarsi sulle lettere di intenti.

La seconda fase sarà una vera e propria sessione di studi dedicata all'esame critico dei progetti integrali.

Le lettere di intenti pervenute alla scadenza del bando sono state 32, suddivise nelle 5 aree tematiche: riabilitazione con 11 lettere di intenti, emergenza-urgenza con 8, medicina perinatale con 6, terapia intensiva con 4, lungodegenza con 3.

Le lettere sono state presentate dalle 4 Aziende Ospedaliere-Universitarie di Bologna, Parma, Modena e Ferrara, e da due Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, l'Istituto Rizzoli e l'Istituto delle neuroscienze (interno all'Azienda Usl) di Bologna. Nei progetti di ricerca sono coinvolte anche diverse Aziende Usl che non erano destinatarie del bando, ma che potevano partecipare, se coinvolte, come unità operative progettuali all'interno di ogni singolo progetto. Si tratta delle Aziende Usl di Bologna, Modena, Ravenna, Reggio Emilia, Ferrara, Imola, Rimini, Cesena, Parma e dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia.

Analizzando nel dettaglio i quesiti proposti, emerge che quelli più selezionati dai ricercatori sono: valutazione dei modelli assistenziali innovativi in pronto soccorso e medicina di urgenza (6 proposte); valutazione dell'appropriatezza e sicurezza di tecnologie innovative in ambito di diagnostica e trattamento (6 proposte); valutazione dell'efficacia e dell'efficienza di differenti modelli organizzativi per la gestione del paziente anziano fragile nel contesto della organizzazione a rete dell'assistenza (3 proposte); modelli di integrazione dell'assistenza a bambini con necessità speciali (3 proposte); efficacia e appropriatezza dell'utilizzo dell'ipotermia in pazienti con arresto cardio-circolatorio (3 proposte).

A questa area verranno dedicate fino a un massimo del 30% delle risorse complessive.

Per approfondimenti:

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

L'Ospedale per intensità di cura

Un ospedale non più strutturato in unità operative in base alla patologia e alla disciplina medica per la sua cura, ma organizzato in aree che aggregano i pazienti in base alla maggiore o minore gravità del caso e al conseguente livello di complessità assistenziale che serve.

Si tratta del modello di assistenza ospedaliera per intensità di cura che vuole coniugare meglio sicurezza, efficienza, efficacia ed economicità dell'assistenza e che prefigura un ospedale incentrato ancora di più sul paziente. Il modello organizzativo per l'assistenza ospedaliera sta alimentando, ormai da alcuni anni, un dibattito nel mondo sanitario; nel 2012 è stata avviata la sperimentazione in diversi ospedali dell'Emilia-Romagna e l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera per intensità di cura sta entrando negli obiettivi fissati dalla Regione per le Aziende sanitarie.

Il nuovo modello assistenziale

L'idea alla base dell'ospedale organizzato per intensità di cura è quella di avere aree assistenziali per omogeneo bisogno assistenziale e dunque con una diversa disponibilità di infermieri: in una sono raggruppati i pazienti con un quadro clinico più severo che necessitano di una più assidua e rilevante assistenza infermieristica, nell'altra i pazienti con un quadro clinico di minore gravità e, quindi, minore necessità di interventi assistenziali. All'interno degli stessi contenitori di degenza sono, quindi, raggruppati pazienti che sono seguiti da equipe mediche di diverse discipline. Facendo un esempio, potremo trovare nella stessa area un paziente operato di lobectomia polmonare (asportazione di un lobo del polmone) e un paziente operato di aneurisma addominale dell'aorta, che hanno necessità di un'assidua sorveglianza infermieristica e anche di pratiche assistenziali infermieristiche frequenti come il monitoraggio dei drenaggi o l'assistenza respiratoria.

Le strutture di degenza diventano quelle che, nel linguaggio organizzativo, vengono definite piattaforme logistiche di ricovero: su una stessa piattaforma, in grado di soddisfare differenti processi assistenziali, agiscono equipe mediche con competenze molto diverse ed equipe infermieristiche dedicate. E poiché un paziente, come spesso accade, può avere più patologie rilevanti, o può avere necessità per una stessa patologia di competenze terapeutiche di più discipline mediche, l'ospedale organizzato per intensità di cura pone le basi per la multidisciplinarietà e per un'assistenza adeguatamente standardizzata.

Le responsabilità di medico e infermiere

Il nuovo modello prevede che la gestione assistenziale del malato sia affidata a infermieri esperti e che la responsabilità clinica e la gestione del percorso diagnostico-terapeutico sia sotto la responsabilità del medico. È un modello che permette al medico di concentrarsi sulle proprie competenze e di esercitarle nelle diverse piattaforme logistiche, ovunque siano i pazienti di cui

ha la responsabilità clinica o alla cui cura concorre; permette poi all'infermiere di valorizzare le proprie competenze e di qualificare ulteriormente il proprio ruolo nel processo assistenziale.

L'idea di fondo è che la gestione del malato sia affidata a infermieri esperti, con il medico che gestisce tutto il percorso diagnostico e terapeutico utilizzando la piattaforma logistica di ricovero necessaria al bisogno assistenziale del malato. In un reparto di terapia semintensiva, per fare un altro esempio, dove ci sono pazienti con insufficienza cardiaca o insufficienza respiratoria, si recano sia il cardiologo che il pneumologo e vengono assistiti da infermieri che operano stabilmente in quel reparto e che effettuano le loro pratiche assistenziali non in dipendenza gerarchica dal primario, ma in collaborazione funzionale con lui.

La sperimentazione in 9 Aziende sanitarie

Mentre si continua a discutere tra chi sostiene che è meglio fare l'ospedale per intensità di cura all'interno del Dipartimento medico, chi all'interno del Dipartimento chirurgico, chi in quello cardiovascolare o solo in un padiglione, l'approccio più pragmatico è quello di trovare soluzioni che siano idonee alle specifiche situazioni. Essendo il processo di trasformazione degli ospedali per intensità di cura lungo e avendo bisogno di essere accuratamente studiato e declinato sia sulle organizzazioni del lavoro sia sulle strutture fisiche, è bene favorire iniziative anche diversificate, ma con una metodologia comune, che consentano di valutare gli effetti e di procedere con la gradualità necessaria a una estensione delle migliori esperienze che si mettono in campo. In questa ottica vanno viste le esperienze (diverse tra loro e in ospedali di differente dimensione, funzione e missione) in corso in Emilia-Romagna a partire dal 2012: 9 Aziende sanitarie che hanno risposto a un bando del Fondo regionale per la modernizzazione.

Azienda Usl di Bologna

Il progetto riguarda gli ospedali 'di prossimità'. Porretta Terme, San Giovanni in Persiceto, Budrio, Vergato, Bazzano, Loiano e Bentivoglio.

L'obiettivo è di ottimizzare l'impiego dei posti letto, favorendo nel contempo una struttura orizzontale dell'assistenza, vale a dire per bisogno di intensità di assistenza/cura, e di implementare e approfondire le competenze infermieristiche.

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

Al Policlinico Sant'Orsola-Malpighi sono 3 i progetti di sperimentazione.

Il 1° riguarda la riorganizzazione del Polo cardiocirurgico e dei trapianti per sperimentare un modello per intensità di cura nell'ambito di queste specialità: cardiocirurgia adulti, cardiocirurgia pediatrica, chirurgia oncologica, epatobiliare e dei trapianti.

Il 2° riguarda la riorganizzazione delle attività chirurgiche del nuovo Polo chirurgico e della emergenza in tutte le

fasi del percorso clinico assistenziale.

Il 3° riguarda l'area internistico-geriatrica che, fra gli obiettivi, ha quello di organizzare le degenze a gestione infermieristica sul modello già sperimentato in regione in alcuni reparti per post-acuti.

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena

La sperimentazione al Policlinico prevede la realizzazione di un Dipartimento ad intensità di cura/complessità assistenziale in ambito chirurgico (Dipartimento testa-collo) e internistico (Dipartimento medicine e specialità mediche).

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Il progetto al Maggiore riguarda la riorganizzazione delle attività specialistiche di ortopedia (Unità operativa di ortopedia, la Clinica ortopedica e la Struttura semplice per le patologie dell'apparato locomotore).

Azienda Usl di Imola

Il progetto all'ospedale di Imola riguarda l'area critica in Dipartimento di emergenza, in terapia intensiva, semintensiva e Utic (Unità di terapia intensiva cardiologica).

Azienda Usl di Reggio Emilia

Il progetto riguarda le aree di degenza dei Dipartimenti internistici presenti all'interno dei diversi stabilimenti del presidio ospedaliero provinciale che verranno strutturati come unica area di degenza suddivisa in quattro settori per intensità di cura: 1) area di osservazione breve internistica, 2) area di medicina "acuti", 3) area di medicina ad alta intensità di cura, 4) area post acuti.

Azienda Usl di Forlì (capofila), Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, Azienda Usl di Piacenza

Il progetto nelle tre Aziende sanitarie ha l'obiettivo di misurare il cambiamento e valutare l'impatto clinico, organizzativo e gestionale dell'ospedale per intensità di cura. A Forlì la riorganizzazione è partita nel 2004; a Reggio Emilia la sperimentazione riguarda la piattaforma di emergenza urgenza (medicina di urgenza, i posti letto di osservazione intensiva breve, l'unità di ammissione e l'area post-dimissione) mentre a Piacenza l'attenzione è sulle aree chirurgiche degli ospedali di Piacenza e della Val D'Arda".

Le tappe della sperimentazione

I gruppi di progetto aziendali hanno partecipato ad un evento formativo per consolidare i contenuti trattati in occasione del convegno nazionale tenutosi in marzo 2012 a Bologna, e per acquisire strumenti metodologici. L'obiettivo è di avere linee comuni e successivamente confrontare i risultati di queste sperimentazioni.

Sono state effettuate due giornate di formazione rivolte a tutti i componenti dei gruppi di progetto aziendali. Nel giugno del 2012 c'è stata una giornata di studio rivolta a medici e infermieri sugli strumenti per la classificazione dei pazienti perché in questo modello organizzativo per fare bassa, media, alta intensità di cura occorre intercettare i pazienti da collocare in queste

aree sulla base delle criticità cliniche e sulla base delle criticità assistenziali.

Il primo incontro di monitoraggio sull'avanzamento delle sperimentazioni è stato organizzato a metà luglio 2012. In questa occasione i referenti dei progetti aziendali hanno presentato il piano di valutazione e gli indicatori per valutare le sperimentazioni.

Il secondo incontro di monitoraggio è in calendario per ottobre 2012, mentre altri incontri verranno fatti in seguito, fino ad un massimo di cinque, entro il 2013. Fra ottobre e novembre 2012 è in programma un evento formativo rivolto ai gruppi di progetto delle Aziende sanitarie non ancora coinvolte nella sperimentazione. In autunno è in programma anche un progetto di formazione continua per accompagnare l'evoluzione culturale dei professionisti rispetto a questo tema.

Tutta la sperimentazione verrà supportata da un documento di indirizzo regionale, previsto entro il 2012 (linee guida generali) dove saranno definiti i principi fondamentali dell'ospedale per intensità di cura, gli indirizzi metodologici, oltre che gli indicatori per valutare le sperimentazioni.

Prevenzione e controllo del rischio infettivo: antibioticoresistenza e infezioni correlate all'assistenza; il programma "Igiene delle mani"

Le infezioni sostenute da germi resistenti agli antibiotici e le infezioni correlate all'assistenza rappresentano un tema rilevante per la sanità pubblica e un rischio per la sicurezza del paziente. Recentemente il Consiglio di Europa ha emanato specifiche raccomandazioni in merito, sottolineando la necessità e l'urgenza di adottare misure atte a contenere tale rischio e delineando le strategie e gli interventi efficaci.

Da anni questo problema è oggetto di attenzione da parte del Servizio sanitario regionale: l'Agenzia sanitaria e sociale regionale ha attivato interventi specifici atti a migliorare la capacità di prevenzione e controllo da parte delle Aziende sanitarie.

Le principali azioni nell'ultimo anno sono state mirate a:

- assicurare una maggiore incisività degli interventi delle Aziende sanitarie attraverso il supporto della Commissione tecnico-scientifica regionale per "la promozione dell'uso responsabile di antibiotici e la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza". La Commissione ha elaborato proposte relativamente a:
 - a) assetti organizzativi per promuovere programmi di uso responsabile di antibiotici in ambito assistenziale e di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza;
 - b) strumenti di sorveglianza e indicatori per monitorare l'andamento di tali programmi a livello regionale e locale;
 - c) selezione dei temi prioritari per i quali avviare interventi atti a ridurre l'uso inappropriato di antibiotici in ambito ospedaliero e nella comunità, negli adulti e nei bambini;
 - d) programmi formativi per migliorare la capacità delle Aziende di contrastare tale fenomeno;
- garantire la capacità delle Aziende sanitarie di sorvegliare il rischio infettivo e di promuovere programmi di miglioramento dell'assistenza nei reparti a rischio. Il Piano regionale della prevenzione 2010-2012 ha incluso tra gli obiettivi il progressivo allargamento dei sistemi di sorveglianza delle infezioni post-operatorie, in modo da promuovere programmi di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza in ambito chirurgico, per quanto attiene al rischio di infezioni post-operatorie. Sono stati identificati obiettivi di copertura della sorveglianza nelle diverse Aziende sanitarie ed è stato attentamente monitorato il raggiungimento di questi obiettivi;
- contrastare il rischio di diffusione in ambito assistenziale di alcuni microrganismi con un profilo di antibioticoresistenza particolare (Enterobatteri produttori di carbapenemasi). Sono state emanate nel luglio 2011 linee di indirizzo specifiche ed è stato avviato un attento sistema di sorveglianza per verificare l'andamento del fenomeno e l'adesione delle Aziende sanitarie alle misure raccomandate.

Igiene delle mani: una misura efficace per prevenire la trasmissione di microrganismi

La corretta igiene delle mani degli operatori sanitari durante l'assistenza (in ospedale, in ambulatorio, nelle strutture residenziali per anziani, nell'assistenza domiciliare) rappresenta una misura semplice ma essenziale per prevenire la trasmissione di microrganismi da un paziente all'altro. Numerosi studi hanno, infatti, dimostrato che una maggiore adesione alla corretta igiene delle mani si associa a una riduzione del rischio di infezioni.

Per aumentare l'adesione degli operatori all'igiene delle mani, è necessario agire a diversi livelli:

- promuovere la frizione con prodotti idroalcolici e rendere tali prodotti facilmente disponibili,
- migliorare le conoscenze e la percezione della rilevanza del problema,
- condurre regolarmente programmi di audit per valutare l'effettiva adesione,
- intervenire laddove si identificano aree di criticità.

La Regione ha coordinato a livello nazionale la Campagna "Cure pulite sono cure più sicure", in linea con le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), e ha identificato la promozione dell'igiene delle mani quale obiettivo strategico di miglioramento in tutte le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna.

Questi i risultati conseguiti.

- Nelle Unità operative che partecipano alla Campagna sono aumentate: la disponibilità di prodotti idroalcolici; le conoscenze e la percezione degli operatori; l'adesione alla pratica di igiene delle mani, passata da 37/100 opportunità prima della campagna a 74/100 dopo, con un incremento relativo medio del 100% e un incremento assoluto medio pari al 37%.
- Ogni Azienda sanitaria valuta annualmente i programmi utilizzando una griglia, messa a punto dall'OMS, che valuta le azioni condotte in 5 diversi ambiti:
 - a) cambiamenti di sistema;
 - b) educazione e formazione;
 - c) valutazione e feedback;
 - d) promemoria sul posto di lavoro;
 - e) clima mirato alla sicurezza istituzionale.
 Il "livello di igiene delle mani" dell'Azienda sanitaria viene classificato in 4 categorie: inadeguato, di base, intermedio o consolidato, avanzato. Nel 2010, 12 Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna sono state classificate nel "livello intermedio o consolidato", in progressivo miglioramento nel 2011.

Per promuovere l'igiene delle mani sono stati messi a punto da diverse Aziende sanitarie, video, poster, opuscoli informativi, programmi educativi diretti agli operatori ma anche alle comunità.

Per approfondimenti

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

Prestazioni sanitarie programmate: una revisione della letteratura internazionale sugli studi condotti riguardo a interventi per ridurre le liste di attesa

Se la gestione delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie programmate (visite, esami, interventi non urgenti e quindi inseriti in liste di attesa) costituisce per tutti i sistemi sanitari sviluppati del mondo occidentale uno dei problemi maggiormente sentiti dai cittadini e dagli operatori per i problemi che genera, non altrettanto chiaro e condiviso è il quadro delle cause profonde del fenomeno e le opinioni in materia fra gli esperti ed i professionisti divergono.

Il progetto

Ora, per studiare a fondo il problema e venire in aiuto di coloro che in ultima istanza devono mettere in atto le scelte operative, arriva un progetto di ricerca di durata triennale che prevede una revisione sistematica della letteratura internazionale sugli studi condotti riguardo a interventi messi in atto per ridurre le liste di attesa. Il progetto è curato dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna nell'ambito di una delle tre linee di indagine dell'Osservatorio regionale per l'innovazione (istituito nel 2007 per supportare l'attività del Collegi di direzione delle Aziende sanitarie) ed è finanziato dal Ministero della salute con 150 mila euro nella sezione dedicata ai progetti dei giovani ricercatori (Bando per i giovani ricercatori 2010, protocollo GR-2010-2317133).

La collaborazione di Cochrane Effective Practice and Organisation of care Group "Epop"

Il progetto prevede la collaborazione del gruppo di lavoro internazionale chiamato "Epop" (Cochrane Effective Practice and Organisation of care Group) che si focalizza sugli interventi per migliorare la qualità dell'assistenza. Sul piano metodologico lavora sulla revisione sistematica della letteratura per fornire un quadro esaustivo sulla complessità del problema e indicare gli interventi più appropriati per favorire la qualità dell'assistenza.

Uno dei punti di partenza dell'indagine è che sulle cause del fenomeno esistono teorie differenti. Ci sono coloro che sostengono che la lista di attesa è una opportunità per tenere a freno una domanda impropria, quindi in qualche modo le liste di attesa sono causate per arginare una domanda eccessiva a cui altrimenti il Servizio sanitario non sarebbe in grado di rispondere; ci sono teorie che invece sostengono che si è di fronte a una inefficienza, le risorse ci sono ma sono usate male, quindi la gente finisce per aspettare, ci sono esami ripetuti, tutta la filiera dell'assistenza si inceppa in continuazione e quindi i pazienti finiscono in colli di bottiglia; altre teorie invece dicono che l'offerta non è adeguata e quindi si creano le liste perché non si danno abbastanza servizi; ci sono teorie secondo le quali per le liste di attesa non investono tutti alla stessa maniera e sono causate da disuguaglianza (in sostanza sono sempre certi gruppi della popolazione ad aspettare, i più svantaggiati, quelli che hanno una educazione minore, quelli che hanno meno capacità sociale per

gestirsi all'interno della Pubblica amministrazione e ottenere i servizi).

Il problema verrà dunque affrontato in maniera universale, partendo da come è stato descritto nei vari Paesi, non solo quelli con un sistema pubblico universalistico. Si cercherà anche di fare chiarezza sui metodi di rilevazione dei tempi di attesa perché anche su questo non c'è unanimità: dal tempo dell'insorgenza della malattia, dal tempo del primo contatto con il medico, dal momento della prenotazione.

Naturalmente l'indagine affronterà nel modo più minuzioso possibile i tipi di risposta forniti nei vari Paesi: portare dentro il privato convenzionato per erogare più prestazioni non solo per ragioni di contenimento di spesa ma anche per competizione fra comparti per far girare l'economia in una società complessa; oppure lavorare sulla domanda per diminuire le richieste e renderle più appropriate, ragionando insieme ai clinici, ai pazienti e ai medici di medicina generale. A volte la risposta è stata quest'ultima, come nel caso della Gran Bretagna, che ha deciso di mettere dei tetti sul numero delle prestazioni che un medico può prescrivere.

La collaborazione dell'Università di Oxford

Proprio dalla Gran Bretagna è stato manifestato un interesse particolare sullo studio. Infatti il Ministero della salute inglese ha chiesto di essere tempestivamente informato sugli esiti di questa revisione. Anzi, gli inglesi daranno una mano: l'Università di Oxford darà infatti il suo supporto sul piano tecnico operativo per cercare tutte le pubblicazioni inerenti al tema.

Scopo finale dunque sarà quello di concludere questa revisione internazionale per definire le cause più profonde del fenomeno e delineare risposte utili da poter usare "a casa nostra".

Non ci si nasconde che il problema è molto complesso in quanto all'origine vi possono essere diverse componenti e quindi la risposta probabilmente dovrà agire su diversi fattori: da quelli di carattere culturale per aiutare coloro che sono i più svantaggiati dentro il sistema (in primis chi non parla o capisce male l'italiano) fino al tema molto importante della appropriatezza, molto rilevante ad esempio per la diagnostica in un sistema molto aperto come quello italiano.

L'avvio

La ricerca, e dunque la revisione sistematica della letteratura internazionale prodotta sul tema, partirà nei prossimi mesi in concomitanza con l'assegnazione dei fondi e si concluderà entro il 2014.

Il programma 2012 per l'utilizzo del Fondo regionale per la non autosufficienza

La Regione Emilia-Romagna anche per il 2012 riuscirà a garantire le risorse adeguate e necessarie a sostenere il sistema della non autosufficienza.

Nonostante, infatti, la situazione contingente di forte riduzione delle risorse a seguito del totale azzeramento da parte del Governo del finanziamento al Fondo nazionale per la non autosufficienza, in Emilia-Romagna l'insieme delle risorse destinate a questo settore per la programmazione 2012 ammontano complessivamente a circa 486 milioni di euro (nel 2011 la programmazione ammontava a 461,6 milioni di euro).

Le risorse sono destinate al finanziamento dei servizi per anziani e disabili non autosufficienti.

Ripartite tra le Aziende sanitarie nei 38 Distretti presenti in Emilia-Romagna, sono destinate - per 319,498 milioni di euro - ai servizi per la popolazione ultra 75 enne e per 119,314 milioni a sostegno di interventi a favore delle persone con gravi e gravissime disabilità.

La programmazione, le priorità

Il Fondo è programmato con Piani annuali di attività a livello distrettuale, sulla base degli indirizzi regionali concertati in Cabina di regia regionale per il welfare (luogo di concertazione tra Regione ed Enti locali delle politiche sociali e sanitarie) e condivisi con le organiz-

zazioni sindacali e le rappresentanze dei cittadini.

La programmazione, con le priorità di utilizzo del Fondo tra i diversi servizi e interventi calibrate secondo le necessità dei singoli territori, è in capo ai Comitati di Distretto (che riuniscono tutti i Comuni afferenti all'ambito territoriale distrettuale) d'intesa con il direttore di Distretto dell'Azienda Usl.

La priorità è il sostegno diretto ed indiretto della domiciliarità con l'obiettivo di potenziare i servizi e supportare le 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:

- sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata (sanitaria e sociale),
- aumento dell'assegno di cura per anziani non autosufficienti, con una attenzione specifica a coloro che non percepiscono l'indennità di accompagnamento,
- qualificazione delle assistenti familiari (con "punti di ascolto", formazione, consulenza),
- servizi di telesoccorso e teleassistenza anche gestiti con il concorso del volontariato,
- ricoveri temporanei "di sollievo",
- sostegno alle reti informali di solidarietà sociale (dal "portierato" al "custode" sociale).

Programma per promuovere corrette abitudini alimentari a scuola

Per migliorare la qualità nutrizionale dell'offerta alimentare scolastica sono state emanate le "Linee guida per l'offerta di alimenti e bevande salutari nelle scuole e strumenti per la sua valutazione e controllo" (delibera di Giunta regionale 418/2012).

L'obiettivo è fornire indicazioni omogenee per tutto il territorio regionale per migliorare la qualità della ristorazione scolastica.

Le linee guida fanno riferimento al Piano regionale della prevenzione 2011-2012, dove sono previsti specifici progetti sulle corrette abitudini alimentari per promuovere una cultura della prevenzione e garantire un elevato grado di tutela della salute pubblica, e sono state condivise con le Aziende sanitarie, l'Assessorato regionale alla scuola, formazione professionale, università e ricerca, lavoro e con l'Assessorato regionale agricoltura.

Il principio che costituisce la premessa del provvedimento è che un comportamento alimentare equilibrato e sano, la pratica regolare dell'attività fisica e l'astensione dal fumo sono i principali fattori di protezione per la salute dei più giovani. Inoltre, è più facile modificare gli stili di vita e le abitudini alimentari a partire dall'infanzia, con il contributo della scuola e della famiglia.

Le linee guida costituiscono un riferimento rivolto alle scuole dell'infanzia, alle scuole primarie e alle scuole

secondarie di secondo grado per l'organizzazione del pranzo e della merenda.

In particolare, sono stati identificati gli "standard nutrizionali relativi alla ristorazione scolastica", che riguardano la ripartizione calorica dei pasti, i principali nutrienti, le grammature di riferimento, la frequenza degli alimenti a pranzo, le caratteristiche merceologiche (gli alimenti da proporre, da usare con moderazione e da evitare). L'attenzione è rivolta inoltre ai distributori automatici e ai bar eventualmente presenti nelle scuole, con indicazioni sugli alimenti e le bevande raccomandati e su quelli sconsigliati ("standard nutrizionali relativi ai distributori automatici nella scuola").

Oltre a privilegiare prodotti che riportano l'etichettatura nutrizionale, nel documento si sottolinea come nei distributori sia importante la posizione e la visibilità di ciascun alimento per orientare le scelte dei consumatori (l'acqua, per esempio, deve essere all'altezza degli occhi, in una posizione a più alta potenzialità di vendita rispetto alle bevande con più calorie).

L'intento è di promuovere l'applicazione degli standard nutrizionali in tutte le scuole avvalendosi anche della "scheda di valutazione dell'applicazione degli standard" (allegata alle linee guida) che potrà essere usata inoltre per l'autovalutazione da parte delle amministrazioni che hanno la responsabilità sull'offerta alimentare scolastica.

Il piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015

I morbillo e la rosolia non sono stati debellati entro il 2010, come prevedeva il Piano strategico dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) per la Regione Europea nel 2001. Nonostante i Paesi europei si siano impegnati in questi anni per migliorare le coperture vaccinali, queste due malattie continuano ad essere presenti e a rappresentare un serio problema per la salute.

Il morbillo, in particolare, provocando piccole e grandi epidemie che coinvolgono non solo i bambini ma anche gli adulti determinando, anche nei Paesi "più sviluppati", gravi complicazioni (cecità, encefalite, diarrea severa, otite acuta, infezioni respiratorie severe come la polmonite, più frequenti nei bambini sotto i cinque anni e negli adulti sopra i 20 anni) e, a volte, la morte.

La rosolia, quando colpisce donne in gravidanza, provocando gravi malformazioni al feto (malformazioni del cuore, degli occhi, degli organi uditivi e altre disabilità croniche, compreso l'autismo, il diabete mellito e disfunzioni della tiroide).

A settembre 2010, il Comitato Regionale Europeo dell'OMS, valutando la situazione nella Regione, ha spostato gli obiettivi di eliminazione di morbillo e rosolia al 2015, evidenziando l'importanza di: impegno politico, alleanze, comunicazione per (ri)conquistare la fiducia della popolazione nei confronti delle vaccinazioni.

In Italia, il precedente Piano nazionale di eliminazione di morbillo e rosolia era stato avviato nel 2003 permettendo risultati significativi con il miglioramento della copertura vaccinale (dal 82% nel 2003 al 90,5% nel 2010), l'istituzione di un sistema di sorveglianza speciale per morbillo, l'introduzione della notifica obbligatoria per rosolia in gravidanza e rosolia congenita, l'introduzione della II dose del vaccino MPR (Morbillo-Parotite-Rosolia). Tuttavia, gli obiettivi di copertura vaccinale non sono stati pienamente raggiunti: continuano a verificarsi focolai di morbillo e casi di rosolia congenita; le epidemie coinvolgono adolescenti e giovani adulti, target difficile da raggiungere; la formazione e il coinvolgimento trasversale di tutte le figure professionali interessate non sono ancora ottimali.

Il nuovo Piano nazionale

Il nuovo Piano nazionale di eliminazione di morbillo e rosolia congenita 2010-2015, alla cui stesura la Regione Emilia-Romagna ha partecipato attivamente, è stato approvato con l'Intesa Stato-Regioni del 23/03/2011. Nel nuovo Piano vengono ribaditi gli obiettivi generali da raggiungere entro il 2015: eliminare il morbillo endemico (incidenza meno di 1 caso/1.000.000), eliminare la rosolia endemica (incidenza meno di 1 caso/1.000.000), ridurre l'incidenza della rosolia congenita a meno di 1 caso/100.000 nati.

Il Piano illustra gli obiettivi specifici e le azioni da attuare per il loro raggiungimento. In particolare richiama l'importanza di migliorare le coperture vaccinali raggiungendo il 95% sia per la prima che per la seconda dose di MPR; la necessità di svolgere azioni supplementari per raggiungere i gruppi particolarmente vulnerabili perché

o non hanno avuto la malattia o non sono vaccinati (in particolare adolescenti, giovani, operatori sanitari, donne in età fertile e popolazioni "difficili da raggiungere"); l'importanza della sorveglianza, anche attraverso la diagnosi di laboratorio.

Il Piano è stato recepito dalla Regione Emilia-Romagna con delibera 916/2011.

Il nuovo Piano regionale

L'Emilia-Romagna già con il primo Piano del 2003 aveva raggiunto obiettivi importanti, ulteriormente migliorati negli ultimi anni; in particolare: è stata introdotta la seconda dose di MPR a 6-7 anni (nel 2011 la copertura vaccinale è del 90,7%); la copertura per la prima dose di MPR a 24 mesi è passata dal 90% dei primi anni 2000 al 92,8%; è stato istituito il sistema di sorveglianza speciale del morbillo e della rosolia in gravidanza e congenita, è stato istituito il laboratorio di riferimento regionale. Vengono elaborati e diffusi periodicamente report sull'andamento delle malattie e relative vaccinazioni.

Tuttavia anche in Emilia-Romagna, nonostante le buone coperture raggiunte, superiori alla media nazionale (pari al 90,5% a 24 mesi, nel 2010) continuiamo a registrare casi di morbillo, soprattutto nei ragazzi e negli adulti, a volte con complicanze che richiedono il ricovero, e si segnalano anche casi di rosolia in gravidanza.

Il nuovo Piano regionale ha posto l'accento sulla necessità di migliorare le coperture per MPR nei bambini e nelle donne in età fertile (per prevenire rosolia), fissando i seguenti obiettivi:

- copertura per la vaccinazione contro il morbillo al 24° mese di vita: al 31 dicembre 2012 l'obiettivo è raggiungere almeno l'80% dei bimbi vaccinandone il 95%, nel restante 20% l'obiettivo è vaccinarne almeno il 90%;
- protezione dalla rosolia delle donne straniere che partoriscono in Emilia-Romagna: al 31 dicembre 2012 l'obiettivo è il 95% (per le donne con cittadinanza italiana l'obiettivo è praticamente già raggiunto, sono protette il 94%).

Sono già state avviate azioni volte in particolare ad attivare protocolli in collaborazione con i laboratori nonché con i Punti nascita per l'individuazione delle donne suscettibili alla rosolia perché non vaccinate o perché non hanno avuto la malattia (ovviamente sia italiane che straniere) e per la conseguente offerta attiva della vaccinazione MPR.

Inoltre è prevista un'ulteriore chiamata attiva (oltre a quelle già in atto nell'età pediatrica) dei ragazzi non vaccinati dopo il compimento dei 18 anni per offrire loro la vaccinazione MPR.

Infatti, come dimostrano i risultati, con l'aumentare della copertura vaccinale diminuiscono i casi di malattia, ma, per eliminare totalmente sia il morbillo che la rosolia, occorre non solo raggiungere il 95% di copertura nei bambini ma anche riuscire a raggiungere con la vaccinazione i giovani, gli adulti e le donne in età fertile.

I programmi per la promozione e la prescrizione dell'attività fisica

Le malattie cronic-degenerative sono la principale causa di morte oggi nel mondo e il loro impatto sta crescendo costantemente. In Italia determinano il carico principale in termini di mortalità e morbilità: le malattie del sistema circolatorio rappresentano la principale causa di morte, seguite dai tumori. Nell'insieme, queste patologie sono responsabili di quasi il 70% dei decessi. Le cause principali sono riconducibili a un ristretto gruppo di fattori di rischio comuni, fra cui: l'alimentazione non sana, l'inattività fisica, l'uso di tabacco, l'alcol e le sostanze stupefacenti.

L'eliminazione di questi fattori di rischio potrebbe prevenire l'80% delle malattie premature cardiache, l'80% dei casi di diabete tipo-2 ed il 40% dei casi di cancro. Inconfutabili evidenze scientifiche dimostrano che l'attività fisica è necessaria a tutte le età per mantenere lo stato di buona salute e la completa efficienza fisica e mentale. Le più recenti ricerche epidemiologiche hanno dimostrato che l'inattività fisica è, insieme al fumo di sigaretta, il più importante fattore di rischio per le malattie che rappresentano le principali cause di morte e disabilità oggi in Italia. In particolare si calcola che sia responsabile del 30% delle malattie ischemiche cardiache, del 27% di diabete, del 21-25% di tumori del colon e del seno; inoltre è ormai ampiamente dimostrato che praticare attività fisica migliora l'umore e contrasta gli stati depressivi.

L'attività fisica è un potente fattore di salute

È ampiamente accertato che svolgere attività fisica, in modo costante e in quantità e modalità adeguate alle condizioni di ciascuno, rappresenta un potente fattore di salute; si sa che l'attività fisica previene malattie croniche estremamente diffuse e contrasta l'insorgenza di condizioni di fragilità o non autosufficienza e, in molti casi, può efficacemente sostituire trattamenti farmacologici. Esistono tuttavia molte difficoltà per tradurre queste conoscenze scientifiche nella pratica quotidiana.

I sistemi di sorveglianza sviluppati negli ultimi anni di concerto fra Ministero della salute, Regioni e Province autonome e Istituto superiore di sanità, dicono che in Italia solo 1/3 circa degli adulti svolge una quantità sufficiente di attività fisica, mentre solo il 16% dei bambini e il 7% dei ragazzi pratica attività fisica secondo la quantità raccomandata per le rispettive età. I dati dell'Emilia-Romagna e quelli diffusi dall'OMS per l'intera Regione europea non si discostano da quelli italiani.

Questa situazione di contrasto stridente fra conoscenze scientifiche e realtà concreta è intollerabile non solo sul piano etico, ma anche sul piano economico e della sostenibilità dei sistemi di welfare – poiché misure di prevenzione attuate correttamente possono ridurre il carico assistenziale e i relativi costi per numeri molto elevati di persone.

I programmi dell'Emilia-Romagna

Il Piano regionale della prevenzione 2010-2012 ha avviato interventi rivolti alla popolazione generale e a persone con patologie sensibili all'esercizio fisico.

Lo sport per la salute

Questi programmi, rivolti alla popolazione generale, richiedono iniziative sviluppate in molti settori della società, con il fine di diffondere la cultura della vita attiva come elemento fondamentale per il benessere fisico e psichico. Sono rivolti soprattutto ai bambini, ai giovani e alle persone che vivono in condizioni di svantaggio socio-economico e di fragilità: esistono molte esperienze ed evidenze di letteratura sull'efficacia e sostenibilità di questi interventi, e tutte sottolineano la necessità di un approccio intersettoriale e multidisciplinare. Sono 8 i progetti di promozione dell'attività fisica nella popolazione (dalla promozione di ambienti urbani e di un territorio favorevoli al movimento, a interventi per gli anziani che utilizzano strutture e luoghi di ritrovo esistenti, al sostegno all'attività motoria in ambito scolastico e nei percorsi casa-scuola). Uno degli 8 progetti è costituito dall'Accordo fra Regione, Comitati regionali del CONI, del Comitato Italiano Paralimpico e Enti di Promozione sportiva (*per approfondimenti, vedi a pag. 72*).

Lo sport come farmaco

Questi programmi sono pensati per le persone che presentano malattie sensibili all'esercizio fisico, o fattori di rischio per la salute, che vengono avviate a programmi personalizzati di attività fisica sotto controllo sanitario e in totale sicurezza.

In questo ambito, la Regione partecipa al programma promosso dal Ministero della salute "La prescrizione dell'attività fisica come strumento di prevenzione e terapia", che riguarda la prescrizione dell'attività fisica a persone affette da esiti stabilizzati di patologie dell'apparato muscolo-scheletrico o di malattie neurologiche, o affette da patologie cardiovascolari e dismetaboliche, o ad anziani fragili. Ancora, è stato attivato il progetto "Trapianto ... e adesso sport", in collaborazione fra il Centro Nazionale Trapianti che riguarda la prescrizione di attività fisica a persone trapiantate di cuore, rene e fegato.

Lo sviluppo di questi progetti si basa sull'esperienza maturata negli anni scorsi in diverse Aziende sanitarie, che ha dimostrato ancora una volta l'efficacia indiscussa di questi percorsi assistenziali e ha fornito indicazioni preziose per la loro ulteriore diffusione in ambito regionale.

Gli sviluppi

Tutti gli interventi costituiscono un quadro d'azione d'insieme e sono da attuare in sinergia per potenziarne l'azione, avendo attenzione alla continuità nelle diverse fasce di età e nei diversi settori.

Per questo, l'obiettivo della Regione è di far entrare queste esperienze nella pratica comune del Servizio sanitario regionale, con la costruzione di percorsi complessi ma sostenibili su larga scala dal punto di vista organizzativo ed economico, e di aggregare su di essi reti e alleanze con gli altri settori della società per migliorare la salute individuale e il benessere sociale.

La Casa per la promozione e la tutela della salute in carcere

Realizzare un nuovo salto di qualità nell'assistenza per garantire meglio il diritto alla salute delle persone ristrette negli 11 istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna e nell'istituto minorile del Pratello di Bologna. È questo che si propone la Regione Emilia-Romagna, a quattro anni dal passaggio delle competenze sull'assistenza sanitaria alle persone detenute dal Ministero dell'interno al Ministero della salute e, di conseguenza, al Servizio sanitario nazionale e ai Servizi sanitari regionali (il decreto relativo è dell'aprile 2008).

La Casa per la promozione e la tutela della salute in carcere: un presidio dell'Azienda Usl

L'obiettivo è di realizzare una Casa per la promozione e la tutela della salute in analogia con il progetto di Case della salute nei diversi territori, portato avanti dal Servizio sanitario regionale nell'ambito della ridefinizione dei servizi territoriali delle Aziende Usl (*per approfondimenti sulle Case della salute, vedi a pag. 75*). Attualmente la presa in carico assistenziale della persona detenuta da parte dell'Azienda Usl avviene con una offerta di servizi all'interno delle carceri, integrata in caso di necessità da servizi all'esterno dell'Azienda Usl. Il salto di qualità proposto è quello di dare una struttura forte al team di operatori assistenziali che opera all'interno di ogni istituto penitenziario, portando dentro le carceri i criteri di funzionamento delle Case della salute per le persone "libere": interdisciplinarietà e integrazione degli interventi; in altri termini più professionisti che integrano i propri interventi per lavorare meglio e assicurare meglio la tutela e la cura della salute alle persone detenute.

L'integrazione riguarda prioritariamente i medici di medicina generale, gli infermieri, i medici di continuità assistenziale, gli specialisti ambulatoriali, gli operatori dei Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche delle Aziende Usl e deve favorire anche la collaborazione con operatori territoriali: educatori, mediatori culturali, assistenti sociali.

La Casa di promozione e tutela della salute, secondo le indicazioni regionali, deve così diventare dentro il carcere un presidio della Azienda Usl, sede di accesso ed erogazione dei servizi sanitari, sociosanitari e socio-assistenziali, strutturato come un sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone detenute fin dal momento dell'accesso, fondato sulla collaborazione tra i professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze.

L'assetto organizzativo prevede relazioni cliniche e organizzative strutturate in cui l'assistenza primaria opera in stretto rapporto con gli altri settori assistenziali (specialistica, assistenza ospedaliera, prevenzione, assistenza per la salute mentale e dipendenze patologiche). In questo ambito sarà valorizzato il ruolo dell'infermiere secondo i principi del "case-management".

La carta dei servizi

Nell'ambito del progetto, la Regione sta predisponendo una specifica carta per i servizi offerti all'interno degli istituti penitenziari che sarà pronta entro l'anno; un format unitario dentro il quale ogni Azienda Usl declinerà le proprie specificità in relazione alla specificità degli istituti penitenziari (presenza, tipologia di utenza...) presenti sul territorio di propria competenza.

I servizi

In linea generale, le Case per la promozione e la tutela della salute in carcere, che potranno avere diversa complessità a seconda degli Istituti carcerari in cui sono collocate, dovranno rispondere ai seguenti obiettivi:

- assicurare un punto di accesso appropriato per le persone detenute;
- garantire la continuità assistenziale nelle 24 ore, 7 giorni su 7, con risorse interne, ma all'occorrenza con personale aziendale esterno (specialisti, 118, guardia medica territoriale);
- organizzare e coordinare le risposte alla persona detenuta secondo le necessità della comunità penitenziaria, rafforzare l'integrazione con l'ospedale soprattutto in relazione al trattamento di problemi di salute acuti in urgenza/emergenza e alla dimissione dal carcere a strutture territoriali di soggetti affetti da patologie croniche;
- migliorare la presa in carico integrata delle persone detenute con patologie croniche;
- migliorare la presa in carico integrata delle persone detenute con problemi di salute mentale;
- sviluppare programmi di prevenzione rivolti al singolo, alla comunità e gruppi specifici di persone detenute (ad esempio con tossicodipendenza);
- promuovere e valorizzare la partecipazione delle persone detenute a programmi di salute, valorizzando esperienze già attive come le sezioni di custodia attenuata per tossicodipendenti già presenti in regione;
- offrire occasioni di formazione permanente per gli operatori.

Per l'Istituto per minori del Pratello di Bologna è allo studio una organizzazione dei servizi specifica che tiene conto della scarsa consistenza numerica dei minori ristretti.

Il nuovo programma regionale per i minori con disturbi dello spettro autistico

Il nuovo programma regionale 2011-2013 per l'assistenza ai minori con disturbo dello spettro autistico (delibera 1378/2011) prevede come elementi caratterizzanti l'applicazione di un protocollo diagnostico regionale per tutti i nuovi casi che accedono ai Servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e la sperimentazione di un protocollo regionale di trattamento. L'obiettivo è garantire trasparenza e omogeneità nei percorsi di diagnosi e di cura.

Ogni Azienda Usl, come già previsto dalla delibera 318/2008 che ha lanciato il primo programma regionale per l'assistenza ai minori con disturbo di spettro autistico, ha predisposto un'organizzazione strutturata sul modello adottato dalla Regione per le alte specialità: pochi Centri di alta specializzazione (Hub) a cui gli ospedali o altre strutture del territorio (Spoke) inviano le persone per problemi particolarmente complessi dal punto di vista della diagnosi o del trattamento.

L'adozione del modello Hub & spoke per i disturbi dello spettro autistico ha già consentito la realizzazione di un Centro autismo unico per ogni Azienda Usl (Centro Spoke) che ha sede in ogni Servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, con personale dedicato e già formato, e la individuazione di 3 Centri Hub, a livello di Area vasta: a Rimini per l'Area Vasta Romagna, a Bologna per l'Area Vasta Emilia Centrale, e a Reggio Emilia per l'Area Vasta Emilia Nord. I tre centri Hub sono collocati nella sede dei Servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza delle rispettive Aziende Usl.

Il protocollo di trattamento è rivolto in particolare ai bambini da zero a sei anni e verrà sperimentato in tutta la regione. È caratterizzato da un intervento intensivo mirato a migliorare la capacità di comunicare e di relazione dei bimbi con disturbo dello spettro autistico (bimbi che, come noto, evidenziano problemi collegati al rapporto con l'altro sia in termini di interazione che in termini di comunicazione).

Questi obiettivi vengono ribaditi anche per le fasce di età 7-11 e 12-17, ma in queste fasce di età sono integrati, in relazione all'età crescente, con obiettivi che riguardano sia l'integrazione nei contesti di vita, sia lo sviluppo dei percorsi di autonomia.

La presa in carico

Il percorso di presa in carico inizia dall'accertamento diagnostico.

Si parla di disturbo dello spettro autistico perché esistono casi tipici e altri che non sono sovrapponibili; esiste cioè una distribuzione delle caratteristiche che fanno riferimento ad una diagnosi di spettro, ma che determinano esiti comportamentali diversi. Ci sono, ad esempio, bambini che hanno buone competenze cognitive (alto funzionamento), altri invece che hanno una disabilità intellettiva; ci sono bambini che hanno sufficienti competenze nell'ambito della comunicazione e della riuscita scolastica ma che mantengono delle difficoltà nel rapporto con gli altri.

La presa in carico dopo la diagnosi definisce la presenza di un referente clinico e lo sviluppo di un programma di trattamento che vede la partecipazione di diverse figure professionali: neuropsichiatra, psicologo clinico, terapeuta della riabilitazione psichiatrica, educatore professionale, logopedista, il tutto nell'ottica di un "sistema curante" che prevede il coinvolgimento sia dei genitori con attività di sostegno e parent-training, sia degli insegnanti perché i bambini trascorrono a scuola una parte significativa della loro giornata.

La previsione del "sistema curante" rappresenta un elemento caratterizzante del modo di operare del Servizio sanitario regionale in questo difficile ambito di cura.

Il percorso di cura riguarda tutte le fasce di età di bimbi e adolescenti, anche se con diversa intensità e con diversi obiettivi. Gli obiettivi primari per il trattamento dei bambini da 0-6 anni sono quelli dello sviluppo delle competenze comunicative e delle competenze relazionali; salendo di età a questi obiettivi se ne associano altri riguardanti l'integrazione nei contesti sociali e di sviluppo delle autonomie.

Anche il nuovo programma è già stato avviato in tutte le Aziende sanitarie con le modifiche rispetto al programma precedente che l'esperienza ha suggerito.

Il 1° programma prevedeva infatti la possibilità di invio dei bimbi con disturbi dello spettro autistico dai Centri Spoke ai Centri Hub per approfondimento diagnostico e indicazione di trattamento. La realtà clinica ha dimostrato in questi anni che esistono già competenze professionali all'interno dei singoli Spoke per gestire in autonomia la casistica; il rapporto con gli Hub diviene dunque di governo clinico, cioè di gestione della valutazione epidemiologica, della casistica, e dell'organizzazione dell'attività di formazione: sostanzialmente il compito degli Hub è di monitorare l'andamento epidemiologico e di garantire che quanto è previsto dalla delibera venga attuato, di organizzare attività di formazione coerenti con le linee di indirizzo dell'intero programma.

La continuità assistenziale dopo i 17 anni

Un elemento centrale contenuto nel nuovo programma riprende un aspetto già previsto nella delibera 318/2008 e riguarda la continuità assistenziale quando i ragazzi dopo i 17 anni lasciano i Servizi per i minori: deve cioè essere garantito dai Servizi dell'Azienda Usl un passaggio specifico e dedicato per permettere a questi ragazzi di trovare nei Servizi per gli adulti (Servizi disabili adulti e Centri di salute mentale) risposte adeguate ai loro bisogni. All'interno delle procedure già esistenti occorre quindi che questi ragazzi abbiano una presentazione adeguata e trovino competenze specifiche per una accoglienza ottimale. Sono in atto nelle Aziende sanitarie eventi formativi aperti agli operatori della psichiatria degli adulti (formazione congiunta) e "programmi autismo" aziendali che vedono la partecipazione dei medici psichiatri e degli operatori dei Centri di salute mentale.

Programmi per migliorare la comunicazione con gli assistiti e le loro famiglie

Migliorare la relazione tra operatore sanitario, persona assistita e familiari attraverso una comunicazione semplice, trasparente, efficace, rispettosa delle capacità di comprensione e del vissuto personale.

Per questo sono stati elaborati e sono in corso di realizzazione due specifici progetti, entrambi mirati a considerare la buona comunicazione parte integrante dei processi di cura. Uno riguarda l'applicazione dei principi della Health Literacy, cioè dei principi utili a favorire la comprensibilità e la chiarezza del linguaggio, sia nella relazione diretta operatore sanitario-assistito, sia nella redazione di materiale informativo, sia nella segnaletica. L'altro ha l'obiettivo di favorire relazioni empatiche attraverso la capacità dell'operatore di "mettersi nei panni" del proprio interlocutore (paziente, familiare), per comprendere la sua esperienza e orientare la comunicazione nel modo più efficace.

Il progetto Health Literacy

Il progetto è stato avviato con la costituzione di un gruppo di lavoro regionale (determinazione della Direzione generale sanità e politiche sociali n. 8543 del 12/07/2011), composto da 12 professionisti delle Aziende sanitarie, dell'Assessorato regionale politiche per la salute, dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale, a cui è stato affidato il compito di elaborare un progetto per far crescere la consapevolezza, tra gli operatori sanitari e della comunicazione, della necessità di utilizzare linguaggi semplici, non banali ma semplici e chiari, in modo da permettere a tutti di comprendere appieno le indicazioni, le prescrizioni e di interloquire in modo il più possibile paritario.

Che cosa è Health Literacy

Per Health Literacy (HL), disciplina nata negli Stati Uniti negli anni '80, si intende, secondo la definizione del report americano "Healthy People 2010" "il grado in cui le persone hanno la capacità di ottenere, processare e comprendere le informazioni sanitarie di base e i servizi necessari per prendere decisioni appropriate in campo sanitario".

L'importanza dell'applicazione di questi principi viene riconosciuta a livello nazionale e internazionale. Recenti studi, in particolare lo studio canadese ALLS (Adults Literacy and Lifeskills Survey) del 2003, che ha analizzato le capacità di literacy di un ampio campione di persone adulte in Canada, Bermuda, Italia, Norvegia, Svizzera e USA, dimostrano che in Italia il livello di alfabetizzazione medio si colloca al di sotto di quello necessario per usare utilmente i materiali comuni legati ad attività quotidiane (in banca, in posta, al supermercato, in farmacia, in ospedale).

La Health Literacy comprende tre principali aree di applicazione: la comunicazione verbale tra operatore sanitario e persona assistita, la comunicazione scritta, l'accessibilità delle strutture sanitarie in termini di facilità di orientamento e di accoglienza.

Competenze di HL sono richieste per il dialogo e la discussione, per leggere le informazioni sanitarie, per interpretare le istruzioni, per utilizzare apparecchiature medicali per uso personale o familiare (come un misuratore della glicemia o un termometro), per calcolare i tempi di assunzione e il dosaggio dei farmaci.

La HL rappresenta una sfida per i professionisti per comunicare in modo più chiaro e trasparente con le persone che a loro si rivolgono, cercando di superare le tante barriere sistemiche che ostacolano la comprensione (per citarne alcune, i tecnicismi del linguaggio medico, la densità informativa del materiale scritto, la complessità organizzativa e strutturale del sistema).

Un paziente che comprende bene ciò che gli viene detto o consegnato, è infatti un paziente che sarà in grado di seguire correttamente le terapie, di adottare stili di vita adeguati, di curarsi meglio.

È dunque importante, sia nella relazione che nei materiali scritti, o audio video, utilizzare un linguaggio "comune", non rinunciando tuttavia anche ad una funzione pedagogica, che va nel senso di aumentare il potere contrattuale del singolo. "Chi possiede mille parole è più libero di chi ne possiede cento", diceva don Milani. E dunque, anche in ambito HL, questa semplice affermazione rimane una guida per l'utilizzo, quando serve, anche di parole poco usate nel linguaggio comune al fine di accrescere le competenze linguistiche delle persone e permettere loro di avere, appunto, più libertà nelle scelte e nella interlocuzione (ad esempio: discalculia, saranno in pochi a sapere che significa 'difficoltà di calcolo', ma perché non usarla, spiegandone il significato? Sarà una parola che i genitori di bimbi con difficoltà di apprendimento si sentiranno ripetere chissà quante volte...

Le fasi del progetto

Il gruppo di lavoro regionale ha organizzato il percorso formativo dedicato ai professionisti sanitari e ai professionisti della comunicazione delle Aziende sanitarie con l'obiettivo di diffondere in tutto il sistema i principi e le pratiche di Health Literacy.

Per sperimentare un primo percorso formativo è stata scelta un'area particolarmente significativa per la capacità di comunicazione e per l'importanza di "riuscire a farsi capire": l'area oncologica.

La formazione, che si è sviluppata nell'arco di due settimane (novembre 2011 e gennaio 2012), in collaborazione con l'Harvard School of Public Health di Boston, ha coinvolto 4 professionisti (2 sanitari di area oncologica, 2 comunicatori) per ognuna delle 17 Aziende sanitarie della regione.

La formazione si è svolta con lezioni frontali, lavori di gruppo, testimonianze di pazienti che hanno raccontato la loro esperienza, e simulazioni.

Al termine di questo primo percorso formativo, e in coerenza con esso, si è scelto di procedere con due percorsi di lavoro paralleli, finalizzati allo sviluppo delle competenze relazionali dei professionisti sanitari e alla

ridefinizione dei linguaggi proposti nei materiali informativi sempre, in questa prima fase, nell'area oncologica. Per la diffusione delle competenze relazionali dei professionisti sanitari, saranno gli stessi che hanno partecipato al primo percorso formativo a diventare a loro volta formatori, dopo aver seguito una apposita preparazione didattica e metodologica, (la preparazione didattica e metodologica è in corso e si concluderà tra ottobre e i primi di novembre 2012).

Sul versante del materiale informativo, invece, è prevista l'analisi, in modalità partecipata con pazienti e familiari (a livello aziendale prima e regionale poi) dei materiali già realizzati. L'obiettivo è definire gli step strategici per la comunicazione in tutto il percorso di cura per tre tumori (della mammella, del colon-retto, della prostata), dai primi test al follow up, verificare se nei materiali informativi già realizzati tali step sono rispettati e in che modo, provvedere alla eventuale revisione o elaborazione ex novo di materiali informativi di sistema, utili per tutte le Aziende sanitarie e da loro personalizzabili secondo le esigenze specifiche.

L'obiettivo generale, sul quale si lavorerà nei prossimi anni, è poi quello di estendere via via ad altre aree assistenziali le metodiche HL per arrivare a una sua piena diffusione.

Il progetto per lo sviluppo di relazioni empatiche e del counselling

In relazione con il gruppo di lavoro per l'applicazione dei principi della Health Literacy, è stato avviato un altro percorso di approfondimento sul tema della comunicazione tra operatore e assistito: con la determinazione Direzione generale sanità e politiche sociali n.12556 del 13/10/2011 è stato costituito il gruppo di lavoro "Sviluppo di relazioni empatiche e attività di counselling nella relazione operatore assistito".

L'empatia

Il concetto di empatia è qui inteso nella sua accezione fenomenologica, quale capacità che ogni professionista sanitario deve sviluppare, indipendentemente dalle sue attitudini personali e convinzioni etiche, di riuscire a mettersi nei panni del proprio interlocutore (paziente, familiare), per comprendere la sua esperienza di eventi, anche difficili e dolorosi (la notizia di una diagnosi infausta, la morte imminente di un familiare...) e orientare la comunicazione nel modo più efficace.

Al gruppo di lavoro partecipano 20 professionisti, dell'Assessorato politiche per la salute, dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale, delle Aziende sanitarie e dell'Associazione Italiana ospedalità privata (Aiop), rappresentanti del Comitato regionale per la qualità dei servizi dal lato del cittadino (Ccrq).

Le fasi del progetto

Il mandato del gruppo regionale è di individuare modelli e prassi organizzative di buone pratiche per migliorare l'efficacia della comunicazione nella relazione tra professionisti sanitari e pazienti, loro familiari, con particolare riferimento alle modalità di comunicazione della diagnosi e alla gestione della relazione con il paziente affetto da patologia cronico-invalidante e/o prognosi potenzialmente infausta.

Lo stesso mandato prevede la declinazione delle buone pratiche in raccomandazioni operative alle Aziende sanitarie e al privato accreditato, valorizzando l'apporto di esperienze e pratiche diffuse dalle Associazioni dei malati e dei loro familiari, con particolare riferimento alla specificità di alcuni percorsi terapeutici, quali oncologia, pediatria, terapia intensiva e raccomandazioni sui percorsi formativi da realizzare sul tema per il personale sanitario.

Con questo mandato, il gruppo ha analizzato e discusso alcune delle principali esperienze realizzate nei servizi sanitari, quali protocolli, prassi documentate, tecniche – tra questi quello più conosciuto è il "Protocollo Buckman per la comunicazione di cattive notizie" – confrontandosi sull'impatto che l'uso di questi strumenti ha avuto sull'efficacia della comunicazione.

Dal confronto avviato si è sviluppata la consapevolezza che l'apprendimento delle tecniche deve essere preceduto da un lavoro sugli orientamenti culturali dei professionisti e sugli aspetti organizzativi che caratterizzano il contesto di cura.

Sono state analizzate pertanto alcune delle esperienze realizzate per migliorare il contesto organizzativo e le competenze dei professionisti nella relazione con gli assistiti - counselling organizzativo, percorsi di medicina narrativa, formazione mirata alla comunicazione interna - che hanno coinvolto pazienti oncologici, pediatrici e della terapia intensiva, familiari e professionisti sanitari, con l'obiettivo di individuare obiettivi condivisi per il miglioramento dei percorsi assistenziali. Un'attenzione particolare è stata dedicata ai percorsi interdisciplinari che coinvolgono diverse unità operative, dipartimenti, istituzioni, all'interfaccia ospedale e territorio, alle esperienze dei servizi di psiconcologia.

Da questo approfondimento il gruppo di lavoro ha individuato alcune raccomandazioni che, insieme a una selezione dei materiali presentati, saranno oggetto di un documento regionale rivolto alle Aziende sanitarie e alle strutture accreditate che, secondo le previsioni, dovrebbe uscire entro il 2012.

Passi d'Argento: il sistema di sorveglianza della qualità della vita degli anziani

Il sistema di sorveglianza Passi (Progressi nelle Aziende sanitarie per la salute in Italia) d'Argento, promosso dal Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie del Ministero della salute in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità, attraverso indagini campionarie, consente la raccolta di informazioni sullo stato di salute e la qualità della vita delle persone ultra-64enni, sugli interventi messi in atto dai servizi socio-assistenziali e socio-sanitari e sui risultati raggiunti.

La prima indagine è stata realizzata da 7 Regioni (Emilia-Romagna, Liguria, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta) nel 2009, e nel 2010 da altre 3 Regioni (Veneto, Abruzzo, Marche). L'indagine, coordinata da ciascuna Regione, vede la partecipazione di Enti e Istituzioni sanitarie e sociali con lo scopo di favorire una collaborazione fondamentale sia per la sostenibilità dell'indagine stessa, sia per l'utilizzo comune dei risultati e la messa in atto di interventi integrati, capaci di fornire risposte sanitarie e azioni di protezione sociale.

Nella predisposizione dello strumento di indagine (un questionario messo a punto in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità) sono state considerate anche le indicazioni strategiche dell'OMS per l'"invecchiamento attivo": partecipazione alla vita di relazione, stato di salute, sicurezza (protezione dall'influenza con la vaccinazione, ricorso a telesoccorso, protezione da ondate di calore...).

La metodologia

L'approccio adottato è quello della sorveglianza di popolazione basata su indagini epidemiologiche ripetute su campioni rappresentativi della popolazione in studio. La sorveglianza è orientata alla raccolta di poche informazioni essenziali, che rispondono ad una duplice finalità:

- descrivere i problemi e gli aspetti di salute della popolazione ultra 64enne;
- individuare e valutare azioni efficaci e strategie d'intervento.

Gli strumenti e le procedure adottate sono semplici, accettabili da operatori e cittadini e sostenibili con le risorse dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali; per la realizzazione dell'indagine è essenziale la collaborazione di Enti e Istituzioni del settore sanitario e sociale a tutti i livelli (nazionale, regionale e locale).

La popolazione in studio è costituita dalle persone di età maggiore ai 64 anni, non istituzionalizzate.

In ciascuna Regione partecipante all'indagine 2009-2010 è stato estratto il campione utilizzando le liste anagrafiche sanitarie, mentre per la raccolta dei dati è stato utilizzato un questionario standardizzato, messo a punto con la collaborazione dell'Istituto superiore di sanità.

L'indagine 2009 in Emilia-Romagna: il campione e i risultati

Il campione regionale dell'indagine 2009 è stato costituito da 620 persone di età superiore ai 64 anni, rappresentativo della popolazione regionale. Per la loro

maggiore aspettativa di vita, le donne rappresentano il 58% del campione complessivo. L'età media delle persone "campionate" è di 75 anni.

La popolazione è stata suddivisa valutando l'autonomia rispetto alle attività di base e a quelle più complesse della vita quotidiana misurate con indici validati e diffusi a livello internazionale:

- attività funzionali della vita quotidiana,
- attività strumentali della vita quotidiana.

È stato possibile così definire 4 gruppi di popolazione caratterizzati da simili livelli di autonomia e con esigenze omogenee. L'identificazione di questi gruppi di popolazione è essenziale per definire le priorità di intervento, per programmare le attività e valutare le strategie messe in atto dai servizi del settore sociale e sanitario e dall'intera società civile.

Il questionario è stato somministrato alle persone campionate da circa 100 operatori specificamente formati; gli intervistatori appartengono ai Comuni partecipanti, alle Aziende Servizi alla Persona (ASP), alle Aziende USL o ad Associazioni di volontariato.

I risultati.

Il 67% riferisce un basso livello di istruzione (nessun titolo di studio o licenza elementare), il 55% vive con familiari coetanei e il 22% vive solo, principalmente donne e nella fascia di età di 75 anni e oltre.

Il 45% (stima oltre 435mila persone) è risultato in buona salute e a basso rischio di malattia; tra gli ultra 74enni la percentuale di persone in buona salute scende al 28%. Il 25% di media (stima circa 240mila persone) risulta in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità, senza rilevanti differenze per classi d'età (28% tra i 65-74enni e 23% tra gli ultra 74enni).

Il 18% di media (stima 174mila persone) risulta con segni di fragilità; questo gruppo è più rappresentato tra gli ultra 74enni (31% contro 6% dei 65-74enni).

Le persone con segni di fragilità possono essere divise in due gruppi: con bassi segni di fragilità (10%) e con marcati segni di fragilità (8%), questi ultimi sono stimati essere 77 mila.

Il 12% di media (stima di 116mila persone) risulta con disabilità, con rilevanti differenze per classi d'età (4% tra i 65-74enni e 18% tra gli ultra 74enni). All'interno di questo gruppo si distinguono i parzialmente disabili (10%) e i totalmente disabili (2%): questi ultimi sono stimati essere 19mila.

I risultati in Emilia-Romagna secondo gli indicatori OMS di "invecchiamento attivo"

Partecipazione

Circa la metà (52%) degli ultra 64enni intervistati rappresenta ancora una risorsa per la famiglia, i conoscenti o l'intera collettività in quanto accudisce frequentemente nipoti o altri familiari, presta assistenza ad altri anziani e ha fatto attività di volontariato.

Circa un terzo degli intervistati (35%) ha riferito di partecipare in una settimana normale ad attività con altre persone, esempio al centro anziani, e il 5% a corsi di cultura, esempio di inglese o di computer.

Salute

Il 30% degli intervistati ultra 64enni ha giudicato positivamente il proprio stato di salute ma il 42% ha riferito di star peggio rispetto a un anno fa.

Circa la metà degli intervistati (51%) è attivo, il 61% è in eccesso ponderale e solo il 6% consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno raccomandate.

Il 43% consuma alcol in una giornata tipo, e tra questi il 6% lo consuma fuori pasto.

Il 10% fuma, più gli uomini che le donne (14% contro 7%).

Il 13% degli intervistati ha riferito di avere problemi di vista; tra questi il 72% ha detto di vedere male nonostante porti gli occhiali.

Il 16% ha riferito difficoltà uditive e tra questi l'83% non porta la protesi acustica.

Il 28% degli intervistati ha riferito di avere problemi di masticazione, tra questi solo il 45% è andato dal dentista.

Il 19% delle persone intervistate ha riferito sintomi di depressione e il 10% è risultato essere a rischio di isolamento.

Le persone ultra 64enni che non possono contare su alcun aiuto gratuito per piccole commissioni sono il 22%.

Sicurezza

L'85% delle persone ultra 64enni ha riferito di aver sentito parlare del centro anziani o di circoli e associazioni per anziani e tra questi il 27% vi si è recato.

Il 28% ha sentito parlare dei punti unici di accesso e il 58% conosce l'esistenza dei centri di telesoccorso.

Circa un terzo ha dichiarato di aver ricevuto consigli per proteggersi dalle ondate di calore.

Quasi il 70% ha riferito di aver fatto la vaccinazione antinfluenzale nei 12 mesi precedenti all'intervista.

Le persone ultra 64enni con limitazioni in almeno un'attività strumentale della vita quotidiana sono il 42%, tra queste il 94% riceve aiuto nelle attività che non riesce a fare autonomamente, principalmente dai familiari (78%) e da persone a pagamento (21%).

Il 12% risultata disabile, di questi il 94% ha riferito di poter disporre di un aiuto nelle attività che non è in grado di svolgere da solo: nel 54% dai familiari, nel 43% da persone a pagamento e nel 3% da persone dei servizi pubblici.

Il 46% degli intervistati ultra 64enni ha riferito difficoltà economiche, cioè arriva a fine mese con qualche o con molte difficoltà.

Il 95% riceve una pensione; il 4% non ha alcun reddito e l'1% trae sostentamento solo dal lavoro o da altri redditi. Indipendentemente dal percepire una pensione, hanno un lavoro pagato il 4% degli ultra 64enni e un'attività che produce reddito il 9%.

Le prospettive e l'indagine 2012

La messa a regime di Passi d'Argento (attualmente in sperimentazione) è prevista all'interno del Piano nazionale di prevenzione. Tra aprile e maggio 2012 è partita

una nuova indagine. L'Emilia-Romagna ha esteso il proprio campione con la selezione dalle liste anagrafiche sanitarie di 1.620 over64enni, residenti in 82 Comuni.

Le informazioni sono raccolte mensilmente attraverso interviste a domicilio o telefoniche. Le interviste sono condotte da personale socio-sanitario dei Comuni o delle Aziende Usl, appositamente formato.

Tutte le Aziende Usl sono coinvolte.

L'utilizzo di strumenti e metodologie di lavoro standardizzate renderà possibile il confronto dei risultati su tutto il territorio nazionale.

L'accordo Regione-AIOP

Siglato nel dicembre 2011 (delibera 2277/2011) l'accordo tra Regione e Aiop (Associazione italiana ospedalità privata) che regola le relazioni tra Servizio sanitario regionale e ospedalità privata dal punto di vista dei servizi da erogare e del budget economico a disposizione per il periodo 2012- 2014. L'intesa traduce negli aspetti economici e normativi l'accordo raggiunto nel dicembre 2010 che aveva registrato la conclusione del processo di accreditamento degli ospedali privati riaffermando dunque la loro piena integrazione nel Servizio sanitario regionale, un sistema a responsabilità interamente pubblica, imperniato sulla collaborazione e la rete.

Dal punto di vista economico, Regione e Aiop, in considerazione della gravissima congiuntura che si sta attraversando, hanno concordato che il budget resti fermo fino al 31.12.2012: 280 milioni come nel 2010 e nel 2011 (dopo l'incremento del 2,2% del budget e del 2% per le tariffe, deciso a fine 2009 sul 2010). Il caposaldo è garantire il trattamento dei pazienti, per prestazioni di media e bassa intensità, nel loro territorio: l'accordo infatti rafforza il budget a disposizione delle Aziende Usl (215,7 milioni del budget

complessivo) per la fornitura di servizi da parte di ospedali privati accreditati che hanno sede nel territorio di competenza; per la prima volta si è creato il presupposto per la contrattazione di Area vasta con indicazioni puntuali rispetto ai limiti sui volumi e ai criteri di contrattazione.

L'accordo, che non comprende le prestazioni di alta specialità (oggetto di un'altra intesa in fase di rinnovo), è distinto in una parte che riguarda le prestazioni di ricovero e una parte che comprende le prestazioni ambulatoriali. Riafferma gli obiettivi comuni di diminuzione delle liste d'attesa, ribadendo l'inclusione del privato nella programmazione.

L'accordo infine ribadisce l'importanza dei controlli sulle prestazioni erogate; la nuova delibera (n.354 del 26/3/2012) che regola i controlli sul pubblico e sul privato mette l'accento non soltanto sugli aspetti di carattere economico, ma anche sull'appropriatezza delle prestazioni sul piano delle modalità (ricovero ordinario, day hospital, ambulatoriale) e sulla congruenza rispetto alla patologia. I controlli vengono svolti dalle singole Aziende Usl, il coordinamento è a livello di Area vasta e a livello regionale.

Accordo tra Regione, Comitati regionali Coni e Comitato italiano paralimpico, Enti di promozione sportiva

L'accordo, siglato nel maggio 2012, imprime un forte impulso alla collaborazione tra Servizio sanitario e mondo dello sport, in atto da tempo.

Ha l'obiettivo di favorire l'attività fisica e sportiva quale pratica che mantiene in salute e di favorire la crescita di una cultura che rafforzi gli aspetti positivi e di salute connessi alla pratica dell'attività fisica e sportiva rifuggendo, anche attraverso interventi e programmi educazionali, l'exasperazione dello spirito agonistico. Quello che si intende promuovere è una attitudine che porti i tecnici, gli allenatori delle squadre giovanili e i dirigenti delle società sportive a motivare e coinvolgere nelle attività tutti i partecipanti, anche con proposte di "giochi di squadra" dove tutti collaborano al vivere in salute, sicuro, inclusivo e solidaristico, contrastando tensioni sociali e conflittualità diffuse derivanti dalla sempre più marcata crisi economica, combattendo la diffusione di droghe e doping in ambito sportivo.

Per realizzare questo obiettivo, l'accordo prevede, tra l'altro, un programma di formazione rivolto a dirigenti e istruttori delle società sportive in modo da valorizzare correttamente il loro ruolo.

La Regione mette a disposizione docenti esperti sulle tematiche riguardanti la relazione tra sport e salute, fa-

vorendo il coinvolgimento delle istituzioni scolastiche, in particolare degli insegnanti di educazione fisica e delle famiglie. Inoltre si impegna, in particolare col Comitato Paralimpico, a realizzare percorsi di formazione per promuovere attività fisica a beneficio delle persone con handicap e si impegna, con il proprio Centro regionale antidoping (con sede all'Azienda Usl di Modena), a contrastare l'uso di sostanze dopanti e l'abuso di farmaci e integratori. Per attivare il programma di formazione, la Regione ha riservato un finanziamento di 50.000 euro da dedicare a corsi rivolti a dirigenti e allenatori, in corso di definizione.

Il Coni, il Comitato italiano paralimpico e gli Enti di promozione sportiva, da parte loro, con l'accordo si impegnano a favorire l'aumento del numero di associazioni che offrono opportunità di attività fisica sul territorio, incrementando le occasioni a disposizione della popolazione con attività nei parchi, pedibus, gruppi di cammino, e attività nell'ambito del progetto "prescrizione dell'esercizio fisico come farmaco" (per approfondimenti vedi a pag. 65).

La Regione e gli Enti sottoscrittori sono poi impegnati ad attivare un gruppo di lavoro per approfondire le tematiche riguardanti lo sviluppo di una impiantistica sportiva coerente con l'impostazione generale dell'accordo.

Il modello Hub & Spoke per l'assistenza ospedaliera

La programmazione regionale ha previsto l'adozione di uno specifico modello a rete – il modello Hub & Spoke (letteralmente mozzo e raggi) – per l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera di alta specialità. Questo modello prevede il collegamento tra Centri ospedalieri altamente specializzati (Hub) a cui gli ospedali o le strutture del territorio (Spoke) possono inviare gli ammalati quando le condizioni cliniche lo richiedano. Questa programmazione è fatta a livello regionale e si affianca alla programmazione locale che assicura la presenza di servizi in grado di garantire l'autosufficienza territoriale.

Sono diverse le reti Hub & Spoke già attive:

- cardiologia e cardiocirurgia,
- neuroscienze,

- trapianti,
- grandi traumi,
- grandi ustioni,
- terapie intensive perinatali e pediatriche,
- alte specialità riabilitative,
- sistema 118,
- sistema trasfusionale,
- diverse reti per specifiche malattie rare,
- genetica,
- malattie metaboliche ereditarie (2011),
- malattie rare pediatriche (2011).

In programmazione anche altre reti, tra le quali la rete della diagnostica di laboratorio di elevata complessità e la rete per la pneumologia.

La rete Hub & Spoke per le malattie rare pediatriche (delibera 1897/2011)



- H** = Centro Hub (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna)
S = Centri spoke (Aziende Usl di Piacenza, Imola, Ravenna, Forlì, Cesena, Rimini; Aziende Ospedaliero-Universitarie di Parma, Modena, Ferrara; Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia)

La rete Hub & Spoke per le malattie metaboliche ereditarie (delibera 1898/2011)



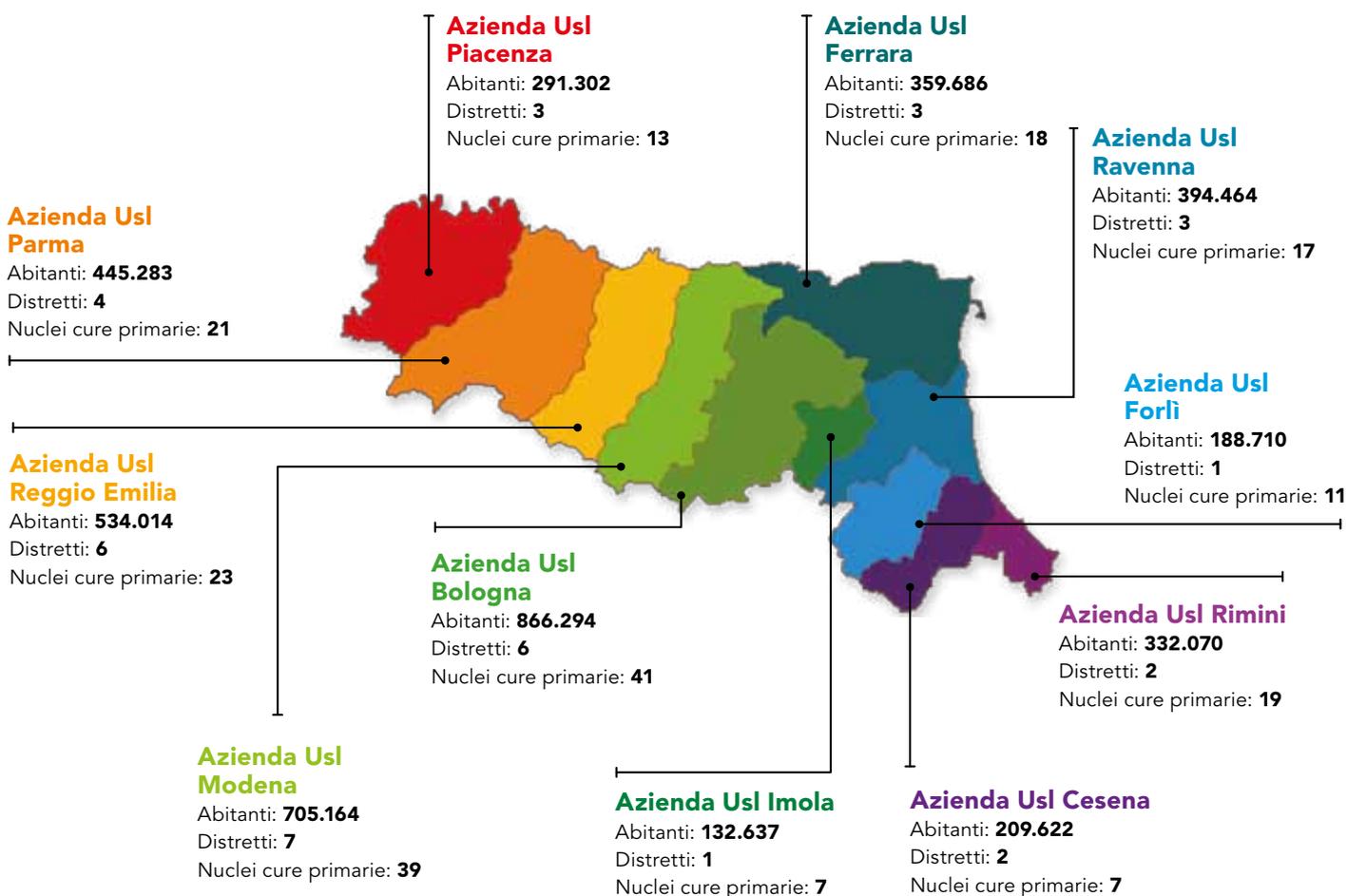
- H** = Centro Hub (Azienda Usl di Piacenza, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna)
HS = Centri Hub & Spoke (Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna)
S = Centri spoke (in tutte le 11 Aziende Usl)

L'organizzazione del Distretto

Il Distretto è l'articolazione territoriale dell'Azienda Usl garante dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea). Costituisce l'ambito in cui si rilevano i bisogni, si programmano i servizi, si eroga assistenza sanitaria e socio-sanitaria, si valutano i risultati. Il Distretto com-

missiona i servizi ai diversi Dipartimenti: quelli territoriali (Dipartimento di cure primarie, Dipartimento di sanità pubblica, Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche) e quelli ospedalieri. Al 31 dicembre 2011 i Distretti sono 38 e i Nuclei di cure primarie 216.

Distretti, Nuclei di cure primarie, Popolazione di riferimento - Anno 2011



La Casa della salute

In Emilia-Romagna sono 49 le Case della salute già funzionanti.

Previste dalla delibera di Giunta regionale 291/2010, le Case della salute sono strutture di erogazione di servizi sanitari, socio sanitari e socio assistenziali rivolti alla popolazione dell'ambito territoriale di riferimento del Nucleo di cure primarie.

Sono basate sulla forte integrazione tra i diversi professionisti dei diversi servizi presenti in modo da assicurare globalità della presa in carico e continuità delle cure. Sono un presidio del Distretto, la cui gestione è affidata al Dipartimento di cure primarie.

Possono avere diversa complessità (e offrire diversi servizi) in relazione alla densità della popolazione del territorio di riferimento e alla loro collocazione geografica. Tre sono le tipologie di Casa della salute:

Casa della salute "piccola"

Garantisce assistenza di medicina generale per 12 ore al giorno (8-20), assistenza infermieristica, consultoriale di 1° livello con presenza di ostetrica, ufficio coordinamento cure domiciliari, Cup. È presente anche l'assistente sociale.

Casa della salute "media"

Garantisce anche specialisti ambulatoriali, continuità assistenziale (e quindi assistenza h 24), ambulatorio pediatrico, ambulatori di sanità pubblica per attività di vaccinazione e screening. Eventuale presenza di palestra per esercizio fisico.

Casa della salute "grande"

Garantisce tutte le attività assistenziali relative alle cure primarie, alla sanità pubblica e alla salute mentale. Assicura risposte ai bisogni sanitari e socio-sanitari che non richiedono ricovero ospedaliero.

Le Case della salute già funzionanti

Al 30 giugno 2012 sono 49 le Case della salute, articolate per distretto, funzionanti:

10 Case della salute Azienda Usl di Parma

Distretto Parma: Colorno;

Distretto Fidenza: S. Secondo Parmense, Busseto;

Distretto Sud-Est: Sala Baganza, Felino, Langhirano, Traversetolo, Monticelli;

Distretto Valli Taro-Ceno: Medesano, Bedonia.

9 Case della salute Azienda Usl di Reggio Emilia

Distretto Montecchio: Sant'Ilario D'Enza;

Distretto Guastalla: Reggiolo, Boretto, Brescello, Novellara;

Distretto Correggio: Fabbrico;

Distretto Scandiano: Rubiera;

Distretto di Reggio Emilia: 2 Case della salute.

2 Case della salute Azienda Usl di Modena

Distretto Pavullo: Fanano, Pievepelago.

7 Case della salute Azienda Usl di Bologna

Distretto Porretta Terme: Porretta Terme,

Distretto Pianura Est: S.Pietro in Casale, Pieve di Cento, Molinella;

Distretto Pianura Ovest: Crevalcore;

Distretto Bologna: Bologna 2 Case della salute.

2 Case della salute Azienda Usl di Imola

Distretto Imola: Castel S.Pietro, Medicina.

3 Case della salute Azienda Usl di Ferrara

Distretto Sud-Est: Portomaggiore;

Distretto Centro-Nord: Copparo, Ferrara.

5 Case della salute Azienda Usl di Ravenna

Distretto Ravenna: Russi, Cervia;

Distretto Faenza: Faenza, Brisighella;

Distretto Lugo: Bagnacavallo.

2 Case della salute Azienda Usl di Forlì

Distretto Forlì: Modigliana, Predappio.

4 Case della salute Azienda Usl di Cesena

Distretto Rubicone: Savignano, Cesenatico, Gambettola;

Distretto Cesena: Mercato Saraceno.

5 Case della salute Azienda Usl di Rimini

Distretto Rimini: Bellaria, Santarcangelo, Rimini;

Distretto Riccione: Coriano, Morciano di Romagna.

In altre 9 strutture a oggi sono presenti servizi sanitari riconducibili alle Case della salute (accoglienza-accettazione, Cup, punto prelievi, ambulatorio ostetrico e pediatrico, ambulatorio infermieristico e di medicina di gruppo), pur mancando ancora taluni requisiti previsti dalla normativa regionale per essere riconosciute formalmente Case della salute.

In particolare ve ne sono: 2 a Piacenza (**Distretto Levante:** Bettola, Cortemaggiore); 4 a Reggio Emilia (**Distretto Castelnuovo Monti:** Busana, Toana, Carpineti, Villa Minozzo); 3 a Modena (**Distretto Sassuolo:** Montefiorino; **Distretto Mirandola:** Finale Emilia; **Distretto Castelfranco Emilia:** Bomporto).

La rete delle farmacie oncologiche

Garantire una maggior sicurezza per il paziente e per gli operatori addetti alla manipolazione dei farmaci, fornire un supporto qualificato e costante allo specialista, rispettare le norme di qualità per i farmaci preparati, ottimizzare l'utilizzo delle risorse destinate alle terapie antitumorali. Questi gli obiettivi della "rete delle farmacie oncologiche", l'insieme delle farmacie ospedaliere delle Aziende sanitarie che hanno al proprio interno i laboratori di preparazione dei farmaci antitumorali (Unità farmaci antitumorali - UFA).

Sono noti i rischi dovuti alla manipolazione dei farmaci chemioterapici antitumorali: le leggi in vigore prevedono che essa avvenga secondo le procedure previste dalle "Linee guida per la sicurezza dei lavoratori esposti a chemioterapici antitumorali in ambiente sanitario" (Gazzetta ufficiale n. 236 del 7 ottobre 1999).

La rete delle farmacie oncologiche

Dopo l'avvio delle attività in singole realtà, a partire dal 2009, la Regione ha intrapreso un percorso volto a sviluppare la centralizzazione degli allestimenti di questi farmaci.

Le farmacie oncologiche devono adottare parametri omogenei nei programmi informatizzati per l'allestimento dei farmaci e per la gestione dell'intero processo terapeutico; devono procedere alla standardizzazione di criteri tecnici e organizzativi, al monitoraggio dell'uso dei protocolli definiti e dei nuovi prodotti, individuando modalità per evidenziare le interazioni e le tossicità dei medicinali manipolati.

Il percorso prevede inoltre l'implementazione delle procedure di allestimento delle terapie con un data set di parametri clinici (formulati con il contributo della Commissione oncologica regionale), utili a un reale governo dell'area oncologica. Devono inoltre essere ricercate e rafforzate le relazioni con gli specialisti e tra professionisti per la presa in carico del paziente oncologico e individuate modalità per una efficace riduzione degli eventi avversi da farmaci.

Nel 2011 l'allestimento centralizzato è presente nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie di Parma, Modena, Bologna e Ferrara, nell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, nelle Aziende Usl di Piacenza, Ravenna e Rimini e nell'Irccs in "terapie avanzate nell'ambito dell'oncologia medica" (Irst di Meldola), che è punto di riferimento anche per Cesena.

L'Azienda Usl di Bologna disporrà di un laboratorio centralizzato nel corso del 2012, mentre riorganizzazioni sono previste nelle realtà di Parma, Reggio e Modena.

La formazione

Assume grande rilevanza, nell'ambito della rete delle farmacie oncologiche, l'addestramento e la formazione continua del personale coinvolto nelle Unità farmaci antitumorali per sviluppare le necessarie competenze e assicurare la qualità dei medicinali allestiti.

A partire dal 2009, in coincidenza con la realizzazione delle Rete, al fine di creare un tessuto omogeneo di conoscenze, la Regione ha intrapreso percorsi formativi organizzando corsi annuali rivolti ai farmacisti che operano nei Laboratori UFA o in formazione nel settore specifico, ai farmacisti preposti ai Dipartimenti di oncologia, ai tecnici di laboratorio e personale sanitario che operano nei laboratori UFA. L'obiettivo è migliorare la qualità e la sicurezza delle terapie oncologiche attraverso la condivisione delle esperienze realizzate a livello dei Centri UFA già a regime e favorire il confronto con esperti medici e farmacisti. Altro obiettivo è standardizzare il management dei laboratori e garantire la somministrazione dei farmaci in sicurezza. I corsi condotti nel 2010 e nel 2011 hanno affrontato temi clinici correlati alle più importanti patologie oncologiche (mammella, polmone, rene, colon retto, gastrico, melanoma, mieloma multiplo, sindromi mielodisplastiche e vari tipi di leucemie), coniugati con gli aspetti farmaceutici e organizzativi dei Centri UFA. I 7 Centri di esperienza consolidata delle Aziende Ospedaliero-Universitarie di Parma, Modena, Ferrara, Bologna, dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, dell'Azienda Usl di Ravenna e dell'Irccs di Meldola hanno inoltre garantito stage formativi per personale farmacista e tecnico dedicato ai laboratori UFA di nuova istituzione.

La ricerca

La rete delle farmacie oncologiche ha sviluppato un progetto di ricerca sulla stabilità (validità) nel tempo di alcuni farmaci oncologici di elevato impatto economico. La scheda tecnica dei farmaci, così come è ora, riporta validità dei preparati molto limitate nel tempo, mentre in letteratura sono presenti studi che dimostrano la possibilità di estendere tale validità.

Anche lo studio condotto dalla rete regionale ha prodotto risultati in linea con quelli già pubblicati. L'applicazione nella pratica quotidiana dei risultati di questa ricerca richiede la definizione e condivisione di stringenti procedure di qualità applicate in ogni fase di gestione del laboratorio.

Dati di produzione dei laboratori UFA

Il numero degli allestimenti oncologici dei 7 laboratori con esperienza consolidata, relativi all'anno 2010, è pari a 190.881, distribuito in misura omogenea tra i Centri, in rapporto alle dimensioni del bacino di popolazione di riferimento.

Oltre all'allestimento dei farmaci oncologici, nei diversi laboratori UFA vengono allestiti anche farmaci oncologici di carattere sperimentale e farmaci che completano la terapia dei pazienti, i cosiddetti "ancillari". Le preparazioni totali di farmaci ancillari sono state nel 2010 pari a 138.689.

La rete Sole (Sanità on line), il Fascicolo sanitario elettronico, il Patient summary, la cartella elettronica di assistenza domiciliare

È praticamente a regime con il 98% dei medici e pediatri di famiglia collegati agli altri Servizi e professionisti del Servizio sanitario regionale, la rete Sole (Sanità on line), la rete telematica promossa nel 2003 dalla Regione Emilia-Romagna per facilitare il dialogo tra tutti i professionisti del Servizio sanitario regionale (medici e pediatri di famiglia, specialisti ospedalieri e del territorio, uffici amministrativi), e per semplificare il rapporto dei cittadini con i servizi di cui usufruiscono "facendo girare le informazioni" (sono le prescrizioni, i referti, le lettere di dimissione che viaggiano in via informatica, solo e se i cittadini interessati hanno dato il loro consenso al medico curante o all'Azienda sanitaria di residenza).

La rete Sole, che gestisce i dati sanitari dei cittadini a fini assistenziali è stata costruita secondo criteri di sicurezza e affidabilità molto elevati, nonché sul consenso formale degli interessati, perché sulla base di tali informazioni i professionisti adottano decisioni riguardo la salute delle persone, prescrivono farmaci, eseguono interventi chirurgici...

Dal 2003 al 2011, la rete Sole ha comportato un investimento di 54 milioni di euro e un costo di gestione annuo di circa 8 milioni.

L'Emilia-Romagna è tra le prime Regioni per qualità e quantità in fatto di adozione di tecnologie informatiche in sanità. La scelta di destinare risorse importanti, nel corso di questi ultimi anni, ad un sistema che ha caratteristiche di bassa tangibilità, alta complessità (anche per la numerosità delle componenti) e che presuppone un forte cambiamento dei comportamenti dell'organizzazione, ovvero delle persone che vi operano, è stata una scelta coraggiosa e lungimirante, che oggi sta dando frutti concreti.

I risultati della rete Sole

Sono attive le comunicazioni in automatico riguardo agli aggiornamenti anagrafici degli assistiti.

Tutti i professionisti, per le prescrizioni, utilizzano un unico catalogo regionale delle prestazioni specialistiche. Tutte le prescrizioni di farmaci e di prestazioni specialistiche (visite ed esami), oltre che stampate sulle classiche

ricette "rosse", oggi viaggiano anche per via telematica e potranno, tra non molto (verificata l'affidabilità e la sicurezza dei sistemi di validazione e comunicazione), sostituire completamente il ciclo cartaceo evitando file di attesa negli ambulatori, soprattutto per i pazienti cronici.

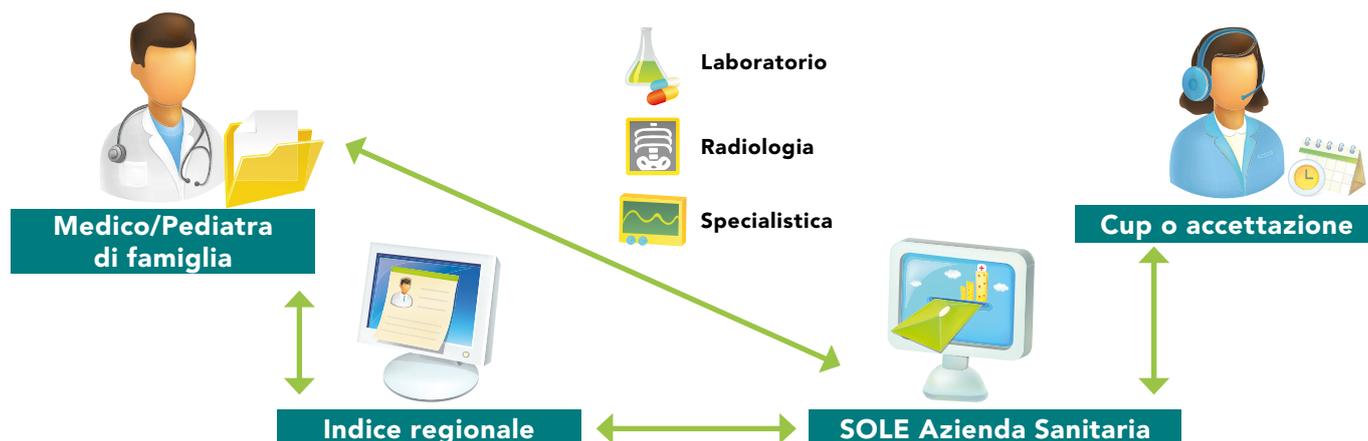
Attraverso la rete Sole sono poi raccolti i dati relativi alle vaccinazioni antinfluenzali, a partire da quelli della campagna vaccinale 2010-2011.

Mediante l'integrazione realizzata tra i sistemi aziendali e le cartelle dei medici di medicina generale è possibile trasferire l'informazione relativa alle esenzioni per patologia, per reddito e anche le informazioni riguardanti le fasce reddituali rispetto al ticket (definite con la delibera 1190/2011) così da permettere la compilazione corretta e automatica delle prescrizioni di farmaceutica e specialistica ambulatoriale.

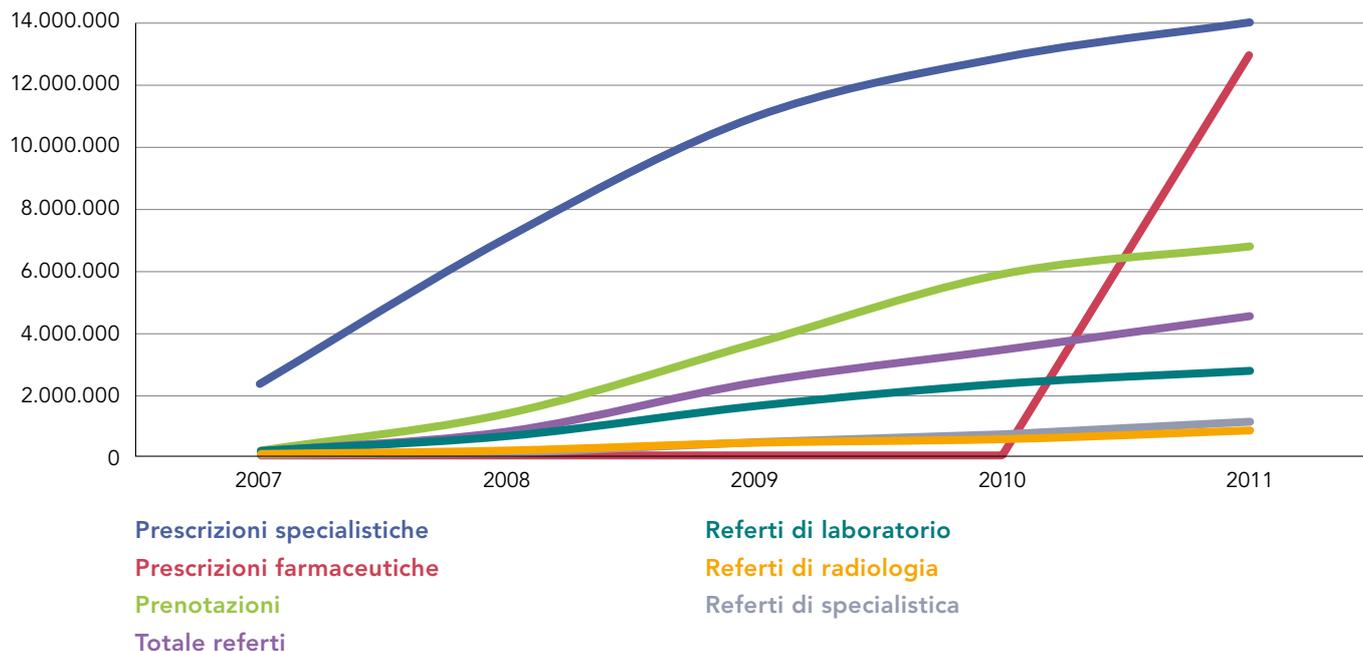
Il servizio di desk, accessibile mediante numero verde o e-mail, per medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, è attivo dalle 8.30 alle 18 dei giorni feriali. I problemi segnalati sono risolti nel 90% dei casi entro le 24 ore, laddove necessario sono attivati interventi presso la sede dell'ambulatorio del medico, in questo caso i tempi di risoluzione del problema sono naturalmente più lunghi.

I documenti scambiati nella rete Sole sono aumentati nel corso degli anni in relazione al numero dei medici e pediatri di famiglia via via collegati alla rete e anche in relazione ai sistemi di refertazione, anch'essi via via integrati nella rete. È da considerare che ogni prescrizione e ogni referto possono riferirsi a più di una prestazione, in particolare le prescrizioni di prestazioni di laboratorio possono riportare fino a 8 prestazioni per prescrizione e sono generalmente riportate oltre una decina di prestazioni per referto: per questo motivo non trovano corrispondenza il numero dei documenti movimentati nella rete Sole con il numero delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario regionale nel 2011. Inoltre, si deve considerare che i documenti possono essere scambiati sulla rete Sole solo previo consenso dell'interessato, e i consensi raccolti al 31.12.2011 corrispondono a circa il 60% dei cittadini della regione.

Il ciclo della comunicazione nella rete Sole



Documenti scambiati nella rete Sole – Anni 2007-2011



Le potenzialità offerte dalla rete Sole

La rete telematica Sole ha grandi potenzialità: è sulla base di questa infrastruttura che è stato possibile mettere a disposizione dei cittadini la prenotazione online (www.cupweb.it), il pagamento online dei ticket (www.pagonlinesanita.it), la costruzione del Fascicolo sanitario elettronico (www.fascicolo-sanitario.it), e di mettere a disposizione dei professionisti sanitari il Patient summary e la cartella clinica elettronica di assistenza domiciliare.

Il Fascicolo sanitario elettronico

Il Fascicolo sanitario elettronico, definito dalle linee guida nazionali del Ministero della salute, consiste nella raccolta di documenti sanitari di ciascun cittadino. È disponibile in ogni momento su Internet - www.fascicolo-sanitario.it - (qualora il singolo cittadino abbia deciso di costruirlo e abbia sottoscritto il proprio consenso formale) in forma protetta e riservata, vale a dire consultabile solo attraverso l'utilizzo di credenziali personali di accesso. Ogni cittadino può decidere di costruire il suo Fascicolo in qualsiasi momento; se decide di non farlo, non c'è alcuna conseguenza sul diritto a ricevere tutti i servizi sanitari e socio-sanitari erogati dal Servizio sanitario.

Il nucleo minimo di documenti che debbono comporre il Fascicolo sanitario elettronico, secondo le linee guida, comprende referti, verbali di Pronto soccorso e Patient summary (documento informatico sanitario che riassume la storia clinica del paziente e la sua situazione corrente). In Emilia-Romagna, sono disponibili anche lettere di dimissione, prescrizioni specialistiche e farmaceutiche. I Fascicoli sanitari elettronici effettivamente attivati al 31.12.2011 in Emilia-Romagna sono circa 4.000.

Nel corso del 2012, anche dal portale www.fascicolo-sanitario.it si potrà usufruire di altri servizi già disponibili on line (il pagamento del ticket e la prenotazione), la scelta o revoca del medico o pediatra di famiglia. Inoltre, sempre nel corso del 2012, lo scaricamento del

referto dal Fascicolo avrà valore di consegna referto, in tal modo sarà possibile accelerare i tempi di consegna e ridurre i costi per i cittadini che intenderanno avvalersi di questa possibilità.

Il Patient summary

Tra i documenti che compongono il Fascicolo sanitario elettronico è compreso anche il Patient summary, la storia clinica del paziente e la sua situazione corrente. È creato e aggiornato dal medico o pediatra di famiglia, sulla base del consenso Sole. La possibilità di poterne disporre migliora la continuità della cura in situazioni di cronicità ed è importante in situazioni di emergenza. Sono state effettuate alcune sperimentazioni riguardo l'utilizzo del Patient summary con la collaborazione di alcuni Nuclei delle cure primarie nelle province di Piacenza, Bologna e Cesena. La sperimentazione ha permesso di perfezionare la struttura del documento e di precisarne meglio i contenuti obbligatori e facoltativi.

La Cartella clinica elettronica di assistenza domiciliare

È iniziata nel 2011, e si completerà nel corso del 2012, la sperimentazione di una Cartella clinica elettronica per l'assistenza domiciliare (ADI Summary); le informazioni contenute saranno raccolte e inserite nel database da parte di tutti i professionisti che forniscono assistenza al domicilio del paziente, previo il consenso dell'assistito. Il Patient summary è una delle fonti di dati che concorrono alla compilazione dell'ADI Summary. Mediante tale cartella sarà possibile - in qualunque momento e in qualunque luogo ove sia disponibile un collegamento internet - a ogni singolo medico opportunamente abilitato (specialista, medico di famiglia, pediatra, medico di guardia medica, o infermiere) consultare e/o aggiornare la cartella e conseguentemente prendere decisioni e comunicarle in tempo reali oltre che all'assistito, ai colleghi che hanno in cura il paziente.

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

Servizi sanitari

Il processo di autorizzazione e accreditamento dei servizi sanitari è stato definito dalla l.r. 34/98 (e successive modifiche); le norme sono applicate con delibere di Giunta dal 2004. L'obiettivo è fornire garanzie di qualità delle strutture e dei servizi sanitari ai cittadini. L'autorizzazione è finalizzata a garantire il rispetto dei requisiti strutturali e di sicurezza per i pazienti e per gli operatori in qualsiasi struttura sanitaria, pubblica o privata; l'accreditamento assicura il rispetto di predefiniti requisiti di qualità delle strutture sanitarie e dei professionisti che intendono operare per conto del Servizio sanitario regionale (anche strutture che gestiscono formazione). Il processo di verifica del possesso dei requisiti necessari all'accreditamento è attivo dal 2004. Sono già state visitate tutte le strutture private: di degenza (ospedali privati), residenziali (psichiatriche e per persone dipendenti da sostanze), hospice e ambulatoriali; sono già state verificate le strutture ospedaliere pubbliche, i Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche e gli hospice delle Aziende Usl. Sono in corso di avvio le procedure che riguardano i Dipartimenti di sanità pubblica e i Dipartimenti delle cure primarie.

Servizi socio-sanitari e sociali

L'autorizzazione al funzionamento dei servizi sociali e sociosanitari (Dgr. 564/2000) è rilasciata dal Comune, in seguito all'istruttoria di una commissione. I criteri e le linee guida per l'accreditamento, insieme all'elenco dei servizi sociali e socio-sanitari interessati, sono stati definiti con delibera di Giunta 772/2007. L'accreditamento dei servizi, pubblici e privati, ha l'obiettivo di assicurare qualità dei servizi e delle strutture. È basato su alcuni capisaldi, tra questi:

- tipologia e dimensione dei servizi da accreditare sono demandate alla programmazione distrettuale;
- sostituisce il sistema degli appalti e, dopo il rilascio dell'accreditamento, i rapporti tra Comune Aziende Usl e gestori sono disciplinati da un contratto di servizio;
- richiede responsabilità gestionale unitaria del servizio;
- prevede percorsi di qualificazione dei lavoratori e il superamento graduale delle forme di lavoro precario e dequalificato.

L'accreditamento avviene con un processo graduale (l.r. 4/2008). La delibera 514/2009 ha definito i requisiti per l'accreditamento dei servizi socio-sanitari per anziani e disabili: assistenza domiciliare, centri diurni per anziani e per disabili, case residenza per anziani non autosufficienti e centri residenziali socio-riabilitativi per disabili. Con la definizione del sistema tariffario per tali tipologie di servizi, è entrato in vigore, dal 2009, il sistema di accreditamento.

Fino al 2009, poteva essere rilasciato l'accreditamento transitorio a servizi già inseriti nella rete di offerta (915 i servizi accreditati, tutti regolati a contratto di servizio con scadenza 30.12.1013). Dopo tale data l'accreditamento, in presenza dei requisiti richiesti, diverrà definitivo, durata di 5 anni, rinnovabile per altri cinque. Dall'1.1.2011 possono essere rilasciati solo accreditamenti provvisori a servizi di nuova istituzione: prioritariamente servizi pubblici; per i servizi privati è prevista una selezione tra più offerte. L'accreditamento provvisorio prevede un periodo di prova di un anno, al termine del quale può essere rilasciato l'accreditamento definitivo. Anche per questo tipo di accreditamento è prevista una fase di graduale maturazione dei requisiti che si completerà il 31.12.2012. A fine 2011 risultano accreditati provvisoriamente 18 servizi socio-sanitari di nuova istituzione.

Laboratori di comunità per la partecipazione

Come richiamato nel Piano sociale e sanitario 2008-2010, la Regione pone la "comunità" come punto di riferimento delle politiche per attivare percorsi di partecipazione, di coinvolgimento e di ascolto dei cittadini, per la definizione di politiche di welfare e rafforzare l'interazione tra Istituzioni e cittadini.

Laboratori di comunità per la partecipazione

L'ambito di lavoro è costituito dalla individuazione di indicazioni regionali per la programmazione locale in una prospettiva di empowerment di comunità e quindi di percorsi decisionali a forte impronta partecipativa. L'obiettivo è di estrapolare da esperienze in atto nel territorio regionale (ad esempio "C'entro", la comunità locale costruisce servizi per le famiglie nel Distretto di Scandiano), indicazioni operative su come si potrà realizzare la programmazione locale in senso parteci-

pativo, considerando i diversi livelli del processo decisionale. Tale obiettivo verrà perseguito attraverso il rafforzamento di competenze specifiche di chi occupa posizioni strategiche nel percorso di programmazione locale. Il percorso è quindi costituito da un ciclo di Laboratori rivolti ai responsabili degli Uffici di piano dei Comuni, degli Uffici di supporto alle Conferenze territoriali sociali e sanitarie, e ai direttori dei Distretti (145 persone in totale).

Le tappe del percorso.

- Mappatura dei casi di empowerment di comunità o processi decisionali partecipativi nell'ambito delle politiche di welfare (2011-2012).
- Realizzazione dei Laboratori di comunità (maggio-ottobre 2012).
- Definizione del documento per le indicazioni operative per realizzare la programmazione locale in senso partecipativo (novembre 2012).

Coordinamento editoriale e di redazione: Marta Fin
Hanno partecipato alla redazione: Lucio Diletti, Nicola Quadrelli, Nicola Santolini,
dirigenti e funzionari della Direzione generale sanità e politiche sociali e dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale.

Progetto grafico e impaginazione:
Tracce - Modena

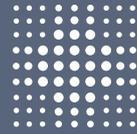
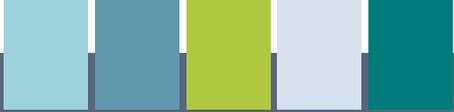
Stampa:
Cantelli Rotoweb - Castel Maggiore Bologna

settembre 2012

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

www-saluter.it
infosaluter@saluter.it

Numero verde del Servizio sanitario regionale: 800 033 033



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

