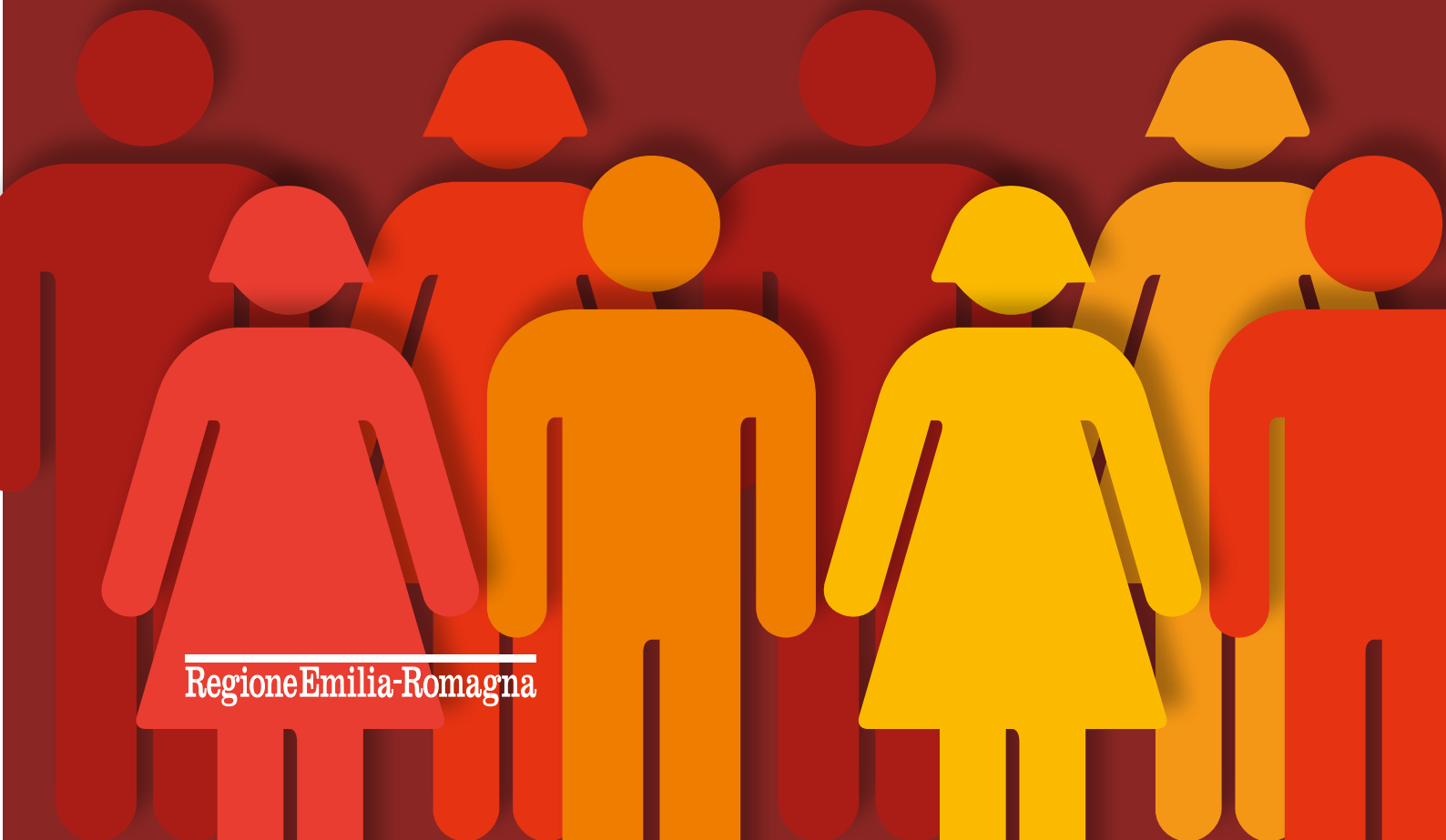
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

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

Le strutture, la spesa, le attività al 31.12.2010
Programmi, accordi e modelli organizzativi



RegioneEmilia-Romagna

INDICE

Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna: i risultati al 31 dicembre 2010 e gli impegni 2-3

Struttura, spesa, attività

La popolazione 4-5-6-7-8
Aziende sanitarie, Irccs, personale, posti letto pubblici, medici e pediatri di famiglia, Aree vaste 9-10
Spesa per funzioni e livelli di assistenza per cittadini residenti, spesa pro-capite 11
L'evoluzione della spesa: raffronto tra Regioni, saldo mobilità interregionale 12-13
Tempi medi di pagamento dei fornitori di beni e servizi 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 16-17
Investimenti per edilizia sanitaria e socio-sanitaria 18-19
Assistenza ospedaliera: posti letto, ricoveri, attrazione extraregionale, tempi di attesa per ricoveri programmati, accessi Pronto soccorso 20-21
Specialistica ambulatoriale: il numero di prestazioni, la tipologia, l'andamento negli anni 22-23
L'assistenza nei Consultori familiari, negli Spazi giovani e negli Spazi per le donne immigrate e i loro bambini 24-25
Assistenza domiciliare 26
Assegni di cura 27-28
Assistenza in residenze per persone anziane, con disabilità, disagio psichico, dipendenze patologiche 29-30
Assistenza in hospice 31
Servizi per la salute mentale adulti e minori 32-33
Servizi per le tossicodipendenze 34
Servizi per le demenze senili 35
Donazione e trapianto di organi, tessuti, cellule, sangue cordonale 36-37
Donazione e consumo unità di sangue 38
Screening dei tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto 39-40
Le vaccinazioni 41-42-43
La tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori 44-45-46
Sicurezza alimentare e nutrizionale 47-48

Programmi, accordi e modelli organizzativi

I programmi di ricerca e innovazione 49
L'Osservatorio regionale per l'innovazione 50
Formazione nel sistema sanitario regionale 51
I due nuovi Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) di Bologna e Reggio Emilia 52
Il Piano regionale della prevenzione 2010-2012 53-54
Sicurezza del lavoro: il Piano regionale edilizia e il Piano regionale agricoltura 55
Prevenzione e diagnosi precoce dei tumori della mammella: il percorso diagnostico-terapeutico per le donne a rischio ereditario 56
Programmi per la prevenzione, la sorveglianza, la gestione dei rischi correlati all'assistenza 57-58
Pronto soccorso: le prestazioni esenti da ticket 58
Le linee guida per l'assistenza alle persone con epilessia 59
Il nuovo Piano per il governo delle liste di attesa per la specialistica ambulatoriale e per i ricoveri programmati 60-61
Il programma per l'utilizzo del Fondo regionale per la non autosufficienza 62
Il Programma regionale dipendenze 2011-2013 63
Il programma regionale per il superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) di Reggio Emilia 64
Il Prontuario dei farmaci a brevetto scaduto 65
Il modello Hub & Spoke per l'assistenza ospedaliera 66
L'organizzazione del Distretto 66
La Casa della salute 67
Il Profilo di Nucleo di cure primarie 68
Gli Accordi tra Regione, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta 69
La Convenzione tra Servizio sanitario regionale e Soccorso Alpino per il soccorso in montagna 70
L'intesa tra Regione Emilia-Romagna e AIOP 70
La rete Sole (Sanità on line), il Patient summary, il Fascicolo sanitario elettronico 71-72
Autorizzazione e accreditamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali 73
Le direttiva per l'organizzazione e il funzionamento delle Aree vaste 74
Servizi telefonici e on line: informazioni, prenotazioni, pagamento ticket 75

Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna: i risultati al 31 dicembre 2010 e gli impegni

Il Servizio sanitario regionale, pur nella situazione di crisi economica e di difficoltà di finanziamento, persegue il miglioramento nella programmazione e nell'organizzazione dei servizi, assumendo come principio guida la centralità della persona e dei suoi bisogni. Un principio ribadito anche nella delibera di programmazione e finanziamento del Servizio sanitario per il 2011 (n. 732/2011) dove si legge che esso si traduce "nella capacità di perseguire obiettivi i cui risultati siano misurabili proprio per la loro capacità di migliorare i servizi offerti e quindi di incidere sulla qualità della vita delle persone, integrando politiche e servizi e utilizzando al meglio le risorse economiche".

I risultati al 31 dicembre 2010

Sono complessivamente buoni i risultati ottenuti nel 2010, sia in termini di servizi erogati ai cittadini sia in termini economici: come diffusamente illustrato nelle pagine seguenti, i servizi hanno registrato incrementi e miglioramenti, a fronte di una chiusura di esercizio 2010 ancora una volta in pareggio di bilancio.

La popolazione residente è aumentata, a conferma di un trend iniziato nella seconda metà degli anni '90: sono 4.432.439 le persone residenti (più femmine 2.281.302 che maschi 2.151.137). L'aumento dei residenti è dovuto al costante incremento di nuovi cittadini (stranieri che sono venuti a vivere in Emilia-Romagna), all'incremento delle nascite (a cui contribuiscono con il 28% dei nuovi nati le mamme straniere), alla crescita della popolazione anziana, al passaggio (nel 2009) all'Emilia-Romagna di 7 Comuni dell'Alta Valmarecchia.

Aumenta il numero di dipendenti del Servizio sanitario regionale rispetto al 2009: 62.527 i dipendenti al 31 dicembre 2010 (62.181 del 2009); il numero di medici (3.176) e pediatri (602) di famiglia convenzionati è stabile, con oscillazioni di qualche unità come avviene da anni.

La spesa complessiva nel 2010 è stata pari a 8,431 miliardi di euro (8,248 miliardi nel 2009), con una spesa procapite di 1.902 euro (1.876 nel 2009). L'assistenza distrettuale continua ad assorbire il maggior numero di risorse: il 53,92% del totale. Il saldo positivo della mobilità sanitaria è di 343,93 milioni, in lieve flessione rispetto al 2009 (354,18 milioni). I tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi registrano 266 giorni in media (255 nel 2009) e sono sempre inferiori ai tempi medi nazionali (278 giorni).

Continua ad essere molto significativa la spesa per il Fondo regionale per la non autosufficienza: 468,1 milioni, con un aumento di 8,9 milioni rispetto al 2009.
La spesa farmaceutica territoriale è aumentata dello 0,7% rispetto al 2009 (quando era cresciuta dell'1,6% rispetto al 2008). Aumentata del 6,2% la spesa farmaceutica ospedaliera con una crescita più contenuta rispetto al 2009 sul 2008 (+10,2%). La spesa farmaceutica pro-capite continua ad essere inferiore a quella nazionale: 215,1 euro in Italia, 179,4 euro in Emilia-Romagna. Aumenta progressivamente, di anno in anno, la spesa per i farmaci generici: è passata dal 15% nel 2005 al 37% della spesa convenzionata nel 2010.

Gli investimenti in edilizia sanitaria e socio-sanitaria ammontano a 2,462 miliardi (periodo 1991-2010): hanno permesso nuove costruzioni, ristrutturazioni, adeguamenti funzionali e normativi della rete ospedaliera e delle strutture nel territorio. Di questi 2,462 miliardi, 368,255 milioni riguardano il programma regionale di investimenti che dedica un'attenzione particolare all'ammodernamento tecnologico (oltre il 25% delle risorse).

Stabile il numero dei posti letto in ospedali pubblici e privati accreditati: 19.606 nel 2010, il 3,58 per mille abitanti per acuti, lo 0,88 per lungodegenza e riabilitazione. Uguale a quello registrato nel 2009 l'indice di attrazione extraregionale (persone di altre Regioni che vengono in Emilia-Romagna a curarsi): 13,8%.
I tempi di attesa per gli interventi in ricovero programmato nelle aree cardiologica, vascolare ed oculistica sono in linea con gli obiettivi; migliorati, ma non accora raggiunti gli obiettivi, i tempi per l'artroprotesi d'anca; non registrano ancora una omogenea performance nelle diverse strutture gli interventi nell'area oncologica.
Rilevantissimi, e sostanzialmente stabili negli ultimi tre anni, gli accessi al Pronto soccorso: 1.826.192.

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali (visite ed esami) erogate nel 2010 sono state 76.008.277 (74.132.584 nel 2009).

Aumenta l'attività dei 219 Consultori: cresce il numero delle e degli utenti (484.805 nel 2010, +4,3% rispetto al 2009) e delle prestazioni (1.002.106 nel 2010, +6% rispetto al 2009). Molto rilevante l'attività per l'assistenza alla gravidanza: il 26,1% dell'attività, con una crescita costante delle donne straniere (da 740 nel 1995 a 11.832, il 55,4% del totale, nel 2010).

Forte incremento delle persone assistite nelle loro case: 97.354 nel 2010 (89.307 nel 2009).
Lieve flessione del numero di utenti dell'assegno di cura: 23.175 nel 2010 (23.887 nel 2009); cresce invece la spesa: 60,7 milioni (53,1 del 2009), che comprende anche il contributo aggiuntivo di 160 euro per la regolarizzazione delle assistenti familiari.
Sono 28.295 i posti residenziali e semiresidenziali per anziani, persone con disabilità, disagio psichico, dipendenze patologiche. Le strutture dedicate agli anziani (il 76,6% del totale) hanno ricoverato 24.055 persone, con un'età media di 85 anni.
Nel 2010 la rete degli hospice ha registrato un incremento dei posti letto: 241 rispetto ai 226 del 2009.

I Servizi per la salute mentale hanno visto confermato anche nel 2010 l'incremento degli assistiti adulti: 76.302 (72.084 nel 2009); i minori assistiti sono stati 38.263.
Sono state 30.471 le persone con tossico o alcodipendenza in trattamento presso i SerT, un numero sostanzialmente stabile negli ultimi anni.
I Servizi per le demenze senili hanno registrato 18.017 nuovi utenti (17.300 nel 2009); sono state 65.615 le visite (64.600 nel 2009) effettuate dai Consultori/Centri per le demenze.

Sempre a buoni livelli la donazione di organi, tessuti, cellule, sangue e sangue cordonale.
Sono stati trapiantati 325 organi (301 organi nel 2009). Buoni i tempi di attesa per gli interventi di trapianto, in linea con i tempi di attesa medi nazionali, migliori per il trapianto di cuore. Le unità di sangue raccolte hanno registrato un lieve aumento rispetto al 2009 (+2%), così come le unità di sangue utilizzate (+0,2%).
Buoni, e superiori ai dati nazionali, i risultati raggiunti dai

tre programmi di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori della mammella, del collo dell'utero, del colon-retto. Continua a registrarsi un'alta adesione all'invito: screening mammografico 73,1% (60,3% nazionale), screening collo dell'utero 57% (41,7% nazionale), screening colon-retto 51,5%, (49,5% nazionale).

Per i programmi di vaccinazione nell'infanzia e nell'adolescenza, nel 2010, pur essendo superato l'obiettivo nazionale di raggiungere il 95% degli interessati, si registra una lieve flessione in tutte le vaccinazioni.
In calo significativo il numero di vaccinati contro l'influenza stagionale: il 63,3% degli over65 anni (il 73% nel 2009), il 17,5% degli operatori sanitari (il 33,1% nel 2009), 134.734 bambini e adulti con malattie croniche (189.890 nel 2009). Il trend in calo si verifica in tutte le Regioni.
Per la vaccinazione contro il papilloma virus (HPV), la copertura vaccinale per le nate nel '97 è del 73%, per le nate nel '98 del 51,9%; risultati migliorabili, se pure in crescita rispetto allo scorso anno.

Gli infortuni sul lavoro denunciati all'Inail sono complessivamente diminuiti, se pure di poco (-1,5% rispetto allo scorso anno), sono incrementati però del 1,5% gli infortuni a lavoratori stranieri. In edilizia la riduzione è significativa: sono passati da 9.897 nel 2009 a 8.720 nel 2010; in agricoltura il numero, nei due anni, è stabile (6.753 contro 6.720).
Per la sicurezza degli alimenti e della nutrizione i controlli sono sull'intera filiera. Diminuiscono le irregolarità negli impianti di produzione di alimenti di origine animale, in leggero aumento le irregolarità negli impianti di produzione di alimenti di origine vegetale e nella ristorazione. Il piano di sorveglianza delle salmonellosi negli allevamenti di polli e tacchini ha confermato un basso livello di diffusione dei sierotipi più pericolosi per le persone.

Programmi, accordi, modelli organizzativi

A fine 2010 è stato approvato il nuovo Piano triennale della prevenzione: un piano costruito sulle indicazioni del Piano nazionale, sull'analisi dell'avanzamento dei progetti avviati con il precedente Piano regionale, sul "Profilo di salute" della popolazione, utile a stabilire le priorità di intervento.
Approvati i Piani per la sicurezza del lavoro in due comparti particolarmente a rischio infortuni: l'edilizia e l'agricoltura.
Per la prevenzione dei tumori della mammella, partirà dal gennaio 2012 il percorso diagnostico-terapeutico, gratuito, per le donne a rischio ereditario di sviluppare tumore al seno; l'intervento si affianca all'allargamento del programma di screening mammografico a tutte le donne da 45 a 74 anni.

Proseguono, con la definizione delle attività per il triennio 2010-2012, I programmi di ricerca e innovazione per portare nei servizi le nuove tecnologie, i nuovi modelli organizzativi, le nuove pratiche che la ricerca mette a disposizione, attentamente valutati, prima della loro adozione.

Con il riconoscimento degli Irccs di Reggio Emilia (Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia) e di Bologna (Istituto delle neuroscienze), il Servizio sanitario regionale può contare su una rete di Irccs.
Anche questo riconoscimento contribuisce a dare impulso alla ricerca, a pieno titolo parte dell'attività istituzionale del Servizio sanitario.
Proseguono i programmi per la prevenzione, la sorveglianza e la gestione dei rischi correlati all'assistenza.

Ampliate le prestazioni gratuite al Pronto soccorso: l'obiettivo è garantire gratuità per tutte le prestazioni, in modo omogeneo e in tutto il territorio regionale, erogate in modo appropriato. Definite le linee guida per l'assistenza alle persone con epilessia con il contributo dell'Associazione italiana contro l'epilessia e della società scientifica Lega italiana contro l'epilessia.

Continua l'impegno del Servizio sanitario per ridurre i tempi di attesa per la specialistica ambulatoriale e per i ricoveri programmati: adottato dalla Giunta il nuovo piano triennale.

Aumentano le risorse, nel 2011 rispetto al 2010, riservate al Fondo regionale della non autosufficienza: 501 milioni di euro in totale per i servizi dedicati ad anziani non autosufficienti e a persone disabili.

Un nuovo programma triennale è stato approvato nel 2011 per le dipendenze patologiche.

Sul fronte della farmaceutica, mentre continuano le azioni per il buon governo e per l'appropriatezza nell'uso dei farmaci, è stato pubblicato il Prontuario dei farmaci generici, per potenziare, anche con questo strumento, l'utilizzo di farmaci di uguale principio attivo rispetto a quelli di marca, ma meno costosi.

Continua l'impegno per realizzare le Case della salute e per la redazione del Profilo di Nucleo di cure primarie (un'analisi dello stato di salute e dei consumi sanitari della popolazione di riferimento del Nucleo).
Nel 2011 è stato siglato il nuovo accordo tra la Regione e i medici e pediatri di famiglia, ed è stata siglata un'intesa con l'AIOP (l'associazione dell'ospedalità privata), le cui strutture sono già tutte accreditate.

Una convenzione con Soccorso Alpino Emilia-Romagna permette l'uso di personale del sistema 118 in orario di servizio nel soccorso in montagna e con verricello.
Continuano le attività per l'accreditamento di tutti i servizi sanitari e servizi socio-sanitari.
Nel 2011 la Giunta ha approvato direttive per la regolamentazione delle relazioni tra Aziende sanitarie nell'ambito dell'Area vasta di appartenenza, senza creare ulteriori livelli istituzionali.

Sostanzialmente a regime la rete Sole (che collega medici e pediatri di famiglia agli altri professionisti e alle strutture del Servizio sanitario). A partire dai dati di Sole si sta progressivamente realizzando la possibilità per gli assistiti di costruire il proprio Fascicolo sanitario elettronico.
I servizi telefonici e on line vedono un continuo sviluppo: al numero verde informativo 800 033 033 (che ha ricevuto 123.183 telefonate nel 2010), si affiancano: la Guida ai servizi on line, la prenotazione telefonica di visite ed esami, una prima attivazione (per alcune prestazioni e in alcune Aziende sanitarie) della prenotazione on line di visite ed esami, la possibilità, a regime, del pagamento del ticket on line.

Il livello di finanziamento del Servizio sanitario regionale nel 2011 (delibera n. 732 del 30 maggio 2011) è di 7.871,129 milioni di euro, comprese risorse regionali. A questa cifra si aggiungono le entrate proprie delle Aziende sanitarie e il saldo della mobilità interregionale.

La popolazione

La popolazione residente è aumentata anche nel 2010, confermando un trend in atto dalla seconda metà degli anni novanta del secolo scorso: sono 4.432.439 le persone residenti al 31 dicembre 2010, + 36.833 rispetto al 31 dicembre 2009; più femmine (2.281.302) che maschi (2.151.137). L'incremento di residenti è da mettere in relazione a tre fattori: la crescita costante di nuovi cittadini (stranieri che sono venuti a vivere in Emilia-Romagna) arrivati a 500.585 (462.840 nel 2009); all'incremento delle nascite che nel 2010 sono state 41.817 con un leggero calo rispetto al 2009 (42.117), alla crescita della popolazione con più di 65 anni, 986.845 (985.692 nel 2009).

I nuovi cittadini

Il numero di persone arrivate da altre parti del mondo è in costante aumento. Solo considerando il periodo dal 2000 al 2010 si è assistito a un incremento molto significativo: da 130.304 stranieri residenti nel 2000 a 500.585 al 31 dicembre 2010; in termini percentuali dal 3,3% nel 2000 all'11,3% della popolazione residente nel 2010. La crescita rispetto al 2009 è stata di 37.745 unità. Nel decennio le femmine sono diventate via via più numerose fino ad essere la maggioranza (a partire dal 2008 con il 50,1%): da 58.356, il 44,8% della popolazione straniera nel 2000, a 257.870, il 51,5% al 31 dicembre 2010. La crescita è nettamente superiore a quella registrata a livello nazionale dove i nuovi cittadini residenti sono il 7% della popolazione *(dato al 31 dicembre 2009, ultimo disponibile).*
L'analisi della presenza di stranieri nelle diverse Aziende Usl conferma un dato già registrato negli ultimi anni. Al 31 dicembre 2010, l'Azienda Usl con il maggior numero di stranieri residenti è Piacenza (il 13,4% della popolazione, era il 12,6% nel 2009), seguita da Reggio Emilia (13%, era il 12,3% nel 2009), Modena (12,7%, era l'11,9% nel 2009), Parma (12,5%, era l'11,5% nel 2009); poi Ravenna, Forlì, Bologna, Rimini, Cesena, Imola; in ultimo Ferrara, l'Azienda Usl con il minor numero di stranieri residenti (il 7,6% della popolazione, era il 6,8% nel 2009). Confermati anche i Paesi maggiormente rappresentati: i primi tre sono Marocco, Romania, Albania.

I nuovi nati

Sono 41.817 i bimbi e le bimbe nati nel 2010, in lieve flessione rispetto al 2009 (42.117 in totale). Rilevante il numero di nuovi nati da mamma straniera (il 28% del totale, era il 27,9% nel 2009). In regione, il tasso di natalità è di 9,5 ogni mille abitanti; è di 9,3 ogni mille abitanti in Italia (in lieve calo rispetto al 2009 quando in Emilia-Romagna il tasso era 9,7 e in Italia 9,4).

Gli anziani

Al 31 dicembre 2010 le persone con più di 65 anni sono 986.845, il 22,3% della popolazione (985.692 al 31 dicembre 2009). In Emilia-Romagna il dato è in crescita costante da oltre due decenni. Inferiore la percentuale di popolazione over 65enne a livello nazionale: il 20,2% al 31 dicembre 2009 *(ultimo dato disponibile).*
L'Azienda Usl con il numero maggiore di over 65 enni è Ferrara con il 25,3%, seguita da Piacenza (23,8%), Ravenna (23,6%), Bologna (23,5%), Forlì (23,4%).
Significativa e in linea con il 2009, la presenza di over 75enni, 516.944 in totale (l'11,7% - era l'11,5% lo scorso anno - della popolazione residente) e di over 80enni, 314.652 (il 7,1%, era il 7% lo scorso anno, della popolazione residente). Sono 154.365 i "grandi vecchi" con più di 85 anni, il 3,5% della popolazione, il 3,4 nel 2009).

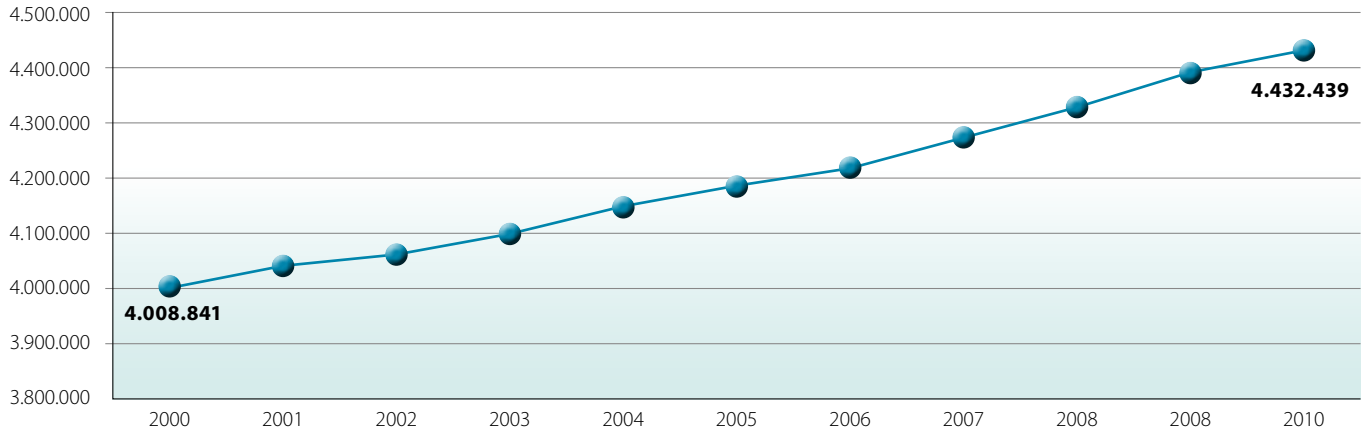
La popolazione dell'Alta Valmarecchia

Dal 1° gennaio 2010 i residenti dei 7 Comuni dell'Alta Valmarecchia (Casteldieci, Maiolo, Novafeltria, Pennabilli, San Leo, Sant'Agata Feltria e Talamello) passati dalla Regione Marche alla Regione Emilia-Romagna (legge 117/2009, l.r. 17/2009), sono parte degli assistiti del Servizio sanitario regionale (Azienda Usl di Rimini). Sono calcolati tra la popolazione residente a partire dal 2009 quando avevano contribuito all'incremento della popolazione regionale residente con 18.133 abitanti.

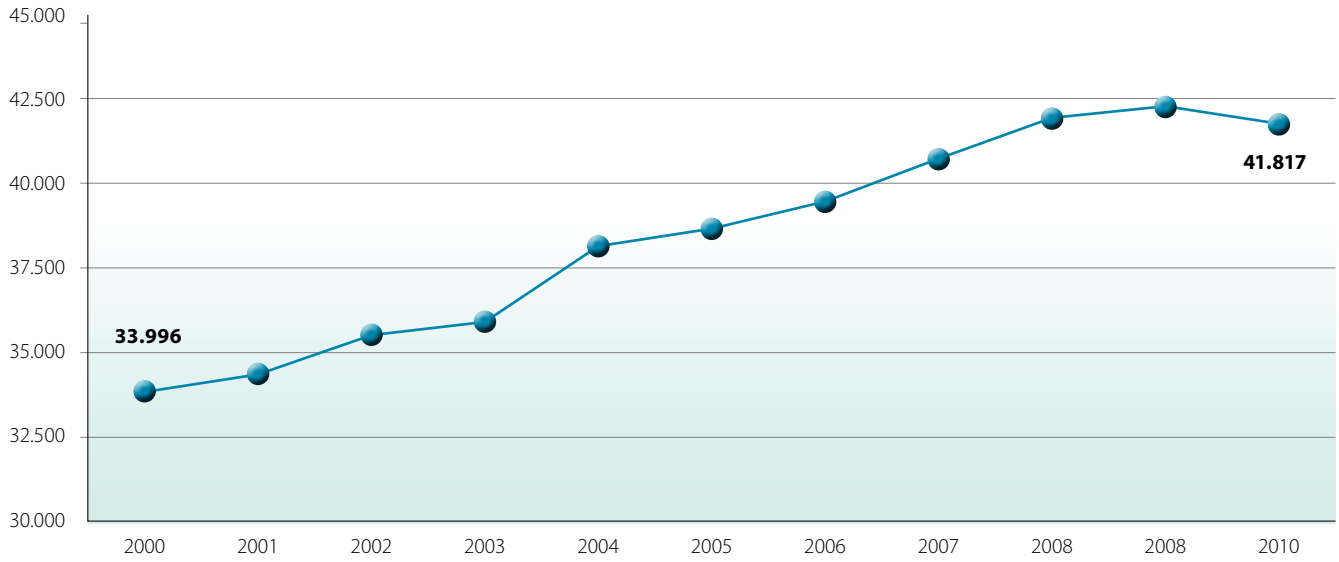
Per approfondimenti:
www.regione.emilia-romagna/statistica

Dal 2010, i 7 Comuni dell'Alta Valmarecchia (Casteldieci, Maiolo, Novafeltria, Pennabilli, San Leo, Sant'Agata Feltria e Talamello) sono compresi tra i dati di tutte le statistiche su popolazione, strutture, spesa, attività.

Popolazione residente in Emilia-Romagna dal 2000 al 2010



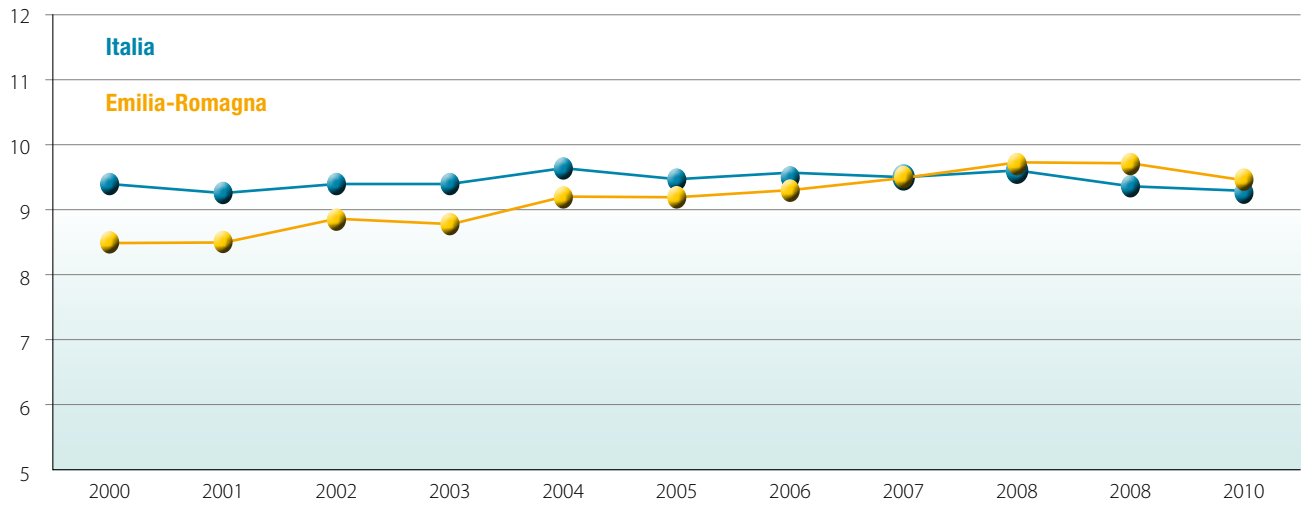
Nati residenti in Emilia-Romagna - Anni 2000-2010



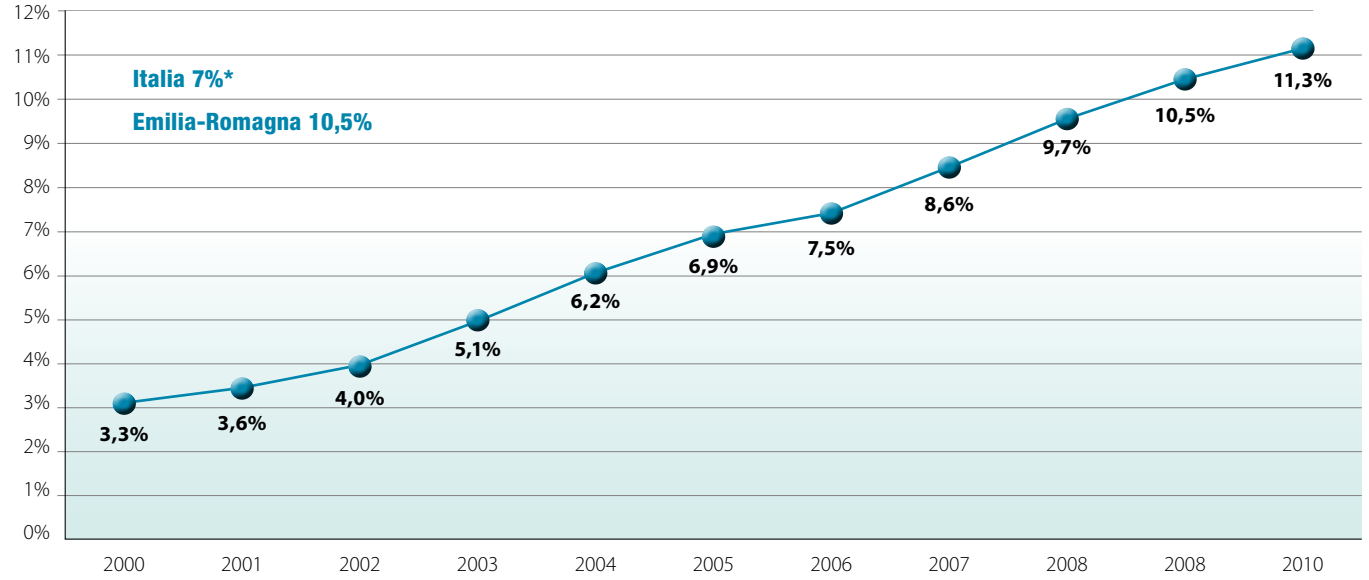
Nati per Azienda Usl di residenza - Anno 2010

Azienda Usl di residenza	Anno 2010
Azienda Usl di Piacenza	2.463
Azienda Usl di Parma	4.241
Azienda Usl di Reggio Emilia	5.842
Azienda Usl di Modena	7.116
Azienda Usl di Bologna	7.448
Azienda Usl di Imola	1.291
Azienda Usl di Ferrara	2.826
Azienda Usl di Ravenna	3.527
Azienda Usl di Forlì	1.771
Azienda Usl di Cesena	1.997
Azienda Usl di Rimini	3.295
Totale	**41.817**

Tasso di natalità per 1.000 abitanti Emilia-Romagna - Italia - Anni 2000-2010



% di popolazione straniera su popolazione residente in Emilia-Romagna - Anni 2000-2010

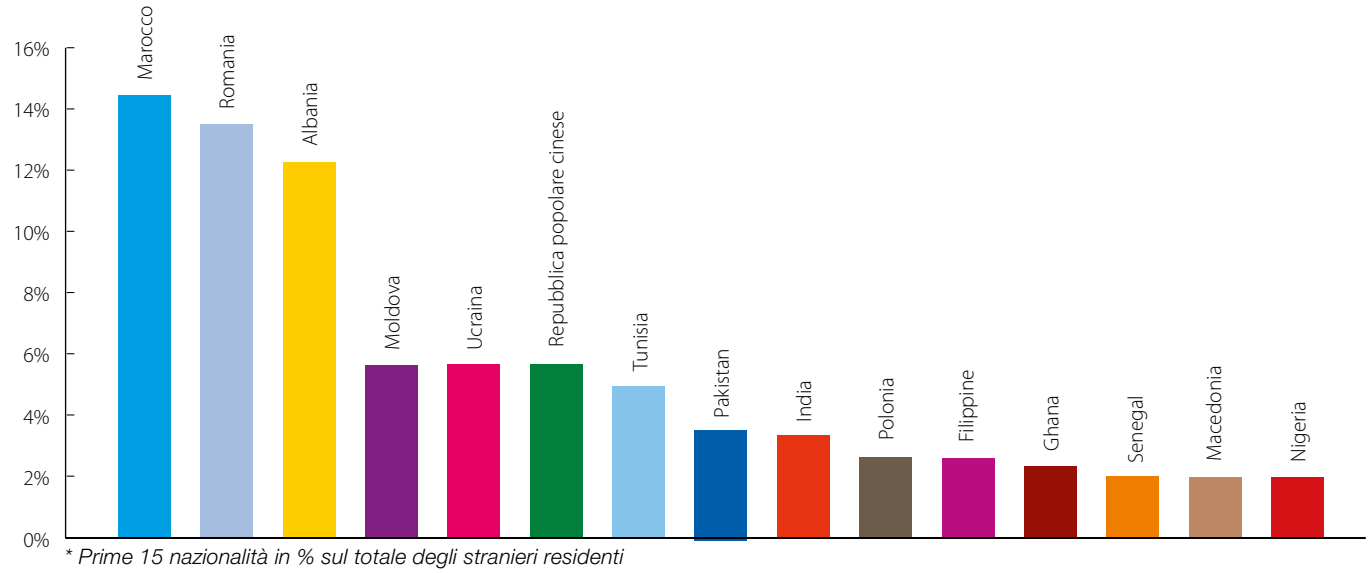


** al 31/12/2009 ultimo dato disponibile.*

Popolazione straniera residente per Azienda Usl di residenza - Anno 2010

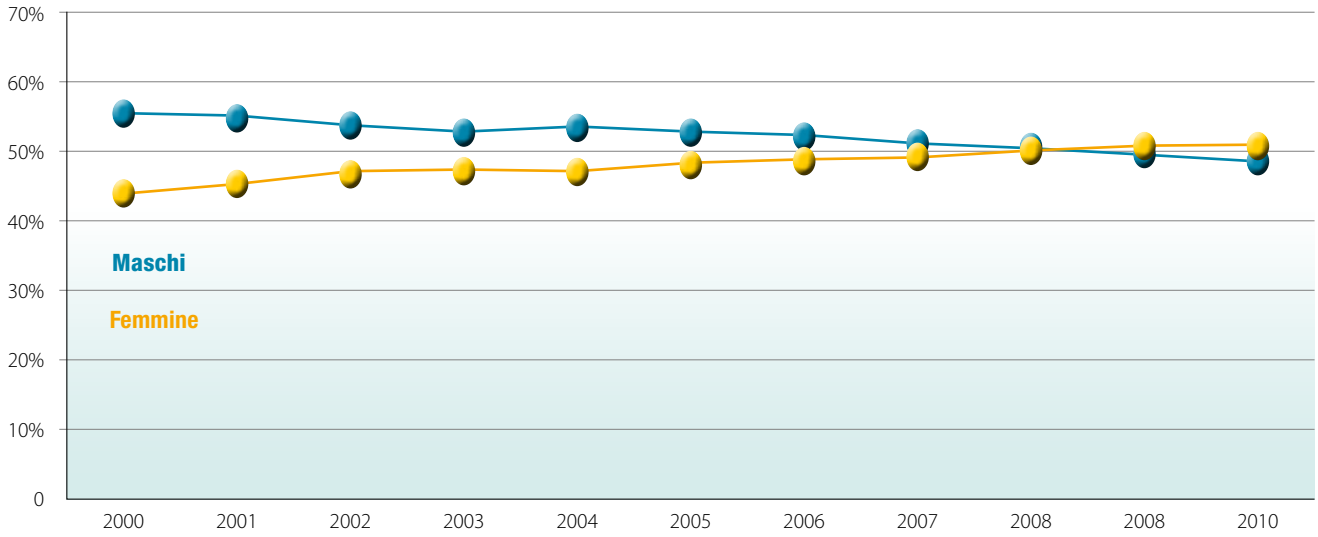
Azienda Usl	Femmine straniere residenti	Maschi stranieri residenti	Totale stranieri residenti	Totale popolazione	% stranieri sul totale dei residenti
Azienda Usl di Piacenza	19.231	19.486	38.717	289.887	13,4%
Azienda Usl di Parma	28.312	26.757	55.069	442.070	12,5%
Azienda Usl di Reggio Emilia	34.703	34.361	69.064	530.388	13,0%
Azienda Usl di Modena	44.762	44.584	89.346	700.914	12,7%
Azienda Usl di Bologna	48.183	42.933	91.116	860.037	10,6%
Azienda Usl di Imola	6.114	5.579	11.693	131.961	8,9%
Azienda Usl di Ferrara	15.288	12.007	27.295	359.994	7,6%
Azienda Usl di Ravenna	22.090	21.520	43.610	392.458	11,1%
Azienda Usl di Forlì	10.479	10.304	20.783	187.698	11,1%
Azienda Usl di Cesena	10.657	10.122	20.779	207.788	10,0%
Azienda Usl di Rimini	18.051	15.062	33.113	329.244	10,1%
Totale	**257.870**	**242.715**	**500.585**	**4.432.439**	**11,3%**

Popolazione straniera residente in Emilia-Romagna per Paese di cittadinanza* - Anno 2010



** Prime 15 nazionalità in % sul totale degli stranieri residenti*

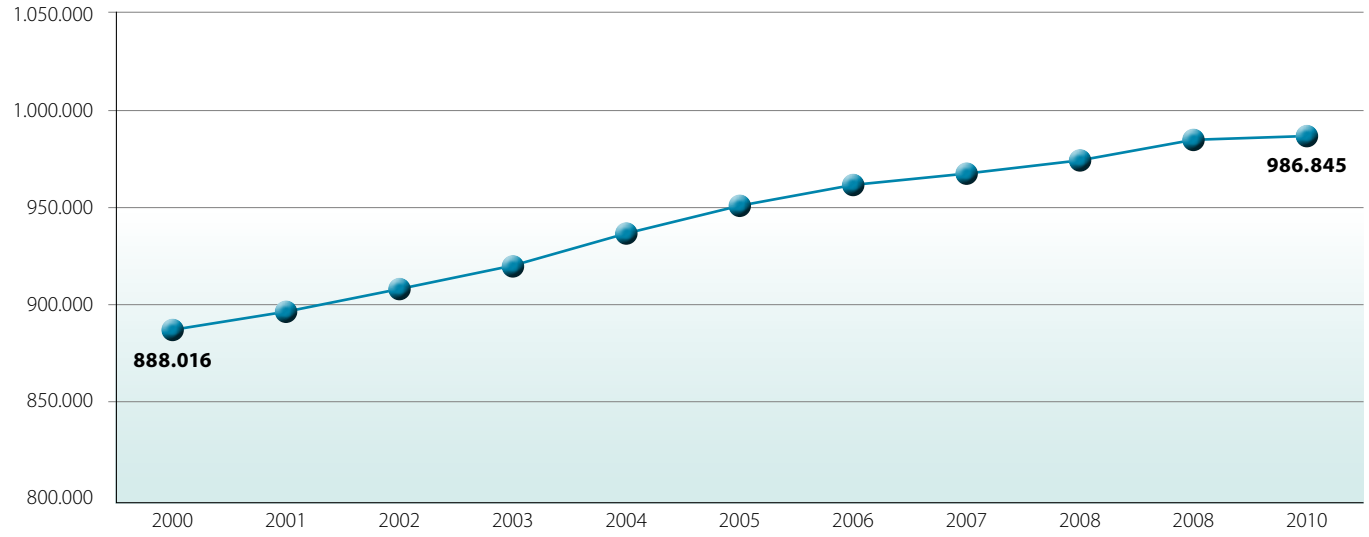
Composizione per sesso della popolazione straniera residente - Anni 2000-2010



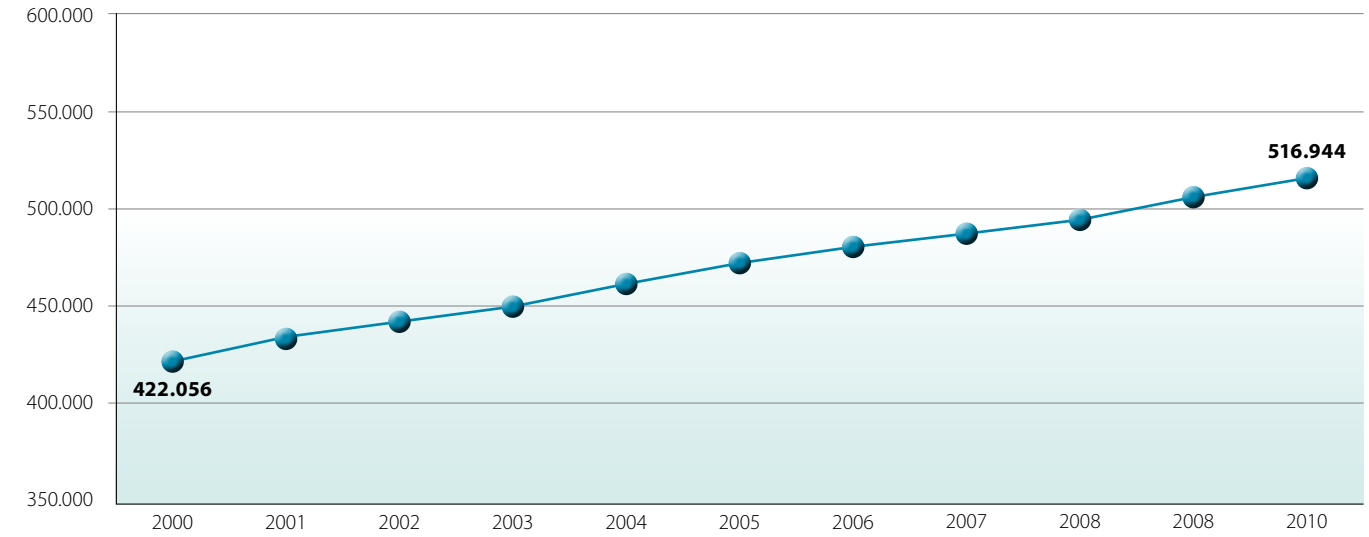
Popolazione anziana residente per Azienda Usl - Anno 2010

Azienda Usl	Totale popolazione	Oltre 65 anni	% Oltre 65 anni	Oltre 75 anni	% Oltre 75 anni	Oltre 80 anni	% Oltre 80 anni	Oltre 90 anni	% Oltre 90 anni
Azienda Usl di Piacenza	289.887	68.901	23,8%	36.245	12,5%	22.103	7,6%	3.397	1,2%
Azienda Usl di Parma	442.070	98.357	22,2%	51.611	11,7%	31.923	7,2%	5.030	1,1%
Azienda Usl di Reggio Emilia	530.388	103.701	19,6%	54.333	10,2%	33.150	6,3%	4.986	0,9%
Azienda Usl di Modena	700.914	144.989	20,7%	75.339	10,7%	45.629	6,5%	6.972	1,0%
Azienda Usl di Bologna	860.037	202.524	23,5%	106.892	12,4%	65.840	7,7%	10.247	1,2%
Azienda Usl di Imola	131.961	29.314	22,2%	15.610	11,8%	9.417	7,1%	1.400	1,1%
Azienda Usl di Ferrara	359.994	91.021	25,3%	47.593	13,2%	28.014	7,8%	3.891	1,1%
Azienda Usl di Ravenna	392.458	92.651	23,6%	49.809	12,7%	30.414	7,7%	4.798	1,2%
Azienda Usl di Forlì	187.698	43.975	23,4%	23.285	12,4%	14.444	7,7%	2.238	1,2%
Azienda Usl di Cesena	207.788	43.592	21,0%	21.830	10,5%	13.053	6,3%	1.776	0,9%
Azienda Usl di Rimini	329.244	67.820	20,6%	34.397	10,4%	20.665	6,3%	3.062	0,9%
Totale	**4.432.439**	**986.845**	**22,3%**	**516.944**	**11,7%**	**314.652**	**7,1%**	**47.797**	**1,1%**

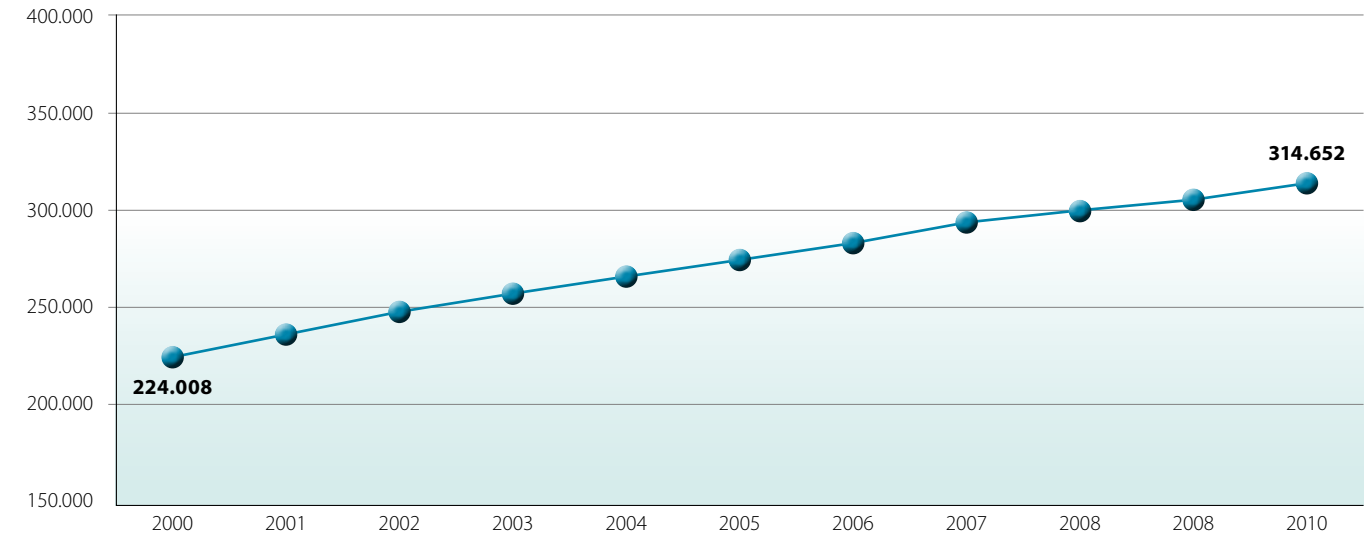
Popolazione anziana residente over 65 - Anni 2000-2010



Popolazione anziana residente over 75 - Anni 2000-2010



Popolazione anziana residente over 80 - Anni 2000-2010



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

Il Servizio sanitario regionale è composto da:

- 11 Aziende Unità sanitarie locali: Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Imola, Ferrara, Ravenna, Forlì, Cesena, Rimini. Di norma coprono l'intero territorio provinciale, ad eccezione di Bologna (Azienda Unità sanitaria locale di Bologna e Azienda Unità sanitaria locale di Imola) e di Forlì-Cesena (Azienda Unità sanitaria locale di Forlì e Azienda Unità sanitaria locale di Cesena);

- 4 Aziende Ospedaliero-Universitarie: Parma (Ospedale Maggiore), Modena (Policlinico), Bologna (Policlinico S.Orsola-Malpighi), Ferrara (Arcispedale S.Anna);

- 1 Azienda Ospedaliera: Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia (Arcispedale Santa Maria Nuova).

- 3 Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs): Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna e, da maggio 2011, Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia di Reggio Emilia (all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia), Istituto delle scienze neurologiche di Bologna (all'interno dell'Azienda Usl di Bologna).

I posti letto negli ospedali pubblici al 31 dicembre 2010 sono 15.941 (16.075 nel 2009). I Distretti sono 38.
Sono 62.527 i dipendenti del Servizio sanitario regionale (nel 2009, 62.181, nel 2008, 61.229). I medici di medicina generale convenzionati sono 3.176 (3.208 nel 2009); i pediatri di libera scelta convenzionati sono 602 (588 nel 2009).
La popolazione è di 4.432.439 cittadini e cittadine; l'Azienda Usl con il maggior numero di assistiti è l'Azienda Usl di Bologna (860.037).
Sono tre le Aree vaste, previste dalla programmazione regionale per ottimizzare qualità ed efficienza dei servizi tecnico-logistici o funzioni di assistenza sovraziendali: Emilia Nord (Aziende sanitarie di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena), Emilia Centrale (Aziende sanitarie di Bologna, Imola, Ferrara, Irccs Rizzoli), Romagna (Aziende Usl di Ravenna, Forlì, Cesena, Rimini).

Tutti i dati della pubblicazione non considerano i due nuovi Irccs di Bologna e Reggio Emilia in quanto riconosciuti solo nel 2011.

Aziende Usl: popolazione residente, Distretti, posti letto pubblici, personale, medici e pediatri di famiglia - Anno 2010

Azienda 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	289.887	6,5%	3	866	3.637	213	33
Azienda Usl di Parma	442.070	10,0%	4	408	2.597	300	58
Azienda Usl di Reggio Emilia	530.388	12,0%	6	717	4.141	335	82
Azienda Usl di Modena	700.914	15,8%	7	1.645	6.111	519	100
Azienda Usl di Bologna	860.037	19,4%	6	1.817	8.485	616	118
Azienda Usl di Imola	131.961	3,0%	1	564	1.793	99	20
Azienda Usl di Ferrara	359.994	8,1%	3	759	3.137	283	39
Azienda Usl di Ravenna	392.458	8,9%	3	1.173	4.979	284	49
Azienda Usl di Forlì	187.698	4,2%	1	618	2.622	140	26
Azienda Usl di Cesena	207.788	4,7%	2	645	2.827	149	32
Azienda Usl di Rimini	329.244	7,4%	2	981	4.214	238	45
Totale Azienda Usl	**4.432.439**	**100,0%**	**38**	**10.193**	**44.543**	**3.176**	**602**

Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliero-Universitarie, Irccs: posti letto, personale - Anno 2010

Aziende Ospedaliere, Ospedaliero-Universitarie, Irccs	Posti letto pubblici*	Personale dipendente
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	1.233	3.855
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia	921	2.822
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	744	2.424
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna	1.654	5.132
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara	860	2.550
Irccs - Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna	336	1.201
Totale Aziende Ospedaliere, Ospedaliero-Universitarie, Irccs	**5.748**	**17.984**
Totale regione	**15.941**	**62.527**

(*) Popolazione al 31/12/2010.
(**) Nella tabella non sono compresi i posti letto dell'ospedalità privata accreditata.

Il personale dipendente del Servizio sanitario regionale - Anni 2009-2010

	2009	2010
Dirigenti medici	9.000	9.121
Dirigenti veterinari	509	517
Dirigenti sanitari	1.177	1.229
Dirigenti professionali, tecnici e amministrativi	583	573
Personale infermieristico	26.589	26.752
Personale tecnico sanitario	3.416	3.474
Personale della prevenzione	925	907
Personale della riabilitazione	2.378	2.374
Assistenti sociali	432	421
Personale tecnico	5.207	5.045
Operatori tecnici addetti all'assistenza*	246	204
Operatori socio sanitari	5.393	5.561
Ausiliari specializzati	359	291
Personale amministrativo	5.962	6.055
Assistenti religiosi	5	2
Totale	**62.181**	**62.527**

(*) Qualifica in esaurimento

Le Aree vaste

Area vasta	Popolazione (*)	Popolazione >= 65 anni (*)	% Popolazione >= 65 anni
Area vasta Emilia Nord	**1.963.259**	**415.948**	**21,2%**
Aziende sanitarie di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena			
Area vasta Emilia Centrale	**1.351.992**	**322.859**	**23,9%**
Aziende sanitarie di Bologna, Imola, Ferrara, Irccs Rizzoli			
Area vasta Romagna	**1.117.188**	**248.038**	**22,2%**
Aziende sanitarie di Ravenna, Forlì, Cesena, Rimini			
Totale	**4.432.439**	**986.845**	**22,3%**

(*) Popolazione al 31/12/2010

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

La spesa complessiva nel 2010 è di 8,431 miliardi (8,248 nel 2009). È così suddivisa, in percentuale, tra livelli di assistenza: il 53,92% all'assistenza distrettuale (era stato il 53,33% nel 2009), un dato che dimostra il continuo investimento e potenziamento dell'assistenza sul territorio e domiciliare; il 41,47% all'assistenza ospedaliera (era il 41,97% nel 2009) riservata alla cura di persone che necessitano di assistenza complessa e in regime di ricovero; il 4,61% (era il 4,7% nel 2009) all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro.
La spesa pro-capite complessiva per cittadini residenti passa da 1.876 euro nel 2009 a 1.902 euro nel 2010, con un incremento dell'1,37%; anche nella spesa pro-capite si evidenzia come l'assistenza distrettuale rimanga al primo posto per assorbimento di risorse: nel 2010 la spesa pro-capite per l'assistenza distrettuale è di 1.026 euro (+2,49% rispetto al 2009). La metodologia utilizzata nel 2010 per l'elaborazione dei dati è la stessa del 2009; per le prestazioni finanziate dal Fondo regionale per la non autosufficienza i costi comprendono esclusivamente la quota di spesa a carico del Fondo sanitario regionale; è esclusa la quota parte finanziata con risorse regionali.

Spesa per funzioni e livelli di assistenza - Anni 2009-2010

Livelli di assistenza	Costo 2009 in migliaia di euro (1)	% sul totale	Costo pro-capite 2009 in euro	Costo 2010 in migliaia di euro (dati non definitivi) (1)	% sul totale	Costo pro-capite 2010 in euro
Totale assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	**387.765**	**4,70%**	**88,22**	**388.435**	**4,61%**	**87,63**
Assistenza di base (medici di medicina generale, continuità assistenziale, pediatri di libera scelta)	464.632	5,63%	105,70	489.194	5,80%	110,37
Emergenza sanitaria territoriale	124.503	1,51%	28,32	124.849	1,48%	28,17
Assistenza farmaceutica territoriale	1.052.194	12,76%	239,37	1.076.909	12,77%	242,96
Assistenza integrativa e protesica	127.988	1,55%	29,12	133.667	1,59%	30,16
Assistenza specialistica compreso Pronto soccorso non seguito da ricovero	1.380.504	16,74%	314,06	1.455.509	17,26%	328,38
Assistenza domiciliare (2)	190.408	2,31%	43,32	192.690	2,29%	43,47
Assistenza donne, famiglia, coppie (Consultori, Pediatrie di comunità)	89.279	1,08%	20,31	89.550	1,06%	20,20
Assistenza psichiatrica	358.061	4,34%	81,46	363.929	4,32%	82,11
Assistenza riabilitativa ai disabili (2)	141.402	1,71%	32,17	141.513	1,68%	31,93
Assistenza ai tossicodipendenti	73.383	0,89%	16,69	75.431	0,89%	17,02
Assistenza agli anziani (2)	349.911	4,24%	79,60	352.573	4,18%	79,54
Assistenza ai malati terminali	22.659	0,27%	5,15	25.871	0,31%	5,84
Assistenza a persone affette da HIV	3.722	0,05%	0,85	4.300	0,05%	0,97
Assistenza idrotermale	20.329	0,25%	4,62	20.382	0,24%	4,60
Totale assistenza distrettuale	**4.398.975**	**53,33%**	**1.000,77**	**4.546.367**	**53,92%**	**1.025,70**
Totale assistenza ospedaliera	**3.461.743**	**41,97%**	**787,55**	**3.496.538**	**41,47%**	**788,85**
Totale livelli di assistenza per residenti	**8.248.483**	**100%**	**1.876,53**	**8.431.340**	**100%**	**1.902,19**

Fonte: Modello LA consuntivo 2009 e 2010.

La popolazione utilizzata per il calcolo del costo pro-capite è quella regionale (statistica self-service) residente al 31/12.
Popolazione al 31/12/2009: **4.395.606**
Popolazione al 31/12/2010: **4.432.439**

NOTE
1) Il costo dell'assistenza sanitaria nelle carceri non rientra nel pro-capite sia nel 2009 che nel 2010, per un costo 2009 pari a 15,121 milioni e 2010 pari a 17,808 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 raffronto della spesa con le altre Regioni è riferito agli anni 2007-2008-2009 in quanto il livello nazionale non ha ancora diffuso la Relazione generale sulla situazione economica del Paese 2010.
L'analisi evidenzia indici di crescita della spesa in Emilia-Romagna in linea con la media nazionale, pur in presenza di un aumento della popolazione residente dell'Emilia-Romagna maggiore rispetto al dato nazionale: 1,33% nel 2009 sul 2008 a fronte dello 0,49% nazionale (nel 2010 sul 2008 la differenza è ancora maggiore: 2,18% in Emilia-Romagna, lo 0,97 in Italia).

Il saldo attivo della mobilità sanitaria al 31 dicembre 2010 è stato di 343,93 milioni di euro, in leggero calo rispetto al 2009 (354,18 milioni di euro).

La spesa Regione per Regione - Anni 2007-2008-2009 (cifre assolute in migliaia di euro)

Regione e Provincia autonoma	Totale spesa 2007	Totale spesa 2008	Totale spesa 2009*	Differenza % 2008/2007	Differenza % 2009/2008*
Piemonte	7.728.719	8.074.746	8.333.699	4,48%	3,21%
Valle d'Aosta	246.894	260.339	265.389	5,45%	1,94%
Lombardia	16.167.360	16.724.676	17.177.363	3,45%	2,71%
Provincia autonoma di Bolzano	1.064.781	1.108.009	1.082.304	4,06%	-2,32%
Provincia autonoma di Trento	943.395	994.971	1.054.368	5,47%	5,97%
Veneto	8.105.133	8.387.263	8.707.708	3,48%	3,82%
Friuli Venezia Giulia	2.154.713	2.311.467	2.414.109	7,27%	4,44%
Liguria	3.097.597	3.176.280	3.269.395	2,54%	2,93%
Emilia-Romagna	**7.627.534**	**7.947.074**	**8.253.732**	**4,19%**	**3,86%**
Toscana	6.402.585	6.659.860	6.844.518	4,02%	2,77%
Umbria	1.501.653	1.566.160	1.608.258	4,30%	2,69%
Marche	2.525.158	2.618.186	2.746.009	3,68%	4,88%
Lazio	10.877.307	11.083.794	11.109.023	1,90%	0,23%
Abruzzo	2.330.397	2.357.201	2.373.675	1,15%	0,70%
Molise	621.930	651.124	667.286	4,69%	2,48%
Campania	9.709.887	10.018.510	10.096.817	3,18%	0,78%
Puglia	6.751.079	7.081.313	7.126.452	4,89%	0,64%
Basilicata	970.692	1.015.814	1.033.500	4,65%	1,74%
Calabria	3.428.242	3.370.119	3.479.066	-1,70%	3,23%
Sicilia	8.327.086	8.279.633	8.418.844	-0,57%	1,68%
Sardegna	2.705.595	2.905.485	3.002.365	7,39%	3,33%
Italia	**103.287.737**	**106.592.023**	**109.063.879**	**3,20%**	**2,32%**

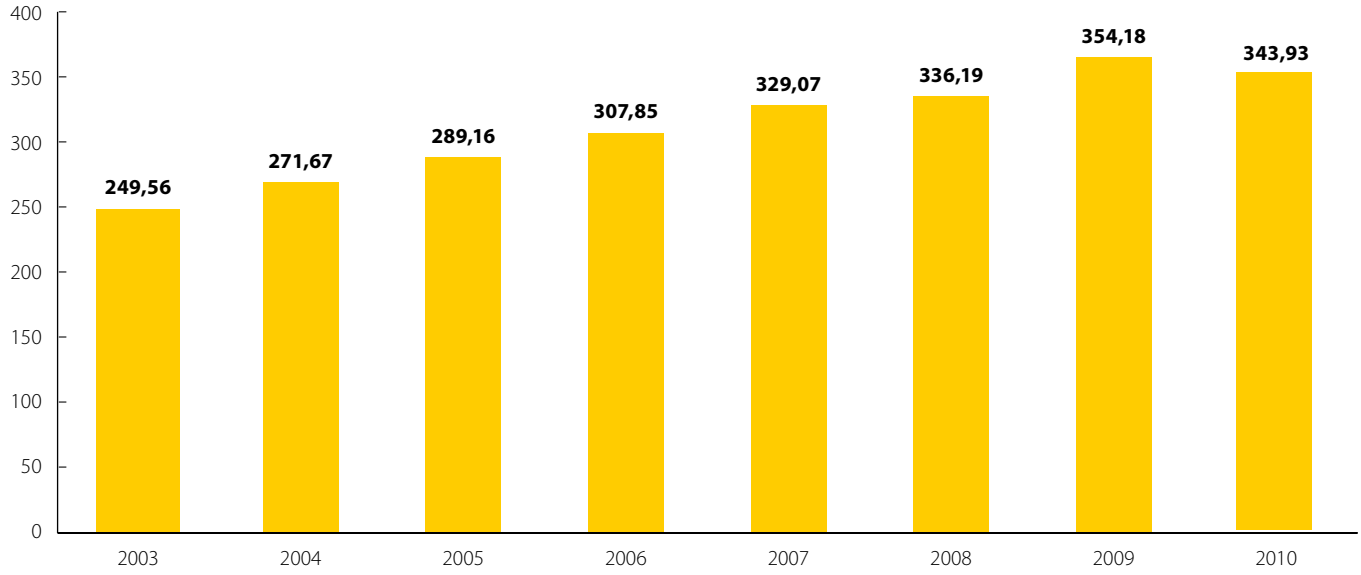
Fonte 2007-2008-2009: Relazione generale sulla situazione economica del Paese 2009.
** I dati si fermano al 2009 poichè non è ancora disponibile la Relazione generale sulla situazione economica del Paese 2010*

Andamento della popolazione residente in Emilia-Romagna e in Italia - Anni 2008-2010

	2008	2009	2010	Incremento % 2009/2008	Incremento % 2010/2008
Emilia-Romagna	4.337.966	4.395.606	4.432.439	1,33%	2,18%
Italia	60.045.068	60.340.328	60.626.442	0,49%	0,97%

Popolazione residente al 31/12.
Fonte: Regione Emilia-Romagna - Statistica self-service.
Fonte dati nazionali: ISTAT.

Saldo mobilità interregionale - Anni 2003-2010 (in milioni di euro)



Tempi medi di pagamento dei fornitori di beni e servizi

Nel 2010 è proseguita l'azione regionale diretta a porre le Aziende sanitarie nella condizione di contenere i tempi di pagamento delle forniture sanitarie, in continuità con i due esercizi precedenti che già avevano fatto registrare apprezzabili risultati. Questa azione è stata volta anche a rafforzare le misure previste dal "Patto anticrisi" concordato dalla Regione con gli Enti locali, le associazioni imprenditoriali e sindacali per fronteggiare la situazione di crisi economica che colpisce anche l'Emilia-Romagna.
In particolare, la Regione è intervenuta con più provvedimenti a sostegno della liquidità del sistema; solo nel 2010 è intervenuta con circa 560 milioni di euro.
La situazione di ritardo nei tempi di pagamento dei fornitori di beni e di servizi del Servizio sanitario regionale è determinata per la maggior parte dalle modalità di trasferimento per cassa delle risorse assegnate dallo Stato alla Regione: il saldo del Fondo sanitario regionale viene erogato nell'anno successivo a quello di competenza, una volta superate le previste verifiche degli adempimenti. A fine 2010 la Regione Emilia-Romagna vanta crediti nei confronti dello Stato pari a 785 milioni di euro.
Le Aziende sanitarie rispettano le scadenze dei pagamenti obbligatori (retribuzioni personale dipendente e convenzionato, contributi, imposte e tasse, utenze, assicurazioni, mutui) ed assicurano tempi contenuti (30-90 gg) nei confronti dei fornitori che erogano servizi direttamente ai cittadini (farmacie convenzionate, ospedali privati, terme, cooperative sociali, enti gestori di strutture protette).
I tempi di pagamento riportati in tabella sono riferiti ai soli fornitori di beni e servizi: il valore medio regionale è pari a 266 giorni a fine 2010 (255 nel 2009), e inferiore ai valori medi dei tempi di attesa per i pagamenti registrati a livello nazionale da Assobiomedica: 269 giorni nel 2008, 259 nel 2009, 278 nel 2010.

Tempi medi di pagamento dei fornitori di beni e servizi delle Azienda sanitaria
Anni 2007-2008-2009-2010

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

Gli acquisti attraverso Intercent-ER

La spesa sanitaria si è confermata anche nel 2010 come il principale settore di intervento di Intercent-ER, l'Agenzia istituita dalla Regione per gestire gli acquisti di beni e servizi attraverso strumenti telematici innovativi con la finalità di promuovere e sostenere il processo di ottimizzazione degli acquisti e di gestire la piattaforma tecnologica predisposta dalla Regione. A Intercent-ER aderiscono anche le Aziende sanitarie, le quali sono tenute ad utilizzare le convenzioni stipulate dall'Agenzia per i propri acquisti.
L'adesione alle convenzioni quadro di Intercent-ER ha riguardato tutte le Aziende sanitarie. L'obiettivo fissato in sede di programmazione regionale di raggiungere una percentuale di committenza nei confronti di Intercent-ER pari al 25% del complessivo volume della spesa per l'acquisto di beni e servizi delle Aziende sanitarie, è stato ampiamente conseguito, ed anzi superato attestandosi su un'incidenza del 32%. Tale risultato è stato raggiunto grazie soprattutto alle gare per l'acquisizione dei farmaci nelle tre Aree vaste Romagna, Emilia Nord, Emilia Centrale.

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

La spesa regionale del 2010, riferita agli interventi finanziati dal Fondo regionale per la non autosufficienza, è stata di 432,5 milioni, cui si sono aggiunte le risorse del Fondo nazionale (fondo non riconfermato a livello nazionale e cancellato a partire dal 2011) per ulteriori 35,6 milioni, portando ad un totale di 468,1 milioni le risorse utilizzate nel 2010. Di queste il 66,4% è stato destinato ad interventi per anziani (totale 310,7 milioni), il 32% all'area della disabilità (149,8 milioni) e l'1,6% ad interventi trasversali dedicati ad anziani e disabili (totale 7,6 milioni).
Rispetto allo scorso anno la spesa ha registrato un aumento di circa 8,9 milioni di euro (+3,5 milioni per l'area anziani, +6,3 milioni per l'area disabili ed una diminuzione di 1,1 milioni per gli interventi trasversali), aumento che ha consentito il mantenimento della rete dei servizi sviluppata nel triennio di avvio del Fondo regionale per la non autosufficienza *(per il programma 2011 vedi a pag. 62)*.

Fondo regionale per la non autosufficienza: risorse utilizzate in milioni di euro, aree di intervento - Anno 2010

Area di intervento	Risorse da Fondo regionale non autosufficienza utilizzate	Risorse da Fondo nazionale non autosufficienza utilizzate	Totale risorse utilizzate	% sul totale
Residenzialità anziani	198,5	2,69	201,2	43,0%
Domiciliarità anziani	89,7	13,97	103,6	22,2%
Accesso e presa in carico	1,7	1,98	3,7	0,8%
Altri interventi anziani	1,0	1,11	2,1	0,5%
Totale area anziani	**290,9**	**19,75**	**310,7**	**66,4%**
Residenzialità disabili	67,1	0,12	67,2	14,4%
Domiciliarità disabili	68,9	9,62	78,5	16,7%
Accesso e presa in carico	0,6	1,16	1,7	0,4%
Altri interventi disabili	1,4	1,04	2,4	0,5%
Totale area disabili	**137,9**	**11,94**	**149,8**	**32,0%**
Emersione e qualificazione del lavoro di cura delle assistenti famigliari	0,9	0,44	1,4	0,3%
Servizi consulenza e sostegno economico per l'adattamento domestico	0,3	0,72	1,0	0,2%
Programmi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione soggetti fragili	2,1	2,42	4,5	1,0%
Altri interventi trasversali	0,3	0,34	0,7	0,1%
Totale area trasversale	**3,7**	**3,92**	**7,6**	**1,6%**
Totale	**432,5**	**35,61**	**468,1**	**100,0%**

Continuano le azioni per il governo e l'appropriatezza nelle scelte dei farmaci all'interno del Prontuario terapeutico regionale. Particolare attenzione all'audit clinico con corsi formativi per i componenti delle Commissioni terapeutiche e per i professionisti delle Aziende sanitarie. Attenzione al rischio clinico da farmaci con iniziative per migliorare la sicurezza e la qualità delle cure.

La spesa

Nel 2010 la spesa farmaceutica territoriale è aumentata dello 0,7% rispetto al 2009: comprende la farmaceutica convenzionata (farmaci distribuiti dalle farmacie su ricetta del Servizio sanitario) e la distribuzione diretta (farmaci di fascia A distribuiti direttamente dalle Aziende sanitarie a pazienti in dimissione da ricovero, dopo visita specialistica, presi in carico per patologie croniche, in assistenza domiciliare e residenziale; farmaci distribuiti dalle farmacie "per conto" delle Aziende Usl sulla base di specifici accordi).
La spesa netta convenzionata, nel 2010, è diminuita dello 0,9% rispetto al 2009 per effetto sia del ricorso a farmaci generici, sia della riduzione dell'onere a carico del Servizio sanitario nazionale del costo dei farmaci. Il consumo (numero di ricette) ha avuto un incremento del 3,95%.
A livello nazionale, nel 2010 la spesa netta della convenzionata è diminuita del 2,4% a fronte di un incremento dei consumi (numero di ricette) pari al 2,7% *(fonte: Rapporto Osmed, 2010).*
La spesa per la distribuzione diretta di farmaci di fascia A ha registrato, nel 2010, un incremento del 7,6% rispetto al 2009, anche a seguito della riclassificazione di medicinali di uso ospedaliero in farmaci per la continuità ospedale-territorio.
L'aumento della spesa farmaceutica ospedaliera (+6,2%) nel 2010 sul 2009 è stato più contenuto rispetto al 2009 sul 2008 (+10,2%), anch'esso per effetto della riclassificazione di farmaci da uso ospedaliero a uso continuità ospedale-territorio.

Il costo pro-capite

Il costo lordo pro-capite della farmaceutica convenzionata in Emilia-Romagna è risultato inferiore al dato nazionale: 179,4 euro rispetto ai 215,1 euro *(fonte: Rapporto Osmed, 2010).*

Farmacovigilanza, vigilanza sui dispositivi medici

Nel 2010 è proseguita l'attività per diffondere la cultura della farmacovigilanza e della vigilanza sui dispositivi medici, con corsi di formazione, progetti aziendali mirati (ad esempio, lo studio delle reazioni avverse da farmaci in ospedale e sul territorio), la redazione del Bollettino informativo del Centro regionale di farmacovigilanza.
Per la farmacovigilanza si registra un progressivo incremento di segnalazioni di sospette reazioni avverse: nel 2010 sono state 29,8 le reazioni per 100.000 abitanti (nel 2009, 28,1 e nel 2008, 21).
Sull'utilizzo dei dispositivi medici, è attivo dal 2008 un sistema regionale che individua soggetti, azioni e strumenti da adottare per il governo clinico ed economico.

Farmaci generici

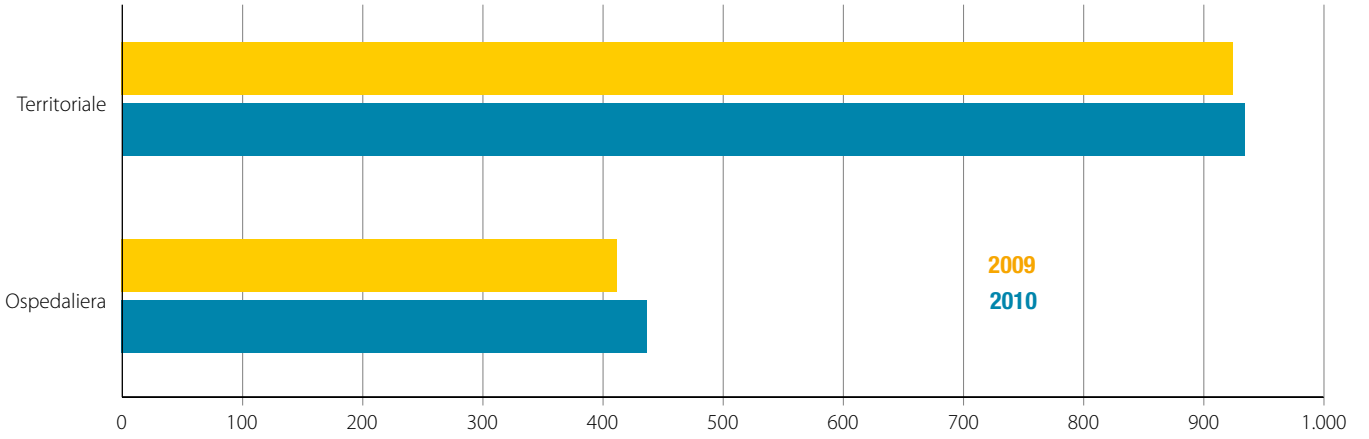
È costantemente in crescita l'uso di farmaci a brevetto scaduto; tale andamento ha concorso al contenimento della spesa farmaceutica convenzionata. Attualmente, i principi attivi di farmaci di fascia A a brevetto scaduto sono il 19% (227) di quelli impiegati in Emilia-Romagna. Dal 2005 ad oggi la spesa per questi farmaci è passata dal 15 al 37% della spesa convenzionata; la percentuale di consumo sul totale dei farmaci erogati è passata dal 26% nel 2005 al 54% nel 2010.

Per approfondimenti: **www.saluter.it** (Area istituzionale e operatori, Aree dell'assistenza, Assistenza farmaceutica).

Spesa farmaceutica per tipologia e variazione percentuale - Anni 2009-2010

	2009	2010	var%
Spesa netta farmaceutica convenzionata	749.579.355	742.750.167	-0,9
Spesa erogazione diretta al cittadino farmaci fascia A	179.559.955	193.172.613	7,6
di cui erogazione attraverso i servizi farmaceutici delle Aziende sanitarie	162.963.434	172.582.096	5,9
di cui per conto attraverso le farmacie convenzionate	16.596.521	20.590.517	24,1
Totale spesa farmaceutica territoriale	**929.139.310**	**935.922.780**	**0,7**
Spesa farmaceutica ospedaliera	**413.447.455**	**439.013.976**	**6,2**
Spesa farmaceutica regionale complessiva	**1.342.586.765**	**1.374.936.756**	**2,4**

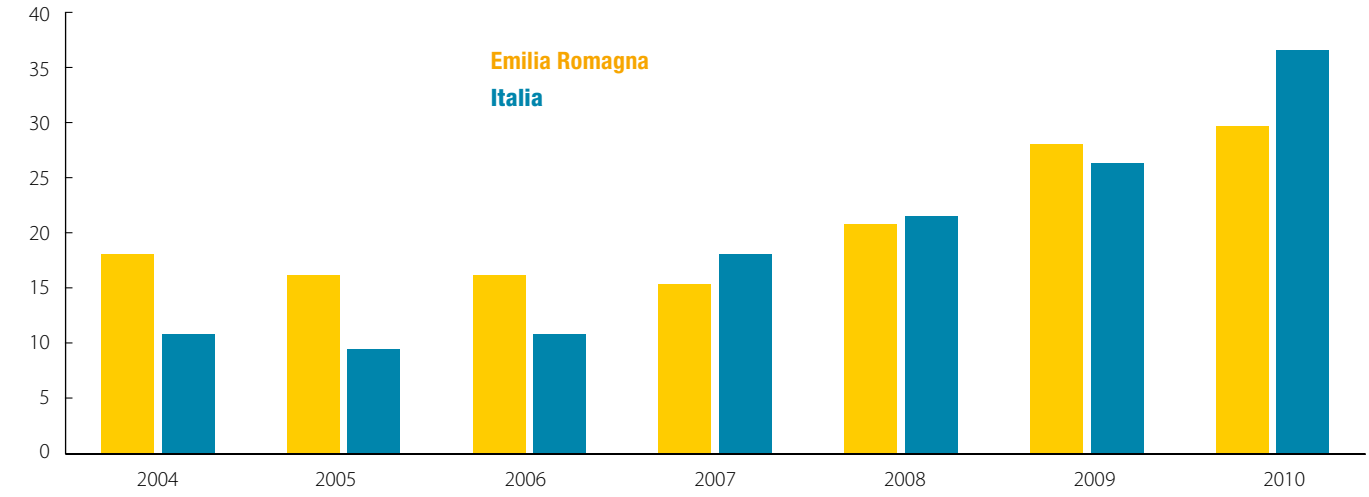
Ripartizione spesa farmaceutica per tipologia (in milioni di euro) - Anni 2009-2010



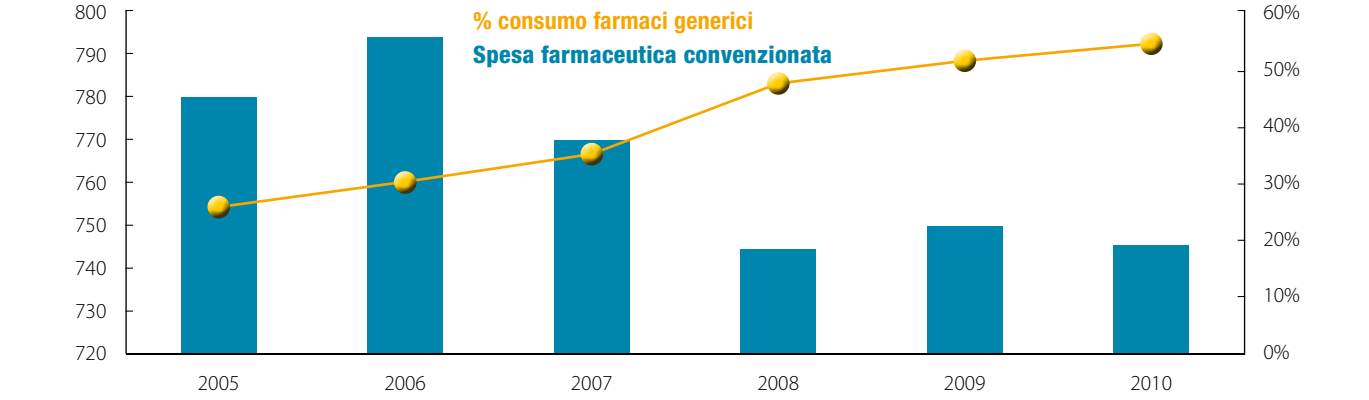
Spesa farmaceutica convenzionata pro-capite - Anno 2010

Emilia-Romagna	179,4 euro
Italia	215,1 euro

Farmacovigilanza: segnalazioni di sospette reazioni avverse, per 100.000 abitanti - Anni 2004-2010



Farmaci generici: andamento consumo rispetto alla spesa della farmaceutica convenzionata (in milioni di euro) - Anni 2005-2010



Investimenti per edilizia sanitaria e socio-sanitaria

Ammontano a 2,462 miliardi gli investimenti (dal 1991 al 2010), per ammodernare, adeguare e implementare la rete strutturale e tecnologica del Servizio sanitario regionale: dallo Stato 1.343 milioni di euro, dalle Aziende sanitarie 732 milioni, dalla Regione 325 milioni e da altri enti (Comuni, Università, Arpa, Fondazioni) 62 milioni. Della cifra (e della relativa tabella) sono parte anche i finanziamenti previsti dal Programma regionale di investimenti in sanità (per complessivi 368,255 milioni).
I 2,462 miliardi riguardano 560 interventi (di cui 193 sono nell'ambito del programma regionale investimenti in sanità) destinati a: 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. Dei 560 interventi, il 64% è concluso, il 10% in esecuzione, il 12% da iniziare, il 14% in progettazione.
Si tratta di risultati notevoli che confermano l'efficacia nella realizzazione degli interventi, anche grazie alla forte sinergia tra Regione e Aziende sanitarie.

Programma regionale investimenti in sanità

Questo programma è stato avviato con la finanziaria regionale 2003 (art. 36 l.r. 38/2002). I finanziamenti (dal 2003 al 2010) ammontano a 368,255 milioni di euro (236,141 dalla Regione, 108,039 dalle Aziende sanitarie, 24,075 provenienti da altre fonti Stato, Ente locale, privati).
I finanziamenti, assegnati alle Aziende sanitarie in conto capitale, sono finalizzati all'adeguamento della rete ospedaliera (ristrutturazioni, rifunzionalizzazioni, adeguamenti normativi) e al suo ampliamento (sviluppo di nuovi padiglioni/aree di ospedali già esistenti), all'adeguamento della rete dei servizi territoriali, al rinnovamento tecnologico. A tutto il 2010 gli interventi finanziati, sono 193; tra questi anche gli interventi del programma regionale per l'assistenza odontoiatrica (3 fasi per 7,150 milioni di euro complessivi).
Il programma regionale ha dedicato un'attenzione particolare all'ammodernamento tecnologico: oltre il 25% dello stanziamento è destinato all'acquisizione di nuove tecnologie. Dei 193 interventi, il 36% sono in progettazione, il 7% da aggiudicare, il 12% in corso, il 45% conclusi.

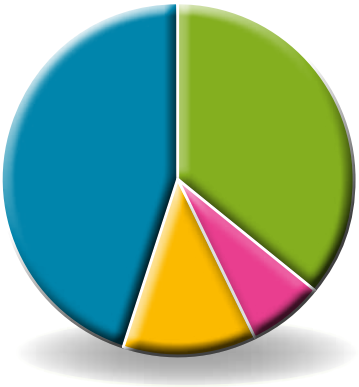
Gli investimenti in edilizia socio-sanitaria

Dal '91 al 2010 sono stati investiti inoltre 453 milioni di euro (160 dallo Stato, 82 dalla Regione, 209 dagli enti attuatori) per interventi di edilizia socio-sanitaria, realizzati da Enti non appartenenti al Servizio sanitario regionale.
Si tratta di 541 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 16% è in realizzazione, il 15% è in progettazione.

Investimenti per interventi di edilizia sanitaria e socio sanitaria realizzati dal Servizio sanitario regionale - Anni 1991-2010

Azienda sanitaria	Quote Stato	Quote Regione	Quote Azienda sanitaria	Altri finanziamenti	Totale
Azienda Usl di Piacenza	86.069.990,93	19.859.099,99	12.695.744,99	950.280,69	119.575.116,60
Azienda Usl di Parma	43.472.978,28	7.805.395,90	41.619.238,45	1.000.000,00	93.897.612,63
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	110.901.846,38	20.219.619,15	28.508.831,04	-	159.630.296,57
Azienda Usl di Reggio Emilia	50.858.621,00	10.537.862,03	48.675.624,58	103.291,38	110.175.398,99
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia	67.610.434,92	19.180.971,96	39.572.774,88	-	126.364.181,76
Azienda Usl di Modena	149.706.051,12	27.502.150,37	99.234.702,63	8.556.766,79	284.999.670,91
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	65.918.165,61	12.079.685,44	17.444.267,71	-	95.442.118,76
Azienda Usl di Bologna	192.390.022,13	34.624.771,89	113.755.882,84	13.776.278,71	354.546.955,57
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna	143.870.527,95	33.289.585,66	141.299.761,23	12.910.000,00	331.369.874,84
Irccs Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna	10.211.379,55	4.755.639,96	7.260.510,01	21.784.125,00	44.011.654,52
Azienda Usl di Imola	18.976.855,53	8.545.829,18	11.536.338,07	-	39.059.022,78
Azienda Usl di Ferrara	48.691.078,32	16.688.723,14	17.444.104,91	-	82.823.906,37
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara	75.364.122,13	16.624.117,61	9.027.672,10	-	101.015.911,84
Azienda Usl di Ravenna	94.569.282,03	22.125.153,10	28.325.994,78	437.481,96	145.457.911,87
Azienda Usl di Forlì	63.944.093,73	19.310.120,04	57.429.034,17	-	140.683.247,94
Azienda Usl di Cesena	42.018.802,69	17.474.092,50	17.157.668,85	1.978.524,58	78.629.088,62
Azienda Usl di Rimini	78.168.484,64	34.105.688,36	41.460.037,72	750.000,00	154.484.210,72
Totale regione	**1.342.742.736,94**	**324.728.506,28**	**732.448.188,96**	**62.246.749,11**	**2.462.166.181,29**

Programma regionale di investimenti in sanità - stato di attuazione dei 193 interventi Anni 2003-2010



45% conclusi
12% lavori in corso
7% da aggiudicare
36% in progettazione

Programma regionale di investimenti in sanità - distribuzione dei finanziamenti per aree di intervento - Anni 2003-2010

25% tecnologie
21% ristrutturazione
13% adeguamento normativo
41% ampliamento

Investimenti per interventi di edilizia socio-sanitaria realizzati da enti non appartenenti al Servizio sanitario regionale - Anni 1991-2010

Provincia	Quota Stato	Quota Regione	Quota Ente Attuatore	Altri Finanziamenti	Totale
Piacenza	10.740.185,64	8.600.829,32	20.296.590,81	-	39.637.605,77
Parma	16.803.336,83	8.218.944,39	17.855.929,06	-	42.878.210,28
Reggio Emilia	28.380.229,75	11.537.490,30	37.366.052,88	-	77.283.772,93
Modena	16.883.194,92	11.827.486,17	34.375.322,70	-	63.086.003,79
Bologna	30.585.965,33	15.942.711,84	37.244.785,30	7.827,55	83.781.290,02
Ferrara	6.848.590,02	5.085.911,03	8.567.020,52	-	20.501.521,57
Ravenna	17.153.498,22	7.369.654,83	17.050.985,04	1.550.000,00	43.124.138,09
Forlì-Cesena	21.535.880,21	8.580.076,59	23.422.349,49	-	53.538.306,29
Rimini	11.411.244,70	5.245.561,68	12.943.785,78	-	29.600.592,16
Totale regione	**160.342.125,62**	**82.408.666,15**	**209.122.821,58**	**1.557.827,55**	**453.431.440,90**

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

I posti letto, i ricoveri, l'indice di attrazione

Sono 19.606 i posti letto in ospedali pubblici e in ospedali privati accreditati al 31 dicembre 2010: 15.941 pubblici (l'81,3% del totale), 3.665 privati accreditati (il 18,7% del totale). Nel 2009 i posti letto erano 19.732 (16.075 pubblici, 3.657 privati accreditati).

Nel 2010, ogni mille abitanti ci sono 3,58 (3,64 nel 2009) posti letto per acuti e 0,88 (0,91 nel 2009) posti letto per lungodegenza e riabilitazione. Per i ricoveri ordinari sono riservati 13.938 posti letto (il 71,1% del totale); per la lungodegenza e la riabilitazione sono riservati 3.712 posti letto (i 18,9% del totale); per il day hospital e day service sono riservati complessivamente 1.956 posti letto (il 10% del totale).

Il tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti è sostanzialmente stabile rispetto al 2009 e in leggero calo rispetto al 2008: 131,3 (131,8 nel 2009, 134,3 nel 2008) per i ricoveri ordinari e 43,6 (43,7 nel 2009, 43,9 nel 2008) per i ricoveri in day hospital.

Stabile il numero dei ricoveri: nel 2010 sono stati 844.597 (843.889 nel 2009). Degli 844.597 ricoveri del 2010, 788.566 sono stati in posti letto per acuti (788.346 nel 2009), 23.215 in posti letto di riabilitazione (22.993 nel 2009), 32.816 in lungodegenza (32.550 nel 2009).

L'indice di attrazione degli ospedali dell'Emilia-Romagna nei confronti di persone provenienti da altre regioni nel 2010 è analogo a quello del 2009: il 13,8%.

I tempi di attesa per ricoveri programmati

Così come indicato a livello nazionale, la Regione ha individuato obiettivi specifici per alcuni interventi programmati: interventi chirurgici 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; interventi di asportazione di cataratta e di artroprotesi d'anca trattamento entro 180 giorni nel 90% dei casi.

Soddisfacente il livello di raggiungimento degli obiettivi nelle aree cardiologica, vascolare ed oculistica. Per gli interventi di artroprotesi d'anca, nel 2010 si è registrato un miglioramento ma non è ancora stato raggiunto l'obiettivo nazionale. Per l'area oncologica non è stata ancora raggiunta una omogenea performance nelle diverse strutture regionali, occorre tuttavia considerare che i dati sono influenzati dai tempi complessivi dei percorsi diagnostico-terapeutici pre intervento e dalle modalità di rilevazione dei tempi di attesa, i quali sono considerati non dalla prescrizione dell'intervento ma dalla diagnosi (da questa all'intervento possono infatti essere necessarie terapie che, in modo appropriato, allungano i tempi).

Gli accessi al Pronto soccorso

Gli accessi ai Pronto soccorso sono stati, nel 2010, 1.826.192 (1.823.753 nel 2009). Il dato è sostanzialmente stabile negli ultimi anni oscillando attorno al milione e 800mila accessi/anno. Un dato che testimonia un'attività di grandissima rilevanza. Stabile anche la percentuale dei ricoveri rispetto agli accessi: nel 2010 sono stati il 14% degli accessi (il 13,8% nel 2009).

Posti letto pubblici e privati accreditati - Anno 2010: 19.606

Posti letto al 31/12/2010 per 1.000 abitanti

Acuti	3,58
Lungodegenza e riabilitazione	0,88

Tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti al 31/12/2010

Ordinario	131,3
Day hospital	43,6

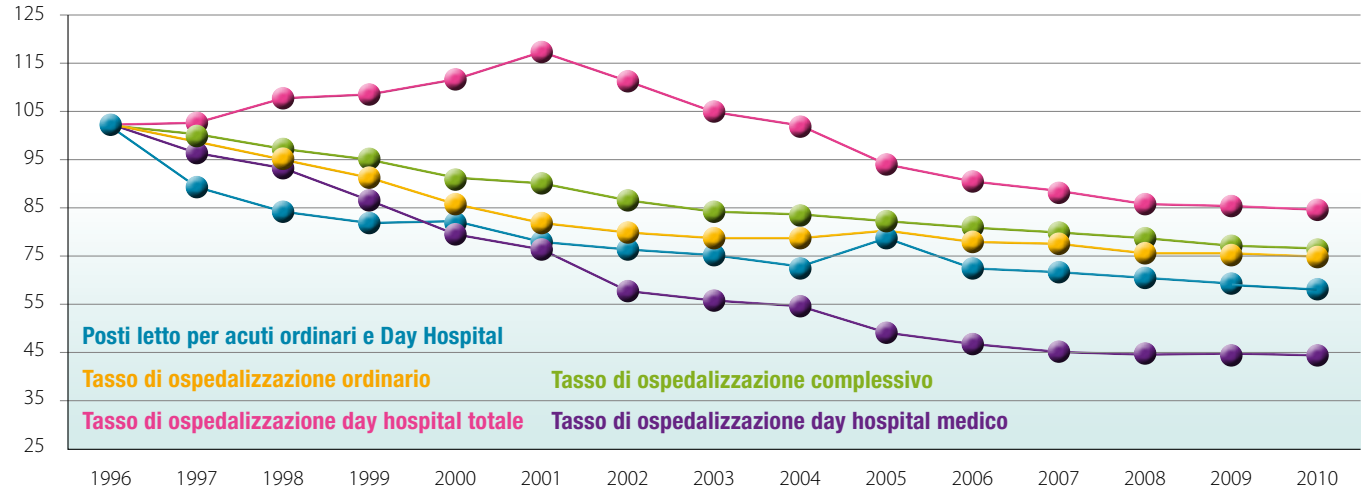
Ricoveri al 31/12/2010

Acuti	788.566
Riabilitazione	23.215
Lungodegenza	32.816
Totale	**844.597**

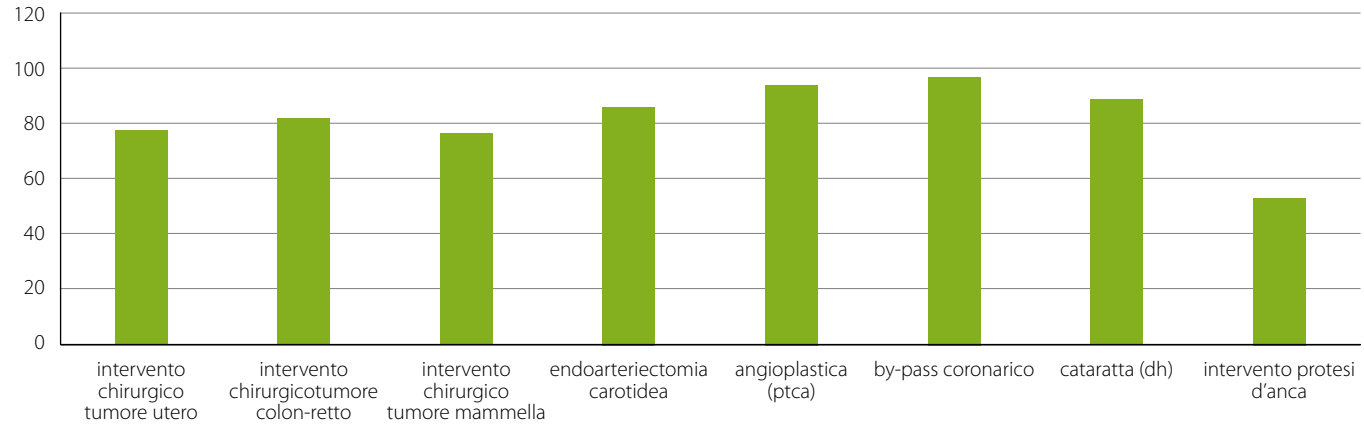
Indice di attrazione extraregionale

Anno 2010	13,8%

Tassi di ospedalizzazione - Anni 1996-2010 (numeri indice 1996=100)



% interventi programmati eseguiti entro i tempi previsti dagli obiettivi nazionali - Anno 2010



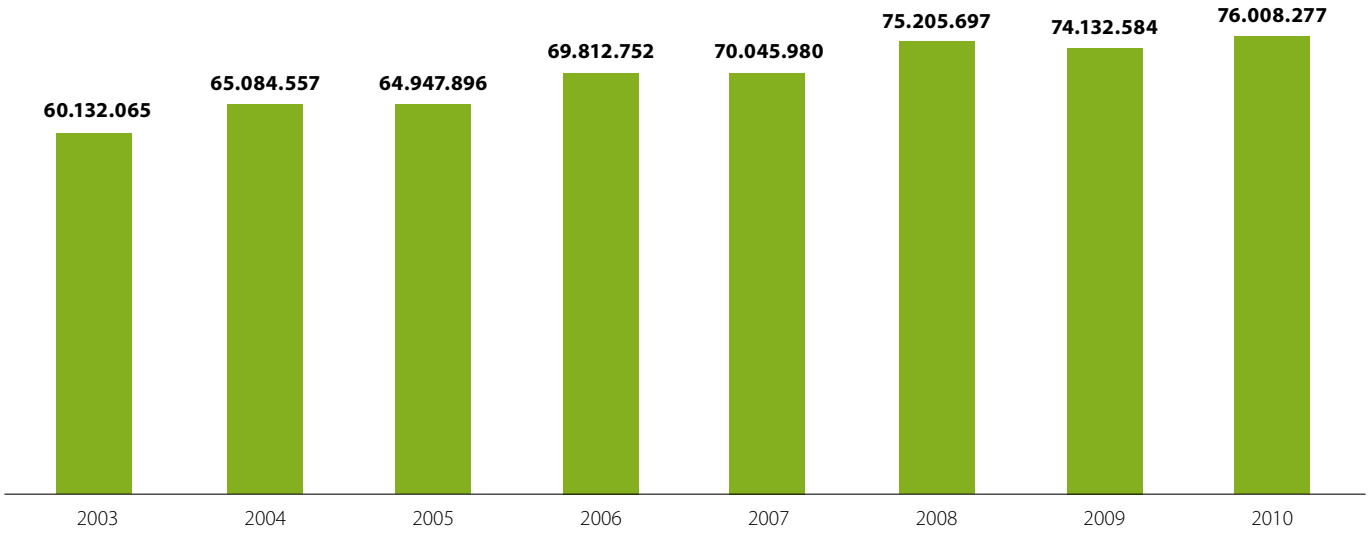
Attività di Pronto soccorso - Anni 2008-2010

Azienda sanitaria	2008		2009		2010	
	Totale	% ricoveri	Totale	% ricoveri	Totale	% ricoveri
Azienda Usl di Piacenza	114.323	13,7	112.126	14,3	106.798	15,0
Azienda Usl di Parma	38.846	15,1	38.606	14,1	39.325	13,8
Azienda Usl di Reggio Emilia	94.595	10,6	97.505	10,0	92.202	10,8
Azienda Usl di Modena	202.699	13,3	201.643	13,2	202.776	13,2
Azienda Usl di Bologna	237.708	14,0	245.551	13,5	246.856	13,2
Azienda usl di Imola	61.693	15,0	59.764	15,5	59.231	15,6
Azienda Usl di Ferrara	92.864	13,2	92.493	12,5	89.257	12,3
Azienda Usl di Ravenna	182.599	12,8	184.439	12,6	183.586	12,6
Azienda Usl di Forlì	61.196	12,3	59.970	12,7	59.255	12,8
Azienda usl di Cesena	80.966	14,5	75.315	14,9	55.074	18,2
Azienda Usl di Rimini	124.655	11,7	126.828	12,6	174.373	11,5
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	81.699	19,3	82.088	18,0	82.535	17,7
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia	90.634	13,4	89.884	13,4	86.574	14,1
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	111.048	12,9	109.903	13,0	110.859	13,2
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna	138.205	17,9	135.010	18,9	131.382	19,0
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara	72.795	19,0	72.699	18,5	77.980	18,8
Irccs - Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna	46.134	5,2	39.929	5,7	28.129	7,3
Totale regionale	**1.832.659**	**13,9**	**1.823.753**	**13,8**	**1.826.192**	**14,0**

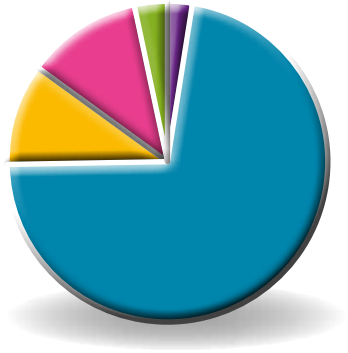
Specialistica ambulatoriale: il numero di prestazioni, la tipologia, l'andamento negli anni

Sono state 76.008.277 le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nel corso del 2010; non comprendono le prestazioni specialistiche erogate in ricovero.
L'aumento rispetto al 2009 è di circa 2 milioni. Il trend è in crescita costante: solo dal 2003 si è passati da 60.132.065 ai 76.008.277 del 2010.
La percentuale più rilevante riguarda, come gli anni scorsi, il laboratorio con il 72,12%, seguono le visite con l'11,63%, la diagnostica con il 10,42%, le prestazioni terapeutiche con il 3,15%, la riabilitazione con il 2,68%. Queste percentuali sono sostanzialmente stabili negli anni.
È continuato, anche nel 2010, sulla base delle indicazioni regionali (delibera 1532/2006), il lavoro nelle Aziende sanitarie per l'applicazione del Piano regionale per il contenimento dei tempi di attesa.
Nel 2011, con delibera 925 del 27 giugno, è stato approvato dalla Giunta regionale un nuovo Piano che riconferma 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 *(per approfondimenti vedi a pag. 60).*
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 2003-2010

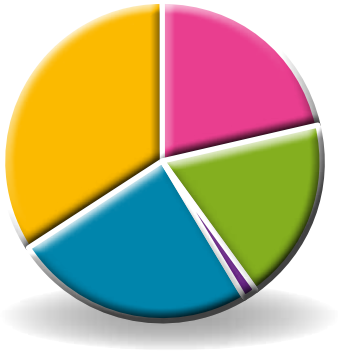


Tipologia delle prestazioni - Anno 2010



72,12%	laboratorio
2,68%	riabilitazione
3,15%	prestazioni terapeutiche
11,63%	visite
10,42%	diagnostica

Valori economici delle prestazioni - Anno 2010



24,47%	laboratorio
1,55%	riabilitazione
18,5%	prestazioni terapeutiche
21,5%	visite
33,97%	diagnostica

Prestazioni specialistiche per tipologia - Anno 2010

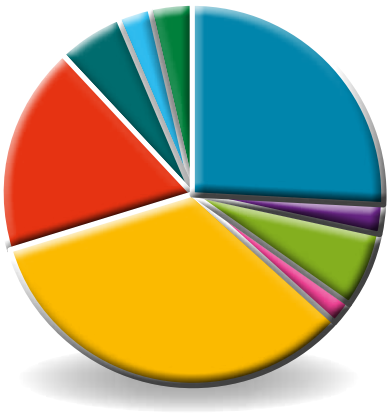
		N. prestazioni erogate	% prestazioni erogate
Visite	Prima visita	6.066.976	
	Visita di controllo	2.695.850	
	Osservazione breve intensiva	78.147	
	Totale visite	**8.840.973**	**11,63%**
Diagnostica	Diagnostica strumentale con radiazioni	3.121.041	
	Diagnostica strumentale senza radiazioni	4.351.734	
	Biopsia	82.889	
	Altra diagnostica	360.798	
	Totale diagnostica	**7.916.462**	**10,42%**
Laboratorio	Prelievi	5.368.722	
	Chimica clinica	39.041.349	
	Ematologia/coagulazione	7.066.423	
	Immunoematologia e trasfusionale	157.691	
	Microbiologia/virologia	2.386.220	
	Anatomia ed istologia patologica	627.607	
	Genetica/citogenetica	172.535	
	Totale laboratorio	**54.820.547**	**72,12%**
Riabilitazione	Riabilitazione diagnostica	118.367	
	Riabilitazione e rieducazione funzionale	1.381.086	
	Terapia fisica	446.770	
	Altra riabilitazione	92.927	
	Totale riabilitazione	**2.039.150**	**2,68%**
Prestazioni terapeutiche	Radioterapia	359.130	
	Dialisi	441.207	
	Odontoiatria	159.480	
	Trasfusioni	19.052	
	Chirurgia ambulatoriale	314.473	
	Altre prestazioni terapeutiche	1.097.803	
	Totale prestazioni terapeutiche	**2.391.145**	**3,15%**
Totale regione		**76.008.277**	**100%**

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

La rete dei Consultori dell'Emilia-Romagna è costituita da 219 sedi entro cui sono attivi spazi dedicati a specifiche fasce di popolazione: 31 Spazi giovani (rivolti a ragazzi e ragazze di età compresa fra i 14 e i 19 anni) e 17 Spazi per le donne immigrate e i loro bambini (rivolti a popolazione di recente immigrazione o con particolari difficoltà di accesso ai servizi).
Per ogni sede, si registra una presenza settimanale media di circa 70 ore dell'equipe (ostetrica, ginecologo/a, psicologo/a e, dove presente, l'assistente sociale, oltre ad una mediatrice culturale sempre presente negli Spazi donne immigrate).
Dal 1995 al 2010 le prestazioni registrano un aumento del 29,6%, così come il numero delle/gli utenti che registra una crescita del 19,6%. In particolare, tra il 2009 ed il 2010 l'incremento risulta essere del 6% delle prestazioni e del 4,3% delle/gli utenti.
Nel 2010 le prestazioni, suddivise per area, mostrano una prevalenza di quelle relative alla diagnosi precoce dei tumori femminili (screening del collo dell'utero con esecuzione di pap-test e colposcopie, visite senologiche per la prevenzione dei tumori della mammella), con il 33,5% del totale.
Segue poi l'assistenza alla gravidanza (26,1%) che, nel periodo 1995-2010 ha registrato, in parallelo al consistente incremento della popolazione immigrata, un aumento delle utenti straniere: da 740 nel 1995 a 11.832 nel 2010 (nel 2009 10.755).
Le prestazioni di specialistica ginecologica rappresentano il 17,8%, la contraccezione 6,5% (tra le utenti il 29,6% è rappresentato da donne straniere) e le attività di certificazione per l'interruzione volontaria di gravidanza il 2,3%.
In relazione alla popolazione target si osserva un forte incremento delle utenti per l'assistenza alla gravidanza (21.345 in totale, di cui 55,4% straniere), una sostanziale stabilità dell'utenza per problemi ostetrico-ginecologici e per problemi legati alla contraccezione ed una lieve diminuzione dell'utenza per la menopausa.
L'attività consultoriale comprende anche l'attività di educazione sanitaria rivolta in prevalenza all'area nascita (circa 12.500 donne/coppie seguite nel 2010) e di educazione sessuale e prevenzione AIDS rivolta agli adolescenti (circa 40.000 ragazzi e adulti di riferimento).

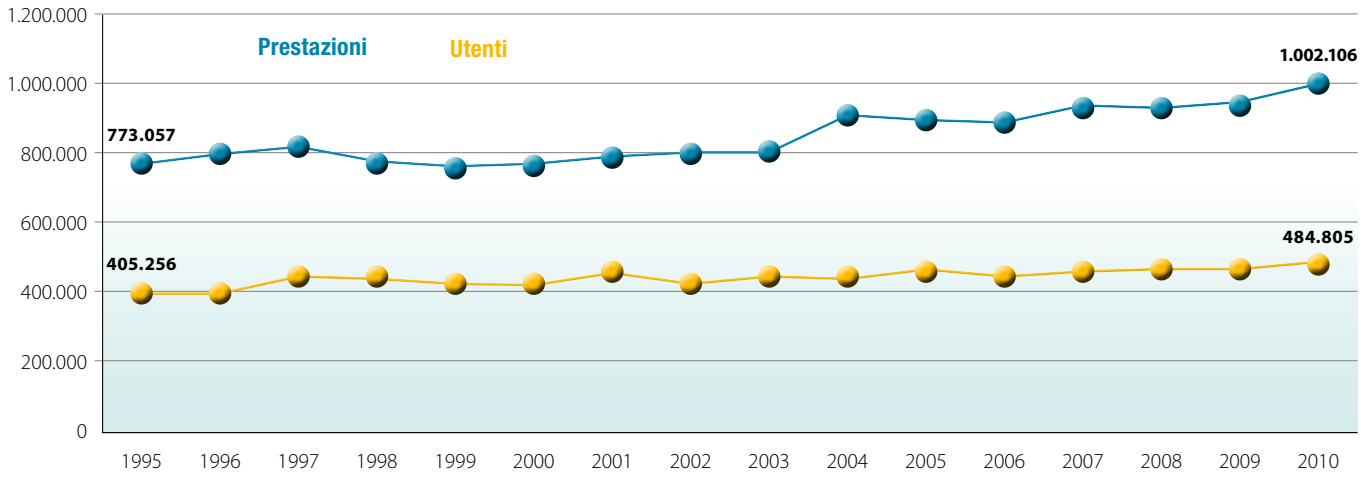
Sito internet: http://www.consultoriemiliaromagna.it/

Aree di attività - Anno 2010

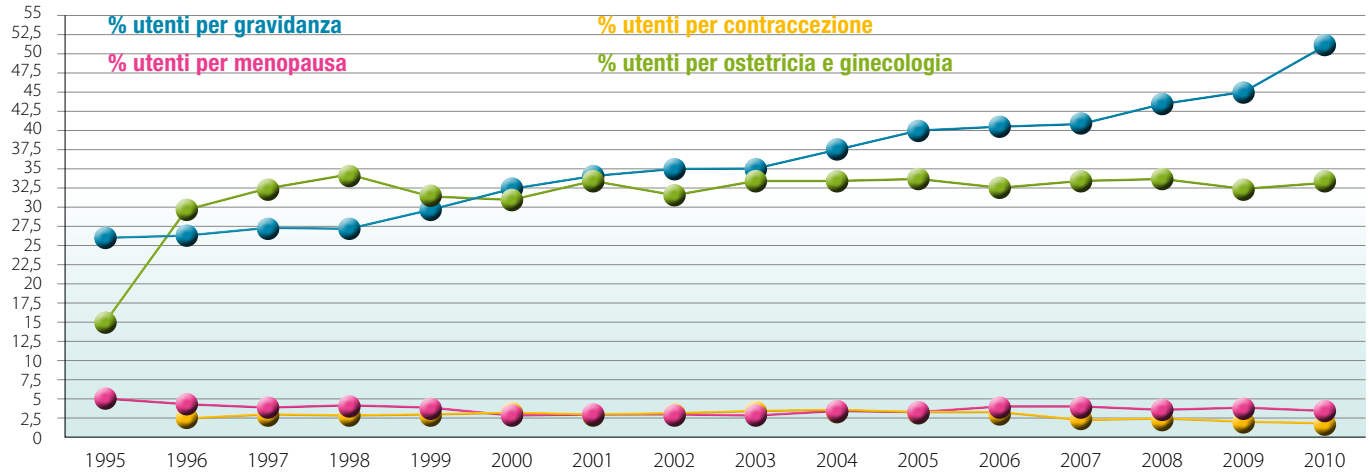


26,1%	gravidanza
2,3%	IVG
6,5%	contraccezione
2,0%	menopausa
33,5%	prevenzione tumori (screening)
17,8%	ginecologia
5,6%	psicologia
2,7%	sostegno allattamento
3,5%	puerperio

Attività dei Consultori familiari: utenti e prestazioni - Anni 1995-2010



% utenti su popolazione target* - Anni 1995-2010

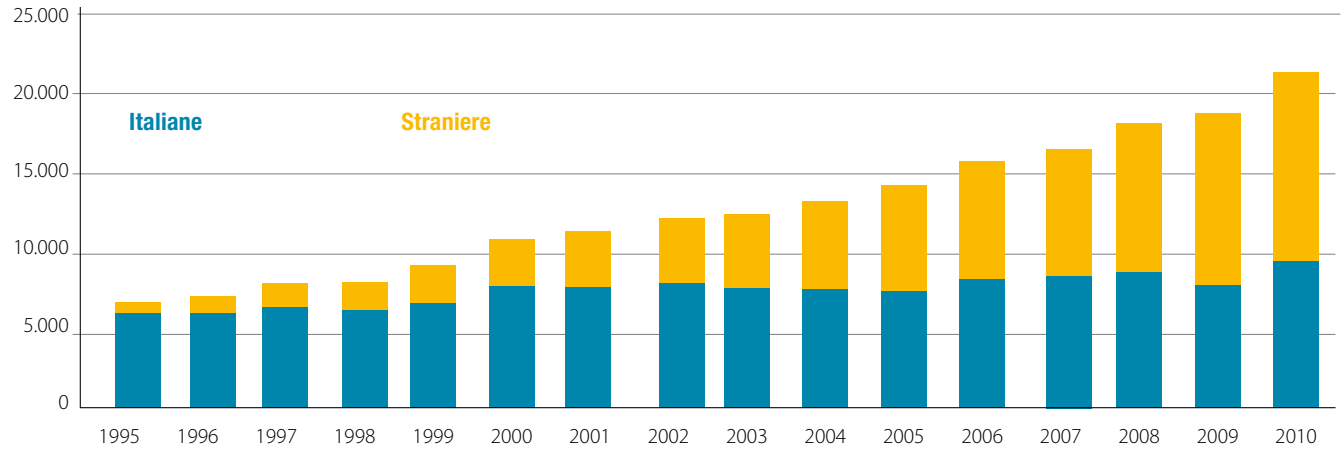


(*) Popolazione target: Ostetricia e ginecologia = donne 15-64 anni (1.426.687 al 31/12/2010).
Menopausa = donne 45-64 anni (619.517 al 31/12/2010). Contraccezione = donne 15-49 anni (983.610 al 31/12/2010).

Assistenza alla gravidanza italiane e straniere - Anni 1995-2010

Anni	Italiane	Straniere	Totale	% Straniere
1995	6.329	740	7.069	10,5%
1996	6.400	1.050	7.450	14,1%
1997	6.770	1.396	8.166	17,1%
1998	6.541	1.747	8.288	21,1%
1999	6.949	2.343	9.292	25,2%
2000	7.997	2.869	10.866	26,4%
2001	7.858	3.546	11.404	31,1%
2002	8.216	4.075	12.291	33,2%
2003	7.824	4.592	12.416	37,0%
2004	7.781	5.542	13.323	41,6%
2005	7.747	6.590	14.337	46,0%
2006	8.420	7.472	15.892	47,0%
2007	8.579	7.933	16.512	48,0%
2008	8.859	9.357	18.216	51,4%
2009	8.054	10.755	18.809	57,2%
2010	9.513	11.832	21.345	55,4%

Assistenza alla gravidanza italiane e straniere - Anni 1995-2010



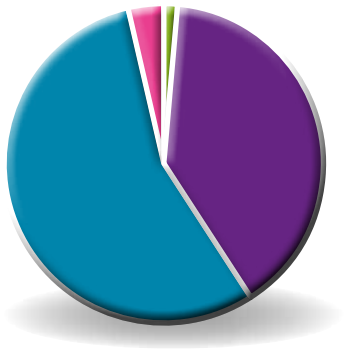
Assistenza domiciliare

Nel 2010 sono state 97.354 le persone assistite nelle loro case, + 8.047 rispetto al 2009 (89.307).
Il numero di assistiti in assistenza domiciliare è in costante crescita negli anni; nel 2001 erano stati circa 55.000. Sono, di conseguenza, aumentate, confermando anche in questo caso un trend di crescita costante, le "prese in carico" (vale a dire i periodi di assistenza a domicilio per la stessa persona) che nel 2010 sono state 126.033 (108.237 nel 2009) e gli accessi degli operatori nelle case degli assistiti che sono passati da 2.392.808 nel 2009 a 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: 177 (erano 159 nel 2009) ogni mille abitanti nella fascia 80-84 anni, 309 (erano 272 nel 2009) nella fascia 85-89 anni, per arrivare a 484 (erano 406 nel 2009) nella fascia 90 anni e più.
Il tasso per mille abitanti sulla popolazione totale è di 28 persone (era 25 nel 2009).
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 capacita 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 2010: 97.354

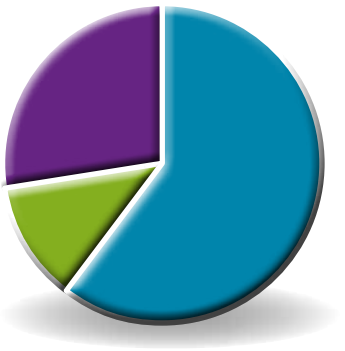
Prese in carico di persone assistite - Anno 2010: 126.033

Tipologia di assistenza domiciliare



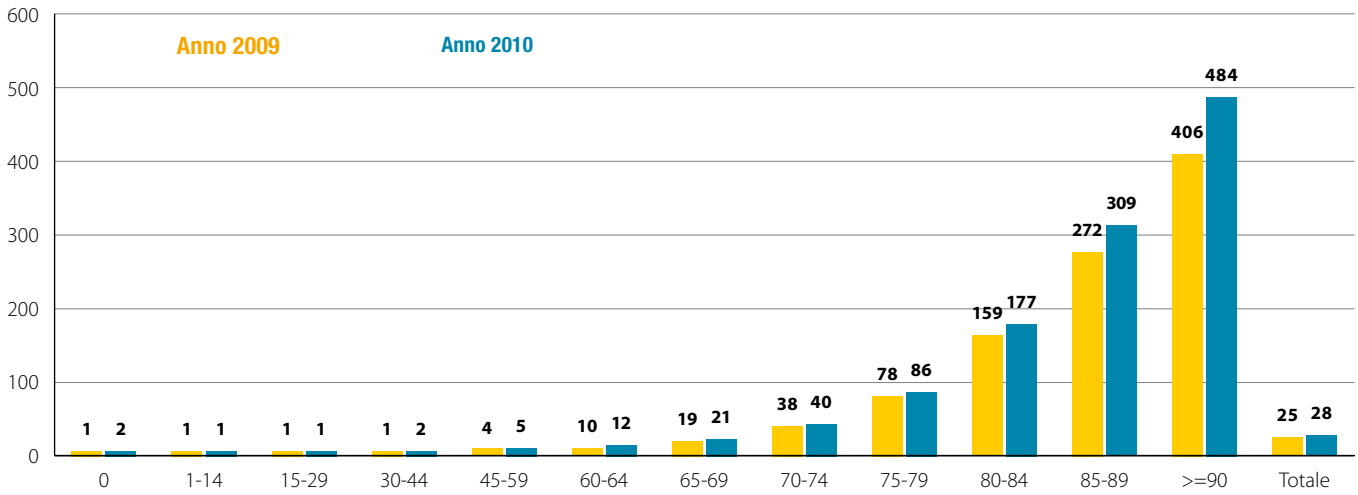
55,6% assistenza di medicina generale
39,5% assistenza infermieristica
1,4% assistenza no profit
3,5% assistenza socio-sanitaria

Livelli di intensità assistenziale



60,6% bassa intensità
27,4% media intensità
12,1% alta intensità

Persone in assistenza domiciliare, tassi specifici per fasce di età per 1.000 abitanti Anni 2009-2010

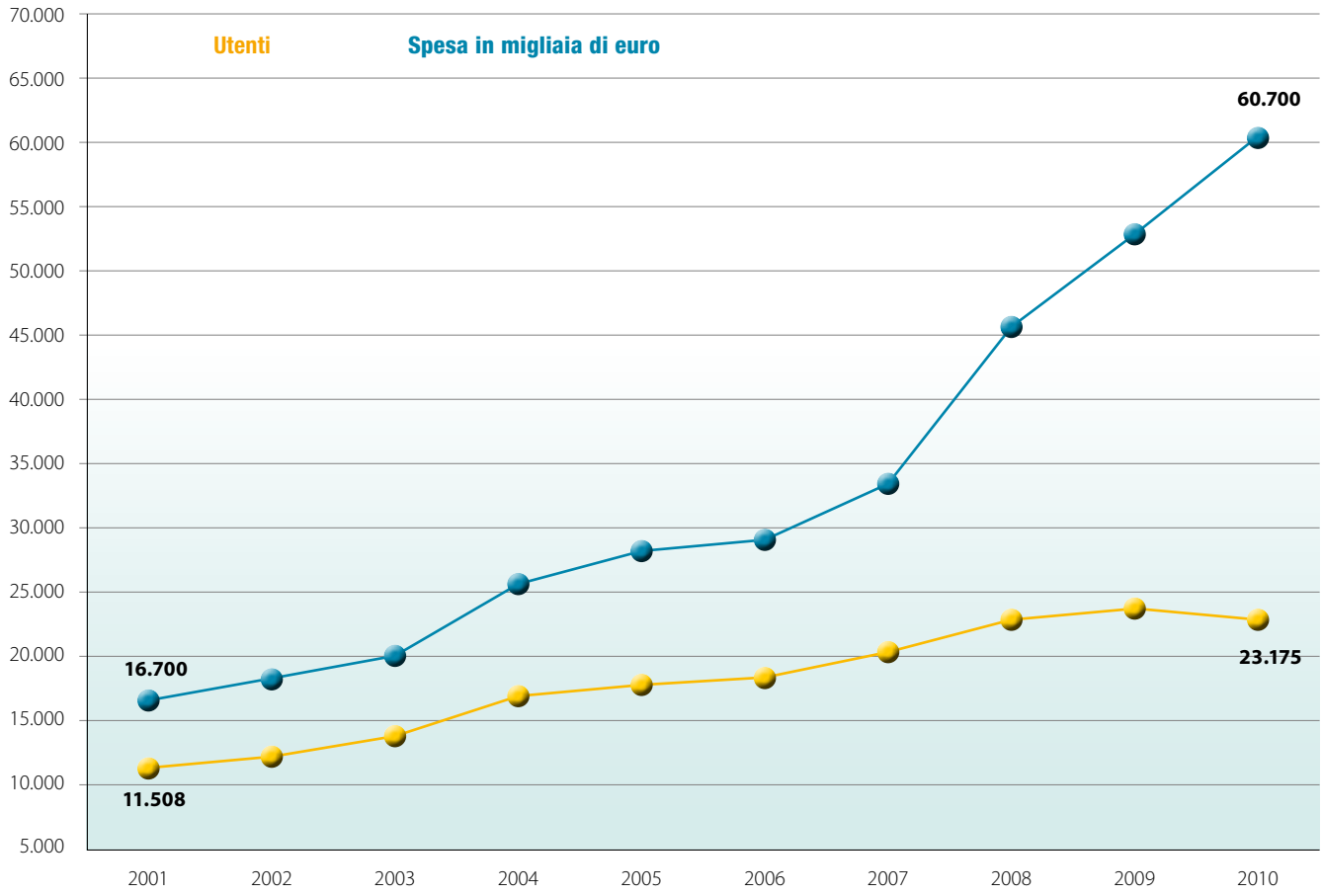


Assegni di cura

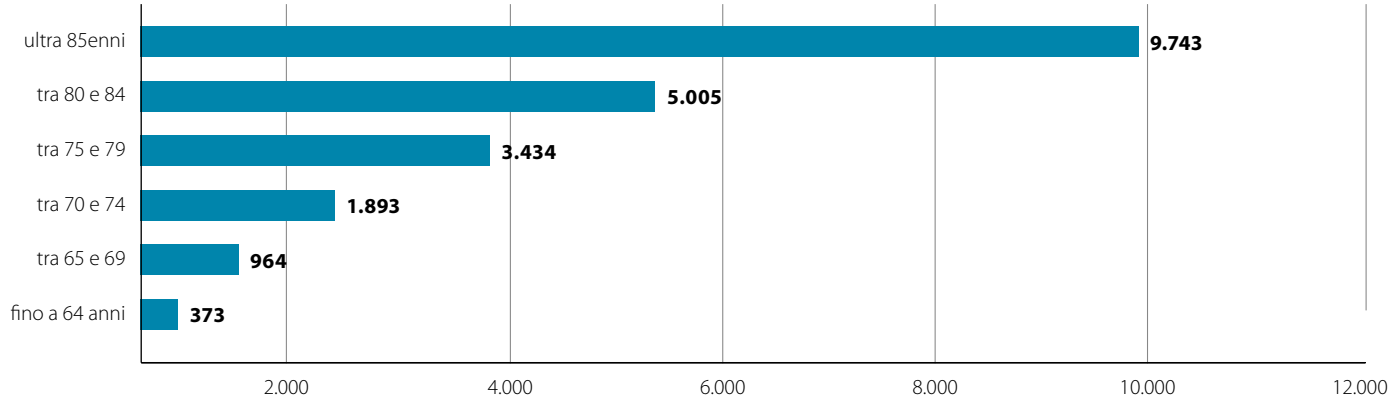
Nel 2010 in Emilia-Romagna il numero di coloro che hanno ricevuto un assegno di cura è pari a 23.175, di cui 21.412 anziani e 1.763 disabili, in leggero calo rispetto al 2009 quando sono stati complessivamente 24.190. Per la maggior parte si tratta di anziani over85 anni (il 45,5% del totale) e di disabili adulti. Il tasso per 1.000 abitanti è pari al 6,8. Il tasso specifico sulla fascia d'età ultra 90enni raggiunge però circa il 140 per mille.
Complessivamente, i dati di utilizzo dell'assegno di cura nel 2010 confermano la capacità di presa in carico dei Servizi, resa possibile dal consolidamento delle risorse per la non autosufficienza.
Da questi dati si ricava infatti la capacità di spesa sull'assegno di cura che, per il 2010, risulta essere stata complessivamente di circa 60,7 milioni di euro per l'assegno di cura e per contributo aggiuntivo per l'assistente familiare.
Le persone che hanno ricevuto il contributo aggiuntivo di 160 euro per la regolarizzazione delle assistenti familiari, a fine 2010, sono state 6.768, + 1.642 rispetto al 2009, (circa 6,6 milioni di euro la spesa specifica). Questo significativo, e costante negli anni, aumento è conseguente all'aumentata capacità di valutazione e presa in carico dei servizi, anche se sono ancora da considerare sul lungo termine gli "effetti" dell'innalzamento del limite ISEE per l'accesso al contributo che è attualmente fissato a 15.000 euro.

Persone che hanno percepito l'assegno di cura nel 2010: 23.175

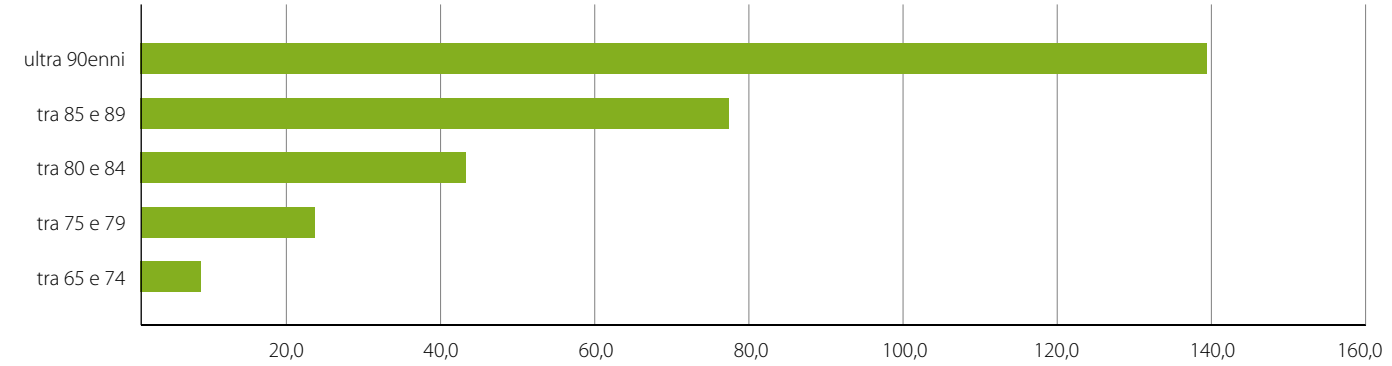
Utenti e spesa - Anni 2001-2010



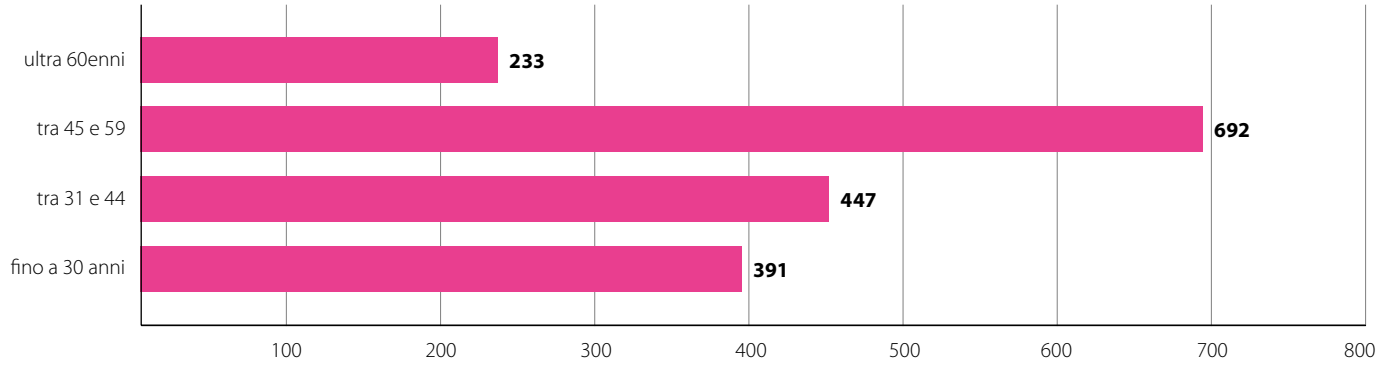
Persone anziane che hanno percepito assegni di cura per età - Anno 2010



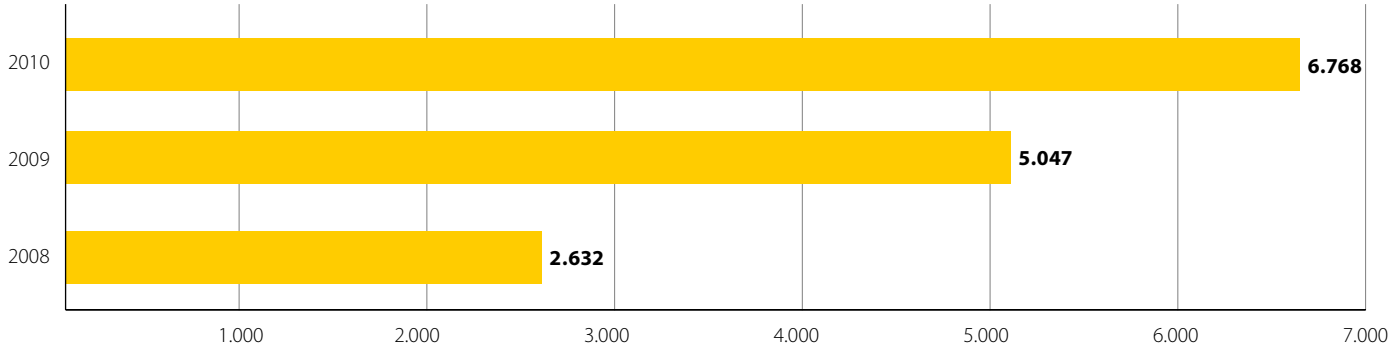
Persone anziane che hanno percepito assegni di cura per età - Tasso specifico per 1.000 abitanti - Anno 2010



Persone con disabilità che hanno percepito assegni di cura per età - Anno 2010



Persone che hanno percepito contributi per l'assistente familiare - Anni 2008-2010



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

I posti residenziali e semiresidenziali convenzionati della rete dei servizi sanitari e sociosanitari per l'assistenza agli anziani, alle persone disabili, alle persone con disagio psichico, alle persone con dipendenze patologiche al 31 dicembre 2010 sono 28.295 (20.255 in strutture residenziali, 8.040 in strutture semiresidenziali), in lieve aumento rispetto al 2009 quando erano 28.136.

I 20.255 posti in strutture residenziali sono così suddivisi: il 76,6% per anziani (il 75,1% nel 2009), il 9,5% per disabili (il 9,1% nel 2009), il 9,1% per persone con disagio psichico (il 9,1% nel 2009), il 4,8% per persone con dipendenze patologiche (il 6,6% nel 2009).

Gli 8.040 posti in strutture semiresidenziali sono così suddivisi: il 48,3% per disabili (il 47,6% nel 2009), il 36,9% per anziani (come nel 2009), il 12,8% per persone con disagio psichico (il 13,1% nel 2009), il 2% per persone con dipendenze patologiche (erano il 2,5% nel 2009).

La rete delle strutture residenziali e semiresidenziali è coinvolta nel processo di ulteriore qualificazione dei servizi dedicati alle persone non autosufficienti, così come prevedono i programmi per l'utilizzo del Fondo regionale per la non autosufficienza.

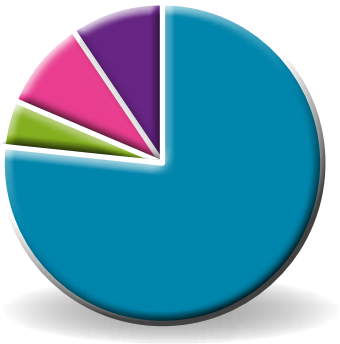
Il focus su anziani ospitati in strutture residenziali e semiresidenziali

In particolare per le persone anziane ospitate presso le strutture residenziali e semiresidenziali il sistema informativo mette a disposizione dati specifici: sono 24.055 gli anziani ospitati in strutture residenziali; per la maggior parte si tratta di "grandi vecchi": anziani compresi tra 85 e 89 anni (29,2%) e di over 90enni (27,3%). Analizzando gli ospiti secondo il genere, emerge la grande maggioranza di donne che raggiungono il 71% del totale. L'età media è di 85 anni.

Il tasso di ricovero in strutture residenziali per 1.000 abitanti è pari a 6. Il tasso specifico sulla fascia d'età ultra 90enne raggiunge però circa il 165 per mille abitanti. Inoltre, sempre per gli ultra 90enni, anche il ricorso ai servizi semi-residenziali (centri diurni) è significativo: 16 anziani ultra 90enni su 1.000 sono presi in carico presso i centri diurni.

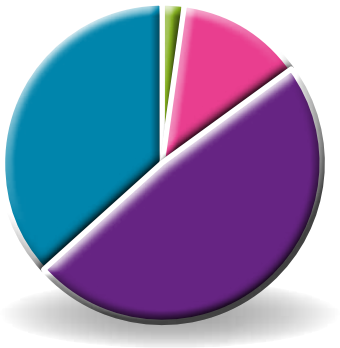
Posti residenziali e semiresidenziali - Anno 2010: 28.295

Posti residenziali al 31.12.2010



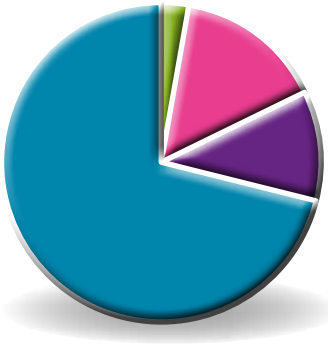
76,6% anziani
9,5% disabili
9,1% psichiatria
4,8% dipendenze patologiche

Posti semiresidenziali al 31.12.2010



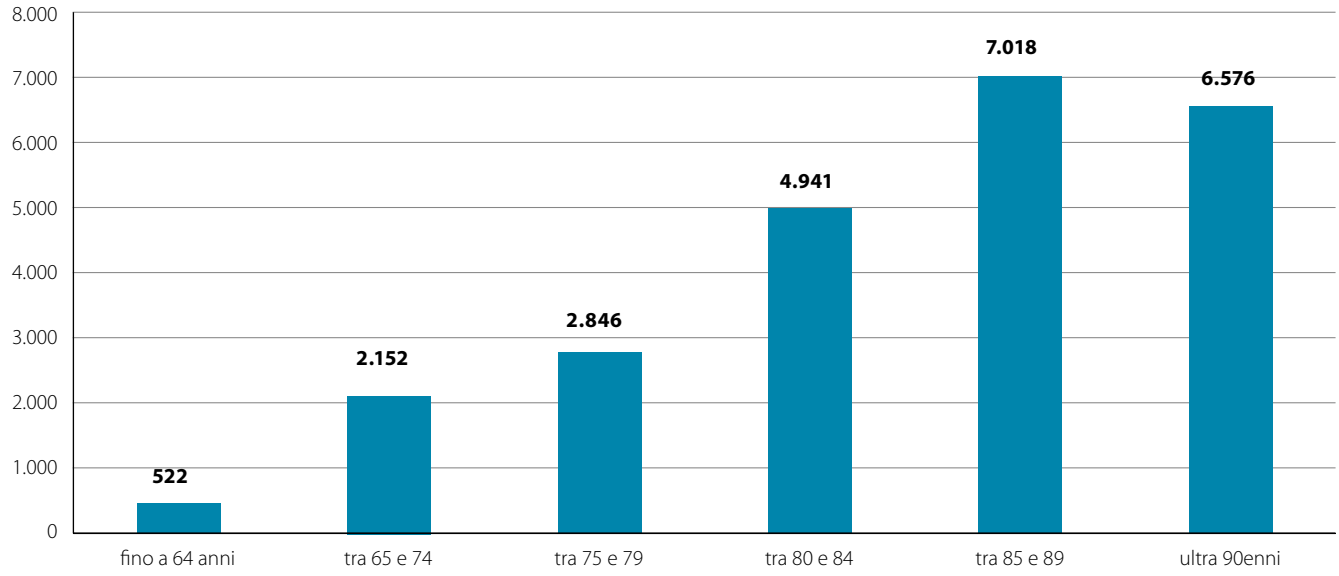
36,9% anziani
48,3% disabili
12,8% psichiatria
2,0% dipendenze patologiche

Ricoveri in strutture residenziali per tipologia di accoglienza - Anno 2010

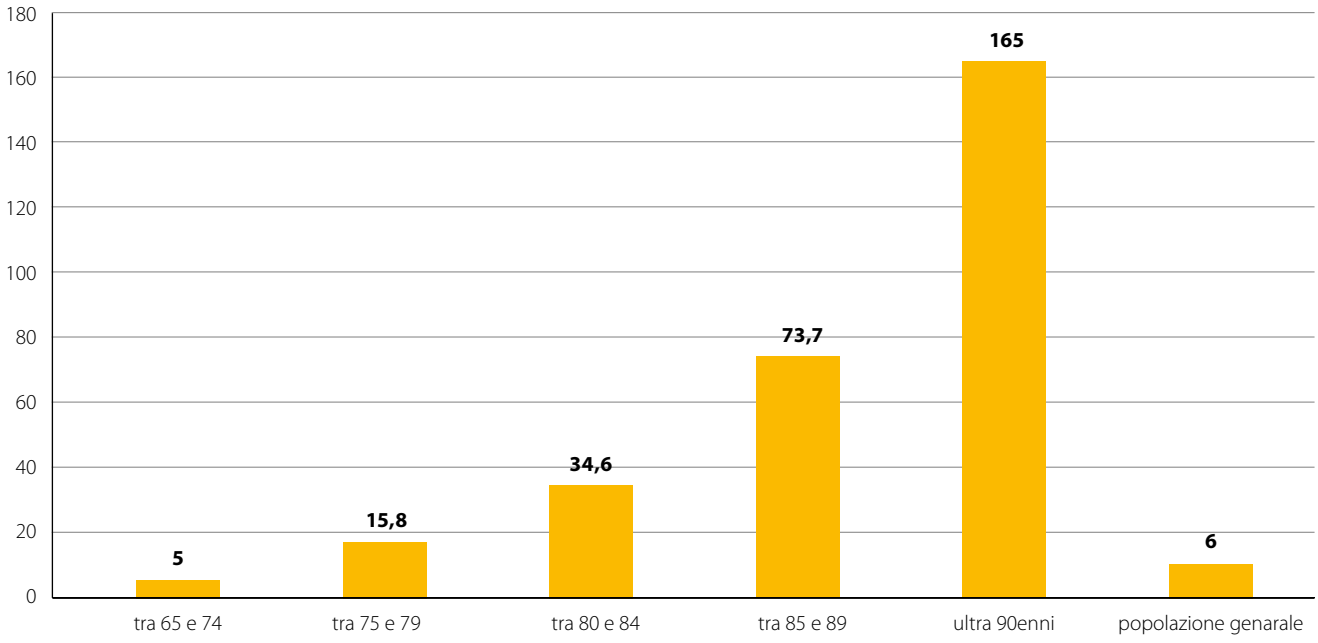


71% accoglienza di lunga permanenza
11% accoglienza temporanea di sollievo
15% accoglienza per necessità di convalescenza riabilitazione post-dimissione ospedaliera
3% accoglienza temporanea di persone con grande deficit cognitivo e comportamentale

Numero ospiti in struttura residenziale per età - Anno 2010



Persone ricoverate in strutture residenziali: tasso specifico per mille abitanti - Anno 2010



Assistenza in hospice

Nell'anno 2010 sono 20 gli hospice attivi per complessivi 241 posti letto. Le persone ricoverate nel 2010 sono state 3.937, 100 in più rispetto al 2009.
La rete degli hospice in Emilia-Romagna ha registrato una crescita costante: nel 2006 gli hospice erano 14 con 170 posti letto. Nel 2011 è stato aperto un nuovo hospice a Piacenza con 15 posti letto *(non compreso nella tabella che riporta i dati al 31 dicembre 2010).*
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 2009-2010

Azienda sanitaria	Hospice	Anno 2009			Anno 2010		
		Posti letto	ricoverati	degenza media (gg.)	Posti letto	ricoverati	degenza media (gg.)
Azienda Usl di Piacenza	Hospice di Borgonovo Valtidone	10	167	18,17	10	165	20,3
Azienda Usl di Parma	Hospice Borgotaro	8	84	29,95	8	83	29,01
	Hospice Langhirano	10	110	22,84	10	113	27,31
	Hospice Fidenza	15	171	24	15	192	24,26
	Hospice Piccole Figlie	8	112	25,14	8	108	28,19
Azienda Usl di Reggio Emilia	Hospice Madonna dell'Uliveto di Albinea	12	243	17,69	12	209	19,95
	Hospice Guastalla	14	159	16,6	14	190	17,32
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	Hospice Policlinico di Modena	10	258	13,2	10	238	15,08
Azienda Usl di Bologna	Hospice Chiantore Seragnoli	30	652	15,26	30	593	15,98
	Hospice Bellaria	13	249	16,76	13	293	14,14
Azienda Usl di Imola	Hospice Castel San Pietro	12	194	20,71	12	191	19,58
Azienda Usl di Ferrara	Hospice Ado	12	226	17,58	12	239	16,99
	Hospice Codigoro	11	220	16,45	11	218	16,83
Azienda Usl di Ravenna	Hospice Lugo (*)	8	100	24,8	8	23	31,26
	Hospice Ospedaliero Lugo	10	5	10,8	10	126	23,33
	Hospice di Faenza	-	-	-	15	108	29,41
Azienda Usl di Forlì	Hospice di Forlimpopoli	11	277	13,87	11	291	13,04
	Hospice di Dovadola	8	170	16,4	8	147	18,81
Azienda Usl di Cesena	Hospice Savignano sul Rubicone	14	213	19,26	14	223	18,48
Azienda Usl di Rimini	Hospice di Rimini	10	227	12,58	10	187	15,1
Totale		**226**	**3.837**	**17,51**	**241**	**3.937**	**18,8**

(*) Chiuso Agosto 2010 in occasione dell'apertura dell'Hospice nell'Ospedale di Lugo

Servizi per la salute mentale adulti e minori

I Servizi di salute mentale, sia per bambini sia per adulti, 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). Si occupano di promozione della salute mentale e di prevenzione, di percorsi di diagnosi e cura, di riabilitazione e reinserimento sociale, per l'intero arco della vita.

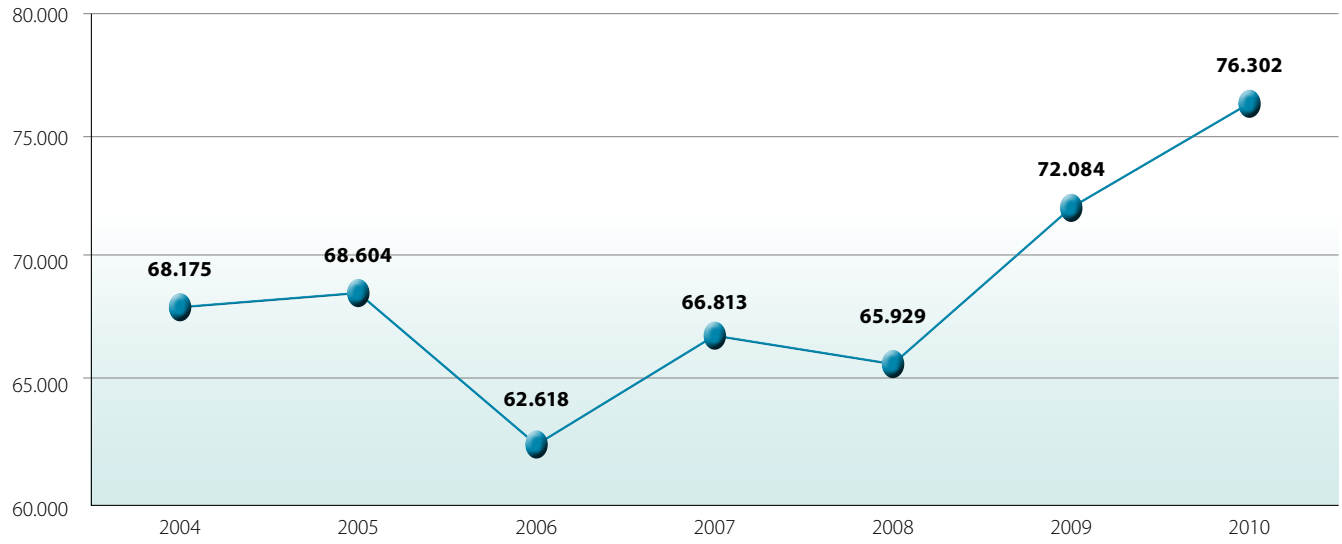
Per gli adulti, nel corso del 2010 si confermano i trend di crescita degli utenti in trattamento presso i Centri di salute mentale: sono stati 76.302 (erano 72.084 nel 2009). Analizzando l'utenza secondo il genere, emerge che le donne sono in maggioranza: il 58% del totale. Le classi di età maggiormente rappresentate sono quelle 18-44 anni (39%) e 45-64 anni (38%), con una rilevante quota di persone con età maggior di 65 anni (12%) e di 75 anni (10%).

Per i bambini, i riferimenti sono i Servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza. Questi Servizi si occupano della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie neuropsichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza: dai disturbi del comportamento o del linguaggio, sino ai disturbi dello spettro autistico.

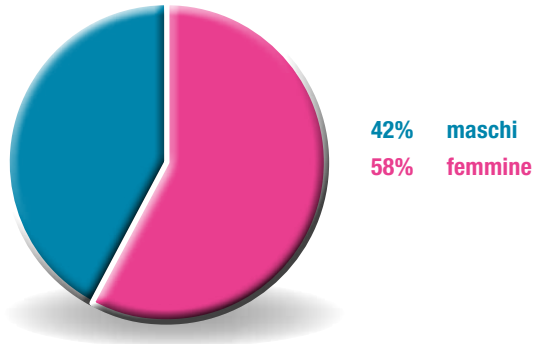
Nel 2010 è andato a regime il nuovo flusso informativo che permette di analizzare in maniera dettagliata le caratteristiche dell'utenza minorenne che fruisce dei servizi territoriali, ma non permette un confronto puntuale con gli anni precedenti per le diverse modalità di raccolta dei dati.

Nel 2010 i minori afferiti ai Servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza sono stati complessivamente 38.263: il 63% maschi, il 37% di femmine. L'accesso ai servizi è particolarmente evidente nelle fasce di età dai 4 ai 10 anni, nelle fasi di vita dello sviluppo e dell'apprendimento, in cui sono maggiormente evidenti le problematiche neurologiche, psichiatriche e cognitive, mentre cala progressivamente all'aumentare dell'età.

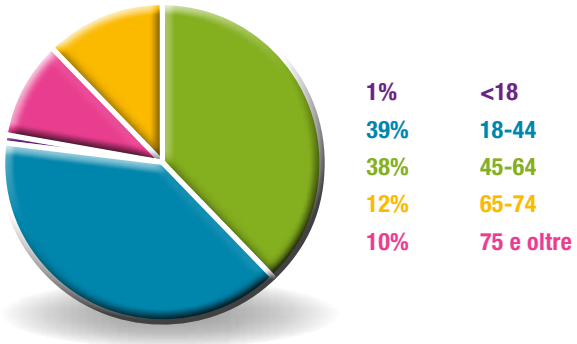
Adulti in trattamento nei Centri di salute mentale in Emilia-Romagna - Anni 2004-2010



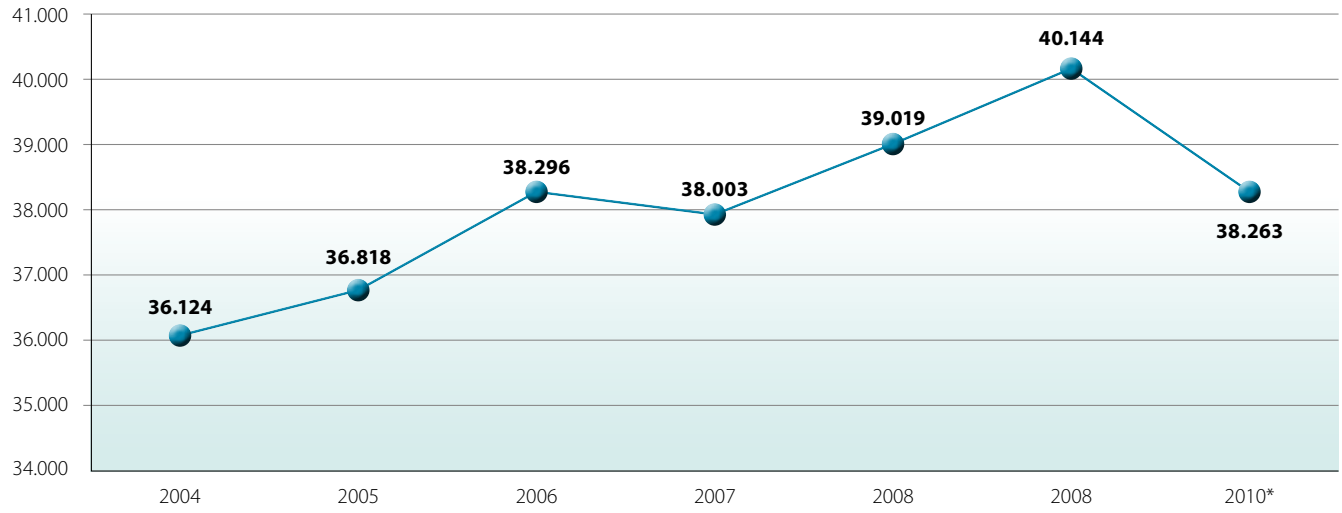
Adulti in trattamento nei Centri di salute mentale per genere - valori % - Anno 2010



Adulti in trattamento nei Centri di salute mentale per classi di età - valori % - Anno 2010

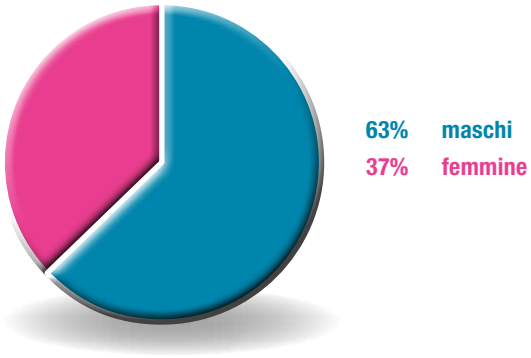


Minori in trattamento nei Servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza - Anni 2004-2010

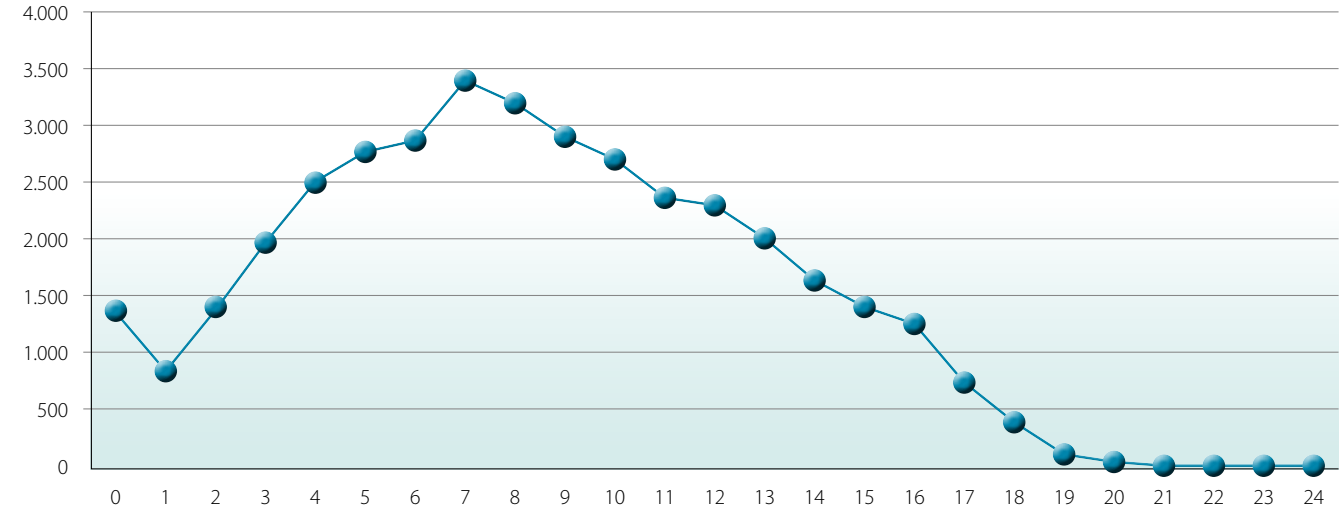


** Il calo di utenti nel 2010 è attribuibile all'attivazione del flusso informativo regionale della neuropsichiatria infantile dell'infanzia e dell'adolescenza che definisce nuove modalità per il conteggio dell'utenza rispetto al passato (bambini con cartella clinica aperta e con prestazioni).*

Minori in trattamento nei Servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza per genere valori % - Anno 2010



Minori in trattamento nei Servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza per età - Anni 2004-2010*

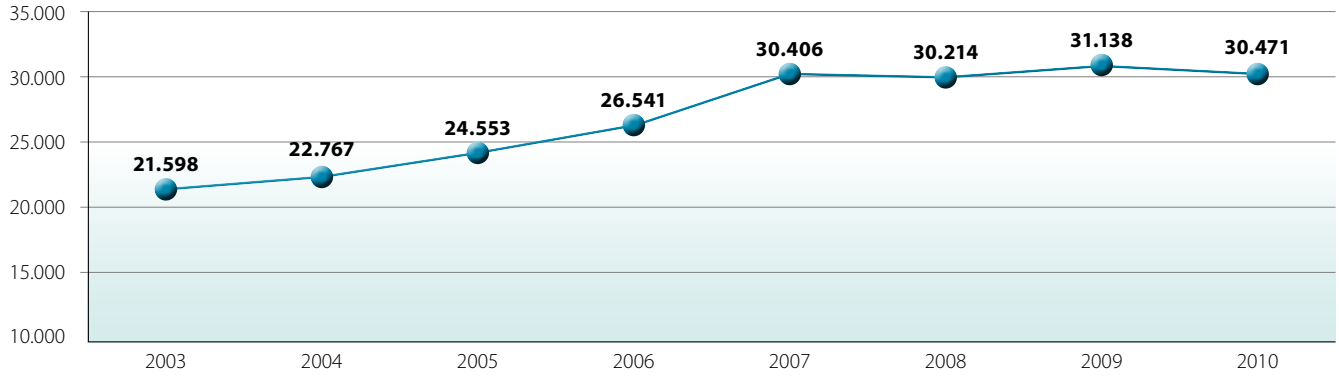


** Nei Servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza vi sono alcuni utenti che continuano il percorso terapeutico oltre i 18 anni di età per diverse motivazioni: continuità terapeutica (es. psicoterapia), termine del percorso scolastico (es. utente con certificazione di disabilità che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

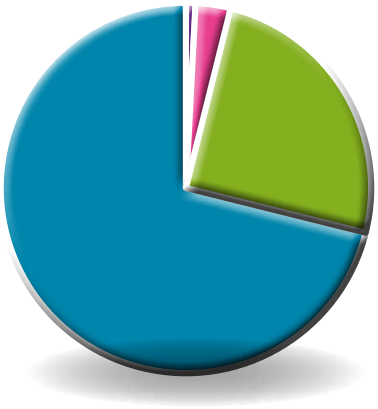
Servizi per le tossicodipendenze

L'assistenza a persone con dipendenza patologica è assicurata attraverso un sistema integrato che coinvolge le Aziende Usl (con i Servizi per le dipendenze patologiche, SerT), le strutture private accreditate, gli Enti locali, il volontariato. Le forme di dipendenza trattate dai SerT variano da problematiche connesse con le droghe e/o farmaci (71% del totale degli utenti), alcol (25%), tabacco (3%) e gioco d'azzardo patologico (1%).
Complessivamente nel 2010 gli utenti afferiti ai SerT, a prescindere dal tipo e dall'intensità del trattamento ricevuto, sono stati 30.471, in leggero calo rispetto al 2009 (31.138). In lieve aumento invece le giornate di inserimento in strutture private accreditate a fronte di un numero sostanzialmente invariato delle persone inserite: nel 2010 le giornate di inserimento sono state 327.557contro le 317.128 del 2009.
Tutte le informazioni dettagliate sull'utenza che accede ai SerT sono disponibili sul sito del Programma regionale dipendenze: www.saluter.it/dipendenze/

Utenti in trattamento presso i SerT - Anni 2003-2010



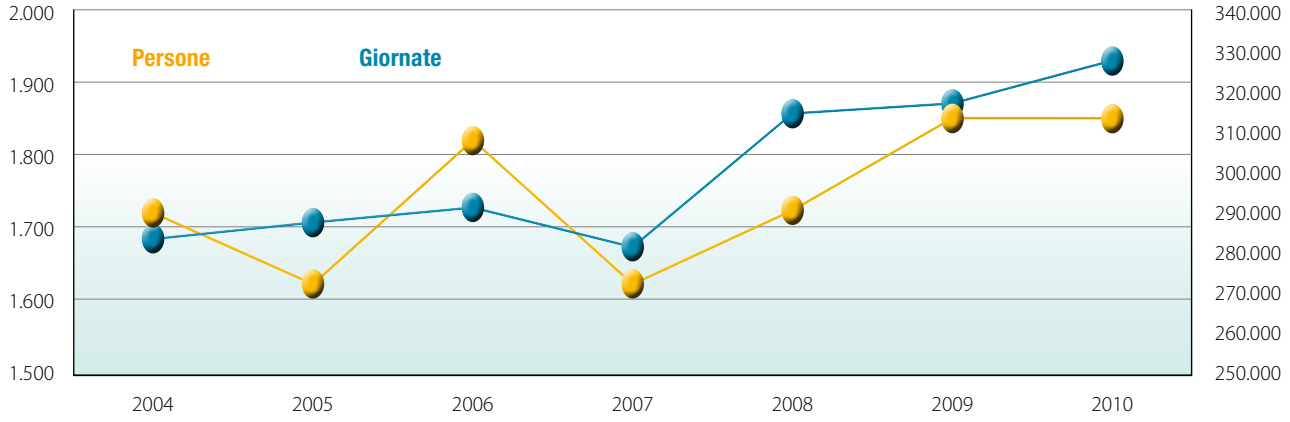
Tipologia dipendenza patologica/area problematica degli utenti in trattamento presso i SerT - Valori % - Anno 2010



1% gioco d'azzardo
3% tabacco*
25% alcol
71% droghe o farmaci

* *È conteggiata solo utenza tabagista afferente ai SerT e non altri centri antifumo regionali.*

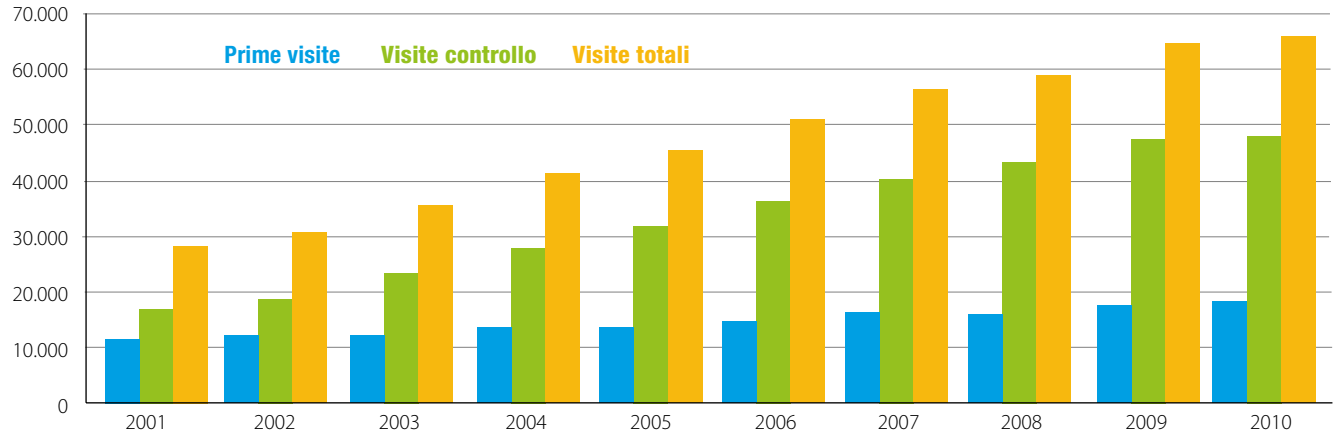
Persone inserite in strutture residenziali e semiresidenziali e giornate di inserimento valori % - Anni 2004-2010



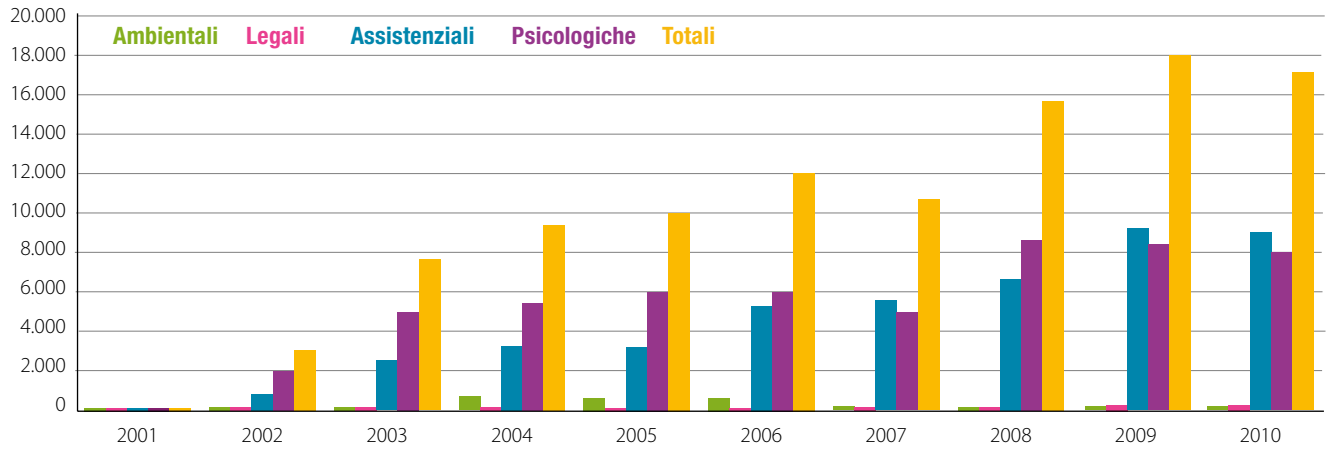
Servizi per le demenze senili

Realizzare una rete di servizi socio-sanitari che coinvolge Aziende Usl, Amministrazioni locali, associazioni dei familiari, volontariato: questa la scelta della Regione per accompagnare la persona con demenza e i familiari nel lungo percorso della malattia e per favorire la migliore qualità della vita possibile.
A oltre 10 anni dall'avvio del progetto specifico, è attiva una rete di 53 Consultori/Centri per la diagnosi e cura delle demenze, in cui operano equipe multidisciplinari (nel 2010 sono oltre 270 i professionisti ed operatori presenti). Tali Consultori/Centri per le demenze lavorano in collegamento con Amministrazioni locali, associazioni di volontariato, familiari.
Le demenze senili sono forme cronico-degenerative per le quali, allo stato attuale, non sono state individuate terapie risolutive.
La rete dei servizi garantisce interventi farmacologici che ritardano la progressione dei deficit cognitivi, interventi rivolti sia alla persona ammalata che al familiare (come la stimolazione cognitiva, i gruppi di sostegno e auto-aiuto), le consulenze specialistiche, le iniziative formative, informative e di socializzazione, altre opportunità assistenziali ed economiche (ad esempio, accoglienza temporanea di sollievo, assegno di cura, contributo aggiuntivo per la regolarizzazione dell'assistente familiare), interventi garantiti anche con il sostegno finanziario del Fondo regionale per la non autosufficienza.
Nel 2010 sono state effettuate 65.615 visite (64.600 nel 2009). I nuovi utenti sono stati 18.017 (17.300 nel 2009) e di questi l'80% sono stati presi in carico. I familiari hanno potuto usufruire di 17.098 consulenze specialistiche (17.709 nel 2009).
Sempre nel 2010 sono state realizzate iniziative rivolte a gruppi di familiari e pazienti: oltre 6.000 le persone coinvolte in iniziative informative, formative, gruppi di sostegno e auto-aiuto e nelle attività dei "caffè Alzheimer" (45 a fine 2010). Spesso gestiti dalle associazioni dei familiari, offrono stimolazione cognitiva, attività di socializzazione e una opportunità per i familiari di condividere i propri problemi con altre persone che vivono la stessa esperienza).
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.
Nel 2010 è stato realizzato uno studio sui modelli organizzativi dei Consultori/Centri per le demenze con l'obiettivo di migliorare l'assistenza attraverso la diffusione omogenea di buone pratiche, su tutto il territorio regionale. Avviati gruppi di lavoro multidisciplinari che porteranno nel 2012 alla stesura di linee guida regionali.

Visite - Anni 2001-2010



Consulenze specialistiche ai familiari - Anni 2001-2010



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

Donazioni

Nel 2010 in Emilia-Romagna i donatori utilizzati sono stati 116, il 26,7 per milione di abitanti (25,7 nel 2009). Tale crescita è in controtendenza rispetto alla media nazionale: 18,2 donatori utilizzati per milione di abitanti nel 2010 rispetto al 19,6 dell'anno precedente. Nel 2010 in Emilia-Romagna l'età media dei donatori utilizzati è stata la più alta di sempre: 60,7 anni (59,2 nel 2009).

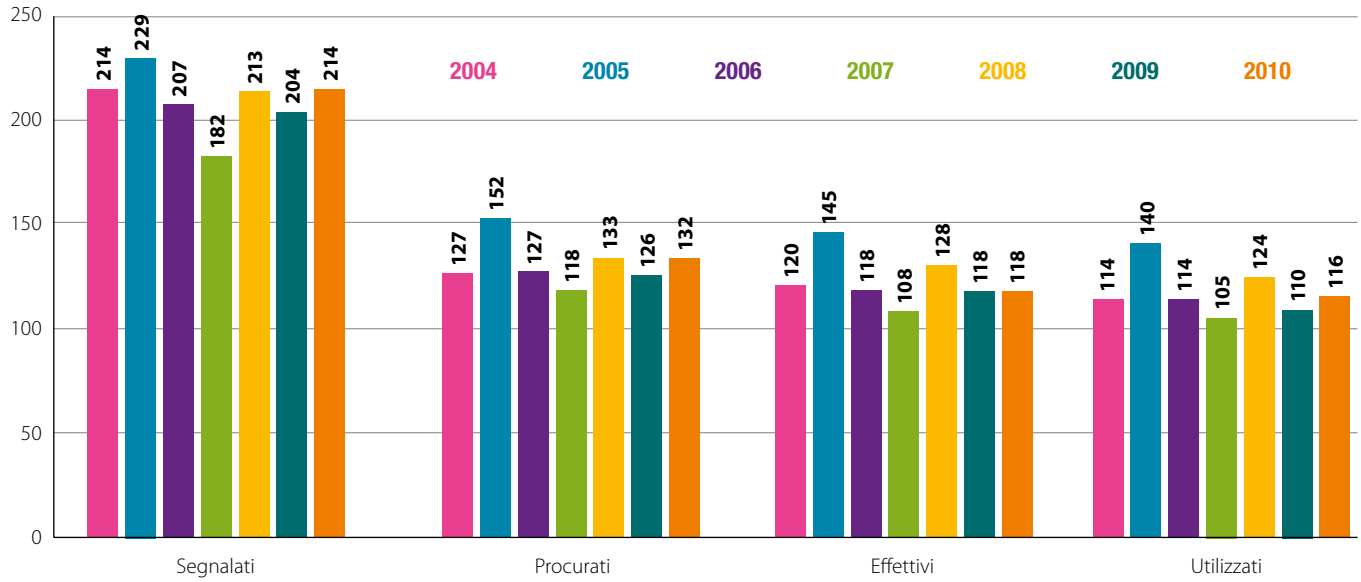
Le opposizioni al prelievo sono state 58 (il 27,1% contro il 31,5% della media nazionale). La fascia di età dove le opposizioni sono più alte è tra i 35 e i 44 anni.

Rispetto alla donazione di tessuti e cellule, nel 2010 sono state prelevate in regione 1.237 cornee, 51 segmenti di cute, 117 segmenti vascolari (vasi), 42 valvole cardiache, 1.014 segmenti osteotendinei.

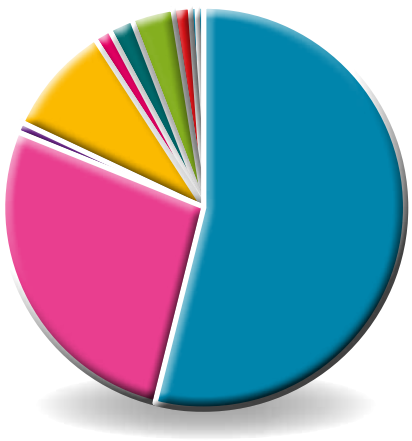
Nel 2010 sono state raccolte e inviate alla Banca regionale 392 unità di sangue cordonale, da utilizzare per trapianto nei bambini con leucemia.

L'attività di sensibilizzazione dei cittadini è condotta tutto l'anno attraverso la campagna regionale "Una scelta consapevole", con il coordinamento del Centro Riferimento Trapianti dell'Emilia-Romagna (CRT-ER) e con l'attiva collaborazione delle Aziende sanitarie, delle associazioni di volontariato e dei pazienti.

Donatori segnalati, procurati, effettivi, utilizzati - Anni 2004-2010



Potenziali donatori segnalati in Emilia-Romagna - Anno 2010



54,2%	utilizzati
27,1%	opposizioni
0,9%	arresto cadiaco
8,9%	non idonei post anamnesi
1,4%	non idonei pre sala
1,9%	idoneo entrato in sala e non prelevato per non idoneità donatore pre trapianto
3,3%	idoneo entrato in sala e non prelevato per patologia organo
1,4%	idoneo offerto, non entrato in sala perché no ricevente compatibile
0,5%	effettivi non utilizzati per non idoneità donatore pre trapianto
0,5%	effettivi non utilizzati per non idoneità organo prelevato
0,0%	opposizioni procura

Trapianti

Nel 2010 in Emilia-Romagna hanno ricevuto trapianto 297 persone e sono stati utilizzati 325 organi (320 nel 2009).
Sono stati eseguiti:

- 150 trapianti di rene, 127 da donatore cadavere (di cui 107 singoli, 11 doppi, 1 combinato con pancreas, 8 combinati con fegato);
- 127 trapianti di fegato, 126 da donatore cadavere, (di cui 8 combinati con rene, 1 combinato con cuore, 1 nel trapianto multiviscerale) e 1 da vivente (trapianto domino da donatore amiloidotico, sottoposto a sua volta a trapianto di fegato: l'amiloidosi è infatti una malattia del fegato che, per procurare grave danno alla salute, impiega alcune decine di anni, e permette quindi questo tipo di donazione per trapianto in riceventi di almeno 60 anni, fornendo un'aspettativa di vita ottimale fino ad oltre i 90 anni);
- 26 trapianti di cuore, di cui 1 combinato con fegato, 1 con doppio polmone;
- 2 trapianti di intestino, 1 trapianto multiviscerale (stomaco, duodeno, intestino, pancreas, fegato);
- 2 trapianti di polmone (entrambi bipolmonari, di cui 1 combinato con cuore).

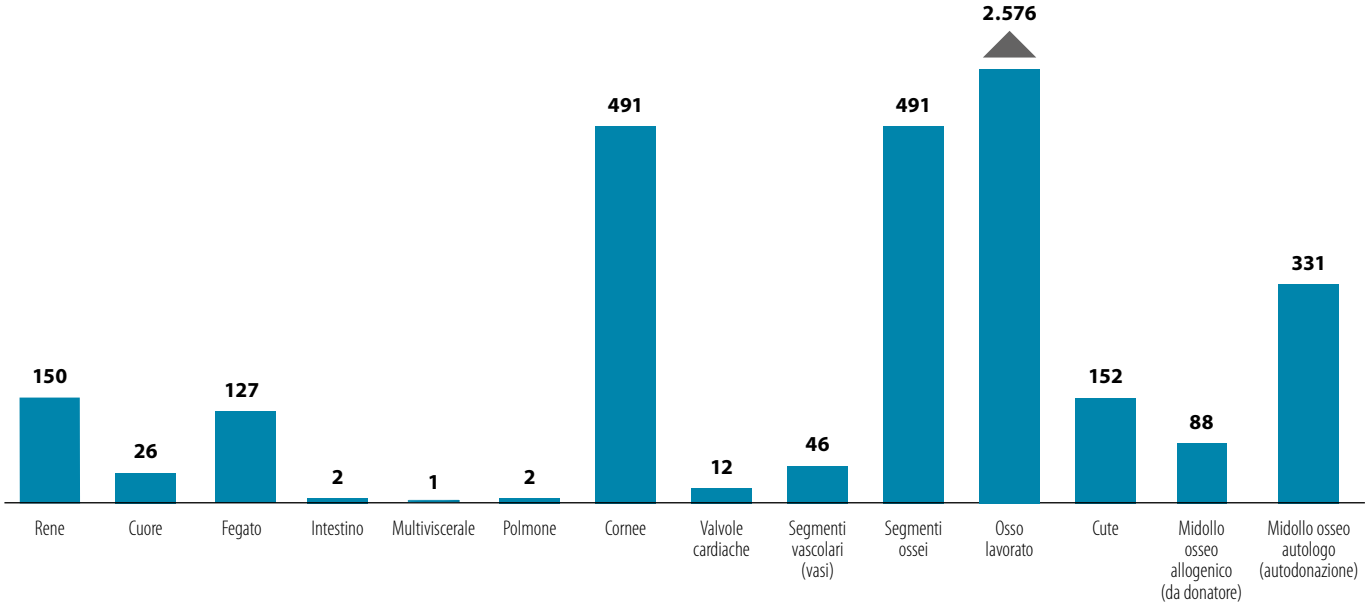
I trapianti di tessuti sono stati: 491 di cornea, 12 di valvole cardiache, 46 di segmenti vascolari, 152 di cute, 491 di segmenti ossei, 2.576 di osso lavorato.
Sono stati 88 i trapianti di midollo osseo allogenico e 331 di midollo osseo autologo.
Nel 2010 sono state utilizzate per trapianto 9 unità di sangue cordonale raccolte in Emilia-Romagna: 5 in Centri ematologici italiani, 2 in Centri ematologici europei (Austria e Germania), 1 negli Stati Uniti, 1 in Australia.
In Emilia-Romagna sono attive le liste di attesa uniche per il trapianto di rene e per il trapianto di fegato.
I pazienti iscritti in lista d'attesa al 31 dicembre 2010 erano 1.340 per il trapianto di rene, 55 per il cuore, 244 per il fegato, 21 per l'intestino, 10 per il polmone e 3 per il trapianto combinato polmone/cuore.

I tempi di attesa nel 2010 sono stati di poco superiori ai 3 anni per il trapianto di rene (in linea con il dato nazionale), poco più di 1 anno per il trapianto di cuore (circa 2,4 anni la media italiana), da 1,8 anni a 2,4 anni per il trapianto di fegato (circa 2 anni il dato nazionale), 1,8 anni per il trapianto di polmone (poco meno di 2 anni il dato nazionale), 2,5 anni per il trapianto combinato polmone/cuore.
La sopravvivenza in Emilia-Romagna: per il trapianto di rene, a 1 anno dall'intervento è pari al 98,1% (il dato nazionale è 97,8%); per il trapianto di cuore, a 1 anno dall'intervento è 90,6% (il dato medio in Italia è 85,4%); per il trapianto di fegato, a 1 anno è pari all'87% (per l'Italia è 87,1%). I dati sulla sopravvivenza a 5 e 10 anni sono in linea con i dati nazionali.

I progetti per migliorare l'attività di trapianto

Il progetto "LifePort" prevede l'utilizzo di una macchina di perfusione dei reni donati - dal momento del prelievo a quello del trapianto - per prevenire la ritardata o mancata ripresa funzionale dell'organo trapiantato. Nel 2010, oltre il 90% dei reni idonei al trapianto sono stati sottoposti alla tecnica di perfusione. L'Emilia-Romagna è l'unica regione dove viene applicata questa tecnica.
Il progetto "Adonhers" ha l'obiettivo di ampliare il numero dei potenziali donatori di cuore e prevede lo studio dei donatori non ottimali per valutarne meglio l'idoneità prima del trapianto attraverso una tecnica di indagine (eco-stress farmacologico con dipiridamolo) capace di verificare in modo preciso la qualità dell'organo sotto il profilo funzionale. Il progetto è attivo in Emilia-Romagna e Toscana; l'estensione a tutte le Regioni è stata recentemente approvata dal Ministero della salute.
Il progetto per la prevenzione dell'insufficienza renale progressiva (PIRP) ha già circa 10.000 persone inserite nel registro regionale e seguite da nefrologi e medici di famiglia con strategie terapeutiche comuni per ritardare, se non evitare, l'entrata in dialisi e quindi la necessità di trapianto.
Sito internet dedicato: **www.saluter.it/trapianti**

Trapianti di organi, cellule e tessuti in Emilia-Romagna - Anno 2010



Donazione e consumo unità di sangue

Cresce, e in misura maggiore rispetto alla crescita 2009 sul 2008 (quando era stata dello 0.5%) la raccolta di sangue: nel 2010 sono state 253.500 le unità di sangue intero raccolte, con un incremento rispetto al 2009 del 2% (248.662). Le unità di sangue utilizzate sono state 246.995, in lieve aumento (+0,2%) rispetto al 2009 (246.530 le unità utilizzate).
Torna ad aumentare, dopo la flessione dell'anno scorso, il contributo dell'Emilia-Romagna alle Regioni che non riescono con la raccolta a soddisfare le esigenze dei loro servizi sanitari: nel 2010 sono state 3.505, + 3,6% rispetto al 2009 (3.382) le unità di sangue trasferite alle Regioni carenti.
Il sistema sangue dell'Emilia-Romagna si avvale del costante e indispensabile contributo delle associazioni di volontariato Avis e Fidas che possono contare su oltre 160 mila donatori iscritti.
Per aumentare il numero di donatori e donatrici effettivi, cioè di coloro che abitualmente donano il sangue (nel 2010 sono stati 146.249), Regione e associazioni portano avanti insieme da anni campagne di sensibilizzazione rivolte a tutti i cittadini, e a gruppi di cittadini, in particolare ai giovani, anche con iniziative e concorsi rivolti agli studenti.
Dall'aprile 2008 è operativo il Piano sangue e plasma: accreditamento delle strutture trasfusionali, sviluppo dei processi di sicurezza delle trasfusioni, in particolare rispetto ai metodi di tracciabilità del donatore, al "prodotto" sangue e suoi componenti e rispetto alla prevenzione del rischio di infezioni sono le priorità individuate.
Il sistema sangue dell'Emilia-Romagna è poi impegnato in un progetto di qualità: sta concentrando 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 (60mila unità trattate).

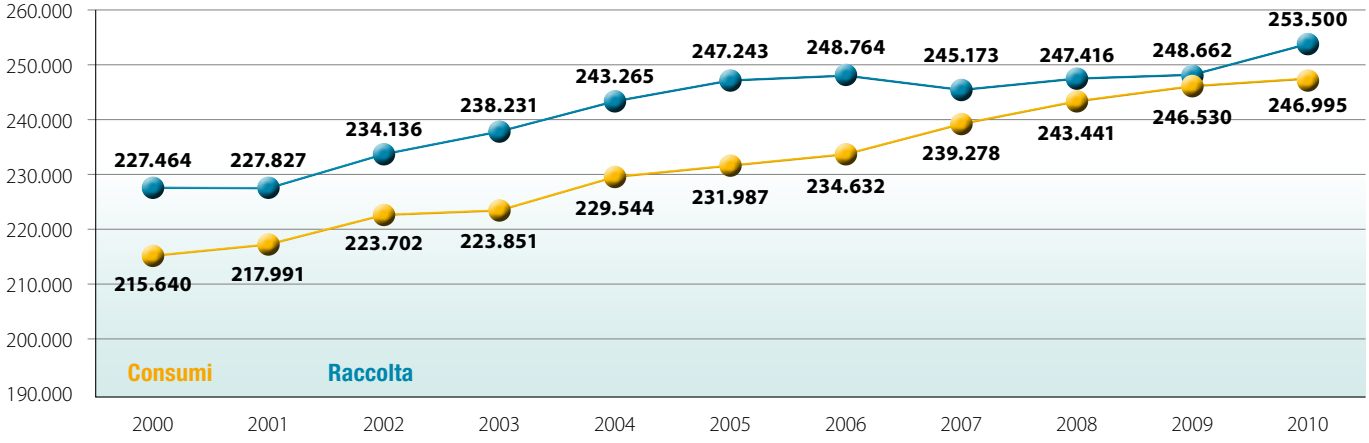
Sito internet: http://www.donaresangue.it/

Raccolta e consumo di sangue (unità rosse) - Confronto anni 2009-2010

Programmi	Raccolta				Consumi			
	2010	2009	Diff. % 2010-2009	Obiettivo raccolta 2010	2010	2009	Diff. % 2010-2009	Obiettivo consumi 2010
Piacenza	15.780	15.591	1,2	15.250	13.369	13.666	-2,2	14.700
Parma	30.199	29.088	3,8	30.600	27.455	26.577	3,3	28.400
Reggio Emilia	23.331	23.237	0,4	24.000	18.745	18.863	-0,6	18.000
Modena	36.448	35.482	2,7	35.300	32.955	32.518	1,3	33.000
Bologna	62.756	63.270	-0,6	67.650	71.231	71.602	-0,6	74.000
Ferrara	22.649	22.327	1,5	22.500	23.380	22.812	2,5	23.000
O.T. AV Romagna*	62.337	59.667	4,5	62.100	59.860	60.492	-1,0	55.500
Totale	253.500	248.662	2,0	257.400	246.995	246.530	0,2	246.600

(*) Officina trasfusionale dell'Area vasta Romagna.

Andamento raccolta e consumo sangue (unità rosse) - Anni 2000-2010



Unità di sangue (unità rosse) trasferite ad altre Regioni - Anno 2010: 3.505

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

In Emilia-Romagna sono attivi tre programmi di screening che prevedono l'invito ad effettuare i test di screening con una lettera personale a domicilio inviata dall'Azienda Usl di residenza: 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 (rivolto al 90,4% delle donne in età 50-69) è molto alta: il 73,1% (il 60,3% nazionale). Sempre nel 2010 sono state invitate il 66,6% delle donne di età 45-49 anni e il 100% della donne di età 70-74 anni; l'adesione è stata rispettivamente del 62,8% e del 65,7% *(il confronto con il dato nazionale non è possibile, poiché l'estensione non è presente in tutto il Paese).*
Sono state 173.483 le donne di 50-69 anni che hanno eseguito la mammografia nel 2009 *(ultimo dato disponibile)*, tra queste il 4,2% (7.235) è stato richiamato per ulteriori accertamenti e per 1.045 è stata fatta diagnosi di tumore al seno (il 53% in stadio precoce).
L'intervento chirurgico è stato conservativo per l'86% dei casi.
Dal 1997 (anno di avvio), al 2009 lo screening ha permesso di riscontrare 12.540 donne con tumori, di cui 2.060 con tumori "in situ" (non ancora invasivi), e, tra quelle con tumore invasivo, in 7.038 (67,2%) in stadio precoce (presupposto fondamentale per intervenire tempestivamente con le cure).
In Emilia-Romagna (studio nazionale "Impatto") partecipare allo screening effettuando regolarmente la mammografia riduce del 56% il rischio di morire di tumore della mammella, il 50% a livello nazionale.
Sito internet: http://www.saluter.it/screening_femminili/

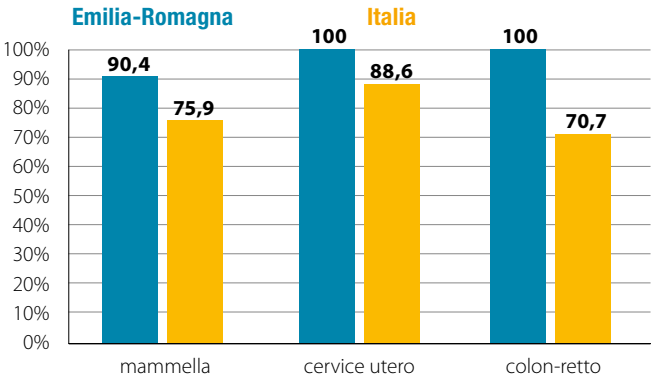
Screening dei tumori del collo dell'utero

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 57% contro il 41,7%.
Nel 2009 *(ultimo dato disponibile)* sono state eseguite 6.278 colposcopie di approfondimento nelle donne positive al pap-test. Tra queste sono state identificate 1.448 donne (23%) con lesioni precancerose a basso rischio (CIN1), che molto spesso regrediscono spontaneamente. In altre 988 (16%) 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 40 tumori invasivi, di cui il 45% microinvasivi.
Dal 1997 (anno di avvio), al 2009 lo screening ha permesso di riscontrare 10.645 donne con lesioni pre-cancerose e 635 con tumori invasivi (di cui il 42% con tumore microinvasivo, quindi con una probabilità di guarigione del 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 2.800 donne.
Sito internet: http://www.saluter.it/screening_femminili/

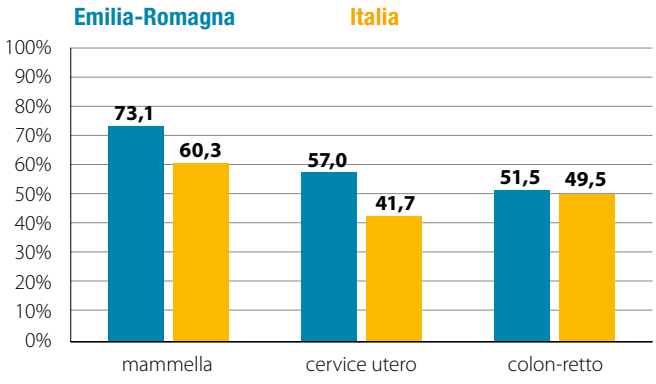
Screening dei tumori del colon-retto

È rivolto a donne e uomini dai 50 ai 69 anni (circa 1.100.000 in totale). L'adesione all'invito (rivolto al 100% della popolazione interessata) è nel 2010, il 51,5% (media nazionale 49,5%).
Tra le 241.018 persone che hanno eseguito il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci, nel 2009 *(ultimo dato disponibile)* il 4,3% del totale 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 8.391 persone positive al test nel 2009 ha evidenziato nel 28% delle persone polipi ad alto rischio e nel 4% un tumore colo-rettale.
Dal 2005 (anno di avvio), al 2009 lo screening ha permesso di individuare 2.750 persone con tumore maligno, delle quali il 57% 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 14.815 persone nel periodo considerato) ha permesso di ridurre l'insorgenza dei tumori maligni.
Sito internet: http://www.saluter.it/colon/

Screening dei tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto. Popolazione invitata al 31/12/2010: Emilia-Romagna e Italia - Valori %



Screening dei tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto. Adesione all'invito: Emilia-Romagna e Italia - Valori % - Anno 2010

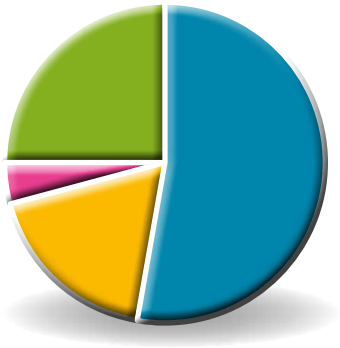


Screening tumori della mammella: tipo di trattamento chirurgico - Anno 2009

86% trattamento conservativo

14% trattamento non conservativo

Screening tumori della mammella: stadio dei 1.045 tumori identificati nel 2009



53% stadio precoce

25% stadio avanzato

18% in situ

4% stadio sconosciuto

Screening tumori del collo dell'utero: esito delle colposcopie nelle 6.278 donne esaminate nel 2009

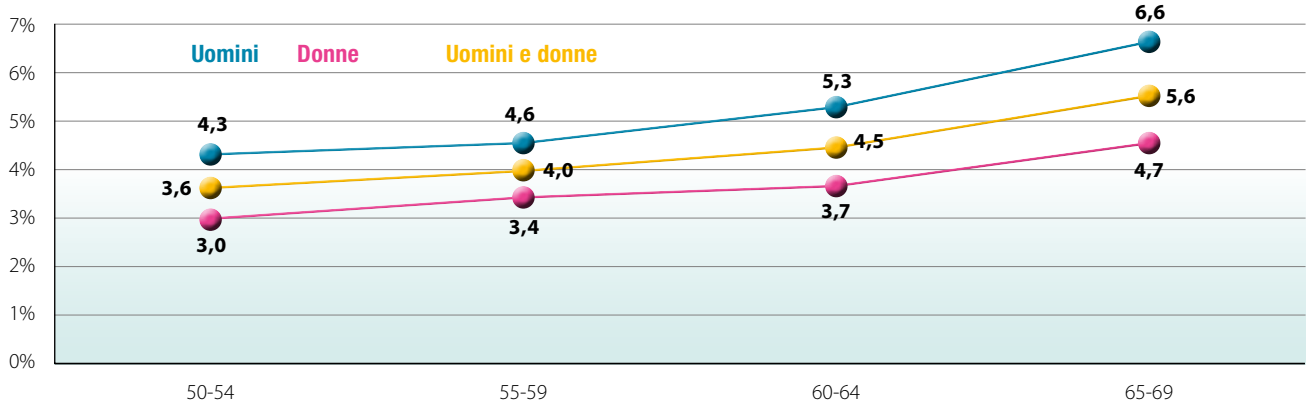
60% normale/negativo

16% lesioni precancerose ad alto rischio (CIN2+CIN3)

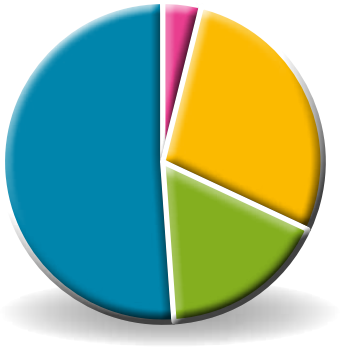
23% lesioni precancerose a basso rischio (CIN1)

1% tumore invasivo

Screening tumori colon retto: % postività al test per la ricerca del sangue occulto, per classi di età e sesso - Anno 2009



Screening tumori colon retto: esito della colonscopia nelle 8.391 persone esaminate nel 2009



51% nessuna lesione

17% polipo a basso rischio

28% polipo ad alto rischio

4% tumore maligno

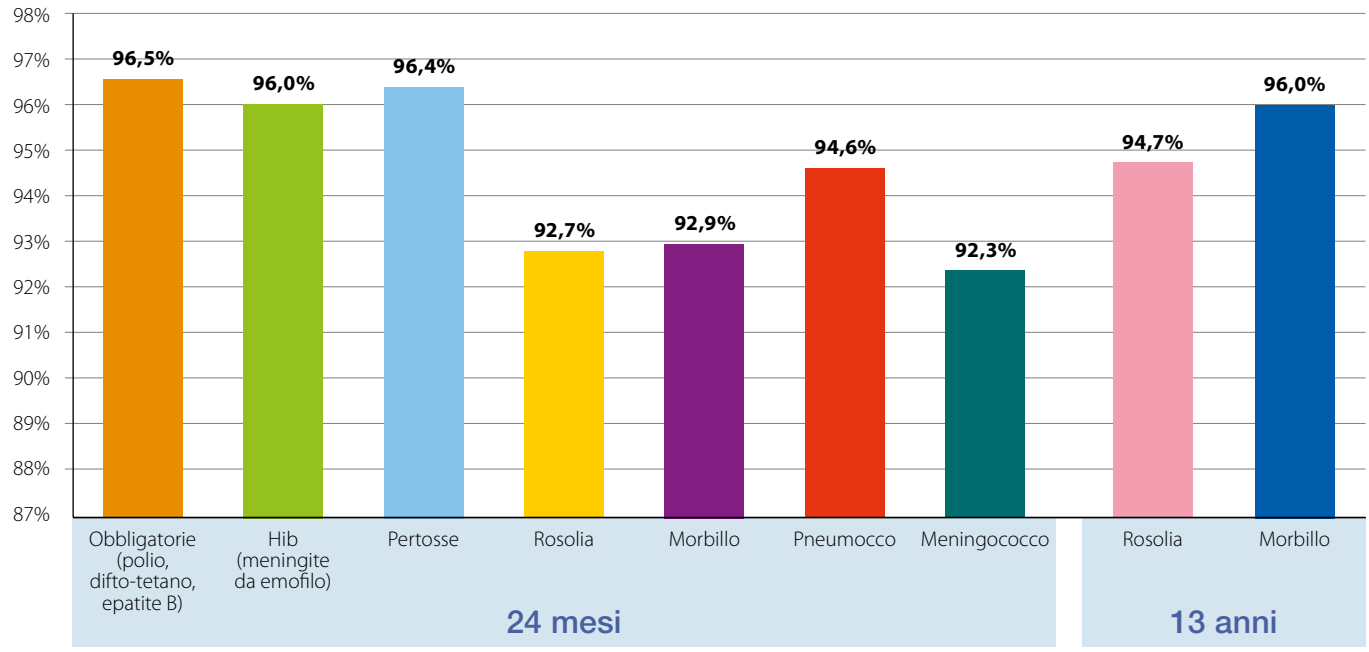
Oggi si è persa la memoria di molte malattie infettive pericolose e a volte mortali, come la poliomielite o la difterite, pressoché sconfitte in Europa, ma che possono ancora circolare con lo spostamento delle persone da una parte all'altra del pianeta. Al tempo stesso, è aumentata in modo sproporzionato la percezione del rischio relativo agli effetti collaterali della vaccinazione, mentre è diminuita quella relativa alle complicanze delle malattie.
Occorre invece ricordare e ribadire che le vaccinazioni rappresentano un fondamentale strumento di prevenzione delle malattie infettive. Ogni anno, nel mondo, considerando bambini e adulti, le vaccinazioni salvano più di 3 milioni di vite e ne salvano molte di più dalle sofferenze e dalle sequele a volte invalidanti legate alle malattie.
Le malattie infettive, prima della introduzione delle vaccinazioni dell'infanzia, erano la principale causa di morte dei bambini nel mondo; ancora oggi ogni anno muoiono 10,6 milioni di bambini prima dei cinque anni di età e 1,4 milioni di queste morti sono dovute a malattie che potrebbero essere evitate dai vaccini *(fonte OMS)*.

La Regione Emilia-Romagna ha da sempre posto particolare impegno nel portare avanti i programmi di vaccinazione coerenti con le indicazioni nazionali e compresi nel più vasto ambito del controllo delle malattie infettive trasmissibili. Tali programmi sono basati su dati epidemiologici, su prove di efficacia e di dimostrata sicurezza, in modo da garantire l'offerta vaccinale più ampia, con i calendari dimostrati più efficaci e sicuri.
L'obiettivo è 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, uniformità di accesso e uguale opportunità.
Costante è l'impegno per mantenere agli standard più elevati la qualità del processo vaccinale, la professionalità degli operatori e l'integrazione con i pediatri e i medici di famiglia.

Le vaccinazioni nell'infanzia e nell'adolescenza

Per tutte le vaccinazioni previste dal calendario vaccinale, in Emilia-Romagna da anni è stabilmente superato l'obiettivo nazionale di raggiungere il 95% degli interessati, anche se l'ultimo anno ha fatto registrare una lieve flessione per tutte le vaccinazioni.
Per le vaccinazioni considerate obbligatorie entro i 24 mesi di vita - poliomielite, difterite, tetano, epatite B - la copertura nel 2010 è del 96,5% (97,1% nel 2009).
Per le vaccinazioni fortemente raccomandate entro i 24 mesi di vita, la copertura 2010 è stata: del 96% per la meningite da emofilo (il 96,5 nel 2009), del 96,4% per la pertosse (97,1% nel 2009); del 94,6% per la vaccinazione antipneumococcica (95,9% nel 2009) e del 92,3% per la vaccinazione antimeningococcica (93,2% nel 2009).
La vaccinazione contro il morbillo (a 24 mesi di vita) ha registrato una copertura del 92,9%, un risultato in lieve calo rispetto al 2009 (93,7%), inferiore all'obiettivo del 95%, ma superiore alla media italiana (89,9 nel 2009, *ultimo dato disponibile*).
Per i bambini a rischio per la presenza di patologie croniche predisponenti, la vaccinazione anti-pneumococcica è prevista dal 2001 e sono stati raggiunti discreti livelli di copertura (intorno al 60% dei bimbi interessati).
Buone, e in lieve aumento rispetto al 2009, le coperture per le vaccinazioni contro il morbillo con il 94,7% (il 94,2% nel 2009) e la rosolia con il 96% (il 95,7% nel 2009) raccomandate a 13 anni di vita.
Tutte le vaccinazioni citate sono gratuite.

Le vaccinazioni nell'infanzia e nell'adolescenza - Anno 2010 - Valori %



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

L'HPV (Human Papilloma Virus) è responsabile della più comune infezione a trasmissione sessuale, molto diffusa soprattutto nelle giovani donne attorno ai 25 anni. I sierotipi 16 e 18 sono i più pericolosi potendo provocare – anche se in rari casi – alterazioni cellulari del collo dell'utero che, se non curate con tempestività, possono evolvere in tumore. È dimostrato che più del 70% dei tumori del collo dell'utero deriva da infezione da HPV 16 e 18.

È importante la protezione dal virus prima di iniziare ad avere rapporti sessuali.

Il programma di vaccinazione gratuita contro i tipi 16 e 18 dell'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.

Le adolescenti nate dal '96 (anno in cui è stato autorizzato l'utilizzo del vaccino) in avanti mantengono il diritto alla vaccinazione gratuita fino al compimento del 18° anno.

Nel 2010 è stato completato l'invito a tutte le ragazze nate nel 1998 e sono state invitate tutte le nate nel 1999 (18.155 in tutta la regione).

Al 31/12/2010, la copertura vaccinale per le nate nel 1997 (media regionale) è stata del 73%; mentre quella per le nate nel 1998 è risultata, sempre in media regionale, del 66,4%. Tali dati di copertura, pur essendo sopra la media nazionale (pari al 65% per le nate nel 1997 e al 51,9% per le nate nel 1998), sono, tuttavia, migliorabili e in questo senso è impegnato tutto il Servizio sanitario.

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 ticket per l'iniezione.

Copertura vaccinale HPV per adolescenti nate nel 1997 e 1998 per Azienda Usl - Dati al 31/12/2010

Azienda Usl	Coorte 1998 % vaccinate	Coorte 1997 % vaccinate
Piacenza	74,4	82,9
Parma	60,0	62,6
Reggio emilia	74,8	75,7
Modena	75,0	76,8
Bologna	63,8	67,9
Imola	84,6	93,3
Ferrara	53,6	85,0
Ravenna	53,9	77,4
Forlì	78,2	77,2
Cesena	63,2	64,4
Rimini	54,6	57,8
Totale regionale	**66,4**	**73,0**

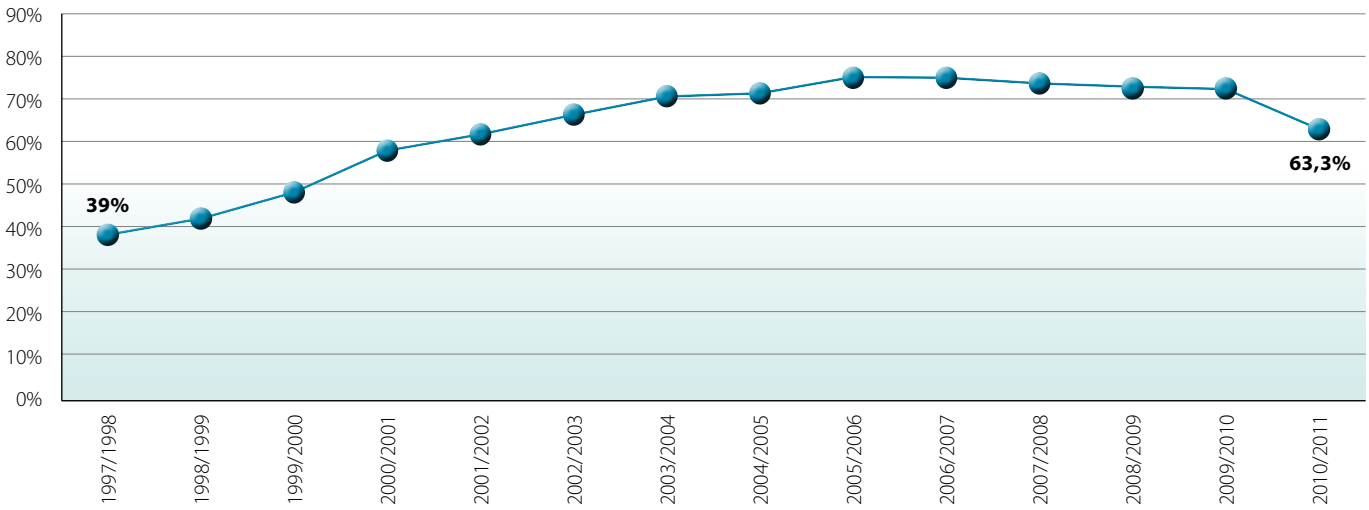
La vaccinazione antinfluenzale

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

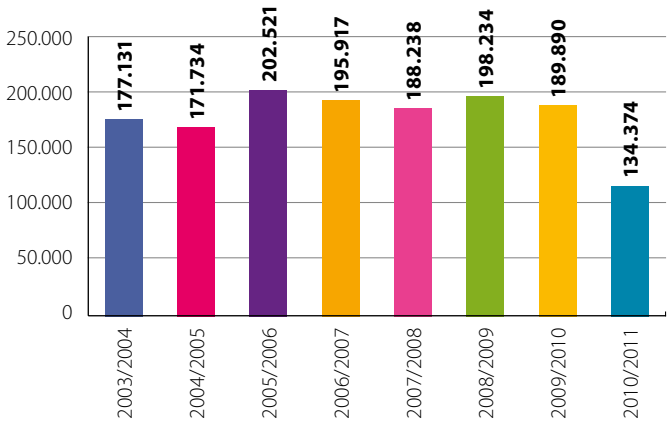
Il tasso di copertura vaccinale riferito agli over 65enni ha registrato, per la prima volta, un calo considerevole (non ancora disponibile il dato nazionale, ma il trend in calo è registrato in tutte le Regioni): 624.696 vaccinati, il 63,3% del totale (il 73,0% nella campagna 2009-2010). È diminuita anche l'adesione alla vaccinazione delle persone affette da patologie croniche (134.374 contro le 189.890 nel 2009-2010). Stesso trend in calo mostra l'adesione alla vaccinazione da parte degli operatori sanitari: sono stati 9.561 i vaccinati nella campagna 2010-2011: il 17,5 % del totale contro il 33,1% della campagna precedente.

La diminuzione dell'adesione, registrata in tutta Italia, è sicuramente legata a quanto successo con la pandemia da virus A H1N1 del 2009. Il fatto che la pandemia si sia dimostrata molto più leggera rispetto a quanto inizialmente ipotizzato dalle Autorità sanitarie mondiali ed europee, il fatto che il vaccino sia arrivato quando ormai il picco della malattia era passato e quindi sia stato praticamente inutile, ha creato perplessità e sfiducia nella popolazione anche sulla vaccinazione antinfluenzale stagionale. Occorre tuttavia sottolineare che quando si presenta un nuovo tipo di virus influenzale prodotto dalla combinazione di ceppi animali e umani (come nel caso del virus A H1N1) è molto probabile che la maggioranza della popolazione non abbia gli anticorpi e che possa infettarsi anche in modo grave. Per questo le Autorità sanitarie avevano dichiarato lo stato di massima allerta e la opportunità della vaccinazione per i gruppi di persone dimostratesi più a rischio: l'atteggiamento prudenziale impone sempre di comportarsi e prepararsi come se dovesse verificarsi la più grave delle ipotesi.

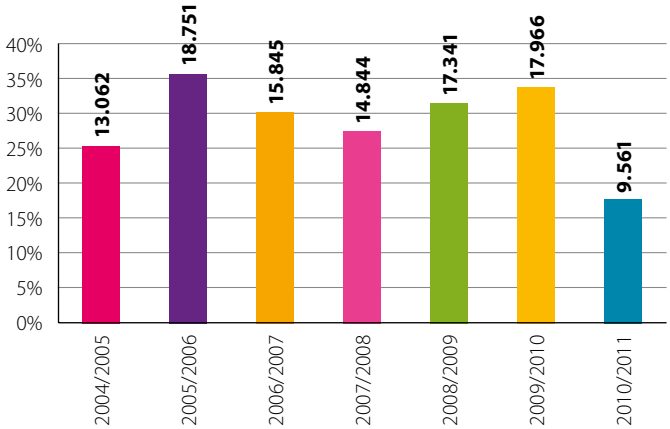
Vaccinazione antinfluenzale popolazione dai 65 anni: campagne dal 1997-1998 al 2010-2011 - Valori %



Vaccinazione antinfluenzale adulti e bambini con patologie croniche: campagne dal 2003-2004 al 2010-2011



Vaccinazione antinfluenzale operatori sanitari: campagne dal 2004-2005 al 2010-2011*



* *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 31/12/2010.*

Gli infortuni

In Emilia-Romagna, nel 2010, sono stati denunciati all'Inail 105.993 infortuni sul lavoro (in diminuzione dell'1,5% rispetto al 2009 quando ne erano stati segnalati 107.564). Nel periodo 2001–2010 gli infortuni denunciati sono diminuiti del 24,7%, passando da 140.766 a 105.993.
Gli infortuni mortali, nello stesso intervallo, sono diminuiti del 50%: da 174 a 87; nel 2010 sono diminuiti del 6,5% rispetto al 2009.

Per i lavoratori stranieri il 2010 è stato un anno peggiore del precedente in termini di infortuni sul lavoro. Vi è stato infatti un incremento dell'1,5%, che contrasta con il forte decremento registrato nel 2009 quando rispetto all'anno precedente vi fu una riduzione del 19,7%. Gli infortuni mortali, tra i lavoratori stranieri, sono stati 19 nel 2010 come nel 2009, pari al 22% degli infortuni mortali sul lavoro accaduti complessivamente in questa regione.

Infortuni sul lavoro denunciati all'Inail - Anni 2009-2010

Provincia	Totale infortuni		Variazione % 2010/2009	Infortuni mortali		Variazione % 2010/2009
	2009	2010		2009	2010	
Piacenza	6.074	5.866	-3,4	8	6	-25,0
Parma	11.053	10.819	-2,1	9	9	0,0
Reggio Emilia	14.627	14.240	-2,7	5	6	20,0
Modena	17.820	17.583	-1,3	16	7	-56,3
Bologna	22.958	22.567	-1,7	18	27	50,0
Ferrara	6.529	6.264	-4,1	8	10	25,0
Ravenna	10.602	10.298	-2,9	14	8	-42,9
Forlì - Cesena	10.064	10.077	0,1	8	9	12,5
Rimini	7.837	8.279	4,6	7	5	-28,6
Emilia-Romagna	**107.564**	**105.993**	**-1,5**	**93**	**87**	**-6,5**

Infortuni sul lavoro denunciati all'Inail occorsi a lavoratori stranieri - Anni 2009-2010

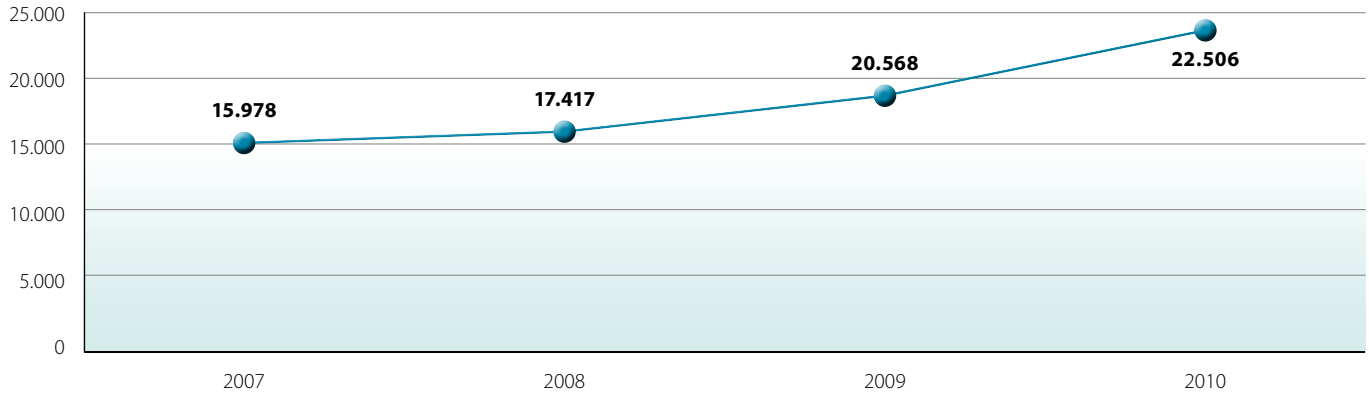
Provincia	Totale infortuni		Variazione % 2010/2009	Infortuni mortali	
	2009	2010		2009	2010
Piacenza	1.532	1.510	-1,4	0	1
Parma	2.574	2.541	-1,3	1	1
Reggio Emilia	3.124	3.044	-2,6	1	1
Modena	3.879	3.955	1,9	3	1
Bologna	4.917	5.093	3,5	3	10
Ferrara	699	775	10,9	2	2
Ravenna	2.120	2.081	-1,8	4	1
Forlì - Cesena	2.077	2.150	3,4	2	2
Rimini	1.635	1.769	7,4	3	0
Emilia-Romagna	**22.557**	**22.918**	**1,5**	**19**	**19**

L'attività di vigilanza delle Aziende Usl

Nel 2010 sono state controllate 22.506 aziende, pari al 9,6% delle imprese presenti sul territorio regionale. L'incremento rispetto all'anno precedente è stato del 9,4%. Tra i comparti controllati, l'edilizia è al 1° posto con il 54,7% delle aziende controllate, seguono il settore dei servizi (8,1%) e la metalmeccanica (8,1%). Il 23,6% delle aziende verificate è stato segnalato per violazioni all'Autorità giudiziaria. I comparti in cui il rapporto tra aziende controllate e aziende sanzionate è risultato più elevato sono stati il tessile abbigliamento, dove il 65% delle aziende è risultato irregolare, il legno (44,4%) ed il settore della pesca (42,8%).

Gli indici di irregolarità (dei quali si riferisce in dettaglio nella 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.

Imprese ispezionate in Emilia-Romagna - Anni 2007-2010



Aziende ispezionate sul totale regionale e relativo indice di irregolarità - Valori in % - Anno 2010

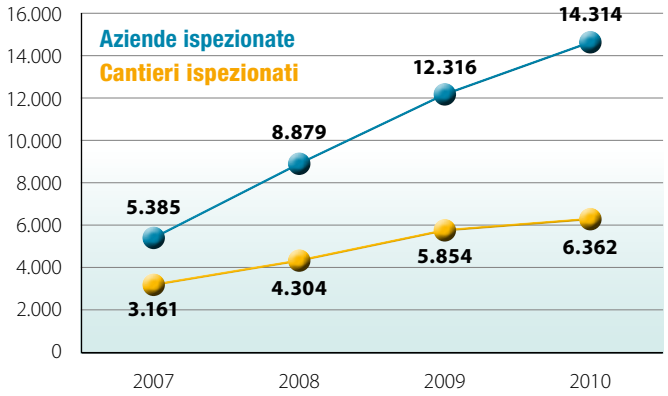
Comparto	Percentuale imprese controllate sul totale regionale	Indice di irregolarità
Tessile abbigliamento	1,6	65,33%
Legno	1,1	44,44%
Pesca	0,1	42,86%
Metalmeccanica	8,1	41,02%
Chimica	2,9	40,52%
Alimentare	1,9	35,93%
Edilizia	54,7	32,26%
Agricoltura	4,5	30,40%
Editoria cartotecnica	0,2	28,13%
Trasporti	1,7	27,89%
Commercio	4,4	25,63%
Scuola	1,5	25,01%
Energia acqua gas	1	24,43%
Servizi	8,1	22,71%
Sanità	2,4	19,61%
Pubblico	0,9	12,93%
Alberghiero ristorazione	1,6	12,77%
Estrazione minerali	3,4	12,48%

Piano regionale edilizia

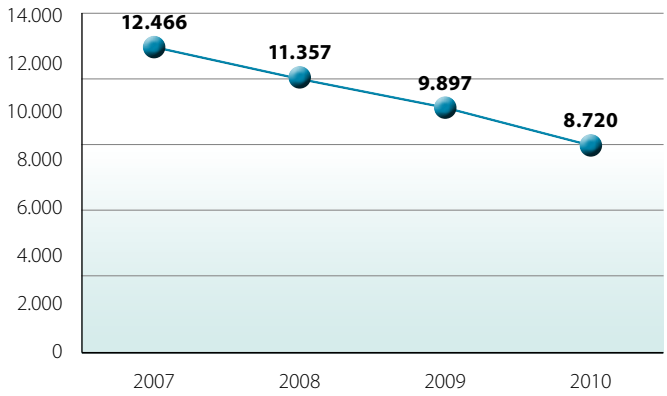
I controlli e gli infortuni

Nel 2010 in Emilia-Romagna sono stati controllati 6.362 cantieri (pari al 19,2% del totale). Il controllo ha interessato oltre alla ditta titolare anche le imprese che operavano nei cantieri con contratti di appalto e di subappalto. Complessivamente sono state verificate 14.314 imprese. Il 32% dei cantieri controllati sono risultati irregolari. Nel 40,4 % dei casi sono emerse inadempienze relative alle misure organizzative e procedurali, nel 37,8% irregolarità relative alla protezione delle cadute dall'alto, una delle più frequenti cause di infortuni gravi e mortali, nel 15,5% ai requisiti di sicurezza delle attrezzature di lavoro.
La riduzione degli infortuni nel loro complesso ed in particolare di quelli mortali costituisce l'obiettivo principale del piano. I dati relativi al periodo 2007-2010 sono confortanti in questo senso. Nel periodo osservato gli infortuni sono scesi del 30% passando da 12.946 nel 2006 a 8.720 nel 2010 *(per il nuovo piano triennale vedi a pag. 55)*.

Edilizia: imprese e cantieri ispezionati in Emilia-Romagna - Anni 2007-2010



Edilizia: infortuni denunciati all'Inail Anni 2007-2010

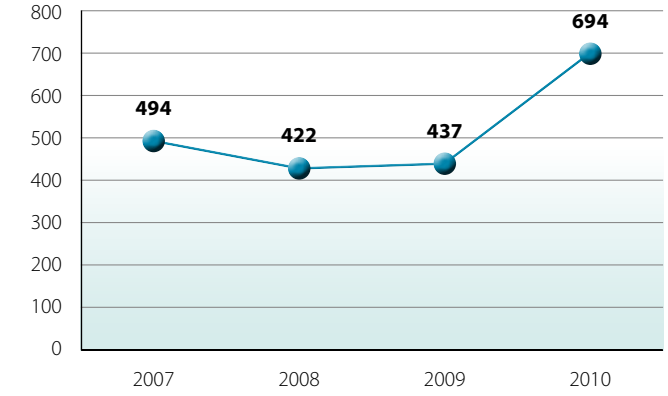


Piano regionale agricoltura

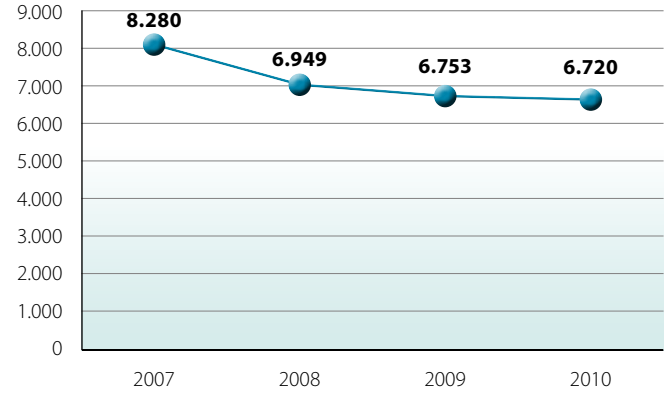
I controlli e gli infortuni

Nel 2010 sono state controllate 694 aziende agricole; l'incremento rispetto al 2009 è stato del 59%. Il 31,6% delle imprese è risultato irregolare. Le violazioni più frequenti hanno riguardato gli aspetti organizzativi e procedurali (59%), le carenze delle attrezzature di lavoro (18,4%), la sicurezza dei luoghi di lavoro (11,6%) e il rispetto degli obblighi formativi (8,2%).
Gli infortuni in agricoltura stanno registrando negli ultimi anni una sostanziale stabilità, dopo il forte decremento del 2008 *(per il nuovo piano triennale vedi a pag. 55)*.

Agricoltura: imprese ispezionate - Anni 2007-2010



Agricoltura: infortuni denunciati all'Inail - Anni 2007-2010



Il Servizio sanitario regionale, con i Servizi veterinari e Igiene degli alimenti e della nutrizione delle Aziende Usl, attua i controlli (audit, ispezioni, verifiche, monitoraggi, sorveglianza e campionamento) sull'intera filiera di produzione degli alimenti di origine vegetale e animale con l'obiettivo di garantire adeguati livelli di sicurezza sanitaria degli alimenti prodotti e consumati in ambito regionale, nonché di tutelare la salute e il benessere degli animali allevati.

Controlli negli impianti di produzione di alimenti e ristorazioni

Nel 2010 rispetto al 2009 si registra una diminuzione delle strutture con irregolarità negli impianti di produzione di alimenti di origine animale (da 5.451 nel 2009 a 1.302 nel 2010) e un leggero aumento delle strutture con irregolarità negli impianti di produzione di alimenti di origine vegetale (da 728 nel 2009 a 1.176 nel 2010) e nella ristorazione (da 1.949 nel 2009 a 2.994 nel 2010).

Controlli per le salmonellosi

Numerose malattie degli animali vengono sottoposte a piani di sorveglianza sanitaria per tutelare il patrimonio zootecnico della regione, il libero scambio di capi e alimenti all'interno della Unione Europea o verso Paesi terzi e, in alcuni casi, la salute delle persone trattandosi di zoonosi. Tra le attività svolte nel 2010 si evidenzia, a titolo esemplificativo, il piano di sorveglianza delle salmonelle negli allevamenti di polli e tacchini che ha confermato un basso livello di diffusione dei sierotipi più pericolosi per l'uomo (n° 7 di S.enteritidis e n° 6 S. typhimurium).

Ricerca di residui fitosanitari negli alimenti

Oltre ai controlli negli impianti di produzione, viene attuato un piano di campionamento sugli alimenti. In questo piano è compreso anche quello per la ricerca di residui di prodotti fitosanitari. Nel 2010 sono stati esaminati 1.587 campioni (in prevalenza prodotti ortofrutticoli provenienti anche da produzione biologica). La percentuale di campioni irregolari per tutti i prodotti (sia di origine emiliano-romagnola, che provenienti da altre Regioni italiane, dai Paesi UE ed extra UE) si attesta su valori bassi. Nel 2010 si evidenzia una percentuale di irregolarità minore (1,5%) rispetto ai dati rilevati nell'anno precedente (1,7%). Tali irregolarità sono dovute prevalentemente a sostanze attive non autorizzate all'impiego e, in misura minore, ad una concentrazione superiore al limite di legge.

I controlli sulle acque potabili

Riguardo ai controlli sulle acque potabili e sui 1.580 acquedotti presenti sul territorio regionale, il piano comprende il prelievo di campioni dagli impianti di trattamento, di distribuzione, nonché dagli impianti domestici. Nel corso del 2010 sono state effettuate 1.547 ispezioni che hanno interessato prevalentemente le reti di distribuzione e in misura inferiore gli altri impianti. Su 12.379 campioni analizzati, si sono evidenziate 331 irregolarità.

Impianti di produzione di alimenti: strutture, controlli, irregolarità - Anni 2009-2010

	2009			2010		
	Strutture	Controlli	Strutture con infrazioni	Strutture	Controlli	Strutture con infrazioni
Impianti di produzione di alimenti di origine animale	2.781	46.369	5.451	3.339	41.312	1.302
Impianti di produzione alimenti di origine vegetale	10.806	4.181	728	10.390	4366	1.176
Ristorazione	38.961	12.773	1.949	40.133	12.127	2.994
Totale	**52.548**	**63.323**	**8.128**	**53.862**	**57.805**	**5.472**

Piano di sorveglianza della salmonella nei polli e nei tacchini - Anno 2010

Tipo di gruppo				Numero di gruppi positivi per diversi sierotipi salmonella		
	Numero totale di allevamenti	Numero totale di animali	Numero di allevamenti controllati	Sierotipo S.enteritidis	Sierotipo S.typhimurium	Altri sierotipi
Riproduttori in deposizione	217	2.320.651	217	1	0	10
Ovaiole da consumo in deposizione	579	13.537.054	187	6	0	17
Polli da carne	939	19.454.630	55	0	0	5
Tacchini da riproduzione	5	42.000	3	0	0	0
Tacchini da carne	522	2.954.800	87	0	6	18
Totale	**2.262**	**38.309.135**	**549**	**7**	**6**	**50**

Residui prodotti fitosanitari in alimenti: campioni esaminati, irregolarità - Anni 2009-2010

Matrice	2009			2010		
	Campioni	Regolari	Irregolari (%)	Campioni	Regolari	Irregolari (%)
Verdura	492	480	12 (2.4%)	458	445	13 (2.8%)
Frutta	815	800	15 (1.8%)	760	751	9 (1.2%)
Extraortofrutta	436	433	3 (0.6%)	369	367	2 (0.5%)
Totale	**1.743**	**1.712**	**30 (1.7%)**	**1.587**	**1.563**	**24 (1.5%)**

	Campioni da produzione biologica 2009			Campioni produzione biologica 2010		
	Campioni	Regolari	Irregolari (%)	Campioni	Regolari	Irregolari (%)
Verdura	53	52	1 (1.8%)	35	35	0 (0.00%)
Frutta	42	42	0 (0.00%)	33	33	0 (0.00%)
Extraortofrutta	73	71	2 (2.7%)	41	40	1 (2.4%)
Totale	**168**	**165**	**3 (1.8%)**	**109**	**108**	**1 (0.9%)**

Campionamenti effettuati negli acquedotti, campioni non conformi - Anni 2009-2010

	2009		2010	
	N. campioni	N. campioni non conformi	N.campioni	N. campioni non conformi
Impianto di acquedotto	1.725	187	2.043	108
Impianto di distribuzione	7.997	167	8.401	175
Impianto domestico	1.883	34	1.935	28
Totale	**11.605**	**388**	**12.379**	**331**

La sicurezza alimentare per le persone con celiachia

Anche in Emilia-Romagna si assiste al progressivo aumento del numero di persone intolleranti al glutine (9.916), il 12,7 % in più nel 2010 rispetto al 2009 (erano 7.177 nel 2007). In questi anni l'attività di prevenzione nei confronti delle persone intolleranti al glutine in regione si è espletata nella formazione ed informazione degli operatori del settore alimentare che producono alimenti per celiaci (nel 2010 sono stati attivati 22 corsi destinati a più di 600 ristoratori ed albergatori della regione) nonché nel controllo ufficiale presso le mense scolastiche (1.375), ospedaliere (634) e pubbliche (162).

Il Programma Regione-Università

Il programma rappresenta una componente essenziale dello sforzo strategico che la Regione sta facendo per concretizzare la parola d'ordine "la ricerca è parte integrante della pratica clinica e rientra a pieno titolo nella attività istituzionale del Servizio sanitario". Avviato all'inizio del 2007, in coerenza con la legge regionale 29/2004 e con il protocollo di intesa Regione-Università del febbraio 2005, è finalizzato a sviluppare innovazioni scientifiche, nuove modalità gestionali, organizzative e formative in un percorso di collaborazione e integrazione tra le Università e le Aziende Ospedaliero-Universitarie (che rappresentano il fulcro delle sinergie) e con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie. Intende favorire lo sviluppo di centri di eccellenza e di network professionali.
La Regione ha finanziato, attraverso specifici bandi, 71 progetti per un valore complessivo di 30 milioni di euro. In particolare sono stati finanziati 28 progetti nell'area "ricerca innovativa" (con l'obiettivo di contribuire allo sviluppo di centri/gruppi di eccellenza capaci di ideare e produrre tecnologie/strumenti utili per l'attività assistenziale), 27 nell'area "ricerca per il governo clinico" (il cui obiettivo è acquisire le conoscenze relative al profilo beneficio-rischio di tecnologie e interventi) e 16 nell'area formazione alla ricerca e creazione di research network.

Le attività nel triennio 2010-2012

Il Programma, sulla base di una valutazione positiva dei suoi primi anni, che ha visto concordi sia il Servizio sanitario regionale che le Università della regione, prosegue per un ulteriore triennio le sue attività, con lo specifico obiettivo di operare, oltre che per la selezione e finanziamento di singoli progetti di ricerca, per la definizione di iniziative di maggiore respiro strategico, supportando lo sviluppo di programmi di ricerca ed innovazione elaborati e proposti dalle Aziende Ospedaliero-Universitarie.

È stato prorogato il protocollo di intesa Regione-Università ed è stato messo a disposizione un ulteriore finanziamento di 30 milioni di euro.
L'esperienza ha permesso di individuare le azioni necessarie per un ulteriore miglioramento riguardo a:

- modalità di individuazione dei temi e messa a punto delle proposte progettuali;
- assetti di governance del programma;
- valutazione scientifica e monitoraggio dei progetti e dei risultati ottenuti.

Nel triennio 2010-2012 all'area della ricerca innovativa sono dedicate circa il 70% delle risorse complessive, il rimanente 30% è destinato alla ricerca per il governo clinico ed alla formazione alla ricerca.
Il coordinamento scientifico e operativo è in capo all'Agenzia sanitaria e sociale regionale, a cui spetta anche il monitoraggio dei progetti con la supervisione di un Comitato di indirizzo del programma.

Programma ricerca e innovazione Emilia-Romagna (Pri-er)

Nato nel 2004 con il supporto di un Fondo per l'innovazione (costituito con risorse regionali e con il contributo di soggetti diversi, pubblici e privati che condividono gli obiettivi generali del programma), coinvolge tutte le Aziende sanitarie. L'obiettivo è promuovere ricerche considerate prioritarie e finalizzate al tempestivo trasferimento dell'innovazione clinico-organizzativa nelle strutture del Servizio sanitario regionale.
In questo processo si mira a trasformare le organizzazioni e gli operatori da partecipanti a protagonisti di un percorso nel quale ricerca e innovazione entrano a far parte integrante del sistema assistenziale.
Sono attivi progetti in area oncologica, area cardiologica, area cerebrovascolare, area diagnostica ad alto costo, area rischio infettivo e umanizzazione delle cure in terapia intensiva.

Le attività nel triennio 2010-2012

Oltre allo sviluppo dei progetti in corso e alle attività finalizzate al consolidamento di una infrastruttura regionale per la ricerca, il Pri-er, in sintonia con le attività dell'Osservatorio regionale sull'innovazione, ha avviato workshop aperti alla partecipazione delle industrie farmaceutiche e biomedicali che, sottoscrivendo gli obiettivi fissati dalla Regione, sostengono il programma sui temi delle innovazioni emergenti e sulla possibilità di avviare – in modo concordato e concertato negli obiettivi e nel disegno metodologico – specifici progetti co-finanziati dall'industria in settori strategici per lo sviluppo regionale. In particolare cinque Aziende farmaceutiche (Abbott S.r.l., GlaxoSmithKline S.p.A., Pfizer Italia S.r.l., Roche S.p.A. e Takeda Italia Farmaceutici S.p.A) hanno condiviso questa nuova fase del programma regionale contribuendo al suo sviluppo.

Già realizzato un workshop sui modelli di relazione tra industria farmaceutica e biomedicale e Regioni nel campo della ricerca biomedica e sanitaria a cui hanno partecipato esperti internazionali.
È in corso un progetto per lo sviluppo di strumenti e metodi che - utilizzando al meglio le informazioni disponibili sulle caratteristiche del sistema e della sua popolazione di riferimento - permettano realistiche previsioni sugli scenari futuri, con la finalità di evidenziare i possibili effetti e i problemi posti dalle scelte programmatorie adottate e dal complesso interagire dei diversi fattori di contesto. La fondamentale ipotesi di lavoro di questa iniziativa è che il terreno della elaborazione degli scenari futuri possa anche costituire la base per lo sviluppo di relazioni collaborative con l'industria del settore biomedicale e farmaceutico.

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

Anagrafe regionale della ricerca

Tale anagrafe, realizzata dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale, ha l'obiettivo di migliorare la tracciabilità e la visibilità dell'attività di ricerca per far emergere e valorizzarne processi e risultati.

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

L'Osservatorio regionale per l'innovazione

È stato istituito nel 2007 con lo scopo di supportare le attività dei Collegi di direzione delle Aziende sanitarie sui temi dell'innovazione tecnologica, clinica e organizzativa. Le innovazioni sanitarie di cui l'Osservatorio regionale per l'innovazione (Ori) si occupa sono di tre tipi:

1. innovazioni a rischio di diffusione impropria e incontrollata (tecnologie altamente innovative con un profilo di efficacia incerto o tecnologie già in uso ma per le quali si è evidenziato un utilizzo inappropriato);
2. innovazioni di provata efficacia che risultano di difficile diffusione e adozione;
3. problemi assistenziali persistenti che necessitano di soluzioni innovative.

1. Innovazioni a rischio diffusione impropria e incontrollata

L'Osservatorio ha valutato diverse tecnologie altamente innovative (robot chirurgico, tomoterapia) e tecnologie già in uso caratterizzate da potenziali utilizzi inappropriati (FDG-PET in oncologia) avvalendosi di panel multidisciplinari di professionisti. Questi ultimi hanno collaborato attivamente alla definizione degli ambiti di utilizzo e all'analisi della documentazione relativa alle tecnologie innovative; hanno inoltre individuato gli ambiti di ricerca caratterizzati da un elevato grado di incertezza e per alcuni di questi hanno proposto ed avviato studi clinici multicentrici.

In questo ambito, le prossime attività saranno dedicate:

- alla produzione di documenti condivisi con i professionisti su tecnologie già diffuse (criteri di appropriatezza d'uso della FDG-PET in oncologia);
- alla sperimentazione di strumenti per stabilire la priorità dell'analisi delle tecnologie innovative;
- all'analisi e proposta di metodi e strumenti per l'incontro tra la richiesta da parte dei professionisti sanitari di tecnologie innovative e l'offerta da parte di aziende biomedicali interessate alla loro produzione, ad approfondimenti sulle strategie più efficaci per integrare attività assistenziale e attività di ricerca soprattutto nell'ambito di tecnologie innovative ad elevato rischio di diffusione impropria.

L'Osservatorio inoltre intensificherà le collaborazioni con agenzie e istituzioni di Health Technology Assessment (HTA) nazionali (partecipazione alla Rete Italiana di HTA) e internazionali (adesione alla Joint Action EUnetHTA), allo scopo di condividere sia la metodologia per la produzione dei rapporti di HTA sia i contenuti, giungendo a documenti elaborati collegialmente dalle diverse agenzie italiane ed europee. La partecipazione a questi network permetterà anche di sviluppare collaborazioni per progetti di ricerca europei e nazionali e per percorsi formativi sul governo dell'innovazione.

2. Innovazioni di provata efficacia che risultano di difficile diffusione e adozione

Nell'ambito delle innovazioni di provata efficacia (quali ad esempio linee guida o raccomandazioni per la pratica clinica basate sulle evidenze, modelli organizzativi che risultano di difficile adozione poiché richiedono importanti cambiamenti nella pratica clinica, negli assetti organizzativi o nelle modalità di utilizzo delle risorse e dei servizi sanitari, l'Osservatorio ha già promosso diverse iniziative. Ha costituito una rete di professionisti aziendali impegnati in progetti di miglioramento della qualità dell'assistenza, ha realizzato un ciclo di laboratori per lo scambio di esperienze e l'approfondimento di aspetti metodologici per i professionisti aziendali, ha costituito una task force metodologica regionale a supporto dei responsabili scientifici dei progetti di ricerca del Fondo per la modernizzazione.

Le prossime attività:

- consolidare la rete regionale di professionisti per condividere progetti locali e realizzare progetti sperimentali su innovazioni clinico-organizzative ad alta complessità;
- proseguire i laboratori per il confronto sui progetti aziendali in corso (con particolare attenzione ai progetti finanziati dal Fondo per la modernizzazione);
- esaminare i progetti di ricerca aziendali sui servizi finanziati con il Fondo per la modernizzazione dal 2000 ad oggi e le iniziative aziendali in campo clinico-organizzativo, con lo scopo di creare una classificazione dei problemi assistenziali affrontati, delle popolazioni oggetto dei progetti di ricerca e degli interventi valutati, oltre che di fornire una sistematizzazione della conoscenza regionale sviluppata.

3) Problemi assistenziali persistenti che necessitano di soluzioni innovative

Per l'analisi dei problemi assistenziali persistenti che necessitano di soluzioni innovative, l'Osservatorio fa parte e opera all'interno di due network internazionali per la ricerca sul cambiamento e miglioramento della qualità dell'assistenza: il Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC), (un gruppo della Cochrane Collaboration che si focalizza sulle revisioni dell'efficacia di interventi atti a migliorare la pratica professionale e l'erogazione di servizi sanitari efficaci), e il Normalization Process Theory (NPT) learning group (gruppo di ricercatori che ha ricevuto finanziamenti dallo Economic and Social Research Council (ESRC) britannico e che ha studiato e sviluppato modelli per comprendere i processi dinamici che avvengono nel momento in cui nuove tecnologie e interventi complessi vengono introdotti nella pratica clinica).

In questo ambito l'Osservatorio:

- svilupperà un'attività di ricerca e sistematizzazione delle esperienze documentate (in letteratura e sulla rete), al fine di mettere a disposizione report esaustivi su specifici problemi assistenziali che forniscano una categorizzazione dei modelli assistenziali innovativi studiati e lo stato dell'arte della ricerca;
- intensificherà le collaborazioni internazionali e verrà costituito un "satellite" del gruppo EPOC che avrà lo scopo di utilizzare le conoscenze fornite dalle revisioni sistematiche sull'impatto degli interventi organizzativi;
- organizzerà workshop di approfondimento su temi rilevanti, con la partecipazione di ricercatori afferenti al gruppo EPOC, per supportare i gruppi di ricerca della Regione nella stesura di protocolli di studi da sottoporre ai bandi di finanziamento regionali e nazionali e nella loro eventuale collaborazione con reti di ricerca europee già esistenti.

L'Osservatorio è gestito dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale. **http://asr.regione.emilia-romagna.it/**

Formazione nel sistema sanitario regionale

Il Servizio sanitario regionale, con le proprie strutture e il proprio personale, svolge un'importante funzione nella formazione universitaria e nella formazione continua dei medici e di tutte le professioni sanitarie.
A conferma di tale impegno, una indagine svolta nelle Aziende sanitarie nel 2009 ha messo in evidenza che oltre 10.000 operatori sanitari sono impegnati in attivita di tutoraggio - seppure a part-time - sia per la formazione universitaria dei medici (specializzazioni, medici di medicina generale) e delle professioni sanitarie (corsi di laurea, master), sia per la formazione continua.

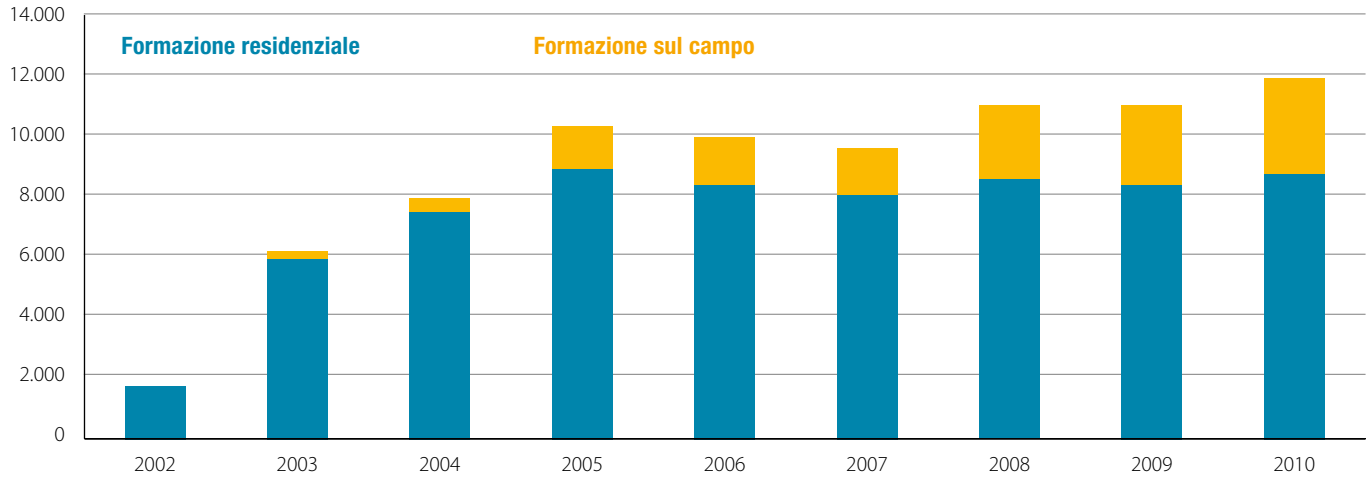
La collaborazione con l'Università

La collaborazione con le Università di Bologna, Ferrara, Modena e Reggio Emilia, Parma si è notevolmente sviluppata in questi anni, in particolare con l'approvazione del Protocollo d'intesa (delibera di Giunta 297/2005, prorogato con delibera di Giunta 1495/2010), con l'istituzione dell'Osservatorio regionale per la formazione medico-specialistica (delibera 340/2004) e dell'Osservatorio delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (delibera 733/2006).
Quest'ultimo ha la funzione di monitorare e promuovere la qualità della formazione e il contributo del Servizio sanitario regionale al riguardo, e di elaborare una proposta di ridefinizione del protocollo d'intesa specifico per la formazione universitaria delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.
L'Osservatorio regionale per la formazione medico-specialistica attua i compiti previsti dal Protocollo d'intesa dell'ottobre 2006, quali la valutazione delle proposte di convenzione per l'ingresso di nuove strutture nelle reti formative delle Scuole e il monitoraggio degli accordi attuativi locali in materia. Il processo di razionalizzazione e aggregazione delle Scuole di specializzazione ha reso un aggiornamento dell'attività di valutazione, svolta con appositi questionari somministrati ai diversi attori del sistema (presidi delle Facoltà di medicina e chirurgia, direttori di Scuola di specializzazione, direttori sanitari delle Aziende sanitarie e i medici in formazione specialistica). L'Osservatorio inoltre, elabora proposte inerenti l'offerta formativa su scala regionale medico specialistica.

L'Educazione continua in medicina

Il primo programma italiano di Educazione continua in medicina (Ecm), avviato nel 2002 si è concluso.
L'impostazione del primo programma Ecm regionale (delibere 1072/2002 e 1217/2004), con il sistema di accreditamento regionale degli eventi proposti dalle Aziende sanitarie e dalle Università della regione, l'attività di una Commissione regionale di esperti, ha dato risultati positivi.
Sono state accreditate oltre 80.000 iniziative formative, previa verifica di coerenza degli obiettivi formativi con gli obiettivi della programmazione a livello nazionale, regionale e aziendale e la valutazione del numero di crediti da attribuire ad ogni evento. In prevalenza si tratta di eventi "residenziali" (corsi, seminari, conferenze), ma sono molte attività di "formazione sul campo" (addestramento, partecipazione a commissioni, ad audit clinici, a progetti di miglioramento, a ricerche) e diversi programmi sperimentali in e-learning.
Non vengono accreditati dalla Regione eventi formativi direttamente finanziati, anche in parte, da organizzazioni con interessi commerciali, lucrativi o non lucrativi, nel campo sanitario. E consentita, invece, la sponsorizzazione di piani formativi aziendali o di programmi regionali come il Programma ricerca e innovazione in Emilia-Romagna (Pri-er).
Attualmente, mentre proseguono le attività Ecm secondo le regole del primo programma, si stanno predisponendo alcune innovazioni sulla base degli Accordi definiti dalla Conferenza Stato-Regioni nell'agosto 2007 e nel novembre 2009: la definizione dei requisiti per l'accreditamento della funzione formazione aziendale e la costruzione degli strumenti connessi ai requisiti per l'accreditamento (Piano formativo, dossier formativo, report valutativo).
È stato costituito l'Osservatorio regionale sulla qualità della formazione continua, che ha acquisito le funzioni già della Commissione regionale e quelle relative alla valutazione della qualità dell'offerta formativa.
Sito internet: http://ecm.regione.emilia-romagna.it

Numero degli eventi di formazione sul campo e formazione residenziale accreditati per l'Ecm dalla Regione Emilia-Romagna - Anni 2002-2010



I due nuovi Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) di Bologna e Reggio Emilia

Con il riconoscimento in Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) dell'Istituto delle neuroscienze di Bologna e dell'Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia di Reggio Emilia, il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna può contare su una rete di Irccs e non più su un solo Irccs monospecialistico, se pur prestigiosissimo, come l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna. Il decreto di riconoscimento in Irccs delle due strutture di eccellenza, firmato dal ministro della salute Antonio Fazio e dal presidente della Regione Emilia-Romagna Vasco Errani è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica n.119 del 24 maggio 2011, concludendo così un percorso iniziato, per Bologna nel giugno 2008, per Reggio nel marzo 2009.

I due Istituti continuano ad essere parte, rispettivamente, dell'Azienda Usl di Bologna (Istituto delle scienze neurologiche) e dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia (Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia): come prevede la legislazione regionale, infatti, gli Irccs dell'Emilia-Romagna possono essere strutture interne ad Aziende sanitarie, con specifiche forme organizzative e autonomia scientifica, organizzativa, contabile.
Il Servizio sanitario regionale, nel suo complesso, è dunque arricchito e potrà dare ulteriore impulso alla assistenza e alla ricerca in due ambiti, le scienze neurologiche e l'oncologia, in cui è particolarmente necessario portare avanti iniziative che raccordino il progresso tecnico-scientifico con la complessità dei bisogni assistenziali degli ammalati.
In questi mesi, è in corso l'ultima fase necessaria per rendere pienamente operativi i due Istituti: nomina, da parte dell'Azienda Usl di Bologna e dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, dei direttori operativi, dei responsabili del coordinamento amministrativo delle attività, dei responsabili sanitari; nomina da parte del Ministero della salute, sentita la Regione, del direttore scientifico; istituzione, da parte della Regione, del Consiglio di indirizzo e verifica (composto da 5 membri: tre nominati dalla Regione, tra i quali uno con la funzione di presidente, uno nominato dal Ministero della salute e uno nominato dalla competente Conferenza territoriale sociale e sanitaria). Le due Aziende sanitarie devono poi attuare il modello organizzativo previsto nel documento di presentazione della candidatura a Irccs che prevede, tra l'altro, la costituzione di Dipartimenti e Unità operative, l'assegnazione di personale, l'istituzione di un sistema di contabilità separata. Per il finanziamento delle attività, i due Irccs, oltre alle risorse dedicate dal Fondo sanitario regionale, potranno accedere anche al fondo nazionale istituito per finanziare linee di ricerca di questi Istituti e ai bandi di ricerca europei.

Alla rete Irccs si aggiungerà anche l'Istituto scientifico romagnolo per lo studio e la cura dei tumori di Meldola per il quale l'iter di riconoscimento in Irccs, iniziato con la domanda avanzata dalla Regione nel marzo 2010, dovrebbe essere completato entro il 2011.

Istituto delle scienze neurologiche

È il primo ad essere inserito all'interno di una Azienda Usl e sarà quindi il primo ad operare in stretto collegamento anche con l'assistenza territoriale potendo così garantire i migliori risultati della ricerca e della cura in percorsi completi di presa in carico della persona ammalata.
L'Istituto è suddiviso in diverse sedi operative (Clinica neurologica, Ospedale Bellaria (in un nuovo edificio dal 2012), Ospedale Maggiore, Poliambulatorio Mazzacorati, Corte Roncati). Si propone come riferimento nazionale ed internazionale nella disciplina delle scienze neurologiche in vari ambiti, tra cui la diagnosi e cura delle malattie cerebrovascolari, neurodegenerative, dell'epilessia e delle cefalee, oltre che in ambito neurochirugico. Sarà sede della didattica universitaria in neurologia per i corsi di laurea specialistica in medicina e chirurgia, odontoiatrica, per il corso di laurea in tecniche neuro fisiopatologiche, per le scuole di specializzazione in neurologia e neuropsichiatria infantile, per il dottorato di ricerca in medicina del sonno (unico in Italia).

Le linee di ricerca individuate sono le seguenti:
- patologie neurodegenerative e disordini del movimento;
- patologie neuromuscolari;
- patologie del sistema nervoso autonomo e del dolore cefalico;
- patologie del sonno e dei ritmi biologici;
- epilessie;
- neurochirurgia;
- neuroradiologia.

I progetti di ricerca attivati riguardano l'ambito regionale (tra gli altri, un progetto di neuro oncologia), nazionale (tra gli altri, studi su epilessia, sclerosi laterale amiotrofica, patologie del sonno), internazionale (tra gli altri, malattie neurodegenerative da prioni, malattie neurologiche rare, epilessie, innovazioni neurochirurgiche e neuroradiologiche).

Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia

L'Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia ha sede presso l'Ospedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia. È orientato ad una ricerca oncologica finalizzata alla valutazione dell'impatto clinico di tecnologie diagnostiche e terapeutiche (come la tomoterapia) e allo sviluppo e valutazione di modelli organizzativi innovativi per l'assistenza.

Sono tre le linee di ricerca già individuate:
- paziente oncologico complesso;
- tecnologie avanzate;
- modelli assistenziali in particolare per i tumori della mammella, del colon, del polmone, e per i linfomi cui si aggiungeranno i tumori neuroendocrini, ginecologici e tiroidei.

Obiettivo primario è l'implementazione della ricerca traslazionale, nell'ambito della quale sono già avviati diversi progetti, poiché essa consente di selezionare i risultati che, nell'ambito della ricerca di base e pre-clinica, sono in grado di apportare più rapidamente contributi migliorativi alla pratica clinica.
L'Istituto partecipa a progetti di ricerca e ha già in essere diverse collaborazioni scientifiche in ambito regionale, nazionale e internazionale.

Rilancio dell'azione per prevenire malattie e promuovere stili di vita sani con programmi rivolti a tutta la popolazione e a gruppi di popolazione con specifici rischi. È quanto prevede il Piano regionale della prevenzione 2010-2012, approvato dalla Giunta regionale il 27 dicembre 2010 (delibera n. 2071), in linea con quanto previsto dal Piano nazionale della prevenzione (approvato in sede Stato-Regioni il 29 aprile 2010).
Oltre che sulle indicazioni del Piano nazionale, la costruzione del Piano regionale è basata sull'analisi dello stato di avanzamento dei progetti avviati con il precedente Piano regionale (delibere di Giunta 1012/2005 e 426/2006), e sull'analisi delle condizioni di salute della popolazione dell'Emilia-Romagna, analisi che ha permesso la redazione di un "Profilo di salute" regionale utile a stabilire le priorità di intervento.

Il percorso di elaborazione e di realizzazione coinvolge l'intero Servizio sanitario e tutti coloro che, a livello istituzionale o con altri ruoli nella società, possono contribuire a creare le condizioni o determinare politiche favorevoli alla salute.
Nasce, come il precedente Piano, dalla condivisione di un principio: realizzare programmi di prevenzione costituisce una misura efficace per migliorare la salute delle persone e per prolungare la durata della vita in condizioni di autonomia; al tempo stesso, e di conseguenza, consente di ridurre il carico assistenziale con i relativi costi, e dunque di contribuire in modo significativo alla sostenibilità del Servizio sanitario pubblico.
Il Piano regionale è ispirato ai valori e ai principi alla base della programmazione sanitaria regionale: equità, integrazione, partecipazione. Si fa quindi carico dei problemi derivanti dalle disuguaglianze di fronte alla salute (situazioni di disagio con scarsità di opportunità e risorse, aggravate dalla attuale situazione di crisi economica); utilizza gli strumenti della governance regionale, con centralità degli Enti locali nella programmazione, regolazione e realizzazione dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari a rete; promuove l'integrazione professionale e organizzativa, anche attraverso l'utilizzo del pieno sviluppo dei Nuclei delle Cure Primarie e delle Case della salute.

Gli ambiti di intervento più significativi sono riconducibili a queste aree: promozione della salute, prescrizione esercizio fisico, prevenzione e controllo malattie trasmissibili, screening oncologici, lavoro e salute, ambiente e salute.

Promozione della salute

L'obiettivo è contrastare l'insorgere di malattie croniche agendo su un ristretto gruppo di fattori di rischio comuni: inattività fisica, alimentazione non sana, uso di tabacco, alcol e sostanze stupefacenti. È noto che queste malattie sono la principale causa di morte nel mondo e che il loro impatto sta crescendo costantemente; in Emilia-Romagna le malattie del sistema circolatorio sono la principale causa di morte (38%), seguita dai tumori (30%).
L'eliminazione dei fattori di rischio comuni potrebbe prevenire l'80% delle malattie cardiache premature, l'80% dei casi di diabete tipo-2 e il 40% dei tumori. Nonostante queste evidenze scientifiche, i dati presentati nel Profilo di salute mostrano che anche in Emilia-Romagna molte persone non adottano uno stile di vita rispettoso della salute.
Come evidenziato da studi scientifici, le scelte di comportamento sono il risultato di una continua interazione tra fattori biologici (età, sesso, patrimonio genetico…), fattori cognitivi modificabili (conoscenze, credenze, atteggiamenti, motivazione, percezione delle proprie capacità…), caratteristiche dell'ambiente sociale (insieme del contesto sociale, economico, culturale e politico), caratteristiche dell'ambiente fisico (naturale e artificiale).
Gli interventi per orientare gli stili di vita, quindi, devono agire sui fattori modificabili, ossia i fattori cognitivi individuali (aumentare la consapevolezza sui rischi, ad esempio della sedentarietà: pochi sanno che è pericolosa quasi quanto il fumo di sigaretta), le caratteristiche dell'ambiente sociale (ad esempio riportare la vita quotidiana nelle strade dei quartieri, fondamentale fattore di sicurezza anche per i bimbi) e dell'ambiente fisico.
Il Piano regionale ha previsto un programma dedicato ai comportamenti a rischio riguardo a sedentarietà, alimentazione, fumo di sigaretta e abuso di alcol sviluppando una serie di azioni per intervenire nel momento strategico per lo sviluppo di ogni comportamento a rischio.
Molti interventi sono rivolti ai giovani e vedono nella scuola, nella famiglia e nelle associazioni sportive gli ambienti dove concentrare l'azione di contrasto delle abitudini a rischio.
Un'altra parte degli interventi è dedicata alle neo-mamme per promuovere l'allattamento al seno e la sana alimentazione, uno stile di vita attivo e l'abbandono dell'abitudine al fumo, se presente.
Agli anziani è dedicato un intervento di promozione delle attività motorie che utilizzano le strutture ed i luoghi di ritrovo esistenti, come i centri sociali.
Molti interventi, infine, coinvolgono tutta la popolazione e intendono promuovere nelle comunità le occasioni o le strutture necessarie, la "mobilità virtuosa" a piedi o in bicicletta, l'utilizzo del verde pubblico, la socializzazione e la qualità della vita in generale con "percorsi vita" nei parchi e giardini, piste ciclabili, percorsi cittadini per fare camminate in sicurezza, orti cittadini.

Prescrizione dell'esercizio fisico

L'inattività fisica è causa rilevante dello sviluppo di malattie cardiocircolatorie, obesità, diabete, depressione, diversi tipi di tumori, e della non autosufficienza della persona anziana; l'attività fisica non solo le previene, ma anche le cura: per questo l'Oms raccomanda di mantenere un livello sufficiente di attività fisica come camminare, nuotare, pedalare, lavorare nell'orto o in giardino.
Il Piano regionale, oltre a promuovere attività fisica per tutta la popolazione, sviluppa un programma di prescrizione medica dell'esercizio fisico, vale a dire esercizio fisico prescritto e somministrato come un farmaco, per persone con malattie sensibili a questo trattamento (prevalentemente malattie cardiovascolari e dismetaboliche), e per evitare inutile medicalizzazione di persone con disabilità stabilizzata da eventi patologici con attività fisica adattata sulla base dell'esperienza maturata nell'ambito della medicina riabilitativa.
L'introduzione nella pratica clinica di questo modello richiede

specifiche modalità organizzative che sappiano promuovere la collaborazione con strutture (palestre, centri sportivi) idonee a trattare, con personale specializzato appositamente formato, le persone prese in carico, e che condividano i valori del Servizio sanitario e siano con esso cooperanti.
In Emilia-Romagna si sono già sviluppate alcune importanti esperienze di prescrizione di esercizio fisico a persone con fattori di rischio o affette da patologie cardiovascolari e dismetaboliche, e a soggetti anziani fragili: fra queste la più strutturata è quella di Ferrara (coordinata da Azienda Usl e Azienda Ospedaliero-Universitaria), che coinvolge sia i medici di medicina generale sia il Centro di medicina dello sport di secondo livello.
È previsto che questa sperimentazione sia allargata a Bologna, Ravenna, Modena, Parma, per valutare su vasta scala la sostenibilità organizzativa e arrivare nel 2013 alla diffusione regionale.
Il programma complessivo è parte del progetto sperimentale del Ministero della salute: "Prescrizione dell'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia", finanziato con 500mila euro per ognuna delle Regioni partecipanti (oltre a Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto, Sicilia), e finalizzato a valutarne la sostenibilità per il sistema e la sua introduzione nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del Servizio sanitario nazionale.

Prevenzione e controllo malattie trasmissibili

La prevenzione e il controllo delle malattie trasmissibili si basano principalmente su: programmi di vaccinazione, sistemi di sorveglianza e controllo delle malattie infettive, sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria e prevenzione dell'antibioticoresistenza.
Per le vaccinazioni, il Piano regionale ha l'obiettivo di migliorare i già buoni livelli di copertura raggiunti; di continuare a lavorare, attraverso l'offerta attiva e interventi mirati, per contrasrtare le disuguaglianze; di migliorare le capacità di counselling e il coordinamento tra gli operatori della prevenzione e della cura per evitare comunicazioni contradittorie e per raggiungere meglio le persone a rischio.
Per i sistemi di sorveglianza e controllo di malattie infettive, l'obiettivo è di consolidare i sistemi esistenti (HIV/AIDS, malattie trasmesse da alimenti, malattie trasmesse da vettori, ad esempio Chikungunya da zanzara tigre).
L'Emilia-Romagna è una delle Regioni più attente al problema delle infezioni correlate all'assistenza; l'obiettivo è quello di rafforzare la capacità di intervento attraverso il miglioramento e l'estensione di sistemi di sorveglianza specifici, la promozione di pratiche assistenziali evidence-based e l'individuazione di indicatori utili a monitorare i risultati.

Screening oncologici

Il Piano prevede di consolidare l'ottimo livello già raggiunto dai tre programmi attivi: screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori della mammella, del collo dell'utero, del colon retto, intervenendo per favorire l'adesione delle persone che eseguono i test autonomamente, per favorire l'accesso alle persone più fragili, e per consolidare i livelli di qualità di tutto il percorso in tutti e tre i programmi.
Il Piano prevede inoltre monitoraggio e valutazione delle evidenze scientifiche emergenti e la partecipazione a studi sperimentali riguardanti innovazioni tecnologiche (ad esempio, digitalizzazione dei mammografi per lo screening mammografico; colon-tac virtuale, DNA test, video capsula per lo screening dei tumori del colon-retto; introduzione dell'utilizzo di altri test di screening per i tumori del collo dell'utero) con la predisposizione degli interventi formativi e organizzativi appropriati necessari a supportare tali modifiche.
Per lo screening mammografico, l'Emilia-Romagna, unica in Italia, ha allargato, già dal gennaio 2010, il programma coinvolgendo tutte le donne dai 45 ai 74 anni. Sempre per la prevenzione del tumore della mammella, a partire dal 2012, sarà offerta la valutazione del "rischio familiare" e la presa in carico delle donne con questo rischio (*per approfondimenti a questo ultimo riguardo vedi a pag. **56**).*

Lavoro e salute

Gli obiettivi sono di ridurre del 15% gli infortuni sul lavoro registrati nel 2009, e di ridurre i rischi di malattia professionale (in particolare patologie neoplastiche e muscoloscheletriche).
Il Piano indica i settori e i rischi sui quali concentrare vigilanza e interventi di promozione della salute. Le azioni sono dirette a ridurre gli infortuni nei comparti a maggior rischio (edilizia e agricoltura), a rimuovere le cause di infortuni provocati da macchine e impianti, a ridurre i fattori di rischio per patologie neoplastiche e alterazioni osteoarticolari, a verificare la qualità della formazione sulla sicurezza che i datori di lavoro devono assicurare ai lavoratori *(per approfondimenti sui Piani edilizia e agricoltura, vedi a pagina. 55)*

Ambiente e salute

Il Piano prevede di monitorare e contrastare gli effetti dell'inquinamento atmosferico, imputabile soprattutto al traffico di autoveicoli, con un progetto che riguarda due ambiti: la maggiore conoscenza degli effetti sulla salute e la realizzazione di monitoraggi sistematici; l'approfondimento sull'impatto degli impianti di incenerimento di rifiuti solidi urbani sulla salute con la conclusione di uno specifico studio (Moniter) attraverso un approfondimento specifico delle conseguenze sulla riproduzione (in particolare su nati pretermine).
Un Centro di studi regionale sulle politiche, l'ambiente e la salute (a cui partecipano competenze e risorse del Servizio sanitario, di Arpa, di Enti pubblici di ricerca e di Pubbliche Amministrazioni) sarà istituito per favorire la collaborazione, per migliorare le conoscenze e l'efficacia degli interventi. Saranno poi diffuse linee guida per favorire pianificazioni urbanistiche consapevoli delle importanti ripercussioni sulla salute delle scelte urbanistiche e per favorire lo sviluppo di città che promuovano l'adesione a corretti stili di vita.

Per approfondimenti: **www.saluter.it/news/regione/il-nuovo-piano-regionale-della-prevenzione**

Sicurezza del lavoro: il Piano regionale edilizia e il Piano regionale agricoltura

Per l'alto numero di infortuni sul lavoro, i comparti dell'edilizia e dell'agricoltura sono considerati i settori più a rischio e quelli su cui si concentrano le priorità di intervento individuate nel confronto tra Stato e Regioni.
Nel 2011 la Regione Emilia-Romagna ha approvato, con la delibera di Giunta 691/2011, il "Piano regionale per la tutela della salute e la prevenzione degli infortuni nel comparto delle costruzioni" e il "Piano regionale di prevenzione in agricoltura-silvicoltura", da realizzare nel triennio 2011-2013.
I due Piani fanno riferimento ai rispettivi piani nazionali e ne integrano i contenuti e gli obiettivi in base alle caratteristiche specifiche del territorio e del contesto produttivo dell'Emilia-Romagna.
Sono stati elaborati dal Comitato regionale per il coordinamento delle attività in materia di sicurezza sul lavoro, organismo presieduto dal presidente della Regione dove siedono tutti i soggetti coinvolti in questa materia (gli assessori regionali all'agricoltura, alle attività produttive, al lavoro, alle politiche per la salute, Arpa; le organizzazioni sindacali e dell'impresa; Inail, Inps, Direzione regionale del lavoro).

Piano regionale per la tutela della salute e la prevenzione degli infortuni nel comparto edile

Con il Piano triennale 2011-2013, la Regione Emilia-Romagna si pone l'obiettivo di aumentare le ispezioni nei cantieri edili del 37% (rispetto al dato del 2005, preso come riferimento).
Il potenziamento delle ispezioni ha un obiettivo preciso: arrivare a controllare 4.662 cantieri in un anno fissando gli obiettivi specifici alle singole Aziende Usl, calcolati in rapporto al numero dei lavoratori impiegati nel settore edile nei territori di riferimento.

Il Piano fissa i criteri per individuare i cantieri da sottoporre a vigilanza: per esempio i cantieri dove operano le imprese risultate più volte inadempienti o con il maggior numero di lavoratori o caratterizzati da lavorazioni particolarmente pericolose.
Riprende, dal Piano nazionale edilizia, il concetto di cantiere "sotto il minimo etico di sicurezza" (quei cantieri dove vi sia una scarsa o nessuna osservanza delle precauzioni contro i rischi di infortuni e dove le carenze siano talmente gravi da non essere risolte con interventi immediati) prevedendo, come da legislazione, il sequestro immediato.
Alle tipologie individuate dal Piano nazionale - rischi di caduta dall'alto (lavori in quota senza adeguata protezione), di sprofondamento o seppellimento – vengono aggiunte tre ulteriori condizioni, emerse particolarmente in Emilia-Romagna: i cantieri dove vi sia contatto con impianti elettrici senza adeguata protezione, dove vi sia il pericolo di caduta di materiali dall'alto e nei casi di demolizioni pericolose.

La Polizia municipale viene individuata come possibile supporto dell'attività di vigilanza e, in questa direzione, il Piano promuove specifici corsi di formazione.

Viene istituito l'Osservatorio regionale per la sicurezza e tutela del lavoro nei cantieri edili con l'obiettivo di supportare il Comitato regionale per il coordinamento delle attività in materia di sicurezza sul lavoro nell'analisi di dati e di informazioni sugli infortuni e sui rischi, raccolti attraverso il sistema informativo regionale.

Piano regionale per la sicurezza del lavoro in agricoltura-silvicoltura

La riduzione degli infortuni da macchine agricole è il tema centrale del Piano triennale 2011-2013.
In Emilia-Romagna la struttura delle imprese agricole è a grande maggioranza a conduzione familiare. Richiede per questo che la promozione della sicurezza nell'uso delle macchine agricole sia capillare. E dunque, forte di questa consapevolezza, il Piano prevede iniziative di informazione dirette ai lavoratori agricoli da parte dei Servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro delle Aziende Usl con l'obiettivo di favorire la consapevolezza sui pericoli e, di conseguenza, sugli investimenti minimi da eseguire sulle trattrici usate non a norma.
Al riguardo, nel sito web **www.ermesagricoltura.it/Sportello-dell-agricoltore/Sicurezza-sul-lavoro-in- agricoltura/Appendici-linee-guida-ISPESL** è pubblicato un elenco di schede tecniche che descrivono gli interventi necessari per raggiungere gli standard di sicurezza delle trattrici in caso di ribaltamento.

A fianco delle attività di promozione della sicurezza, il piano prevede il potenziamento delle attività di controllo, prevedendo di verificare almeno 680 aziende agricole e allevamenti ogni anno. L'attività di vigilanza e controllo sarà impegnata anche nelle officine e nelle ditte che commercializzano macchine agricole.
Altro tema molto presente negli infortuni in agricoltura è l'uso dei prodotti fitosanitari. L'obiettivo del Piano, a questo riguardo, è potenziare i controlli che dovranno riguardare tutto il processo che porta all'uso dei fitosanitari: dall'abilitazione all'acquisto, all'idoneità dei depositi e dei luoghi di stoccaggio, all'uso dei dispositivi di protezione individuale.

Il Piano regionale agricoltura si occupa poi delle malattie professionali, un aspetto ancora sottostimato, in particolare nel settore degli allevamenti. L'obiettivo è sviluppare, con la collaborazione dell'Inail, un sistema di sorveglianza epidemiologica per costruire un quadro esaustivo del fenomeno e arrivare al riconoscimento delle malattie dal punto di vista assicurativo.

È poi previsto di rafforzare il programma di formazione condotto dai Dipartimenti di sanità pubblica delle Aziende Usl, in collaborazione con l'Inail, per diffondere comportamenti sicuri nelle diverse procedure di lavoro. La formazione sarà rivolta sia direttamente ai lavoratori agricoli, che in specifici corsi negli istituti agrari.

Prevenzione e diagnosi precoce dei tumori della mammella: il percorso diagnostico-terapeutico per le donne a rischio ereditario

Dal gennaio 2012 il Servizio sanitario regionale mette a disposizione uno specifico percorso diagnostico-terapeutico per le donne che presentano rischi di sviluppare tumore alla mammella legati a fattori ereditari o di familiarità.
Il percorso è parte dell'intervento complessivo che la Regione ha messo in atto per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori della mammella: il programma di screening per la diagnosi precoce, attivo in Emilia-Romagna dal 1996 per le donne dai 50 ai 69 anni e, dal 2010, per tutte le donne in fascia di età 45-74 anni e, al di fuori dello screening, l'erogazione di mammografie entro 72 ore se classificate come urgenti nella ricetta di prescrizione, ed entro 7 giorni se classificate nella ricetta di prescrizione come urgenti differibili.

Con la decisione di mettere a disposizione il percorso diagnostico-terapeutico per le donne a rischio ereditario di sviluppo di tumore alla mammella, si aggiunge un nuovo importante tassello a tutto l'intervento di prevenzione e diagnosi precoce dei tumori della mammella promosso dalla Regione.
Il percorso è messo a disposizione delle donne (una bassa percentuale, 1-3 su mille) che, per familiari che hanno avuto un tumore della mammella, possono essere portatrici di particolari profili genetici che le mettono a rischio di sviluppare tumori mammari in età più giovane ed in percentuali di rischio più elevate (+50/70%) del resto della popolazione femminile.

Il modello Hub & Spoke per il percorso diagnostico-terapeutico

Il percorso è organizzato secondo il modello Hub & Spoke, il modello utilizzato dalla programmazione regionale per tutte le alte specialità: strutture ospedaliere o territoriali di primo livello (Spoke) collegate a strutture ospedaliere di alta specializzazione (Hub) a cui inviare assistiti per diagnosi o terapie altamente complesse.
Nel percorso diagnostico-terapeutico per i tumori della mammella in donne a rischio eredo/familiare gli Spoke sono i Centri senologici delle Aziende sanitarie, gli Hub sono i Centri di genetica medica presenti nelle Aziende Ospedaliero-Universitaria di Bologna (Policlinico S.Orsola-Malpighi), di Parma (Ospedale Maggiore), di Modena (Policlinico) e presso l'Irst (Istituto scientifico Romagnolo per lo studio e la cura dei tumori) di Meldola.

Il percorso è così strutturato.
Le donne che presentano una familiarità per tumore della mammella, e che potrebbero essere quindi portatrici di profili genetici con rischio di sviluppo di tumore della mammella, potranno rivolgersi al loro medico di famiglia o agli operatori del programma di screening della propria Azienda Usl per la valutazione del rischio, che verrà effettuata tramite la verifica dell'anamnesi familiare con un apposito questionario.
Dopo la verifica dell'anamnesi familiare, le donne con livelli di rischio evidente (secondo la classificazione dei profili di rischio proposta dall'agenzia internazionale NICE) verranno inviate al Centro senologico specialistico (Spoke) presente in ogni Azienda sanitaria, dove si procederà ad un ulteriore approfondimento.
In caso di conferma del profilo di rischio moderato, il Centro senologico (Spoke) proporrà alla donna la presa in carico diretta, da parte degli operatori dello stesso Centro senologico, per i controlli periodici successivi.
In caso di profilo genetico ad alto rischio, le donne, dopo adeguato counselling, saranno inviate ai Centri di genetica medica: i Centri Hub di Bologna (Policlinico S.Orsola-Malpighi, di Parma (Ospedale Maggiore), di Modena (Policlinico), Irst di Meldola.
In caso di conferma di elevato livello di rischio di sviluppare in età giovanile un tumore della mammella, alla donna verranno proposti i più idonei controlli periodici e/o interventi profilattici.
La consulenza genetica potrà coinvolgere le altre componenti femminili della famiglia. Tutto il percorso è gratuito.

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

L'attenzione alla sicurezza dei pazienti e degli operatori nei processi di cura è al centro di numerose iniziative, secondo le indicazioni del Piano sociale e sanitario e di atti deliberativi dedicati, come la delibera di Giunta 1706/2009 e le linee annuali di programmazione e finanziamento delle Aziende sanitarie.

Obiettivi e impegni per le Aziende sanitarie

La Regione definisce ogni anno obiettivi pertinenti alla valutazione e alla gestione dei possibili rischi connessi alle attività cliniche, nonché alla relativa programmazione di azioni e misure per la tutela della sicurezza di pazienti e lavoratori.
A sostegno delle azioni aziendali sono state organizzate iniziative di formazione per i professionisti di diverse discipline. Nel 2011, tra gli altri, è stato realizzato, in collaborazione con la National Patient Safety Agency del Regno Unito e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, un corso di formazione per l'analisi di eventi critici secondo una metodologia specifica, denominata Significant Event Audit.
Il sistema per la gestione del rischio è stato verificato in occasione delle visite di accreditamento, utilizzando una check-list dedicata che rileva l'esistenza e i contenuti del piano aziendale per la sicurezza, e raccogliendo informazioni sulle politiche di comunicazione con pazienti e famiglie nel caso di eventi avversi e di ristoro dei danni eventualmente causati.

Strumenti per la tutela della sicurezza

In tutte le Aziende sanitarie è proseguita l'attività di promozione e sostegno all'utilizzo di strumenti volti a migliorare la sicurezza complessiva dell'ambiente sanitario. In particolare:

- la raccolta di segnalazioni e reclami degli utenti;
- la segnalazione volontaria (incident reporting) da parte degli operatori di situazioni pericolose e di incidenti, indipendentemente dalla gravità dell'esito, al fine di attivare misure di protezione o di prevenzione;
- la registrazione delle richieste di risarcimento per segnalazione di danni percepiti, anche in accordo con gli indirizzi del Ministero della salute in tema di monitoraggio degli errori in sanità;
- l'applicazione di tecniche di analisi dei punti e degli eventi critici nei processi assistenziali, mirate a studiare le dinamiche sfavorevoli e a individuare le conseguenti azioni correttive, sia in modo proattivo, attraverso la scomposizione dei processi da migliorare (con metodi specifici, quali il *Failure Modes and Effects Analysis)*, sia attraverso il riesame delle situazioni accadute e l'analisi delle cause (con strumenti quali la *Root Cause Analysis e l'audit*);
- l'adozione di pratiche e procedure efficaci nel ridurre rischi conosciuti, come ad esempio: i sistemi per la sicura identificazione dei pazienti sottoposti a interventi chirurgici o trasfusioni, la profilassi antibiotica prima degli interventi chirurgici, la valutazione del rischio e la prevenzione delle cadute dei pazienti, l'applicazione di procedure rigorose nella gestione e somministrazione dei farmaci;
- l'attenzione alla relazione con i pazienti, inclusa la capacità di risoluzione dei conflitti e l'efficace gestione degli aspetti amministrativi legati all'indennizzo o al risarcimento per le persone danneggiate;
- la formazione degli operatori su aspetti legati alla sicurezza degli ambienti, delle apparecchiature e dei comportamenti professionali.

La sicurezza in sala operatoria

Nel 2011 è stata completata, con il coordinamento congiunto di Agenzia sanitaria e sociale regionale e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, e con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie e di 16 Organizzazioni del privato accreditato, la fase sperimentale di un progetto per il miglioramento della sicurezza nelle sale operatorie, rivolto a medici delle direzioni sanitarie, chirurghi, anestesisti, infermieri. È in corso la progettazione della seconda fase, per estendere le azioni di miglioramento all'intera rete regionale delle sale operatorie.

Prevenzione e controllo delle infezioni antibiotico-resistenti

Il fenomeno dell'antibioticoresistenza rappresenta un tema molto rilevante di sanità pubblica. Le cause sono molteplici, ma un ruolo particolare giocano l'uso inappropriato di antibiotici, che promuove la selezione di batteri resistenti, e la trasmissione di microrganismi antibioticoresistenti in ambito assistenziale.
I sistemi di sorveglianza messi a punto in questi anni evidenziano un trend in aumento delle infezioni resistenti agli antibiotici e dell'uso di antibiotici, sia in comunità che in ambito sanitario.
Per contrastare questo fenomeno sono stati avviati numerosi interventi per promuovere l'uso consapevole di antibiotici, in ospedale e sul territorio, e l'adozione di misure efficaci a prevenire le infezioni correlate all'assistenza.

Promozione dell'uso appropriato di antibiotici

È stata data priorità alle infezioni più frequenti in ambito territoriale: infezioni delle alte vie respiratorie nei bambini e infezioni delle vie urinarie negli adulti.

Il Progetto ProBa "Bambini e Antibiotici"

È stato predisposto materiale informativo rivolto ai genitori, sono state messe a punto linee guida diagnostico-terapeutiche per la gestione della faringo-tonsillite e dell'otite, sono stati condotti corsi di formazione in tutte le Aziende sanitarie, sono stati messi a disposizione dei pediatri test diagnostici rapidi per facilitare la diagnosi.

Linee guida per il trattamento appropriato delle infezioni delle vie urinarie (Ivu)

È stata sviluppata una linea guida da un gruppo di lavoro multidisciplinare e rappresentativo della realtà regionale. La linea guida affronta la gestione delle Ivu non complicate, le Ivu in donne in gravidanza e delle Ivu complicate (uomini e portatori di catetere vescicale). Sono state preparate guide rapide di sintesi delle raccomandazioni e opuscoli informativi per i pazienti.

Prevenzione rischio trasmissione di infezioni in ambito assistenziale

Il piano è basato sull'esistenza di programmi di controllo in tutte le Aziende sanitarie, sul lavoro in rete a livello regionale, su strumenti e metodologie per l'individuazione e valutazione dei rischi, e sulla promozione dell'adozione di misure assistenziali efficaci.

Alcune delle azioni realizzate sono:

- la pubblicazione del "Compendio delle principali misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza", che individua le misure da adottare in tutti gli ambiti assistenziali;
- la promozione di una sempre più ampia partecipazione delle Aziende sanitarie ai programmi di sorveglianza regionale in ambito chirurgico;
- il coordinamento a livello nazionale del progetto Oms "Cure pulite sono cure più sicure", mirato a favorire la sicurezza del paziente migliorando l'adesione all'igiene delle mani degli operatori. L'adesione alla pratica di igiene delle mani è 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%.

La Commissione tecnico-scientifica regionale

Per promuovere l'adozione da parte delle Aziende sanitarie di programmi efficaci a contrastare il pericolo delle infezioni antibiotico resistenti, è stata istituita nel 2011 una commissione tecnico-scientifica per l'uso responsabile di antibiotici e la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza con funzioni di supporto allo sviluppo delle attività di governo clinico a livello dipartimentale, aziendale e di Area vasta, attraverso:

- la definizione di criteri per la valutazione dei processi assistenziali e dei loro risultati clinici;
- iniziative di monitoraggio e sorveglianza della qualità dell'assistenza;
- proposte relative agli assetti clinici ed organizzativi dei servizi per promuovere l'uso responsabile degli antibiotici;
- il supporto tecnico-scientifico alla organizzazione delle attività proprie della funzione di governo clinico in questo ambito, incluse la formazione permanente, il governo dell'innovazione clinica ed organizzativa e la valutazione sistematica e continuativa dell'assistenza prestata.

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

Pronto soccorso: le prestazioni esenti dal ticket

Dall'1 maggio 2011 sono in vigore in Emilia-Romagna le nuove esenzioni dal ticket per il Pronto soccorso, così come definito con la delibera di Giunta regionale 389/2011 che ha aumentato il numero delle prestazioni non soggette alla compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini in quanto prestazioni appropriate, cioè prestazioni che sono correttamente erogate dai servizi di Pronto soccorso.

Le nuove esenzioni sono state individuate da un gruppo di lavoro (Comitato regionale emergenza-urgenza - Creu) istituito per migliorare le strategie di accesso ai servizi di emergenza sanitaria territoriale e di Pronto soccorso e, al contempo, per monitorare l'applicazione della precedente delibera 1035/2009 che indicava un primo gruppo di prestazioni di pronto soccorso appropriate, quindi non soggette al pagamento del ticket. Va precisato che i codici colore assegnati al momento dell'accesso al Pronto soccorso definiscono solo le priorità di accesso e non sono un criterio per definire l'eventuale compartecipazione alla spesa.

L'elenco delle prestazioni di Pronto soccorso considerate appropriate, e quindi esenti dal pagamento del ticket, così come previsto dalle due delibere di Giunta regionale 1035/2009 e 389/2011, sono quelle relative a:

- trauma avvenuto nelle 24 ore precedenti;
- trauma avvenuto prima delle 24 ore precedenti che ha reso necessario un intervento terapeutico;
- avvelenamento acuto;
- infortunio sul lavoro;
- colica renale, crisi di asma, dolore toracico, aritmie cardiache, glaucoma acuto, corpo estraneo oculare, sanguinamento dal naso, corpo estraneo nell'orecchio;
- complicanze di intervento chirurgico che determinano il ricorso al Pronto soccorso entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera;
- problemi e sintomi correlati alla gravidanza.

Inoltre, sempre secondo quanto previsto dalle due delibere, non pagano il ticket:

- coloro che vengono posti in Osservazione breve intensiva (Obi), per approfondimenti diagnostici o terapie che richiedono un tempo di osservazione di solito compreso tra le 6 e le 24 ore;
- coloro che vengono ricoverati in qualsiasi reparto ospedaliero;
- coloro che si rivolgono al Pronto soccorso su richiesta del medico/pediatra di famiglia, del medico di continuità assistenziale (guardia medica) o del medico di altro Pronto soccorso;
- coloro che hanno un'età inferiore a 14 anni;
- coloro che sono esenti dal pagamento del ticket per patologia, reddito o altra condizione di esenzione prevista dalla normativa nazionale e regionale;
- stranieri temporaneamente presenti (STP) con dichiarazione di indigenza.

Le linee guida per l'assistenza alle persone con epilessia

Con delibera di Giunta 2073/2010, la Regione Emilia-Romagna ha approvato le linee guida rivolte alle Aziende sanitarie per l'organizzazione dell'assistenza alle persone con epilessia (circa 22.000 in Emilia-Romagna). Il provvedimento costituisce un'altra tappa nello sviluppo dell'assistenza integrata in Emilia-Romagna e, più in generale, del sostegno alla piena cittadinanza della persona con epilessia.
Cardini del documento sono: la prevenzione, il percorso diagnostico-terapeutico, la continuità dell'assistenza socio-sanitaria, la promozione della salute.

Il lavoro comune di Regione, Aice, Lice

Le linee guida sono il risultato dell'impegno di uno specifico gruppo di lavoro regionale e sono state realizzate con il contributo dell'Associazione italiana contro l'epilessia (Aice), che riunisce le persone malate e i loro famigliari, e della società scientifica Lega italiana contro l'epilessia (Lice), che riunisce a livello nazionale i medici esperti in questo campo.

I contenuti delle linee guida

Impegnano le Aziende sanitarie a sviluppare, in modo omogeneo su tutto il territorio regionale, una rete integrata dei servizi per l'assistenza, a partire dagli interventi di prevenzione.

L'impegno nella prevenzione è finalizzato a ridurre l'incidenza della patologia e a ridurne la prevalenza sulla base dell'appropriatezza e della precocità della presa in carico della persona; è rivolto inoltre a combattere le conseguenze della patologia e l'emarginazione sociale: si basa sui principi della "qualità della vita", uno degli aspetti più trascurati nella gestione della persona con epilessia.

Le linee guida definiscono poi il percorso che le Aziende sanitarie devono individuare, dal punto di vista diagnostico-terapeutico, per la gestione nell'emergenza delle crisi epilettiche (a partire dai Pronto soccorso) e i requisiti delle strutture per l'assistenza ordinaria.

La presa in carico delle persone con epilessia prevede di individuare ambulatori dedicati in ogni Azienda sanitaria con la presenza di esperti in materia di epilessia: per effettuare diagnosi, avviare la presa in carico socio-sanitaria e la terapia, sia nella fascia di età adulta che nell'età evolutiva e con la disponibilità di esami neurofisiologici di base, esami neuroradiologici convenzionali ed esami per il dosaggio dei farmaci antiepilettici, oltre che per garantire l'accesso a consulenze specialistiche e ai percorsi integrativi o di inclusione sociale, in collaborazione con le Unità operative di medicina legale delle Aziende sanitarie.
In ambito sovra-aziendale o di Area vasta, la presa in carico prevede la disponibilità di strutture di riferimento con dotazioni tecnologiche e di personale in grado di effettuare esami complessi (esami neurofisiologici specifici, esami neuroradiologici complessi, valutazioni neuropsicologiche, consulenze genetiche, ed eventuali terapie innovative).

Il Centro di riferimento regionale per la gestione della terapia chirurgica è individuato nell'Irccs Istituto delle neuroscienze dell'Azienda Usl di Bologna (Ospedale Bellaria). Al Centro, composto da professionisti con competenze specifiche e dotato di strumentazioni e attività diagnostiche di alto livello, spetta di individuare i pazienti cui può essere effettuata, per le specifiche condizioni della patologia, la terapia chirurgica.

Le linee guida definiscono inoltre i percorsi per la continuità dell'assistenza socio-sanitaria, sia tra le strutture del territorio e gli ospedali, sia nell'elaborazione del programma individuale di presa in carico della persona, in particolare, rispetto all'inserimento a scuola o nel mondo del lavoro e per le attività di riabilitazione.
Una attenzione specifica è dedicata alla necessità da parte delle Aziende sanitarie di sviluppare iniziative e interventi (a partire dalla formazione degli operatori) per supportare la vita individuale della persona con epilessia e la sua famiglia: sia dal punto di vista emotivo-relazionale, sia per una migliore conoscenza e gestione quotidiana della patologia e dei percorsi amministrativi (per esempio: riconoscimento della disabilità, esenzione ticket, patente automobilistica).

Il nuovo Piano triennale per il governo delle liste di attesa per la specialistica ambulatoriale e per i ricoveri programmati

Il nuovo Piano triennale di governo delle liste di attesa (2010-2012) è stato approvato dalla Giunta regionale, con delibera n. 925, il 27 giugno 2011, entro i tempi stabiliti dall'accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2010 e del relativo Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa.

A sostegno del Piano, che prima dell'approvazione della Giunta, era stato licenziato dalla Commissione assembleare politiche per la salute e politiche sociali senza voti contrari, la Regione ha stanziato, per il 2011, un finanziamento straordinario di 10 milioni di euro da ripartire tra le Aziende Usl; per il 2012 verrà valutata la possibilità di un ulteriore finanziamento.

Il nuovo Piano si occupa sia dell'assistenza specialistica ambulatoriale che dell'assistenza in regime di ricovero programmato e conferma le indicazioni contenute nelle delibere di Giunta regionale 1532/2006, 73/2007, 1035/2009.
In particolare per le aree cardiovascolare e oncologica, il nuovo Piano, così come richiesto dal livello nazionale, prevede una novità. Considera prioritario lo sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici – che possono comprendere sia visite ed esami specialistici che assistenza in regime di ricovero - con la definizione dei relativi tempi di attesa (entro 30 giorni per la diagnosi e entro altri 30 giorni per l'avvio del percorso terapeutico): l'obiettivo è garantire tempestività della diagnosi e del trattamento.

La parola chiave del nuovo Piano è appropriatezza in tutto il percorso assistenziale: dalla prescrizione, alla organizzazione, all'erogazione.

Visite ed esami specialistici

Mentre rinnova l'impegno a garantire visite ed esami specialistici nei tempi previsti dalla normativa (24 ore le urgenze, 7 giorni le urgenze differibili, 30 giorni le prime visite programmabili e 60 giorni gli esami di diagnostica programmabili), il Piano richiede una attenzione specifica al tema dell'appropriatezza nelle diverse fasi del percorso, a partire dalla prescrizione.

Come si evince dalla lettura dei dati relativi al 2010 e alla serie storica degli ultimi anni *(vedi pag. 22)* l'Emilia-Romagna è passata da poco più di 60milioni nel 2003 a oltre 76 milioni di prestazioni specialistiche nel 2010.
E dunque, se è necessario garantire i cittadini, diventa anche necessario chiedere un impegno serio ai professionisti per migliorare l'appropriatezza delle richieste di approfondimenti diagnostici, e un altrettanto impegno serio alle Aziende sanitarie per migliorare la programmazione e l'organizzazione, definendo percorsi distinti tra le prime visite e i controlli successivi, le visite e gli esami di approfondimento diagnostico e il follow-up, le urgenze.

La ricerca dell'appropriatezza nelle prescrizioni di visite ed esami specialistici prevede l'utilizzo di protocolli diagnostici per patologie individuate come prioritarie (ad esempio le patologie oncologiche o dell'ambito cardiovascolare), la corretta indicazione, nella ricetta di prescrizione, del quesito diagnostico e la corretta indicazione della priorità di accesso.
Il miglioramento dell'appropriatezza deve riguardare anche il modello organizzativo che le Aziende sanitarie mettono in campo. Tale modello deve prevedere: la pianificazione dell'offerta di visite ed esami specialistici nelle diverse modalità di accesso (urgente, urgente differibile, programmabile, percorsi di presa in carico, di completamento diagnostico, di accesso diretto); i percorsi di garanzia da offrire ai cittadini (attingendo anche, se necessario, dal privato accreditato e dalla libera professione) per garantire sempre il rispetto dei tempi di attesa; l'apertura costante senza interruzioni delle agende di prenotazione presso i Cup; il consolidamento dell'uso appropriato del day service (modalità organizzativa per l'approfondimento diagnostico avviata dallo specialista per casistiche complesse).

Confermato anche l'impegno per il monitoraggio di tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali, la pubblicazione dei risultati riguardo a un set significativo di prestazioni sul sito **www.tdaer.it**, con aggiornamenti trimestrali.

Ricoveri programmati

Il nuovo Piano regionale per il governo dei tempi di attesa si occupa anche dei ricoveri programmati, e anche per questi rilancia il tema dell'appropriatezza che deve riguardare tutto il percorso: dalla prescrizione, all'organizzazione, alla erogazione.
In particolare, come prevede il Piano nazionale, viene posta l'attenzione a specifici interventi per i quali vengono indicati i tempi entro i quali devono essere erogati e in quale percentuale sul totale dei casi: interventi chirurgici per patologie neoplastiche di utero, mammella e colon-retto (entro 30 giorni dalla indicazione di operabilità nel 100% dei casi), interventi di angioplastica coronarica e bypass aortocoronarico (entro 60 giorni nel 90% dei casi), interventi di endoarteriectomia carotidea (entro 90 giorni nel 90% dei casi), interventi di asportazione di cataratta e di artroprotesi d'anca (180 giorni nel 90% dei casi).

L'appropriatezza, necessaria per garantire equità di accesso alle prestazioni di ricovero elettivo, si traduce: nell'obbligo di indicare, nel momento in cui un paziente viene iscritto in lista, una data entro cui verrà effettuata la chiamata; nella definizione di percorsi diagnostico terapeutici anche, se necessario, in collaborazione con altre Aziende sanitarie; nel monitoraggio dei tempi di attesa con particolare riferimento a quelle prestazioni, già citate, definite a livello nazionale come oggetto di specifico monitoraggio.

Utilizzo della rete Sole, comunicazione ai cittadini

La corretta organizzazione e gestione dei percorsi sia per la specialistica ambulatoriale che per i ricoveri programmati è facilitata dal consolidamento della rete Sole (Sanità on line) l'infrastruttura telematica che mette in contatto medici e pediatri di famiglia con specialisti e strutture delle Aziende sanitarie per lo scambio di documentazione sanitaria, come prescrizioni e referti, ovviamente nel rispetto della privacy.
Riguardo alla comunicazione ai cittadini, il nuovo Piano chiede alle Aziende sviluppare di sviluppare ulteriormente le iniziative già previste con il Piano triennale appena concluso (delibera 1035/2009).

I Programmi attuativi aziendali

Entro 60 giorni dall'approvazione della delibera 925/2011, le Aziende Usl, assieme alle Aziende Ospedaliere, alle Aziende Ospedaliero-Universitarie e agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) eventualmente presenti nei territori di riferimento, devono elaborare i Programmi attuativi aziendali, preventivamente concordati con le Conferenze territoriali sociali e sanitarie, le quali, a loro volta, li avranno condivisi con le parti sociali e le rappresentanze dei cittadini. Tali programmi devono poi essere sottoposti alla valutazione del Tavolo di coordinamento regionale.

Nella predisposizione del programma (che costituisce un aggiornamento del programma elaborato nel 2009, integrato con le indicazioni del nuovo Piano regionale) dovrà essere posta una attenzione particolare ad aspetti specifici sia per l'assistenza specialistica ambulatoriale che per l'assistenza in ricovero programmato. Il fine è quello di garantire il servizio appropriato, nel luogo e nei tempi appropriati rispetto ai bisogni.

Per la specialistica ambulatoriale:

- valutazione del grado di appropriatezza delle prescrizioni attraverso il controllo del quesito diagnostico nelle ricette;
- aggiornamento dello schema di pianificazione della produzione attraverso la valutazione del fabbisogno e la quantificazione dell'offerta prevedendo anche percorsi di garanzia entro i quali occorre garantire i tempi massimi stabiliti;
- monitoraggio dell'andamento dei tempi di attesa;
- esplicitazione delle diverse modalità di accesso per le prestazioni specialistiche programmabili, per le urgenze, per i percorsi di presa in carico compreso il day service;
- separazione, nelle agende di prenotazione, delle prime visite dai controlli, follow up, tipologie di prestazioni non a Cup, apertura continua delle agende, monitoraggio degli abbandoni e delle disdette;
- miglioramento della completezza ed accuratezza della trasmissione dei dati alla Regione sia per il flusso ASA (assistenza specialistica ambulatoriale), sia per il flusso MAPS (monitoraggio accesso prestazioni specialistica ambulatoriale);
- completamento del programma di comunicazione aziendale.

Per l'assistenza in regime di ricovero programmato:

- valutazione dell'andamento dei tempi di attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio e di quelle che presentano maggiori criticità;
- pianificazione della produzione e pianificazione di strategie per la sua rimodulazione anche in collaborazione, se necessario, con altre Aziende sanitarie al fine di contenere le liste di attesa e favorire l'erogazione del servizio secondo le preferenze dell'utente, eventualmente riferendolo ad altra struttura con attese inferiori;
- verifica delle modalità di gestione delle agende di prenotazione per la corretta identificazione della data di prenotazione;
- individuazione e formazione del personale che dovrà essere in contatto con gli assistiti per garantire riferimenti certi nelle fasi che precedono e preparano il ricovero, le quali devono essere esplicitate agli assistiti;
- ricognizione dei criteri per l'assegnazione delle priorità, condivisi a livello sovraziendale.

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

La Regione Emilia-Romagna, per il 2011, ha potenziato le risorse che mette a disposizione del proprio Fondo regionale per la non autosufficienza: 461,6 milioni di euro (+ 36 milioni rispetto al 2010) di cui 151 milioni derivano dal bilancio regionale. La necessità di intervenire con un potenziamento di tali dimensioni è derivata dalla decisione assunta dal Governo che ha completamente azzerato il Fondo nazionale per la non autosufficienza facendo mancare all'Emilia-Romagna 30 milioni di euro (tale era la quota parte sui 400 milioni inizialmente previsti e poi cancellati dal Governo per il Fondo nazionale).
La Regione, mentre continua nella richiesta al Governo di un cambio di passo rispetto ad una scelta iniqua e miope, ha dunque rinforzato e potenziato l'intervento per non lasciare sole le famiglie che si prendono cura dei propri cari non autosufficienti nelle loro abitazioni.
Complessivamente, considerando anche le risorse residue (programmate nel 2010 ma non utilizzate) il Fondo regionale per la non autosufficienza nel 2011 potrà contare su 501 milioni di euro.

La programmazione

Il Fondo è programmato con Piani annuali di attività a livello locale, 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 organizzazioni sindacali e le rappresentanze dei cittadini.
Le risorse vengono ripartite tra le Conferenze territoriali sociali e sanitarie, per ambito distrettuale, tenendo conto, tra gli indicatori, della numerosità della popolazione over 75enne e delle persone con gravi e gravissime disabilità.
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.

I servizi finanziati, gli obiettivi per il 2011, l'accreditamento

La priorità, già definita in sede di approvazione del primo programma triennale di utilizzo del Fondo, nel 2009, è il sostegno alla domiciliarità con l'obiettivo di permettere quanto più possibile alla persona non autosufficiente di vivere nella propria casa.
In un momento di contrazione delle risorse per le decisioni assunte dal Governo con l'azzeramento del Fondo nazionale ma anche con i tagli alle Amministrazioni locali, gli obiettivi per il 2011 fissati dalla Regione e concertati con Amministrazioni locali e Organizzazioni sindacali, riguardano il mantenimento dei servizi programmati e realizzati già negli anni precedenti, perseguendo la diffusione omogenea tra i territori secondo i bisogni espressi.

I servizi finanziati sono:
- assistenza domiciliare integrata (sanitaria e sociale);
- assegno di cura per anziani non autosufficienti con specifica attenzione per chi non percepisce l'assegno di accompagnamento;
- qualificazione e regolarizzazione delle assistenti familiari (con "punti di ascolto", formazione, consulenza e un contributo aggiuntivo all'assegno di cura di 160 euro mensili per la regolarizzazione);
- servizi di telesoccorso e teleassistenza anche gestiti con il concorso del volontariato;
- accoglienza temporanea "di sollievo" in strutture;
- sostegno alle reti informali di solidarietà sociale (vicinato, "custode" sociale…).

Nel corso del 2011 inizia, per i servizi di assistenza domiciliare e per strutture socio-sanitarie dedicate ad anziani e a persone disabili, il percorso dell'accreditamento: anche questi servizi e strutture sono dunque pienamente coinvolti nel percorso fissato dalla Regione per garantire qualità dei servizi e delle strutture del Servizio sanitario regionale *(per approfondimenti sull'accreditamento vedi a pag. 73).*

Integrazione multidisciplinare, appropriatezza e continuità dei percorsi di cura, programmazione e verifica dell'organizzazione dell'assistenza. Questi i cardini del Programma regionale dipendenze per il triennio 2011-2013 approvato dalla Giunta regionale (delibera 999/2011).
Il documento specifica a livello di Azienda sanitaria o di Area Vasta obiettivi, requisiti organizzativi, indicatori per ogni settore di intervento.
Il Programma sviluppa ulteriormente il percorso avviato con l'istituzione nelle Aziende Usl del Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche che ha accorpato le due discipline per rafforzare un approccio globale alla persona (dalla prevenzione alla riabilitazione) e l'integrazione tra tutti i soggetti del sistema di cura (medici di famiglia, Servizi delle Aziende sanitarie, Comuni, volontariato sociale, privato accreditato).

Premessa del nuovo Programma è la conclusione, in questi anni, del processo di accreditamento istituzionale per tutte le strutture ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali che hanno deciso di operare per conto del Servizio sanitario regionale e di rispondere quindi a precisi standard di qualità dei servizi offerti.

Un sistema a rete per una presa in carico tempestiva e per la prevenzione

Le Aziende sanitarie, è indicato nel Programma regionale, devono sviluppare percorsi differenziati che facilitino l'accesso ai servizi da parte di adolescenti, immigrati, consumatori di psicostimolanti e cocaina, alcolisti, tabagisti.
L'obiettivo resta quello di sviluppare un sistema a rete, anche con il potenziamento delle funzioni di prossimità (le Unità di strada attivate dai Servizi sanitari, dalle associazioni, dai Comuni), che funzioni da collettore e sia capace di riconoscere in modo precoce le manifestazioni di un disagio creando le condizioni per una presa in carico tempestiva. Una attenzione specifica è rivolta alle persone dedite al gioco d'azzardo in modo patologico: a livello regionale verranno elaborate raccomandazioni per favorire l'accesso di queste persone ai Servizi, con indicazioni sui percorsi di assistenza.

Il programma definisce gli obiettivi della collaborazione tra Aziende Usl e Enti locali, in particolare per la promozione della salute, gli inserimenti lavorativi con valenza sociale e gli interventi assistenziali a supporto dei programmi terapeutici.
Tra le priorità, inoltre, il mondo del lavoro: verranno incrementati i progetti avviati dai Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche con i Servizi di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro delle Aziende Usl per sensibilizzare i lavoratori sui rischi connessi al consumo di tabacco, alcol e sostanze nei luoghi di lavoro (anche negli ospedali), sui programmi di assistenza e disassuefazione offerti dalle Aziende sanitarie e dal privato sociale.
Una particolare attenzione è poi riservata alle persone detenute negli Istituti penitenziari della regione, alle quali deve essere garantita la continuità assistenziale al momento dell'ingresso in carcere e dopo la scarcerazione. A questo si affianca l'attivazione del Sistema informativo in ogni Istituto penitenziario per la gestione della cartella sanitaria informatizzata dei detenuti in carico al Servizio per le tossicodipendenze dell'Azienda Usl (SerT).

Per la promozione della salute e la prevenzione rispetto al consumo di alcol, tabacco, sostanze stupefacenti, il tema sono le relazioni sociali alla base dei comportamenti a rischio, non le singole sostanze. A partire da questo, il Programma regionale pone come obiettivo l'attivazione di progetti di comunità, articolati nei diversi contesti di relazione (a scuola e negli ambienti di vita e di lavoro) per superare interventi episodici e stabilizzare invece forme di coordinamento territoriale tra diversi soggetti in ambito sanitario e sociale, con una attenzione globale agli stili di vita della persona (una attenzione rivolta, per esempio, anche all'attività fisica e all'alimentazione).
Viene posta la necessità di sviluppare una comunicazione specifica rivolta ai più giovani, ricorrendo alle nuove tecnologie e in particolare al web e ai social network.

Gli Osservatori, il nuovo Sistema informativo

Il Programma regionale prevede il potenziamento delle attività degli Osservatori delle Aziende Usl e dell'Osservatorio regionale, il cui impegno è fondamentale per fornire dati, informazioni e dunque strumenti di lavoro agli operatori dei Servizi.
L'obiettivo, in particolare, è l'attivazione del nuovo Sistema informativo dei Servizi per le dipendenze che fornirà informazioni più approfondite e avrà caratteristiche coerenti con il nuovo Sistema informativo nazionale dipendenze.
Tra i progetti sperimentali, l'avvio in provincia di Bologna di un sistema di sorveglianza per la conoscenza delle sostanze in circolazione. A questo progetto partecipano, oltre alla Regione, la Questura, l'Università, le Aziende sanitarie e diversi Comuni del bolognese.

Monitoraggio dell'accordo Regione-Enti ausiliari

Tra gli obiettivi del Programma regionale dipendenze, il monitoraggio dell'accordo del 2010 tra Regione e Coordinamento degli Enti ausiliari (delibera 246/2010), rivolto in particolare a consolidare l'appropriatezza e la qualità dei servizi offerti nelle strutture residenziali per l'assistenza alle persone tossicodipendenti e a potenziare gli strumenti di analisi del fabbisogno, di monitoraggio e di valutazione dei percorsi di assistenza.

Il programma regionale per il superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) di Reggio Emilia

Grazie al trasferimento al Servizio sanitario nazionale e regionale delle funzioni e delle risorse necessarie per l'intervento sanitario negli istituti penitenziari, l'intervento assistenziale in queste strutture si sta rinnovando e migliorando.
L'obiettivo è fornire reali garanzie di equità e continuità assistenziale per persone con disturbi mentali autori di reato.
La Regione Emilia-Romagna è fortemente impegnata su questo versante attraverso l'adozione di una politica di deistituzionalizzazione finalizzata al ridimensionamento, alla regionalizzazione ed, infine, al superamento dell'OPG di Reggio Emilia (uno dei sei OPG esistenti in Italia).

Il processo di superamento si basa sulla costruzione di un sistema integrato fondato su questi principi:

- rafforzamento dell'intervento di salute mentale nelle carceri, utilizzando le sinergie con i presidi SerT (da tempo già presenti nel carcere), lavorando per prevenire l'utilizzo dell'OPG per le sopravvenute malattie o per l'osservazione psichiatrica;
- rafforzamento dell'intervento sanitario nell'OPG;
- attività di raccordo con le Regioni che prevedono l'utilizzo dell'OPG di Reggio Emilia;
- potenziamento delle misure alternative all'OPG tramite programmi residenziali e territoriali a diversi livelli di protezione.

In quest'ottica, la Regione ha attivamente partecipato alla stesura di un Accordo Stato-Regioni sul progressivo superamento degli OPG, accordo approvato in Conferenza Unificata il 26 novembre 2009, con il quale sono stati ridefiniti i bacini di utenza degli OPG.
In base a questa ridefinizione, per l'OPG di Reggio Emilia, le Regioni afferenti sono, oltre l' Emilia-Romagna, il Veneto, il Friuli-Venezia Giulia, le Marche e le Province autonome di Trento e Bolzano.
In ambito nazionale, l'Emilia-Romagna svolge un ruolo di coordinamento con le Regioni di bacino per la definizione di un piano di azioni atto a raggiungere gli obiettivi sopra citati anche attraverso strumenti di monitoraggio trimestrale con cui si forniscono informazioni utili alla programmazione e progettazione di idonei percorsi per gli internati.

Per la struttura di Reggio Emilia, la Regione, consapevole delle carenze, in quanto originariamente pensata come sola struttura detentiva, e quindi inadeguata per il progetto che si vuole attuare, ha attivato due percorsi paralleli.
Un percorso riguarda l'avvio di una ricerca per l'individuazione di un nuovo complesso per gli internati in OPG; un primo studio di fattibilità per la ristrutturazione di una parte del carcere di Castelfranco Emilia non ha dato esito positivo rispetto al rapporto costi/benefici, e per questo è stata avviata una nuova fase di progettazione.
L'altro percorso riguarda la possibilità di favorire, attraverso la presa in carico dei servizi territoriali, la dimissione di pazienti, seppur sottoposti a misure cautelari o di controllo da parte dell'Autorità giudiziaria, in contesti extra carcerari e in strutture fortemente orientate al procedimento terapeutico e riabilitativo. In quest'ottica, la Regione finanzia a Sadurano, nel territorio forlivese, una residenza sanitaria psichiatrica di tipo socio-riabilitativo che ospita utenti dell'OPG di Reggio Emilia in fase di dimissione. Inoltre, per tutti gli utenti emiliano-romagnoli provenienti dagli OPG presenti nel territorio nazionale, la Regione sostiene, attraverso i Dipartimenti salute mentale e dipendenze patologiche delle Aziende Usl, progetti terapeutico-riabilitativo ad hoc, che contemplano sia la possibilità dell'inserimento nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie sia il ritorno al proprio domicilio, supportando il paziente con tutte le azioni necessarie ed utili per un progressivo rientro nella comunità.

Il Prontuario dei farmaci a brevetto scaduto

Da alcuni anni i farmaci generici sono oggetto delle manovre finanziarie nazionali.
Nella manovra del maggio 2010 (decreto legge 78 del 31 maggio 2010 convertito con legge 122 del 31 luglio 2010) è stata annunciata una completa rivalutazione, da parte dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), dei prezzi di riferimento di questi farmaci sulla base di confronti con i mercati europei. Ad aprile 2011 è stata pubblicata da AIFA la rideterminazione dei prezzi di rimborso al Servizio sanitario nazionale (SSN).
Un temporaneo disallineamento rispetto ai prezzi realmente disponibili sul mercato ha imposto una compartecipazione della spesa da parte del cittadino. In poco tempo la maggior parte dei produttori di farmaci generici ha scelto di allineare i prezzi, limitando così il disagio per i cittadini.

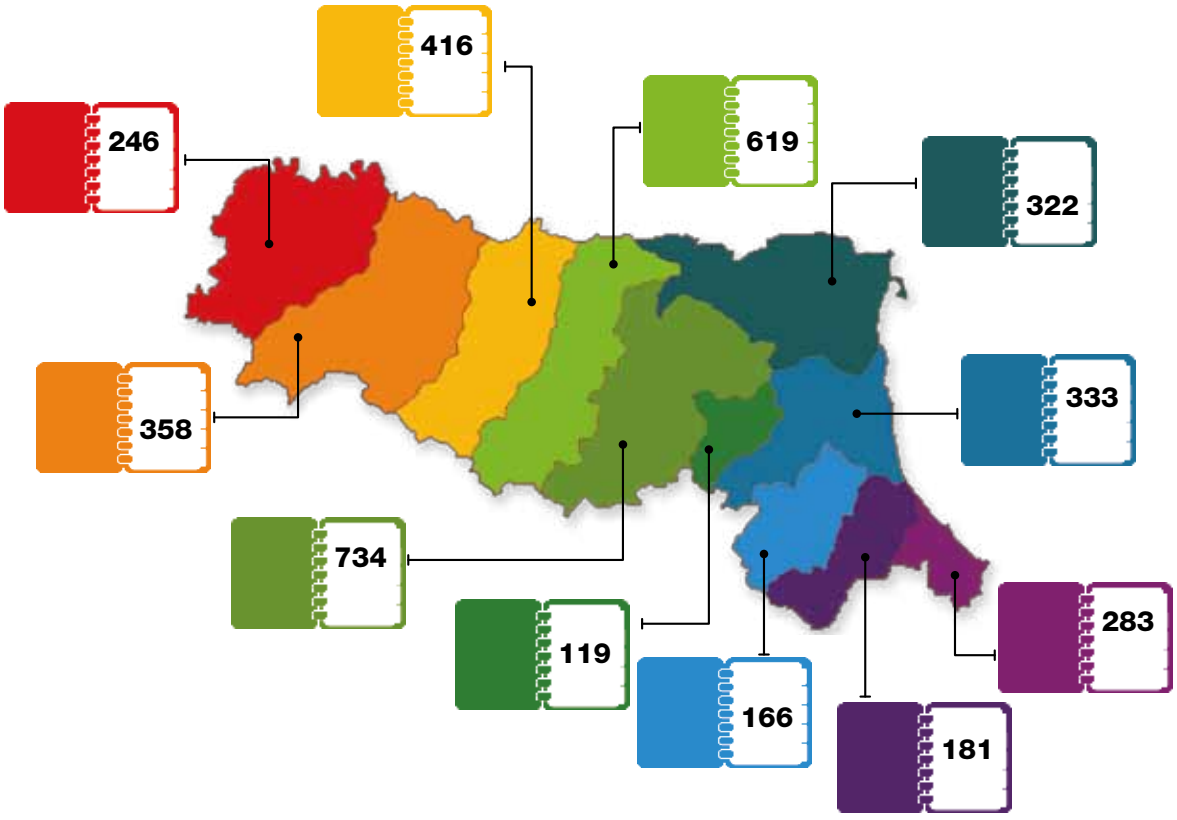
La Regione Emilia-Romagna, da anni impegnata nella diffusione della conoscenza e nello sviluppo della sensibilità dei propri operatori in tema di farmaci a brevetto scaduto, in occasione della rideterminazione dei prezzi da parte di AIFA, ha voluto fornire un importante strumento per i medici prescrittori: il Prontuario dei farmaci a brevetto scaduto.

I medici prescrittori (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ospedalieri e del territorio) potranno reperire nel Prontuario il dettaglio di tutti i farmaci generici con informazioni relative all'equivalenza terapeutica, al prezzo al pubblico, al prezzo di rimborso SSN e infine all'eventuale differenza tra il prezzo di rimborso SSN e quello al pubblico.
La struttura del Prontuario consente al medico di identificare, all'interno di ciascuna categoria terapeutica, le molecole a brevetto scaduto presenti ed individuare tra queste le specialità generiche per le quali non è prevista alcuna compartecipazione a carico del cittadino o quella alla compartecipazione di minor peso.

Il Prontuario è stato pubblicato in 4.000 copie e messo a disposizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.
Per gli altri professionisti, il Prontuario è reso disponibile in versione digitale sul portale del Servizio sanitario regionale Saluter **www.saluter.it/documentazione/rapporti/equivalenti_prontuario_giugno2011.pdf** e, accessibile con password, sul portale Sole dove sono pubblicati gli aggiornamenti mensili **www.progetto-sole.it**.
L'aggiornamento a stampa è previsto ogni anno.

Il Prontuario dei farmaci a brevetto scaduto si inserisce nel sistema delle azioni messe in atto dalla Regione Emilia-Romagna volte a garantire, a parità di appropriatezza, efficacia e sicurezza, trattamenti a minor impatto economico per il Servizio sanitario e per i cittadini.

Distribuzione del Prontuario dei farmaci a brevetto scaduto sul territorio regionale (n° medici di medicina generale e pediatri di libera scelta)



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 richiedono. 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 cardiochirurgia,
- 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.

È in via di definizione, in applicazione della legge nazionale 38/2010, e sulla base di quanto stabilito dalla delibera della Giunta regionale 967/2011, la costituzione della struttura di coordinamento alla quale è demandato il compito di giungere al corretto dimensionamento della rete Hub & Spoke di terapia del dolore.

Con il rinnovo della Commissione oncologica regionale (delibera di Giunta regionale 519/2011) è poi iniziato il lavoro per la programmazione della rete oncologica regionale, nel cui ambito rientrano il nuovo Irccs Istituto tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia (riconosciuto nel 2011 all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia) e l'Istituto scientifico romagnolo per lo studio e la cura dei tumori (Irst) di Meldola per il quale è in corso l'iter di riconoscimento in Irccs (previsto entro l'anno 2011).

In corso il lavoro per la definizione delle reti ortopedia oncologica, chirurgia vertebrale, ortopedia peditrica, protesi e terapia chirurgica delle gravi patologie infettive ossee, chirurgia del piede, i cui centri Hub hanno sede all'Irccs Rizzoli di Bologna, previste dall'accordo tra Regione e Rizzoli (delibera 608/2009).

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

L'organizzazione del Distretto

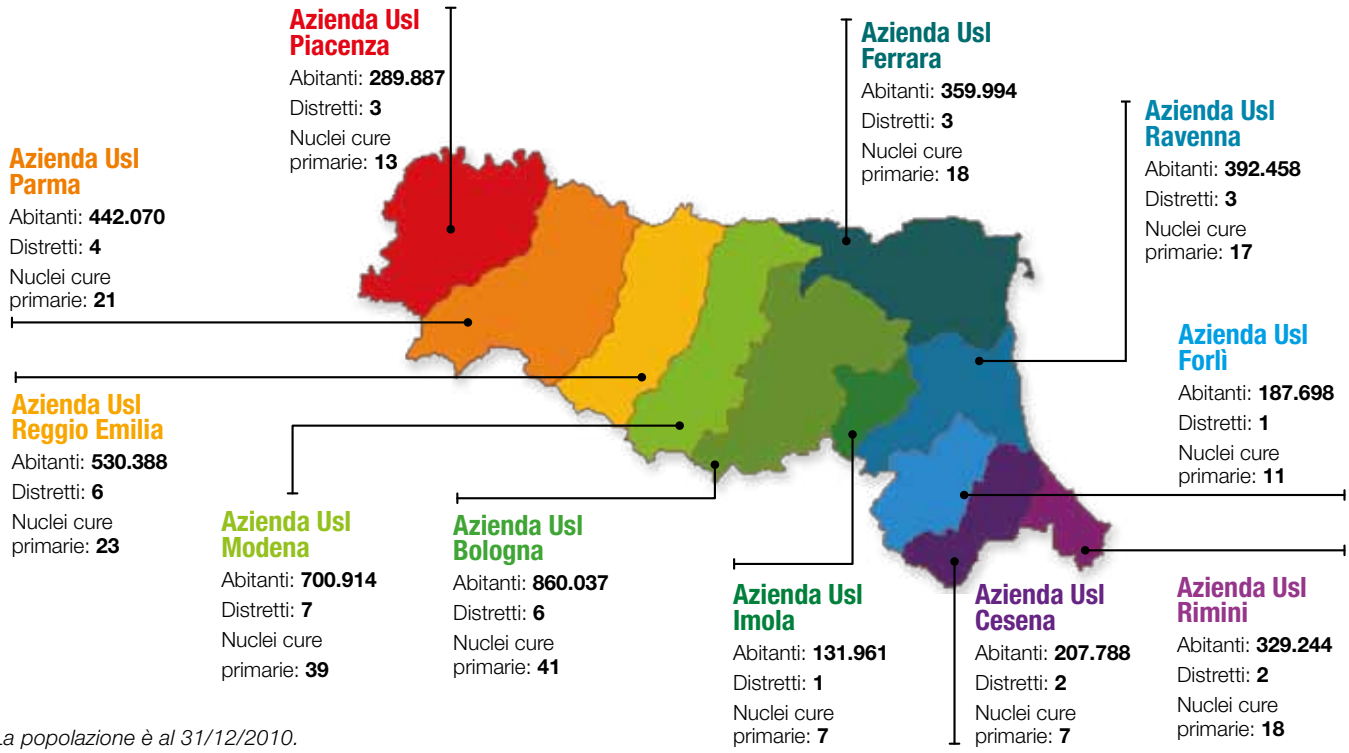
Il Distretto è garante dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). È l'ambito in cui si rilevano i bisogni, si programmano i servizi, si eroga assistenza sanitaria e socio-sanitaria, si valutano i risultati.

Il Distretto commissiona 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.

Il Dipartimento di cure primarie è organizzato in Nuclei di cure primarie.

Al 31 dicembre 2010 i Distretti sono 38 e i Nuclei di cure primarie 215.

Distretti, Nuclei di cure primarie, popolazione di riferimento* - Anno 2010



*La popolazione è al 31/12/2010.

La Casa della salute

Da diversi anni, la Regione Emilia-Romagna ha intrapreso un percorso che ha portato alla costituzione in tutte le Aziende Usl, dei Dipartimenti delle cure primarie e della loro articolazione territoriale, i Nuclei di cure Primarie, le cui sedi costituiscono uno degli elementi fondamentali per favorire la miglior presa in carico degli assistiti; è infatti in queste strutture che è possibile erogare un servizio efficace di continuità diurna dell'assistenza e che meglio si realizza l'integrazione dei professionisti che riguarda prioritariamente medici e i pediatri di famiglia, medici di continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali, infermieri, ostetriche, assistenti sociali.

L'evoluzione dei Nuclei di cure primarie è nella realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie che siano, in ogni momento della giornata, un punto di riferimento certo per i cittadini e per la risposta ai loro bisogni: sono le Case della salute, previste dalla Regione con delibera di Giunta 291/2010.

La Casa della salute ha i seguenti obiettivi:
- assicurare un punto unico di accesso ai cittadini,
- garantire la continuità assistenziale,
- organizzare e coordinare le risposte da dare ai cittadini,
- rafforzare l'integrazione con l'ospedale soprattutto in relazione alle dimissioni protette,
- migliorare la presa in carico integrata dei pazienti con problemi di salute mentale,
- sviluppare programmi di prevenzione rivolti al singolo, alla comunità e a target specifici di popolazione,
- promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini,
- offrire formazione permanente agli operatori.

Le Case della salute possono avere diversa complessità 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.

La Casa della salute prevede l'erogazione, in uno stesso spazio fisico, dell'insieme delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie disponibili.

Le Case della salute programmate al 31 dicembre 2010
Al 31 dicembre 2010 le Aziende Usl hanno programmato la realizzazione di 30 Case della salute articolate per Distretto:

- 4 a Piacenza (Distretto Ponente: Borgonovo; Distretto Levante: Podenzano, Carpaneto piacentino, Monticelli d'Ongina);
- 2 a Parma (Distretto Parma: Lubiana-S.Lazzaro; Distretto sud est);
- 7 a Reggio Emilia (Distretto Reggio Emilia: Zona est, Zona ovest, Zona nord, Puianello; Distretto Correggio:Fabbrico, Distretto Scandiano: Casalgrande, Castellarano);
- 2 a Modena (Distretto Mirandola: Finale Emilia; Distretto di Modena);
- 4 a Bologna, di cui 3 Ausl di Bologna (Distretto città di Bologna: Navile; Distretto Pianura Ovest: Crevalcore, Distretto Pianura Est: Pieve di Cento) e 1 Ausl di Imola (Distretto Imola: Castel S.Pietro Terme-Dozza);
- 2 a Ferrara (Distretto Sud-Est: Portomaggiore; Distretto Ovest: Bondeno);
- 3 a Ravenna (Distretto Faenza: Brisighella; Distretto Ravenna: Cervia; Distretto Lugo: Bagnacavallo);
- 3 a Forlì-Cesena, di cui 1 Ausl di Forlì (Distretto Forlì: Castrocaro); 2 Ausl di Cesena (Distretto Cesena-Valle del Savio: Mercato Saraceno; Distretto Rubicone: Savignano);
- 3 a Rimini (Distretto Rimini: Rimini Celle, Santarcangelo di Romagna; Distretto Riccione: Coriano).

Il Profilo di Nucleo di cure primarie

Per promuovere e sostenere la qualità assistenziale, sviluppando al tempo stesso l'integrazione e le relazioni tra medici di medicina generale, è necessario mettere a disposizione di questi professionisti dati epidemiologici ed analitici sulle condizioni di salute e sull'utilizzo dei servizi della popolazione di riferimento.
L'analisi di tali dati permette infatti di raggiungere molteplici finalità, tra le quali la condivisione ed implementazione di standard clinici ed organizzativi nella attività professionale e la realizzazione di forme di coordinamento (tra i professionisti e tra questi, l'Azienda Usl e il Distretto) in sintonia con i servizi necessari ai bisogni degli assistiti.

Per raggiungere questa finalità, la Regione ha messo a disposizione di tutte le Aziende Usl i "Profili dei Nuclei di cure primarie", un report annuale che permette, grazie all'utilizzo di metodi epidemiologici, di valutare e confrontare, per ogni Nucleo e fra Nuclei diversi, le pratiche assistenziali in relazione allo stato di salute della popolazione.

Il Profilo di Nucleo di cure primarie viene messo a disposizione dei coordinatori di Nucleo, con il supporto dei Dipartimenti di cure primarie, per promuovere la condivisione e la collaborazione fra medici, fornendo loro modalità e linguaggi di lavoro comuni, propri del governo clinico.

Il Profilo di Nucleo di cure primarie, inizialmente sperimentato nelle Aziende Usl di Parma e Reggio Emilia in collaborazione con il Jefferson Medical College di Philadelphia (USA) e con l'Agenzia sanitaria e sociale regionale, contiene, per ogni Nucleo di cure primarie, le seguenti informazioni:

- caratteristiche dei medici di medicina generale e degli assistiti;
- stima della prevalenza di alcune malattie croniche;
- per l'assistenza ospedaliera:
  - tasso di ospedalizzazione;
  - condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale;
  - ricoveri medici potenzialmente inappropriati;
- per l'assistenza farmaceutica:
  - consumo farmaci;
- per l'assistenza specialistica:
  - indice di consumo per diagnostica, laboratorio, visite specialistiche;
  - accessi al Pronto soccorso con erogazione di prestazioni specialistiche;
- indicatori di qualità (costruiti incrociando le informazioni sulle prescrizioni farmaceutiche, specialistiche e sui ricoveri ospedalieri);
  - pazienti con malattie cardiovascolari:
    trattamento farmacologico e monitoraggio dei pazienti dopo infarto miocardico acuto;
    screening del colesterolo nei pazienti con problemi cardiovascolari;
    trattamento farmacologico e monitoraggio dopo un ricovero per scompenso cardiaco;
  - pazienti diabetici:
    monitoraggio annuale per emoglobina glicata, profilo lipidico, esame dell'occhio, creatinina, Egc e microalbuminuria;
  - pazienti asmatici:
    verifica del trattamento farmacologico appropriato per i pazienti matici.

Per la definizione dei contenuti dei Profili è stato costituito un comitato scientifico (composto dai referenti indicati dalle Aziende Usl, dai collaboratori dell'Assessorato regionale politiche per la salute, dell'Agenzia sociale e sanitaria regionale e del Jefferson Medical College).
Tale comitato, oltre a definire il contenuto del Profilo, ha il compito di monitorare la progressione del progetto.
L'elaborazione dei dati e la predisposizione dei Profili è affidata alla Regione. Per facilitare l'elaborazione, tutti i dati provengono dal Sistema informativo sanità e politiche sociali.

Tutti i Profili sono disponibili su Internet: nel sito **www.regione.emilia-romagna.it/prim/profili_NCP.htm** è disponibile il materiale di supporto alla costruzione dei Profili, i profili stessi sono accessibili solo con password.

Per supportare le Aziende sanitarie nella diffusione ed utilizzo dei Profili, è stato organizzato un percorso formativo mirato a sviluppare competenze professionali locali per far sì che le Aziende Usl diventino progressivamente autonome nella gestione, e ne garantiscano così la sostenibilità nel tempo.

Gli Accordi tra Regione, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta

Sono stati siglati, nel luglio 2011, da Regione e rappresentanze sindacali della medicina generale (FIMMG, SNAMI, SMI, Intesa sindacale) e della pediatria di libera scelta (FIMP, CIPe) – e approvati con delibere di Giunta regionale 1116/2011 e 1117/2011 - gli accordi integrativi regionali, in attuazione degli Accordi collettivi nazionali dell'8 luglio 2010.

Gli accordi nazionali

Gli accordi nazionali hanno individuato alcune aree di importanza strategica per il futuro delle cure primarie in Italia, in particolare:
promozione di nuove forme organizzative della medicina generale e della pediatria di libera scelta e delle relazioni funzionali tra i professionisti;
promozione dell'accesso ai servizi da parte degli utenti;
possibilità di accesso in tempo reale, per i professionisti, ai dati clinici di tutti gli assistiti del territorio di riferimento;
sviluppo della medicina d'iniziativa, delle attività di prevenzione e dei programmi assistenziali rivolti ai casi più complessi;
miglioramento della presa in carico degli assistiti affetti da patologia cronica e adesione ai livelli assistenziali di diagnosi e cura;
definizione e monitoraggio di indicatori di qualità dell'assistenza;
valutazione dell'appropriatezza dei servizi erogati.

I contenuti degli accordi regionali

Gli accordi integrativi regionali sia per i medici che per i pediatri rafforzano l'importanza dell'informatizzazione e dell'utilizzo dei mezzi informativi messi a disposizione dalla Regione: tutti i professionisti avranno l'obbligo di garantire nel proprio studio, mediante sistemi informatici, la gestione della scheda sanitaria individuale, la stampa delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche, nonché il collegamento alla rete Sole (Sanità on line), la rete telematica che collega medici di medicina generale e pediatri di libera scelta agli altri professionisti e alle Aziende sanitarie per lo scambio di informazioni *(per approfondimenti su Sole vedi a pag. 71).*

Per agevolare i medici, la Regione si è impegnata a concordare con le organizzazioni sindacali soluzioni tecnologiche per consentire tutti gli adempimenti senza aggravi alle attività assistenziali.
Inoltre, la comunicazione "senza carta" per la trasmissione tramite posta elettronica delle comunicazioni tra Aziende Sanitarie e professionisti (e viceversa), diventerà modalità di lavoro comune.

Gli accordi hanno definitivamente stabilito l'obbligo di adesione ai Nuclei di cure primarie quali aggregazioni finalizzate al raccordo fra i medici operanti nel territorio per garantire il confronto delle esperienze, la relazione con gli altri servizi assistenziali territoriali, la condivisione di indirizzi, linee guida, modalità assistenziali e l'affinamento delle pratiche professionali per sostanziare il concetto di continuità della cura.

Per i pediatri di libera scelta è inoltre prevista l'adesione obbligatoria alle Unità pediatriche delle cure primarie, la cui finalità, analogamente a quanto previsto per i medici di medicina generale, è la promozione del confronto professionale, la programmazione, il coordinamento dei comportamenti professionali ed il loro monitoraggio e valutazione.

Particolarmente rilevanti i contenuti degli accordi regionali in materia di sviluppo della medicina di iniziativa e di presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche.

In particolare, per i medici di medicina generale, è stata avviata una collaborazione per definire un programma di rilevazione di alcune patologie croniche gestite a livello territoriale utilizzando le informazioni a disposizione dei professionisti: lo scompenso cardiaco cronico e la broncopneumopatia cronico-ostruttiva rappresentano le patologie rispetto alle quali effettuare la ricognizione.

Per i pediatri di libera scelta, invece, si è concordato di avviare una rilevazione di alcune caratteristiche potenzialmente predittive di situazioni a rischio di obesità.

Per poter supportare sia lo sviluppo della medicina di iniziativa che individuare le patologie croniche per le quali è necessario avviare o potenziare i percorsi di presa in carico è necessario disporre di dati aggiornati sulla prevalenza delle principali patologie croniche a livello territoriale.
Ad oggi i dati disponibili a livello regionale derivano da informazioni relative ai flussi amministrativi contenuti nel sistema informativo regionale. Con il coinvolgimento dei medici e dei pediatri nell'integrazione delle informazioni derivanti dalle loro cartelle cliniche informatizzate, sarà possibile migliorare la qualità delle informazioni disponibili, per una pianificazione sempre più puntuale utile alla gestione delle attività assistenziali.
Infine, per quanto riguarda i medici di medicina generale, l'accordo prevede di diffondere ed utilizzare in tutte le Aziende sanitarie i "Profili di Nucleo di cure primarie", quale strumento di promozione della qualità assistenziale e di sviluppo dell'integrazione e delle relazioni tra medici di medicina generale *(per approfondimenti sui "Profili di Nucleo di cure primarie" vedi a pag. 68).*

La Convenzione tra Servizio sanitario regionale e Soccorso Alpino per il soccorso in montagna

Una Convenzione unica, per tutto il Servizio sanitario regionale, per disciplinare il soccorso in montagna: via terra (alpino, speleologico, nelle forre) e con elicottero. La convenzione è stata firmata nel maggio 2011 dall'Azienda Usl di Bologna, in nome e per conto di tutto il Servizio sanitario regionale e da Soccorso Alpino Emilia-Romagna (sezione regionale del Corpo nazionale Soccorso alpino e speleologico, delegato dalla legge nazionale 71/2001 agli interventi nei tratti alpini o in grotta o in casi di valanghe). Supera tutte le convenzioni siglate fino ad ora con le singole Aziende sanitarie e permette quindi di sviluppare omogeneità negli interventi di soccorso in montagna in tutta la regione e di migliorare la collaborazione tra Servizio sanitario e Soccorso Alpino.

Gli obiettivi della convenzione sono: migliorare il coordinamento degli interventi di soccorso in montagna e in grotta; rendere omogenee le procedure in tutto il territorio regionale sviluppando ulteriormente l'integrazione tra personale del 118 e i volontari del Soccorso alpino Emilia-Romagna; prevedere l'utilizzo di personale del sistema 118 in orario di servizio nelle attività di elisoccorso con verricello.
È in particolare per la base di elisoccorso di Pavullo, l'unica in regione dotata di elicottero con verricello, che la convenzione prevede l'utilizzo di personale del Servizio sanitario regionale (medici e infermieri) in orario di servizio (fino ad ora i medici e gli infermieri del 118 operavano come volontari). Si tratta di una innovazione importante che garantisce meglio la sicurezza anche degli stessi operatori, appositamente formati da Soccorso Alpino per prestare assistenza in condizioni così particolari come le zone appenniniche.
Le equipe del Servizio sanitario regionale, che operano in orario di servizio, sono infatti integrate al personale tecnico del Soccorso Alpino, che le supporta negli interventi con il verricello per operare in sicurezza in montagna, in parete o in altre situazioni potenzialmente pericolose.
La convenzione ribadisce che la gestione delle chiamate di soccorso resta in capo alle centrali operative del 118 territorialmente competenti, mentre spetta a Soccorso Alpino, che interviene con il proprio personale tecnico e sanitario volontario, il coordinamento degli interventi via terra (recupero di persone disperse o infortunate, assistenza in grotta).

Prevista dalla convenzione l'istituzione di un Comitato regionale, a cui partecipano tecnici del Servizio sanitario regionale e di Soccorso Alpino Emilia-Romagna. Compito del Comitato: stabilire i protocolli e le procedure di intervento, le attività di formazione degli operatori e il monitoraggio dell'andamento delle attività.

L'intesa tra Regione Emilia-Romagna e AIOP

L'anno 2011 si è aperto con una rilevante novità: la conclusione del processo di accreditamento degli ospedali privati.
Con l'accreditamento, gli ospedali privati, con i quali fin dal 1996 il Servizio sanitario regionale ha stipulato accordi, assumono un ruolo strutturale all'interno del Servizio sanitario regionale e diventano parte integrante del sistema socio-sanitario della nostra Regione, un sistema a responsabilità interamente pubblica, imperniato sulla cooperazione e sulla rete.
Oltre ad essere un traguardo, l'accreditamento definitivo deve essere considerato anche un punto di partenza per un ulteriore spinta all'integrazione, nella consapevolezza che i soggetti privati accreditati sono parte integrante del Servizio sanitario regionale e non una controparte: tutto ciò nella logica che ha guidato i rapporti fra Regione e AIOP (l'associazione della spedalità privata) dalla metà degli anni '90 ad oggi, vale a dire un'ottica di programmazione nel rispetto reciproco dei ruoli.

Il 2011 è anche l'anno del rinnovo degli accordi, per la stipula dei quali, il 30 dicembre del 2010 è stato siglato un verbale d'intesa fra Regione Emilia-Romagna e AIOP che fornisce le linee di indirizzo. L'ottica è quella di rafforzare ulteriormente gli ambiti di integrazione, rendendo sempre più coerente l'offerta privata con la programmazione regionale e locale.

La trattativa per il nuovo accordo avviene in un quadro di pesanti criticità economiche di cui responsabilmente le parti hanno preso atto nel verbale d'intesa del 30 dicembre 2010, prevedendo pertanto di lavorare ad un rinnovo tutto volto a miglioramenti della produzione e alla definizione di maggiori ambiti di integrazione, con risorse sostanzialmente invariate.
È comunque importante sottolineare che nei 4 anni di vigenza dell'accordo precedente la Regione ha garantito un incremento di risorse al comparto privato ospedaliero dell'8,43% pari a circa 26,5 milioni di euro. L'approvazione del nuovo accordo è prevista entro il 2011.

La rete Sole (Sanità on line), il Patient summary, il Fascicolo sanitario elettronico

A luglio 2011 sono 3.707 i medici e i pediatri di famiglia collegati alla rete Sole (il 98% dei convenzionati). Ad ognuno sono stati forniti: pc, stampante, connessione ad internet sicura, software di cartella clinica per il dialogo con i servizi delle Aziende sanitarie.
È dunque costante l'impegno del Servizio sanitario regionale per completare l'implementazione della rete telematica che mette in comunicazione medici e pediatri di famiglia, professionisti dei servizi ospedalieri e territoriali, strutture amministrative delle Aziende sanitarie per migliorare e semplificare ai cittadini l'accesso ai servizi, migliorare la capacità di presa in carico e la continuità assistenziale.
Attraverso questa rete, la cui complessa progettazione è iniziata nel 2003, medici e pediatri di famiglia, altri specialisti dell'ospedale e del territorio, possono scambiarsi – nel rispetto della privacy – dati e documenti sugli assistiti (ad esempio prescrizioni, referti, dimissioni…) evitando agli assistiti di spostarsi da una sede all'altra. Per gli operatori (medici e pediatri di famiglia, specialisti ospedalieri e territoriali…), attraverso la rete, sono semplificati adempimenti amministrativi e di comunicazione con l'Azienda sanitaria.
La rete Sole conferma medico e pediatra di famiglia quali primo riferimento per i problemi di salute e per i necessari percorsi di cura delle persone e li considera quindi punto di raccordo della comunicazione telematica tra operatori e strutture assistenziali.

Le informazioni che viaggiano in rete

A regime, studi dei medici e dei pediatri di famiglia, punti di assistenza domiciliare infermieristica, punti di continuità assistenziale, ospedali, poliambulatori distrettuali e ospedalieri, hospice, centri di salute mentale, consultori familiari, saranno in rete: potranno scambiarsi informazioni sugli assistiti – dalle cartelle cliniche, alle prescrizioni di visite ed esami specialistici, ai referti, ai ricoveri, alle dimissioni, ai piani terapeutici - e potranno usufruire di procedure semplificate per gli adempimenti amministrativi.
Ai medici e ai pediatri di famiglia la rete Sole facilita gli adempimenti amministrativi e di comunicazione con i Dipartimenti di cure primarie (adempimenti previsti dagli accordi collettivi nazionali e dagli accordi attuativi regionali), eroga formazione sia in aula che in e-learning per l'aggiornamento professionale continuo anche a distanza.
Alle Aziende Usl, ai servizi territoriali, ai servizi ospedalieri (di Aziende Usl, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliero-Universitarie, Irccs) la rete Sole garantisce la comunicazione tempestiva da parte dei medici e pediatri di famiglia riguardo ad assistiti, prescrizioni, richiesta di ricoveri, richieste di assistenza domiciliare, gestione integrata di persone con particolari patologie (ad esempio i diabetici per i quali è stato sviluppato uno specifico programma di cura).

I servizi già attivi

Questi i servizi attivati.

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

Lo sviluppo della rete, la sperimentazione del Patient summary e del Fascicolo sanitario elettronico

Dal 2011 prende il via anche l'integrazione in Sole delle strutture private accreditate.
Oltre al collegamento diretto del singolo medico e pediatra di famiglia con i servizi aziendali, la rete Sole collegherà tra loro gli studi dei medici in modo da permettere l'accesso alle informazioni degli assistiti da parte di tutti i medici dello stesso Nucleo di cure primarie in caso di necessità.
Proseguirà anche nel 2011 la sperimentazione in almeno una Azienda sanitaria per ognuna delle 3 Aree vaste (Romagna, Emilia Centrale, Emilia Nord) del Patient summary: sintesi redatta dal medico o pediatra di famiglia sulle condizioni di

salute dell'assistito, consultabile in condizioni di emergenza/urgenza o comunque in caso di necessità.

La sperimentazione si collega ai lavori avviati a livello nazionale e regionale sul Fascicolo sanitario elettronico.
Le Linee guida nazionali del 10 febbraio 2011definiscono il Fascicolo sanitario elettronico come "l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito", a partire da referti, verbali di pronto soccorso, lettere di dimissione e Patient summary.
In Emilia-Romagna, la costruzione del Fascicolo sanitario elettronico personale è possibile grazie alla rete Sole. Sono i documenti presenti nella rete che, una volta che l'interessato ha dato il proprio consenso formale, vengono inseriti automaticamente nel Fascicolo disponibile in ogni momento su Internet (**www.fascicolo-sanitario.it**) in forma protetta e riservata, vale a dire consultabile solo attraverso l'utilizzo di credenziali personali *(per sapere come avere le credenziali per l'accesso, consultare lo stesso sito internet).*
Ogni cittadino può poi inserire nel proprio Fascicolo altri documenti sanitari, dati e informazioni personali, che può riservare alla sua esclusiva consultazione o mettere in condivisione con il medico di famiglia e altri specialisti.
L'obiettivo è di consentire a tutti gli assistiti in Emilia-Romagna di consultare e raccogliere on line la propria documentazione clinica.

Ogni cittadino può decidere di costruire il suo Fascicolo sanitario elettronico in qualsiasi momento. La scelta è facoltativa. Se si decide di non creare il Fascicolo, non c'è alcuna conseguenza sul diritto a ricevere tutti i servizi sanitari e socio-sanitari erogati dal Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna.

A regime, il Fascicolo sanitario elettronico dovrà rappresentare per gli operatori sanitari, sulla base del consenso degli interessati e nel rispetto delle normative per la privacy, uno strumento informativo/gestionale a supporto del processo di cura.
A giugno 2011 il Fascicolo sanitario elettronico è stato attivato, in via sperimentale, nelle Aziende Usl di Bologna, Imola, Cesena e Rimini.

I costi

I costi complessivamente sostenuti (per l'implementazione della rete Sole, per la consegna della carta per la firma digitale dei professionisti, per la sperimentazione del Patient summary e del Fascicolo sanitario elettronico), al 31 dicembre 2010 sono di circa 47,868 milioni euro, mentre per la gestione a regime sono previsti circa 8,5 milioni di euro/anno.

Per approfondimenti:
rete Sole: **www.progetto-sole.it**
Fascicolo sanitario elettronico: **www.fascicolo-sanitario.it**

Medici e pediatri di famiglia collegati alla rete Sole a luglio 2011

	Medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS)			Medici di medicina generale, pediatri di libera scelta attivi al 31 luglio 2011			% ATTIVI / CONVENZIONATI		
Azienda Usl	**MMG**	**PLS**	**Totale**	**MMG**	**PLS**	**Totale**	**MMG**	**PLS**	**Totale**
Azienda Usl di Piacenza	213	33	246	192	33	225	90%	100%	91%
Azienda Usl di Parma	300	58	358	289	54	343	96%	93%	96%
Azienda Usl di Reggio Emilia	335	82	417	330	81	411	99%	99%	99%
Azienda Usl di Modena	519	100	619	509	97	606	98%	97%	98%
Azienda Usl di Bologna	616	118	734	610	118	728	99%	100%	99%
Azienda Usl di Imola	99	20	119	99	20	119	100%	100%	100%
Azienda Usl di Ferrara	283	39	322	278	37	315	98%	95%	98%
Azienda Usl di Ravenna	284	49	333	284	49	333	100%	100%	100%
Azienda Usl di Forlì	140	26	166	138	26	164	99%	100%	99%
Azienda Usl di Cesena	149	32	181	148	31	179	99%	97%	99%
Azienda Usl di Rimini	238	45	283	238	45	284	100%	100%	100%
Totale	3.176	602	3.778	3115	591	3.707	98%	98%	98%

Autorizzazione e accreditamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali

L'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi sanitari

L'obiettivo degli istituti di autorizzazione e accreditamento, previsti dalla normativa nazionale e regionale, è di fornire garanzie di qualità delle strutture e dei servizi sanitari ai cittadini.
In Emilia-Romagna il processo di autorizzazione e accreditamento è stato definito dalla legge regionale 34/98 e successive modifiche. Le norme sono state applicate con delibere di Giunta regionale fin dal 2004.
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.
In particolare in Emilia-Romagna sono definiti:

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

Il processo di verifica 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 d'abuso), 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.

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

L'autorizzazione al funzionamento dei servizi sociali e socio-sanitari è regolata dalla delibera di Giunta 564/2000.
L'autorizzazione, che è requisito indispensabile per l'accreditamento, è rilasciata dal Comune in cui ha sede il servizio, in seguito all'istruttoria di un'apposita commissione.
I criteri e le linee guida per l'accreditamento sono stati definiti con delibera di Giunta 772/2007, (leggi regionali 2/2003 e 20/2005).
L'accreditamento dei servizi socio-sanitari e sociali, come dei servizi sanitari, ha l'obiettivo di assicurare un elevato standard qualitativo dei servizi offerti e delle strutture erogatrici ed è basato su alcuni capisaldi:

- la definizione della tipologia e della dimensione quantitativa dei servizi da accreditare è demandata alla programmazione di ambito distrettuale, di cui è responsabile il Comitato di Distretto;
- il sistema di accreditamento interessa i servizi pubblici e i servizi privati;
- l'accreditamento sostituisce completamente il sistema degli appalti per la selezione dei servizi inseriti nell'offerta pubblica di assistenza e cura;
- successivamente al rilascio dell'accreditamento, i rapporti tra i Comuni, le Aziende Usl e il soggetto gestore devono essere disciplinati da un contratto di servizio, che definisce gli obblighi reciproci e gli effetti economici dell'accreditamento;
- è richiesta una responsabilità gestionale unitaria del servizio accreditato;
- è prevista una forte integrazione dei servizi socio-sanitari con i servizi sanitari;
- sono previsti percorsi di qualificazione dei lavoratori e il superamento graduale delle forme di lavoro precario e dequalificato.

L'atto di accreditamento è rilasciato - per l'ambito distrettuale - dal soggetto istituzionale competente, scelto congiuntamente da tutti i Comuni: può essere un Comune, una Unione di Comuni o una Comunità montana.
L'elenco dei servizi sociali e socio-sanitari interessati all'accreditamento e contenuto nella delibera 772/2007.
La legge regionale 4/2008, all'art. 23, ha previsto l'introduzione dell'accreditamento attraverso un processo graduale.
In applicazione di questa legge, la Giunta regionale, con la delibera 514/2009, ha definito i requisiti generali e specifici 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.
Entro il 2009, poteva essere rilasciato l'accreditamento transitorio a servizi già organicamente inseriti nella rete di offerta istituzionale.
Sono stati rilasciati accreditamenti transitori a 915 servizi.
I rapporti tra Comuni, Aziende Usl e soggetti gestori di tali servizi sono stati regolamentati da contratti di servizio che scadranno il 31 dicembre 2013. Se entro tale data i servizi matureranno una gestione unitaria e i requisiti previsti, l'accreditamento diverrà definitivo e avrà una durata di 5 anni, rinnovabile per altri cinque.
Dopo il 1° gennaio 2011 possono essere rilasciati solo accreditamenti provvisori, che quindi interessano servizi di nuova istituzione. La procedura prevede una priorità per i servizi pubblici, mentre in presenza di servizi privati è necessario un percorso di selezione tra più offerte.
Alla fine di maggio 2011 erano stati rilasciati accreditamenti provvisori a 9 servizi socio-sanitari.
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 inizialmente una fase di graduale maturazione dei requisiti indicati dalla normativa regionale, fase che si completerà il 31 dicembre 2012.

Per approfondimenti:
www.saluter.it/ssr/autorizzazione-e-accreditamento

Le direttive per l'organizzazione e funzionamento delle Aree vaste

In Emilia-Romagna le Aree vaste sono tre:
- Emilia Nord (Aziende sanitarie di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena),
- Emilia Centrale (Aziende sanitarie di Bologna, Imola, Ferrara, Irccs Rizzoli),
- Romagna (Aziende Usl di Ravenna, Forlì, Cesena, Rimini).

Nel giugno del 2011, la Giunta regionale (delibera n. 927) ha approvato le direttive sulla regolamentazione delle relazioni tra Aziende sanitarie parte della stessa Area vasta.
L'obiettivo è di valorizzare il funzionamento delle Aree vaste e di assicurare stabilità e omogeneità delle relazioni tra Aziende sanitarie parte dell'Area vasta.

Condivise con le rappresentanze delle Organizzazioni sindacali e in cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali (luogo di concertazione delle politiche tra Amministratori regionali e locali), le direttive precisano che le Aree vaste non costituiscono un ulteriore livello istituzionale dotato di soggettività giuridica, né possono dar vita a sovrastrutture che comportino ulteriori costi al sistema.

Precisato inoltre che il sistema di relazioni sancite dalla legge regionale 29/2004 (la legge di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario regionale) e dal Piano sociale e sanitario vigente (2008-2010) resta immutato: le funzioni di indirizzo, consultive, propulsive, di verifica e controllo restano in capo alle Conferenze territoriali sociali e sanitarie, alle quali le Aziende sanitarie dovranno sottoporre i loro progetti di Area vasta, preventivamente discussi e confrontati con le Organizzazioni sindacali.
Restano inalterati anche i livelli di contrattazione sindacale.

Gli accordi quadro

Le Aziende sanitarie parte dell'Area vasta sottoscrivono un accordo quadro per regolamentare la collaborazione e la modalità di organizzazione e funzionamento dell'Area vasta.

L'accordo quadro deve essere preventivamente sottoposto alla valutazione delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie interessate e al confronto delle Organizzazioni sindacali; deve poi essere trasmesso alla Regione (Direzione generale sanità e politiche sociali) per la verifica di conformità alle direttive regionali. Dopo tale verifica l'accordo è adottato.

In particolare, con l'accordo quadro, sono definite:
- le finalità di cooperazione in ambito di Area vasta;
- le modalità organizzative per l'esercizio delle funzioni strategiche e l'assunzione di decisioni comuni;
- i criteri, le modalità e gli strumenti organizzativi finalizzati a garantire efficienza e legittimazione nell'espletamento di attività e procedure integrate a livello di Area vasta, sia in ambito amministrativo che sanitario;
- i criteri per la suddivisione delle spese generali di Area vasta che prevedono un riparto tra le Aziende sanitarie parte della stessa Area vasta che tiene conto della popolazione residente per le Aziende Usl, delle dimensioni delle Aziende, della presenza di Aziende Ospedaliere e Ospedaliero-Universitarie, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Le linee di organizzazione e funzionamento

Le Aziende sanitarie parte dell'Area vasta devono disciplinare modalità organizzative che assicurino forme di consultazioni stabili e decisioni coordinate.

Tale organizzazione prevede:
- il Comitato dei direttori generali delle Aziende sanitarie parte dell'Area vasta: elabora proposte e progetti di interesse comune, definisce le ipotesi di rimodulazione organizzativa, stabilisce le risorse economiche necessarie al funzionamento dei progetti di Area vasta. È presieduto da un coordinatore.
- il direttore operativo: nominato dal Comitato dei direttori tra le risorse interne, coadiuva l'attività del Comitato e assicura supporto e monitoraggio dei progetti di Area vasta.
- i Comitati settoriali: sono istituiti per l'adozione di linee comuni e omogenee di indirizzo e di gestione nello svolgimento delle rispettive attività.
- le convenzioni attuative: adottate con atto deliberativo delle Aziende sanitarie, riportano le decisioni assunte dal Comitato, indicano i criteri per il sostegno finanziario dei progetti e dei servizi comuni attivati.

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

Il numero verde 800 033 033

Nei primi otto anni di attività (2003-2010) ha ricevuto 884.299 telefonate: il numero verde unico del Servizio sanitario regionale 800 033 033 garantisce, con una telefonata gratuita sia da telefono fisso che da cellulare e da tutto il Paese, le informazioni necessarie per sapere dove andare, cosa serve, come fare per usufruire dei servizi sanitari e socio-sanitari offerti dal sistema sanitario pubblico dell'Emilia-Romagna.
Il servizio è disponibile 50 ore settimanali, risponde dalle 8.30 alle 17.30 nei giorni feriali e dalle 8.30 alle 13.30 il sabato e i giorni prefestivi.
Il sistema di risposta telefonica è basato su un call center centrale (dove rispondono operatori appositamente formati) collegato, senza oneri per chi chiama, con gli Uffici relazioni con il pubblico (Urp) di tutte le Aziende sanitarie e Irccs, che possono dare risposte approfondite, "di secondo livello", nel corso della stessa telefonata e negli stessi orari di apertura del call center.
Il sistema può contare su una banca dati informativa unica regionale, costantemente aggiornata dall'Assessorato regionale politiche per la salute (che coordina e finanzia il sistema) e dalle Aziende sanitarie e Irccs.
Il numero di telefonate aumenta di anno in anno, con picchi che risentono delle emergenze informative del momento: l'influenza aviaria nel 2006, la Chikungunya nel 2007, la campagna di vaccinazione contro il virus influenzale A H1N1 nel 2009.
Nel 2010 le telefonate ricevute sono state 123.183, con oltre 10.000 chiamate mensili e una media giornaliera di 419 contatti. Si mantengono costanti i valori di riferimento della qualità del servizio, che garantisce la risposta individuale e personalizzata di un operatore con un tempo medio di attesa inferiore ai 20 secondi.
I motivi delle telefonate: al primo posto continuano ad essere le domande riguardo a dove e come effettuare e prenotare visite, esami, terapie, interventi (47,3% dei casi). A seguire le richieste sulle sedi, le strutture e gli operatori del Servizio sanitario (12,8%), i quesiti sulle campagne di prevenzione e informazione (9,7%), i servizi/prestazioni della sanità pubblica (6,5%).

La "Guida ai servizi": le informazioni on line

Le informazioni a disposizione del numero verde unico, opportunamente rielaborate per facilitarne la consultazione diretta, sono state messe a disposizione dei navigatori e delle navigatrici di internet: nel portale del Servizio sanitario regionale (**www.saluter.it**) e in tutti i portali delle Aziende sanitarie e di Irccs è ospitata la "Guida ai servizi", che dal 2009 offre informazioni su tutti i servizi sanitari e socio-sanitari, comprese le oltre 2000 prestazioni specialistiche (visite ed esami), con tutte le sedi e le modalità di erogazione da Piacenza a Rimini.
Gli accessi alla Guida sono stati 74.195 nell'anno 2010, con una media giornaliera di 203 visite.

La prenotazione telefonica di visite ed esami con l'800 033 033

Oltre alla prenotazione telefonica tramite Cup, attiva da anni in tutto il Servizio sanitario regionale, è già a regime anche il servizio che consente di prenotare telefonicamente le visite e gli esami specialistici attraverso il numero verde 800 033 033.
Gli operatori del call center sono in grado di trasferire al Cup telefonico aziendale, per la prenotazione, le telefonate dei cittadini che chiedono informazioni su visite ed esami specialistici e che sono in possesso di impegnativa medica. Il servizio riguarda solo le visite e gli esami prenotabili telefonicamente ed è attivo per tutte le Aziende sanitarie.
Nel 2010 si sono registrati 4.868 trasferimenti ai punti di prenotazione telefonica; si tratta di volumi di chiamate già abbastanza stabili, con un lieve aumento nel 2010 rispetto all'anno precedente (i trasferimenti nel 2009 erano stati 4.750), che incidono sull'attività complessiva del numero verde 800 033 033 nella misura del 3,9% delle telefonate ricevute.

La prenotazione on line

Le Aziende Usl di Forlì, Imola e Piacenza hanno avviato nel 2010 il servizio di prenotazione on line delle visite e degli esami specialistici prescritti su ricetta informatizzata "Sole", con codici a barre.
Alla sua prima attivazione, il servizio di prenotazione on line è disponibile per un numero limitato di prestazioni, ma si prevede di estenderlo gradualmente ad un set più ampio di visite ed esami e a tutte le Aziende sanitarie regionali.
Per prenotare on line è necessario registrarsi al sito **http://www.cupweb.it** che consente, oltre alla prenotazione, anche la modifica o l'annullamento degli appuntamenti prenotati e il pagamento on line del ticket.

Il pagamento via web del ticket

Dal marzo 2011, dopo un avvio graduale che ha via via coinvolto le diverse Aziende sanitarie, è a regime in tutto il Servizio sanitario regionale la possibilità di pagare il ticket attraverso internet, per le visite e gli esami specialistici prenotati attraverso il Cup. Per eseguire un pagamento ticket on line è sufficiente collegarsi al sito **www.pagonlinesanita.it** e avere a disposizione, oltre alla prenotazione Cup, un indirizzo email, il proprio codice fiscale e una carta di credito del circuito Cartasì, anche prepagata. Il nuovo servizio si basa su un sistema di pagamento sicuro e collaudato (Bankpass Web) e sull'integrazione regionale tra tutti i sistemi di prenotazione Cup e le casse ticket delle Aziende sanitarie.
Una volta completata l'operazione di pagamento, la persona riceve al proprio indirizzo di posta elettronica la ricevuta/fattura di pagamento, valida anche ai fini fiscali.

Per approfondimenti, anche su altri servizi on line:
www.saluter.it

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

Progetto grafico e impaginazione:
Tracce - Modena

Stampa:
Cantelli Rotoweb - Castelmaggiore (Bo)
Settembre 2011

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