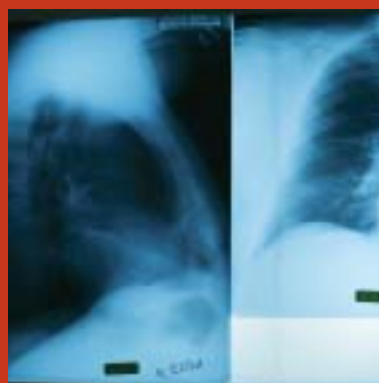




SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA



Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna

Strutture, servizi, programmi, modelli organizzativi

Dati 2004



Indice

LE POLITICHE DELL'EMILIA-ROMAGNA PER LA SALUTE

2

STRUTTURE, SPESA, ATTIVITÀ

Aziende sanitarie: popolazione, personale, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta	4
L'evoluzione della spesa: raffronto con le altre Regioni	5-6
Spesa per funzioni e livelli di assistenza	7
I principali indicatori dell'assistenza ospedaliera: posti letto, ricoveri e tempi di attesa	8-9
Servizi per anziani, persone con disabilità, disagio psichico e dipendenze patologiche: posti letto nelle strutture territoriali	10
Edilizia sanitaria e socio-sanitaria: interventi per nuove strutture e per l'ammodernamento di quelle esistenti	11-12
Assistenza domiciliare	13
Assegni di cura	14
Assistenza specialistica ambulatoriale	15-16-17
Spesa per l'assistenza distrettuale in alcune Regioni	18
Assistenza farmaceutica	19
Salute mentale	20
Servizi per le tossicodipendenze	21
L'assistenza nei Consultori	22
Programmi di screening per la prevenzione dei tumori femminili	23
Vaccinazioni	24
Sicurezza nei luoghi di lavoro	25-26
Sicurezza alimentare	27-28

PROGRAMMI

Donazioni di organi	29
Trapianti	30
Raccolta e consumo di sangue	31

MODELLI ORGANIZZATIVI

Il modello Hub & Spoke per l'assistenza ospedaliera	32
Rete Hub & Spoke per i trapianti	33
Rete Hub & Spoke per la cardiologia e la cardiocirurgia	34
Rete Hub & Spoke per la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie rare	35
La riorganizzazione del Pronto soccorso	36
Rete degli hospice	37
Organizzazione del Distretto	38
Distretti e Nuclei di cure primarie	39
Programmi di gestione delle liste di attesa nella specialistica ambulatoriale	40
Day service ambulatoriale	40
L'organizzazione, la gestione e il monitoraggio dei programmi di screening oncologici	41
Accordi di fornitura fra Aziende USL e Aziende Ospedaliere	42
Accordo tra Regione e ospedalità privata	42
Accordo tra Regione ed Enti ausiliari per migliorare l'assistenza a persone con dipendenza	43
Accordo con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta	44
Autorizzazione e accreditamento	45
Osservatorio per le tecnologie sanitarie	45
Educazione continua in medicina	46
Numero verde del Servizio sanitario regionale	46
Progetto SOLE - Rete integrata ospedale-territorio: i medici di famiglia e gli specialisti on-line	47

Le politiche dell'Emilia-Romagna per la salute

Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna assume i principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale: responsabilità pubblica della tutela della salute, universalità ed equità di accesso per tutte le persone, globalità dell'assistenza, finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale, validità dei diritti in tutto il territorio nazionale e reciprocità di assistenza con le altre Regioni.

Questi principi sono stati ribaditi dalla legge regionale n. 29 del 23 dicembre 2004 che detta le norme sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario regionale. La nuova legge è stata elaborata alla luce delle competenze assegnate alle Regioni dal titolo V della Costituzione; è ispirata al federalismo responsabile e solidale contro le ipotesi di devoluzione o di neocentralismo regionale, è tesa ad ampliare la partecipazione e la collaborazione dei principali soggetti coinvolti nella programmazione e nella gestione della sanità: i professionisti, gli Enti locali, l'Università, le rappresentanze dei cittadini.

L'azione per la tutela, la cura e il recupero della salute è volta a garantire a tutti e in modo uniforme nella regione i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA); a qualificare e decentrare i servizi per meglio rispondere ai bisogni e alle aspettative delle persone.

Con l'avvio della nuova legislatura regionale, nel maggio 2005, all'Assessorato politiche per la salute (già Assessorato alla sanità) fanno capo anche la programmazione e gestione delle politiche e del fondo per la non autosufficienza ed il coordinamento dei servizi socio-sanitari.

La programmazione del fondo per la non autosufficienza, finanziato con risorse regionali (43 milioni di euro il primo stanziamento), ha l'obiettivo di assicurare, all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza, servizi adeguati ed appropriati alle persone con problemi di autosufficienza.

Il quadro demografico è in evoluzione: mentre l'Emilia-Romagna si conferma una delle regioni "più vecchie" d'Italia con una percentuale di persone con più di sessantacinque anni del 22,6% (937.390 in totale), si assiste anche ad una ripresa della natalità, che ha inizio dal 2000 e che fotografa nel 2004 la nascita di oltre 37.000 bambini (di cui un quinto è nato da mamma straniera) a fronte della media di 29mila degli anni '90. L'incremento della popolazione - al 31 dicembre

2004 i cittadini e le cittadine sono 4 milioni 151 mila - è tuttavia ascrivibile in gran parte al fenomeno immigrazione: dal 2000 al 2004 l'incremento complessivo è stato del 4,3% e, sempre al 31.12.2004, le persone straniere residenti in Emilia-Romagna erano oltre 257 mila, il 6,2% della popolazione residente.

Dopo l'unificazione delle tre Aziende Usl dell'area bolognese, il Servizio sanitario regionale si compone di 11 Aziende Unità Sanitarie Locali, 4 Aziende Ospedaliero-Universitarie, 1 Azienda Ospedaliera e 1 Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico: gli Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna. Questi ultimi - secondo quanto stabilisce la legge regionale 29 - sono parte integrante del Servizio sanitario regionale, nel cui ambito svolgono le loro funzioni di alta qualificazione relativamente alle attività assistenziali, di ricerca e di formazione, partecipando altresì al sistema della ricerca nazionale ed internazionale.

I posti letto ospedalieri pubblici e privati accreditati e effettivamente utilizzati dal Servizio sanitario regionale, sono oltre 19.000. Il rapporto è di 3,83 posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti, e di 0,87 posti letto per lungodegenza e riabilitazione, sempre per 1.000 abitanti. I posti residenziali e semiresidenziali nelle strutture territoriali destinati ad anziani, disabili, persone con dipendenze patologiche o con disagio psichico sono oltre 25.500.

I dipendenti del Servizio sanitario regionale al 31.12.04 erano 58.289; i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta convenzionati, rispettivamente, 3.308 e 539.

La spesa annuale complessiva del Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna supera i 6,7 miliardi di euro. Il 52,08 per cento della spesa è assorbito dall'assistenza distrettuale, il 43,47 per cento da quella ospedaliera. Il riequilibrio della spesa a favore dell'assistenza distrettuale e un territorio meglio organizzato hanno consentito anche l'ulteriore qualificazione dell'assistenza ospedaliera, com'è dimostrato - tra l'altro - dall'alto numero di persone che continuano ad affluire negli ospedali dell'Emilia-Romagna dalle altre regioni (13,2 l'indice di attrazione extra regionale).

Il "sistema" sanità dell'Emilia-Romagna è basato

sulla collaborazione: tra gli operatori, le strutture, i servizi sanitari e sociali.

Un ruolo importante per la qualità dei servizi erogati lo ha avuto la legge regionale 34 del 1998 (con le successive delibere applicative a partire dalla numero 327 del 2004) che ha dettato le norme per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private al Servizio sanitario regionale.

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

Per le alte specialità ospedaliere, come la cardiocirurgia, i trapianti, il sistema sangue, le gravi cerebrolesioni, le malattie rare, i grandi traumi, la rete dei servizi ha adottato il modello Hub & Spoke: centri ospedalieri di alta specializzazione a cui gli ospedali del territorio inviano gli ammalati quando le condizioni e la complessità del quadro clinico lo richiedono.

Ad esempio, la rete cardiologica e cardiocirurgia regionale - che rappresenta una delle eccellenze del Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna - è composta da 6 strutture accreditate, 2 pubbliche e 4 private, collegate con gli ospedali provinciali che inviano loro gli ammalati che hanno bisogno di complesse cure cardiologiche o cardiocirurgiche.

Il Distretto dell'Azienda Usl è la sede della programmazione - con il programma di attività distrettuale - e dell'erogazione dei servizi in relazione ai bisogni della popolazione di riferimento. È il luogo elettivo della integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali e della collaborazione con i Comuni.

Le politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna hanno privilegiato una organizzazione che avvicina la sanità ai cittadini, che punta sull'assistenza domiciliare e alle forme residenziali di assistenza, lasciando all'ospedale le diagnosi, gli interventi o le terapie complesse che richiedono elevata tecnologia nel processo diagnostico e terapeutico.

Per citare alcuni dati: nel 2004 gli assistiti in assistenza domiciliare sono stati oltre 73 mila a fronte dei 65mila del 2003 e l'incremento degli assegni di cura erogati alle famiglie che assistono persone anziane e non autosufficienti nelle

loro case sono passati da più di 12mila nel 2002 a oltre 17.000 nel 2004 per una spesa che è passata da circa 19 mila a quasi 26000 euro nel 2004. Sempre nel 2004 l'attività specialistica e ambulatoriale ha erogato oltre 65 milioni di prestazioni (erano 42 milioni nel 1999), cifra tra le più alte d'Italia.

I programmi di investimento in edilizia sanitaria e socio-sanitaria hanno permesso di realizzare negli ultimi anni interventi per oltre 2 miliardi di Euro per la costruzione di nuovi ospedali, di strutture socio-sanitarie, per la ristrutturazione e l'ammodernamento di quelle esistenti; per il rinnovo del patrimonio tecnologico.

Il sostanziale equilibrio finanziario fino al 31 dicembre 2003, ottenuto qualificando l'offerta e l'erogazione dei servizi senza ricorrere a nuove tasse o ticket, è messo in difficoltà nel 2004 quando la sottostima delle risorse a finanziamento del Servizio sanitario nazionale si è aggravata a causa degli oneri derivanti dai rinnovi contrattuali per il personale dipendente e convenzionato (una sottostima totale nazionale di oltre 4 miliardi di euro) e al 31 dicembre 2004 il Servizio sanitario regionale registra un disavanzo di circa 200 milioni di euro dei quali 170 imputabili ai rinnovi contrattuali del personale a fronte di un contributo specifico dello Stato di 47 milioni.

La Regione, con il progetto di legge di assestamento del bilancio 2005, accantona risorse per assicurare l'equilibrio economico finanziario delle Aziende sanitarie nel 2005, affinché l'equilibrio che deve essere assicurato (come da indicazioni da legge finanziaria 2005) non comprometta funzionalità e qualità dei servizi garantiti.

È infine in elaborazione in questi mesi il nuovo Piano sociale e sanitario 2005-2007. Questo nuovo Piano nasce dalla necessità di mettere a punto un modo di programmare l'intervento della Pubblica Amministrazione in tema di protezione sociale declinando insieme le problematiche della sanità e delle politiche sociali. Non si tratta di una semplice giustapposizione delle linee di programmazione dei due settori, né di elaborare un documento che si limiti ad affrontare il tema dell'integrazione socio-sanitaria. Si tratta piuttosto dell'idea di avviare la costruzione di un unico sistema regionale di assistenza sorretto da un nucleo di comuni regole di fondo.

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

Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna serve una popolazione di oltre 4 milioni di abitanti ed è composto da 16 Aziende sanitarie: 11 Aziende Unità Sanitarie Locali, 4 Aziende Ospedaliero-Universitarie, una Azienda Ospedaliera. Con la legge regionale nu-

mero 29 del 23 dicembre 2004, "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale", l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Rizzoli" di Bologna è diventato parte integrante del Servizio sanitario regionale.

Le Aziende sanitarie (Anno 2004)

AZIENDE USL	POPOLAZIONE	% OLTRE 65 ANNI	N. DISTRETTI	POSTI LETTO PUBBLICI	PERSONALE DIPENDENTE	MEDICI DI MEDICINA GENERALE	PEDIATRI DI LIBERA SCELTA
Piacenza	273.705	24,4%	4	895	3.510	223	31
Parma	413.182	23,1%	4	347	2.346	314	54
Reggio Emilia	486.961	20,3%	6	750	3.817	350	73
Modena	659.858	20,7%	7	1.356	5.518	533	89
Bologna	820.219	23,8%	7	1.926	8.364	650	109
Imola	124.060	22,7%	1	570	1.682	98	18
Ferrara	349.777	25,3%	3	765	3.203	304	36
Ravenna	365.367	24,3%	3	1.272	4.476	301	45
Forlì	177.415	23,7%	1	574	2.456	153	19
Cesena	193.857	20,6%	2	664	2.644	153	26
Rimini	286.934	20,1%	2	929	3.203	229	39
Totale Ausl	4.151.335	22,6%	40	10.048	41.219	3.308	539

AZIENDE OSPEDALIERE	POSTI LETTO PUBBLICI	PERSONALE DIPENDENTE
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma	1.399	3.285
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia	894	2.515
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena	966	2.597
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna	1.743	5.022
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara	890	2.491
Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna (IRCCS)	312	1.160
Totale Aziende Ospedaliere e IRCCS	6.204	17.070
Totale regione	16.252	58.289

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

L'evoluzione della spesa: raffronto con le altre Regioni

La sanità dell'Emilia-Romagna presenta oggi un profilo considerato da più parti tra i migliori del Paese. Il crescente saldo attivo della mobilità sanita-

ria e gli alti indici di soddisfazione dei cittadini della regione testimoniano la buona qualità dei servizi. Nel 2004 la spesa totale è stata di 6.716 milioni di euro.

La spesa Regione per Regione (Anni 1995-2000-2004)

REGIONI E PROVINCE AUTONOME	1995	2000	2004
Piemonte	3.560.314	5.502.615	6.969.072
Valle d'Aosta	103.610	169.221	212.920
Lombardia	7.737.698	10.748.127	13.610.962
Prov. Auton. Bolzano	444.959	735.068	936.014
Prov. Auton. Trento	418.475	625.133	837.852
Veneto	3.826.907	5.627.698	7.164.351
Friuli Venezia Giulia	1.034.198	1.421.540	1.955.748
Liguria	1.592.481	2.175.199	2.721.732
Emilia-Romagna	3.823.877	5.115.020	6.716.542
Toscana	3.143.013	4.366.368	5.805.169
Umbria	711.564	1.035.307	1.333.556
Marche	1.277.129	1.790.947	2.244.778
Lazio	4.624.589	6.783.011	8.681.119
Abruzzo	964.220	1.601.024	1.971.488
Molise	257.705	379.668	498.893
Campania	4.267.375	6.627.692	8.570.320
Puglia	3.191.727	4.437.296	5.508.782
Basilicata	431.980	639.380	816.156
Calabria	1.497.786	2.257.089	2.624.308
Sicilia	3.799.099	5.360.950	7.301.827
Sardegna	1.427.280	1.881.195	2.423.644
Italia	48.135.987	69.279.550	88.905.236

Cifre assolute in migliaia di euro.

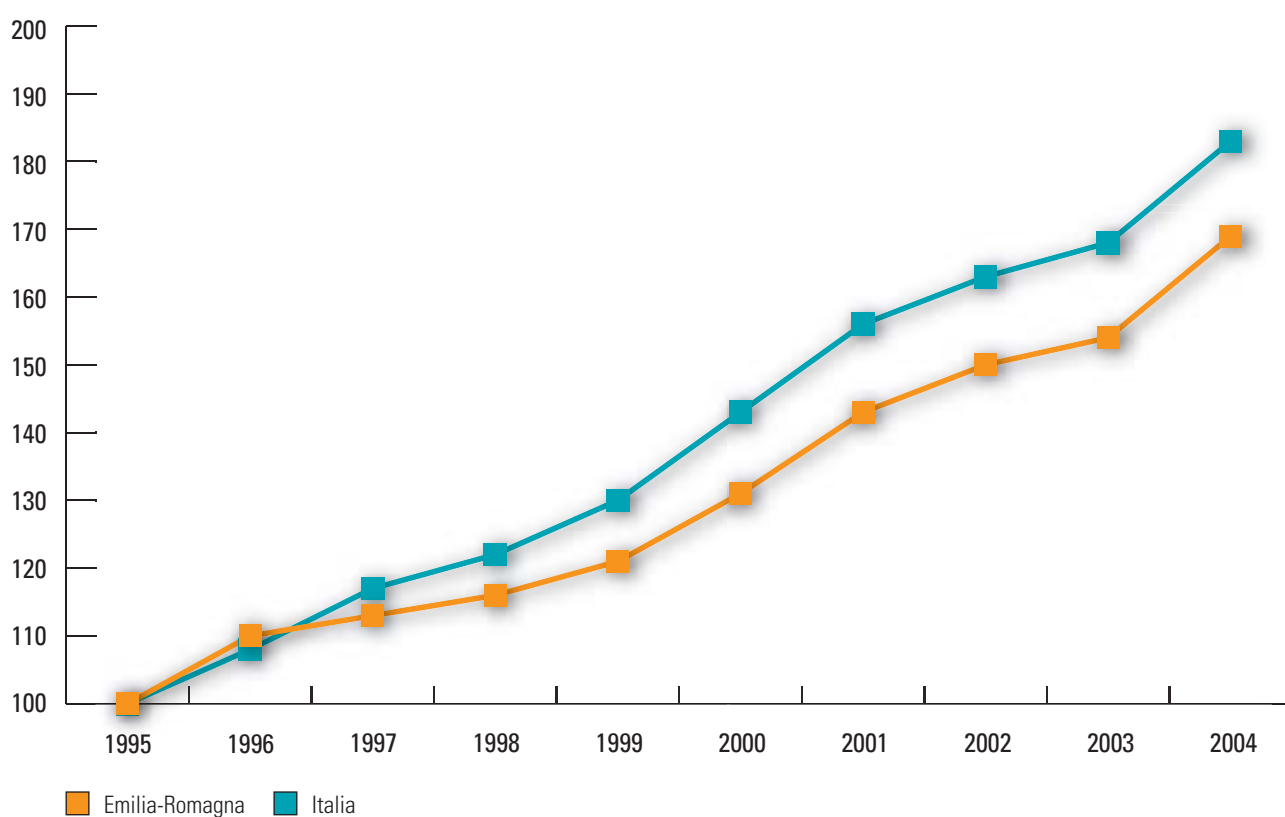
Fonte 1995 e 2000: Elaborazione ASSR (Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali).

Fonte 2004: Relazione generale sulla situazione economica del paese 2004.

La spesa Regione per Regione (Raffronto 2000/1995, 2004/2000, 2004/1995)

REGIONI E PROVINCE AUTONOME	DIFFERENZA % 2000/1995	DIFFERENZA % 2004/2000	DIFFERENZA % 2004/1995
Piemonte	54,55	26,65	95,74
Valle d'Aosta	63,32	25,82	105,50
Lombardia	38,91	26,64	75,90
Prov. Auton. Bolzano	65,20	27,34	110,36
Prov. Auton. Trento	49,38	34,03	100,22
Veneto	47,06	27,31	87,21
Friuli Venezia Giulia	37,45	37,58	89,11
Liguria	36,59	25,13	70,91
Emilia-Romagna	33,77	31,31	75,65
Toscana	38,92	32,95	84,70
Umbria	45,50	28,81	87,41
Marche	40,23	25,34	75,77
Lazio	46,67	27,98	87,72
Abruzzo	66,04	23,14	104,46
Molise	47,33	31,40	93,59
Campania	55,31	29,31	100,83
Puglia	39,02	24,15	72,60
Basilicata	48,01	27,65	88,93
Calabria	50,70	16,27	75,21
Sicilia	41,11	36,20	92,20
Sardegna	31,80	28,84	69,81
Italia	43,92	28,33	84,70

Spesa sanitaria pro-capite in Emilia-Romagna e in Italia (Numeri indice 1995=100)



Spesa per funzioni e livelli di assistenza

Le scelte di politica sanitaria hanno cambiato profondamente gli aspetti strutturali, organizzativi e programmatici dell'intero sistema perseguendo il riequilibrio nell'offerta dei servizi ospedalieri e territoriali. All'ospedale è stato assegnato un ruolo sempre più specifico per la cura di persone che necessitano di un'assistenza complessa in strutture ad elevata concentrazione di tecnologie e competenze

professionali. Allo stesso tempo, è stata potenziata, diversificata e qualificata l'assistenza sul territorio e domiciliare. Già da alcuni anni la spesa per l'assistenza distrettuale ha superato quella per l'assistenza ospedaliera. La rimodulazione del sistema dei servizi ha consentito di avvicinare la sanità ai cittadini senza bisogno di ricorrere a "tagli" di spesa o di prestazioni, a nuovi ticket o tasse.

Anno 2003^A

LIVELLI DI ASSISTENZA	COSTO IN MIGLIAIA DI EURO	% SUL TOTALE	COSTO PRO CAPITE IN EURO
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro			
Igiene e sanità pubblica	81.136	1,32%	20
Igiene degli alimenti e della nutrizione	19.585	0,32%	5
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	41.161	0,67%	10
Sanità pubblica veterinaria	80.375	1,31%	20
Attività di prevenzione rivolta alla persona*	33.350	0,54%	8
Servizio medico legale	17.806	0,29%	4
TOTALE ASS. SAN. COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	273.413	4,45%	67
Assistenza distrettuale			
Assistenza di Base (MMG, GM, PLS)	333.172	5,44%	82
Emergenza sanitaria territoriale**	85.365	1,39%	21
Assistenza farmaceutica	906.866	14,80%	222
Assistenza protesica e integrativa	86.912	1,42%	21
Assistenza specialistica*	927.114	15,13%	227
Assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare (Disabili fisici, disabili psichici, tossicodipendenti, anziani, Consulteri)	352.031	5,75%	86
Assistenza territoriale semiresidenziale - Totale	81.277	1,33%	20
Assistenza psichiatrica	19.196	0,31%	5
Assistenza riabilitativa ai disabili	49.994	0,82%	12
Assistenza ai tossicodipendenti	2.779	0,05%	1
Assistenza agli anziani	8.021	0,13%	2
Assistenza altri utenti	1.287	0,02%	0
Assistenza territoriale residenziale - Totale	397.934	6,50%	98
Assistenza psichiatrica	97.435	1,59%	24
Assistenza riabilitativa ai disabili	31.656	0,52%	8
Assistenza ai tossicodipendenti	19.234	0,31%	5
Assistenza agli anziani	241.391	3,94%	59
Assistenza altri utenti	8.218	0,14%	2
Assistenza idrotermale	19.689	0,32%	5
TOTALE ASSISTENZA DISTRETTUALE	3.190.360	52,08%	782
Assistenza ospedaliera			
Attività di pronto soccorso**	106.979	1,75%	26
Degenza	2.555.889	41,72%	626
TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA	2.662.868	43,47%	653
TOTALE LIVELLI DI ASSISTENZA PER RESIDENTI	6.126.641	100,00%	1.502

^AUltimi dati disponibili.

Fonte: Modello LA consuntivo 2003 (modello ministeriale di rilevazione dei costi per livello di assistenza, entrato in vigore a partire dal 2003). La popolazione utilizzata per il calcolo del costo pro-capite è quella regionale residente al 31/12/2003 ed è pari a 4.080.479.

NOTE:

* comprensivi dei costi relativi a screening (mammografico e collo utero) e vaccinazioni, che nelle rilevazioni precedenti erano allocati al livello della Specialistica.

**i costi del Pronto Soccorso per esterni sono rilevati nel livello Assistenza Ospedaliera; nelle rilevazioni precedenti alcuni costi erano allocati nel Livello "Emergenza territoriale".

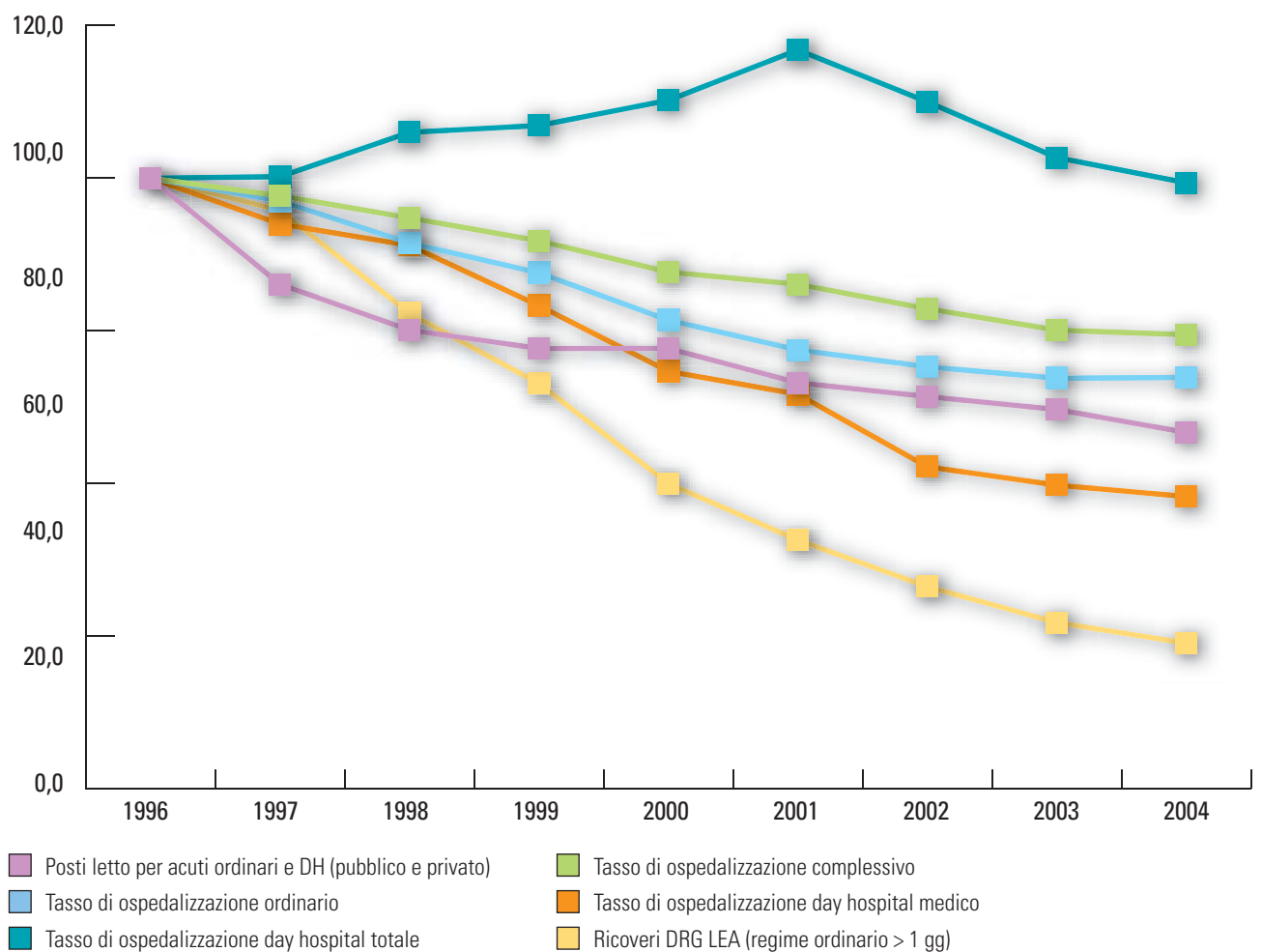
I principali indicatori dell'assistenza ospedaliera: posti letto, ricoveri e tempi di attesa

La migliore organizzazione del sistema ha permesso di ridurre i ricoveri inappropriati negli ospedali e i posti letto per acuti. Questi ultimi sono scesi nel 2004 a circa 21.000 (77% pubblici e 23% privati accreditati), di cui 19.279 effettivamente utilizzati nel corso dell'anno. La riduzione dei posti letto pubblici e privati accreditati per acuti - che ora sono 3,83 per mille abitanti, il 30% in meno rispetto al 1987 - è stata ottenuta con la chiusura di circa 40 ospedali di piccola e media dimensione che operavano in condizioni non ottimali, la loro trasformazione in presidi territoriali qualifica-

ti, e la costruzione di 4 nuovi ospedali d'avanguardia. Parallelamente, dal 2001 al 2004 sono aumentati da 0,7 a 0,87 per mille abitanti i posti letto per la lungodegenza e la riabilitazione, ed è ulteriormente cresciuto l'indice di attrazione extra-regionale, che nel 2004 ha raggiunto il 13,2% dei volumi complessivi di attività degli ospedali.

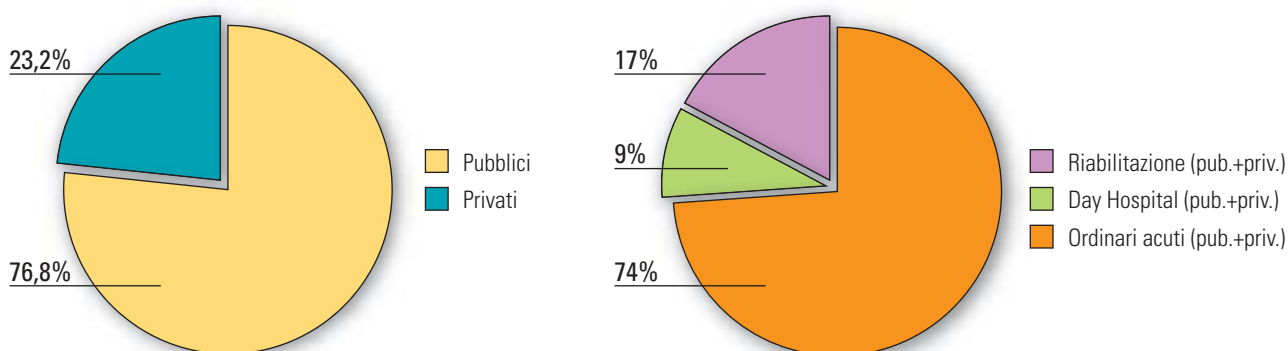
I tempi di attesa dei ricoveri programmati per neoplasie e chemioterapie nel 90% dei casi sono inferiori ai 30 giorni; sono ancora "critiche" le attese per le protesi d'anca e le cataratte.

Tassi di ospedalizzazione (Anni 1996-2004) (Numeri indice 1996=100)



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

Posti letto pubblici e privati accreditati (Anno 2004)



Posti letto pubblici e privati: accreditati 21.155 - utilizzati 19.279 (Anno 2004)

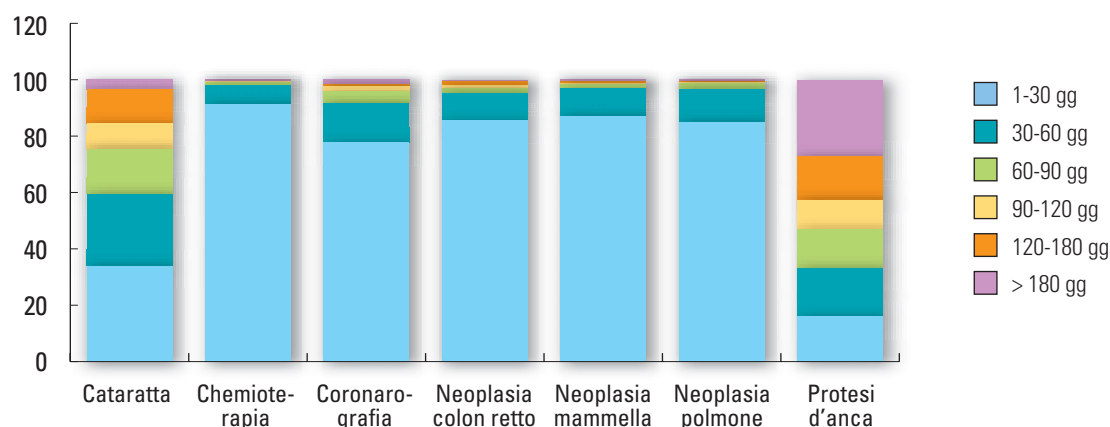
POSTI LETTO	
Posti letto utilizzati	19.279
Posti letto pubblici	16.252
Posti letto privati	4.903
POSTI LETTO PER 1.000 ABITANTI (pubblici e privati)	
Acuti	3,83
Lungodegenza e riabilitazione	0,87
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER 1000 ABITANTI	
Ordinario	140
Day Hospital	53

Ricoveri (Anno 2004)

RICOVERI	
Acuti	818.091
Riabilitazione	20.818
Lungodegenza	30.789
Totale	869.698

Indice di attrazione extra regionale	13,2
---	-------------

Tempi d'attesa per ricoveri chirurgici programmati (Anno 2004)

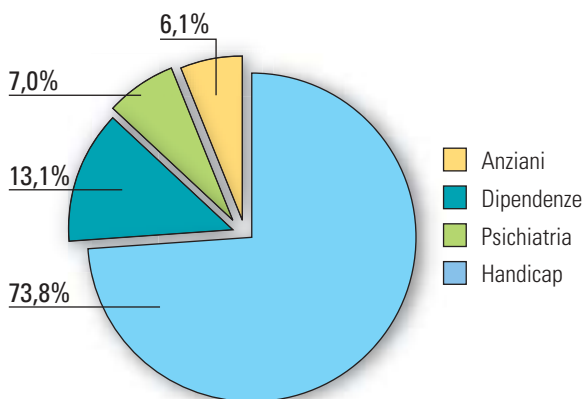


Servizi per anziani, persone con disabilità, disagio psichico e dipendenze patologiche: posti letto nelle strutture territoriali

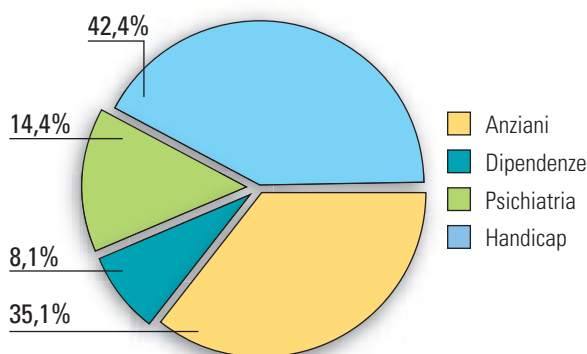
Gli anziani e le persone con disabilità e dipendenze patologiche sono i principali beneficiari delle politiche socio-sanitarie della Regione Emilia-Romagna. Il potenziamento dell'assistenza distrettuale ha portato all'aumento dei posti letto nelle strutture residenziali e semi-residenziali. Nel 1998 i posti letto residenziali erano circa 14.000; nel 2004 sono arrivati a oltre 19.000. Quelli semi-residenziali sono passati, nello stesso periodo, da 4.600 a circa 6.500. Complessivamente nelle 409 Residenze sanitarie assistite (Rsa) della regione ci sono oggi 6 posti letto per mille abitanti.

Nel 2004 è stato istituito il "Fondo regionale per la non autosufficienza" con l'obiettivo di estendere e qualificare gli interventi a favore delle persone (in gran parte anziani) che hanno problemi di non autosufficienza. Nel 2004 sono aumentati gli stanziamenti per gli assegni di cura e per gli oneri sanitari delle strutture residenziali e semi-residenziali e dell'assistenza domiciliare integrata, anche al fine di contenere o azzerare l'aumento delle rette a carico delle famiglie. L'integrazione dell'assistenza sanitaria e sociale con l'avvio della nuova legislatura regionale, dal maggio 2005 fa capo all'Assessorato politiche per la salute.

Posti residenziali: 19.122 (Anno 2004)



Posti semiresidenziali: 6.461 (Anno 2004)



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

I programmi pluriennali di investimento per realizzare in Emilia-Romagna nuove strutture ospedaliere e territoriali, ammodernare quelle esistenti e rinnovare il parco tecnologico complessivo hanno comportato investimenti per oltre due miliardi di euro negli ultimi 15 anni. Stato, Regione, Aziende sanitarie, Comuni, Ipab, Onlus hanno contribuito al rinnovo del patrimonio sani-

tario e socio-sanitario, che è avvenuto in tre tranches. La prima si è conclusa con 161 interventi e un finanziamento complessivo di oltre 727 milioni di euro. La seconda comprendeva 123 interventi, per un finanziamento complessivo di oltre 818 milioni di euro. La terza tranche, in via di realizzazione, prevede ulteriori programmi di finanziamento per circa 577 milioni di euro.

I programmi e i finanziamenti (Anni 1998-2004)

PROGRAMMI	FINANZIAMENTI			
	STATO	REGIONE	AZIENDE SANITARIE/ENTI*	TOTALE
Prima tranche - conclusa	545.862.037,56	34.007.870,29	147.552.246,81	727.422.154,66
Seconda tranche - in ultimazione	467.223.579,37	24.412.697,90	326.537.325,93	818.173.603,20
Terza tranche - in realizzazione	312.849.751,30	124.425.202,86	139.250.467,99	576.525.422,15
Totale	1.325.935.368,23	182.845.771,05	613.340.040,73	2.122.121.180,01

*Gli Enti possono essere Comuni, Ipab, Onlus.

I programmi

PRIMA TRANCHE: conclusa
161 interventi
Investimenti per oltre 727 milioni di euro

Gli interventi hanno riguardato tra l'altro:

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

Sono stati realizzati ed attivati inoltre:

- i reparti di malattie infettive negli Ospedali di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Ravenna, Forlì, Cesena, Rimini (in corso di ultimazione) e Ferrara (legato all'attivazione del nuovo ospedale di Cona).

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

SECONDA TRANCHE: in via di ultimazione

123 interventi

Investimenti per 818 milioni di euro

Tra gli interventi conclusi:

- i nuovi Ospedali di Fidenza (PR), Baggiovara e Sassuolo (MO), San Giovanni in Persiceto (BO), Lagosanto (FE) e Vecchiazano (FC), l'ampliamento dell'Ospedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia;
- il Dipartimento di prevenzione di Piacenza, il Polo socio-sanitario di Langhirano, il Distretto di Mirandola (MO), il nuovo Palazzetto ambiente a Ravenna, l'acquisto e installazione dell'acceleratore lineare a Piacenza.

Tra quelli in corso di realizzazione o ancora da avviare, ci sono:

- 6 nuove strutture extra-ospedaliere;
- 42 Rsa per anziani e 21 per disabili;
- il completamento degli Ospedali di Fiorenzuola (PC), Maggiore di Parma, il Policlinico di Modena, il Policlinico S. Orsola e gli ospedali Maggiore e Bellaria di Bologna, il nuovo ospedale di Porretta (BO), il completamento del nuovo Ospedale di Imola (BO), il completamento del nuovo Ospedale di Cona (FE), l'ammodernamento del Santa Maria delle Croci di Ravenna, del Bufalini di Cesena e degli Infermi di Rimini.

TERZA TRANCHE:

programmi di finanziamento per 577 milioni di euro.

Tra gli interventi previsti:

- il Polo tecnologico del Policlinico S. Orsola di Bologna (già attivato), i Poli Cardiologico e Cardiochirurgico sempre del S. Orsola (in via di definizione), la ristrutturazione della sede ospedaliera degli Istituti ortopedici Rizzoli di Bologna e altri 4 interventi negli Ospedali Bellaria di Bologna, di Bazzano e Budrio nonché nel complesso "Roncati" di Bologna;
- 21 strutture per le cure palliative: 6 concluse, 8 in corso d'esecuzione, 7 in corso d'aggiudicazione dei lavori;
- 69 interventi per la libera professione intramuraria: 9 conclusi, 21 in via di ultimazione, 26 in corso d'aggiudicazione dei lavori, 4 in corso di progettazione, 9 in attesa di finanziamento;
- altri 45 interventi di vario tipo previsti dai programmi regionali: 2 attivati, 15 con lavori in corso, 21 in corso di progettazione, 3 in corso d'aggiudicazione dei lavori, 4 in attesa di ammissione ministeriale al finanziamento.

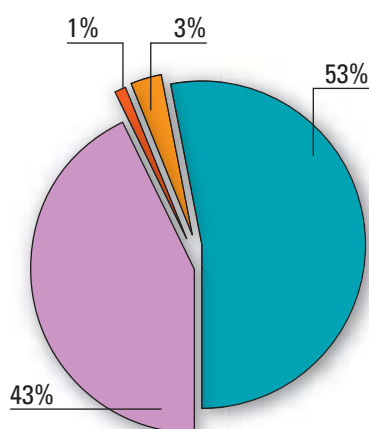
Assistenza domiciliare

La Regione Emilia-Romagna investe molte risorse per assistere a domicilio le persone ammalate o non autosufficienti. L'assistenza domiciliare ha registrato in particolare negli ultimi 3 anni una vera e

propria impennata: gli assistiti sono infatti passati dai 55.000 del 2001 ai 73.497 del 2004. Ciò significa che oltre il 7% delle persone con più di 65 anni viene assistita a casa sua.

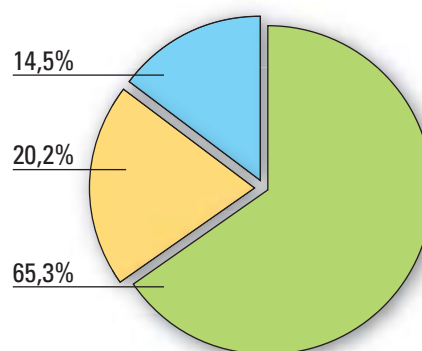
Assistiti 2004: 73.497

Tipologia dell'assistenza



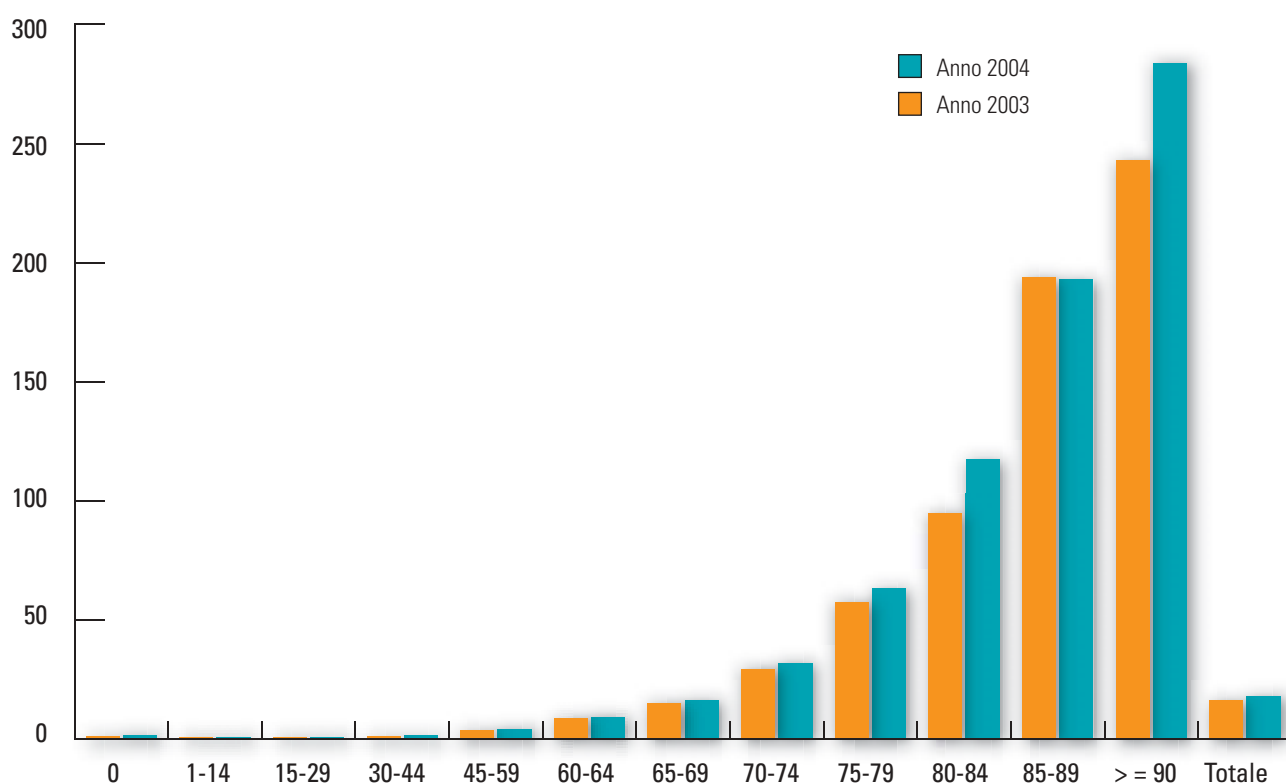
- Assistenza di medicina generale
- Assistenza infermieristica
- Assistenza specialistica
- Assistenza sociale

Livelli di intensità assistenziale



- Bassa intensità
- Media intensità
- Alta intensità

Tassi specifici per età per 1.000 abitanti (Confronto 2003-2004)



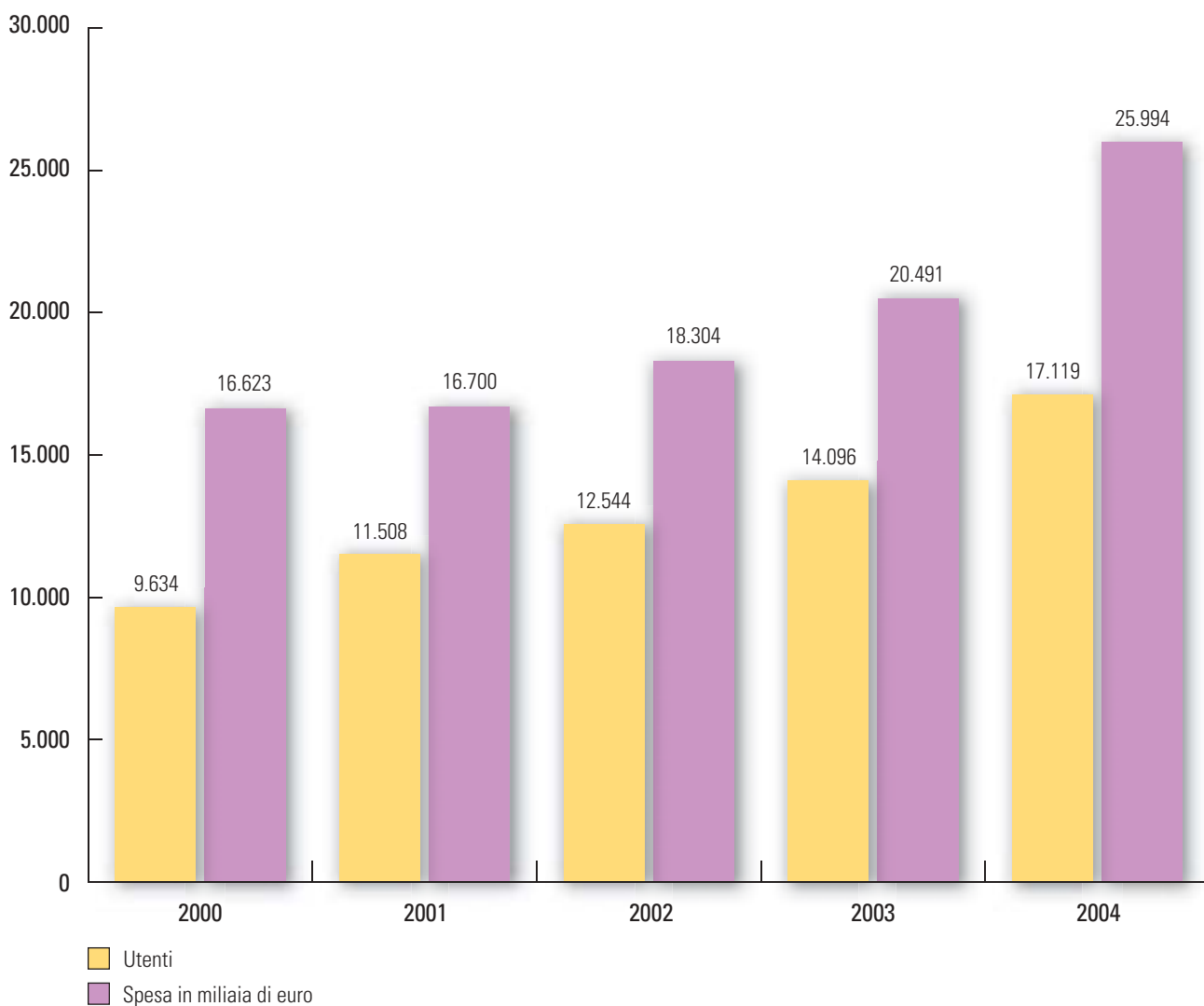
Assegni di cura

Molto forte è stato anche l'aumento degli assegni di cura destinati alle famiglie che assistono a casa i loro congiunti ammalati, disabili o non autosufficienti. I benefi-

ciari dell'assegno sono passati dai 9.600 del 2000 agli oltre 17.000 del 2004, per una spesa annua complessiva passata da 16 milioni nel 2000 a 25 milioni di euro nel 2004.

Persone che hanno percepito l'assegno di cura nel 2004: 17.119

Assegno di cura (Anni 2000-2004)

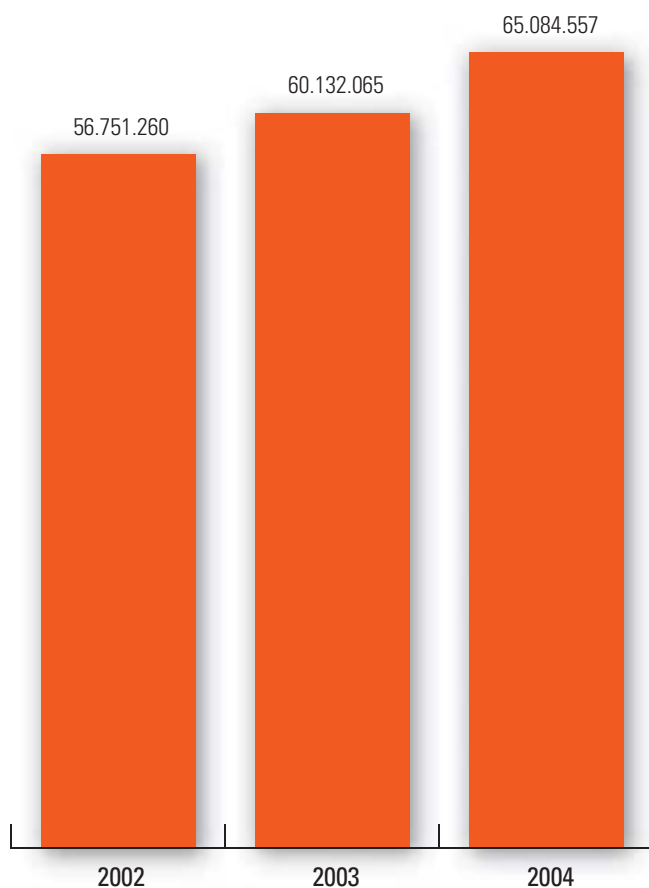


Assistenza specialistica ambulatoriale

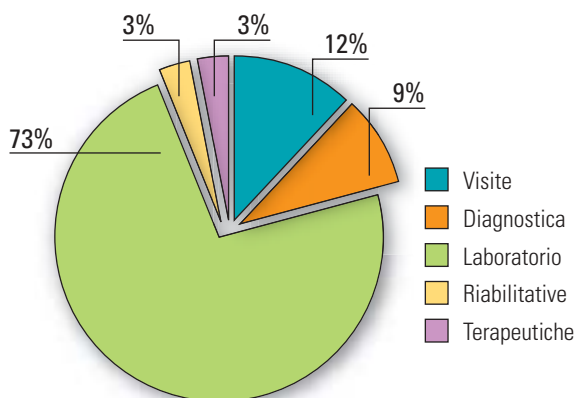
Anche l'assistenza specialistica ambulatoriale è cresciuta notevolmente negli ultimi anni: dai 42 milioni di prestazioni – tra visite, esami di laboratorio, diagnostica

- del 1999 si è passati agli oltre 65 milioni del 2004. Si tratta della seconda voce di spesa in assoluto per il Servizio sanitario regionale dopo quella per l'attività di ricovero.

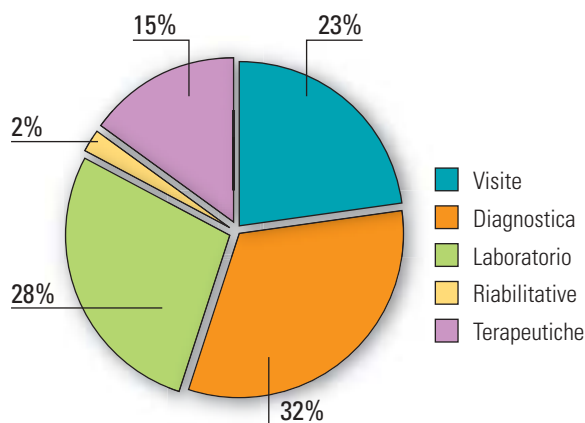
Prestazioni specialistiche (Anni 2002-2004)



Tipologia delle prestazioni (Anno 2004)



Valori economici (Anno 2004)



Assistenza specialistica ambulatoriale

Prestazioni ambulatoriali per tipologia (Anno 2004)

	2004	% SU TOTALE PRESTAZIONI
VISITE		
Prima visita	5.406.470	
Visita di controllo	1.998.435	
Totale Visite	7.404.905	11,4%
DIAGNOSTICA		
Diagnostica strumentale con radiazioni	2.614.494	
Diagnostica strumentale senza radiazioni	3.092.160	
Medicina nucleare	51.795	
Altra Diagnostica	340.851	
Totale Diagnostica	6.099.300	9,4%
LABORATORIO		
Prelievi	4.344.889	
Chimica clinica	32.991.288	
Ematologia/coagulazione	6.472.948	
Immunoematologia e trasfusionale	208.258	
Microbiologia/virologia	2.550.254	
Anatomia ed istologia patologica	513.277	
Genetica/citogenetica	83.418	
Totale Laboratorio	47.164.332	72,5%
RIABILITAZIONE		
Diagnostiche	119.195	
Riabilitazione e Rieducazione Funzionale	1.274.829	
Terapia Fisica	693.886	
Altra Riabilitazione	92.064	
Totale Riabilitazione	2.179.974	3,3%
TERAPEUTICHE		
Radioterapia	321.356	
Dialisi	361.934	
Odontoiatria	159.457	
Trasfusioni	17.292	
Altre prestazioni Terapeutiche	1.363.686	
Totale Terapeutiche	2.223.725	3,4%
ALTRO		
Altro	12.321	
Totale Altro	12.321	0%
TOTALE	65.084.557	100%

Assistenza specialistica ambulatoriale

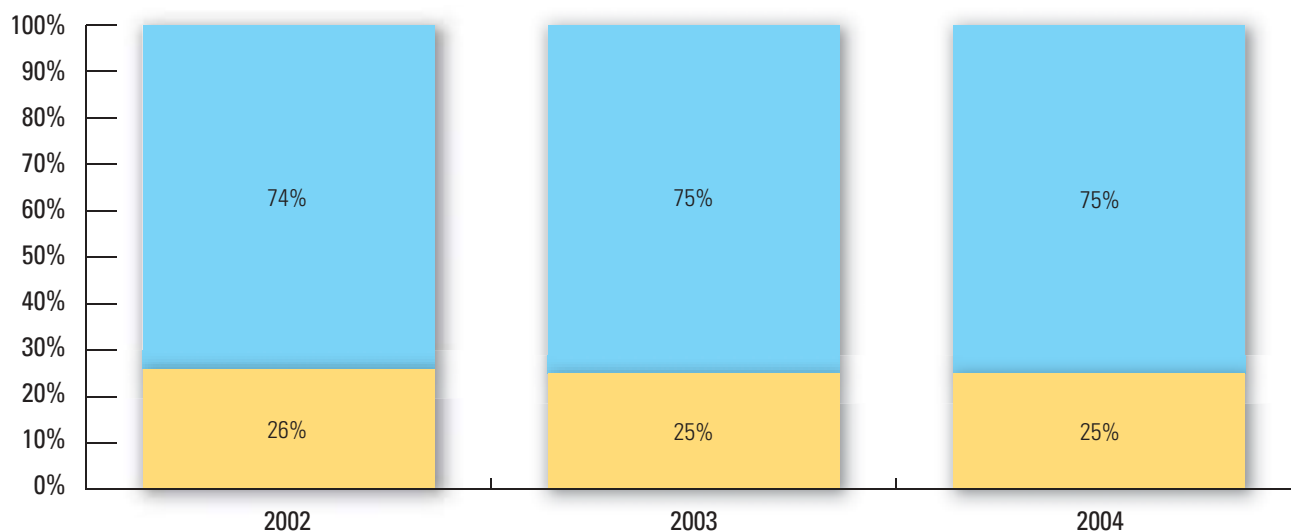
Tempi di attesa per visite, esami e diagnostica

In Emilia-Romagna il monitoraggio dei tempi di attesa è attivo dal marzo 1999. Da luglio 2004, in attuazione dell'accordo raggiunto in sede di Conferenza Stato-Regioni, è stata modificata la metodica in modo tale da consentire una rilevazione più precisa per ciascuna prenotazione. Nel 2004, inoltre, è cresciuto il numero delle prestazioni monitorate.

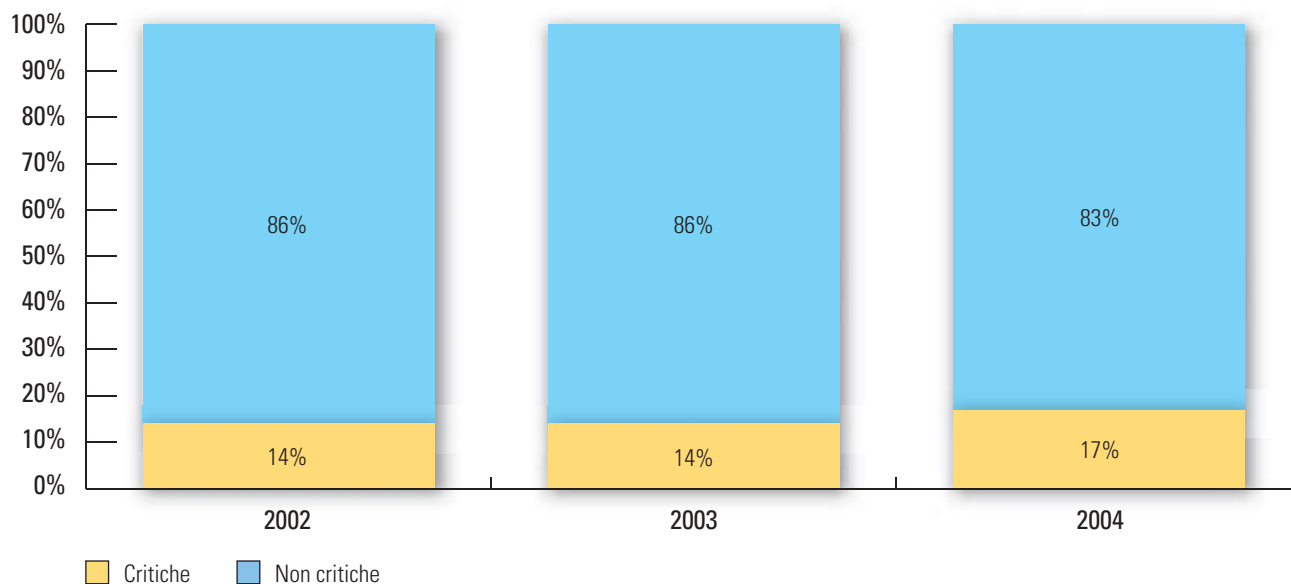
Lo standard di riferimento è di 30 giorni dalla pre-

notazione per le prime visite e di 60 giorni per le prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso (le visite e le diagnostiche di controllo hanno una propria programmazione legata alle cadenze consigliate dallo specialista sulla base della patologia). Questi tempi massimi di attesa devono essere garantiti almeno nell'80% dei casi. Le prestazioni urgenti sono invece garantite entro le 24-48 ore, e quelle urgenti differibili entro 7 giorni.

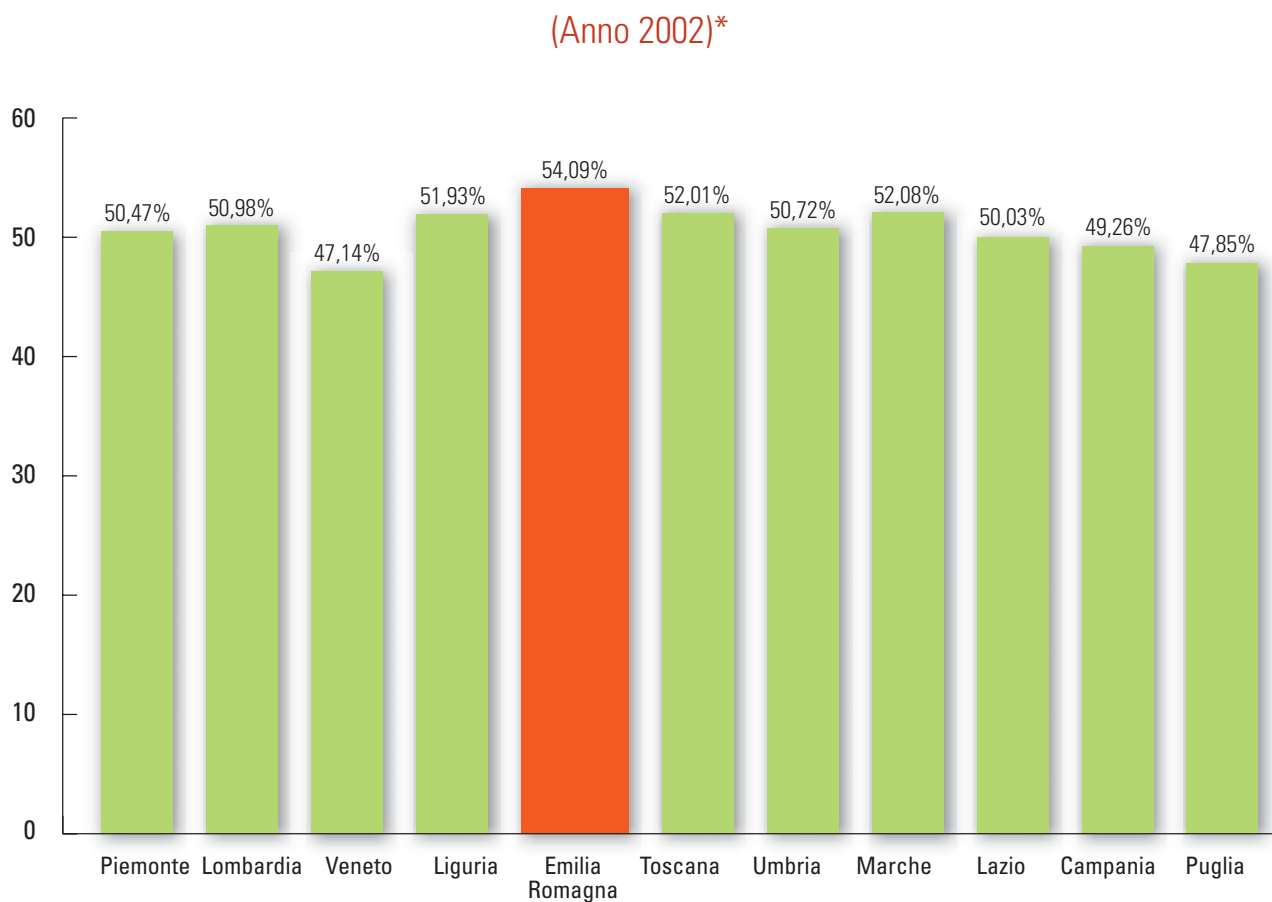
VISITE: percentuale di prestazioni "critiche" per tempi d'attesa superiori ai massimi dichiarati (Anni 2002-2004)



DIAGNOSTICA: percentuale di prestazioni "critiche" per tempi d'attesa superiori ai massimi dichiarati (Anni 2002-2004)



Spesa per l'assistenza distrettuale in alcune Regioni



*Ultimi dati disponibili.
Fonte: Tavolo nazionale LEA.

Assistenza farmaceutica

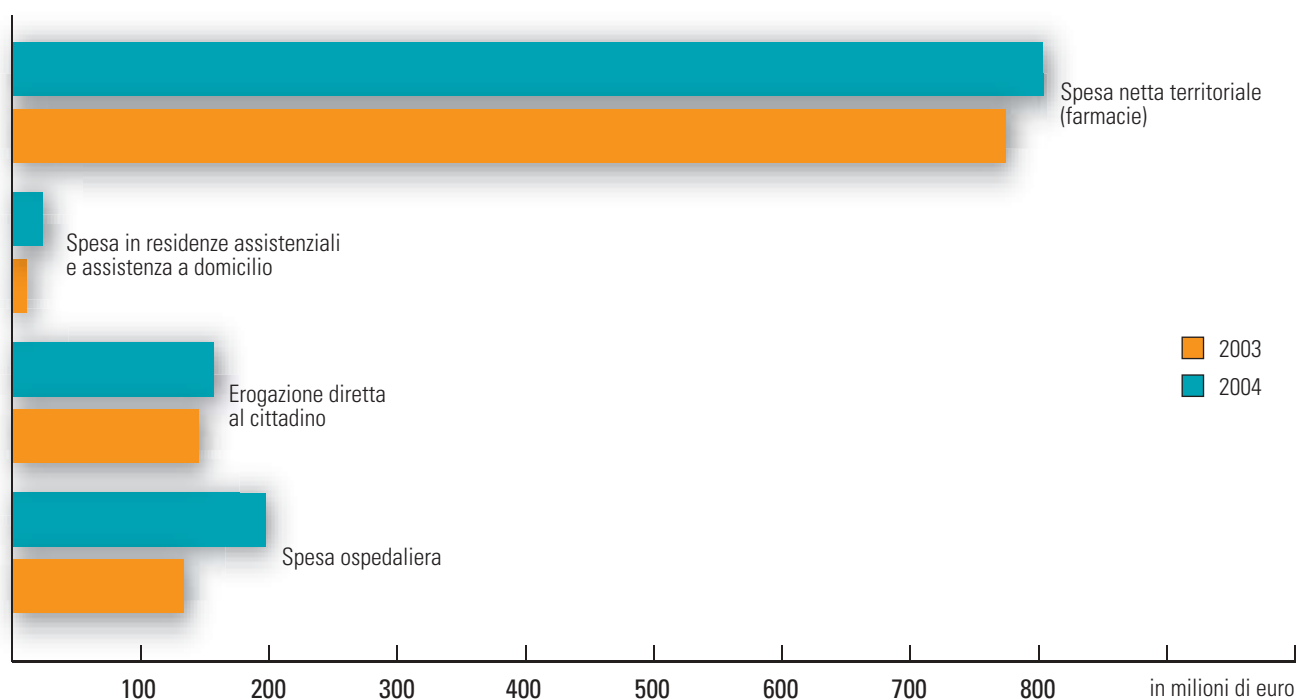
Le iniziative avviate dal Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna per un uso maggiormente appropriato dei farmaci stanno dando i primi risultati concreti: rallenta la spesa farmaceutica pro-capite e cresce l'erogazione diretta alle persone dimesse dagli ospedali o assistite a domicilio per patologie croniche. La distribuzione diretta dei farmaci rappresenta un

servizio aggiuntivo che il Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna assicura ai propri assistiti. Il consumo di farmaci all'interno dei percorsi assistenziali assicura una migliore continuità terapeutica e permette notevoli risparmi di spesa alla Regione. Questa innovazione ha concorso tra l'altro ad evitare la reintroduzione del ticket.

Spesa per tipologia-variazioni percentuali (Anni 2003-2004)

	2003	2004	Variazione %
Spesa ospedaliera	187.357.404	197.537.738	5,43%
Erogazione diretta al cittadino: piani terapeutici/cronici	99.536.955	133.430.389	34,05%
Erogazione diretta al cittadino: dimissione	17.858.760	23.258.191	30,23%
Spesa in residenze assistenziali e assistenza domiciliare	9.428.363	11.052.601	17,23%
Spesa netta territoriale	763.912.105	803.305.052	5,16%
Totale	1.078.093.587	1.168.583.972	8,39%

Ripartizione della spesa farmaceutica totale per tipologia (Anni 2003-2004)



La spesa farmaceutica pro-capite in Emilia-Romagna e in Italia

Nel 2004 la spesa farmaceutica pro-capite in Emilia-Romagna è stata di 192 euro. Nello stesso anno la spesa pro-capite nazionale è stata di 207 euro.

Salute mentale

I dipartimenti di salute mentale - uno in ciascuna Azienda USL - coordinano le attività di assistenza psicologica, neuropsichiatrica e psichiatrica per l'età evolutiva e adulta. Tali attività spaziano dalle unità operative di neuropsichiatria infantile e psichiatria adulti presenti in tutte le Aziende Usl, ai servizi ambulatoriali, all'offerta di posti letto nelle strutture semi-resi-

denziali, residenziali e ospedaliere pubbliche e private accreditate della regione. Negli ultimi anni il numero delle persone adulte assistite dai diversi servizi di salute mentale è passato da 48.698 nel 2000 a 62.115 nel 2004. Anche l'attività di neuropsichiatria infantile è in crescita: dai 35.293 minori assistiti nel 2000, ai 37.442 del 2003 (ultimo dato disponibile).

Adulti assistiti (Anni 2000-2004)

	N° PERSONE TRATTATE	DI CUI NUOVI UTENTI	%NUOVI UTENTI	PERSONE TRATTATE X 10.000 ABITANTI
2000	49.647	18.863	38,0	124,40
2001	53.384	20.346	38,1	132,20
2002	50.638	19.494	38,5	124,70
2003	63.142	24.965	39,5	155,50
2004	62.115	21.991	35,4	149,63

Minori assistiti (Anni 2000-2003)

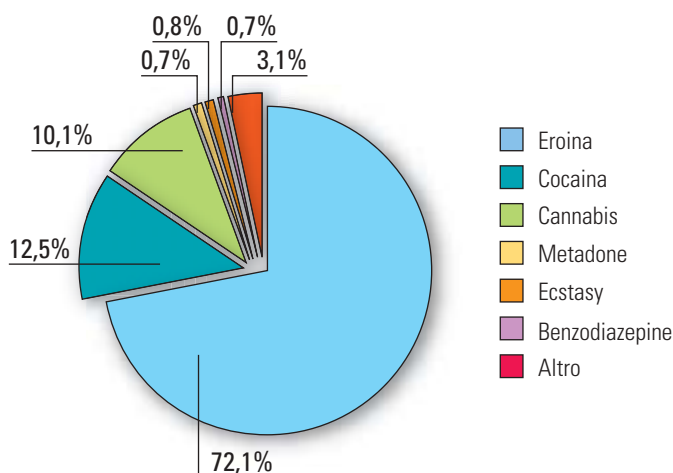
	N° PERSONE TRATTATE	DI CUI NUOVI UTENTI	% NUOVI UTENTI	PERSONE TRATTATE X 10.000 ABITANTI (0 - 17 ANNI)
2000	35.293	8.854	25,1	6,4
2001	35.030	9.201	26,0	6,6
2002	34.837	9.190	25,4	6,1
2003	37.442	11.062	29,5	6,5

Servizi per le tossicodipendenze

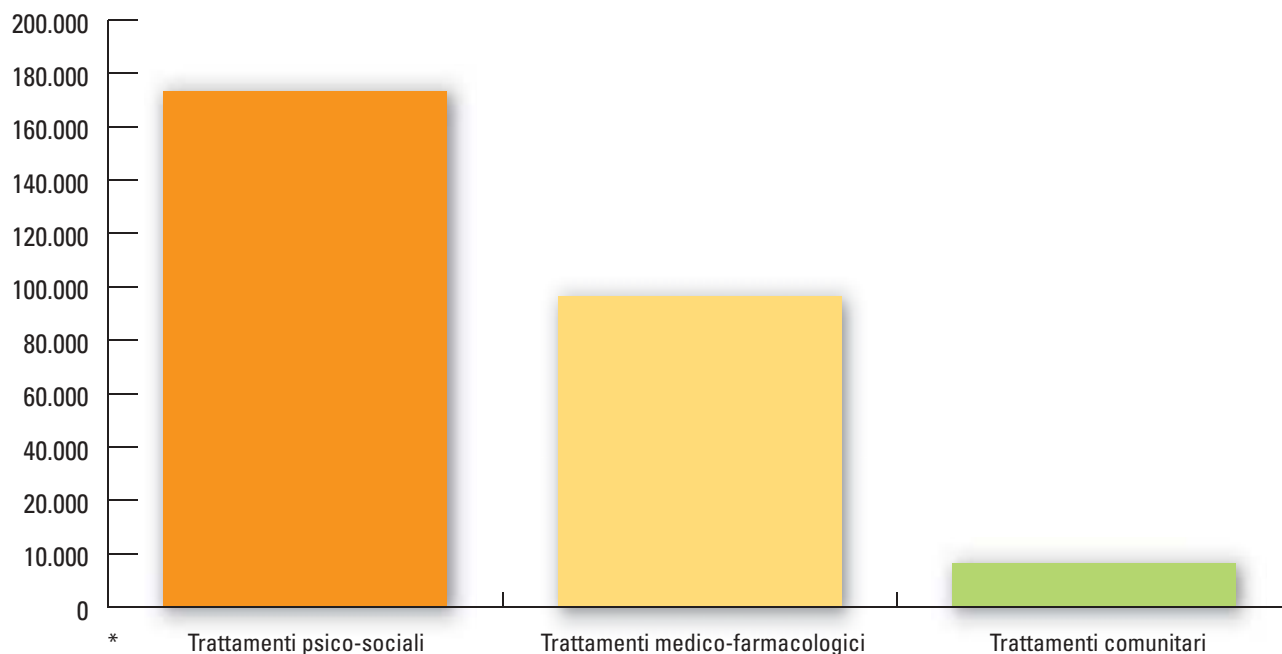
Gli interventi in questo settore sono orientati a prevenire il fenomeno di dipendenza da alcol e sostanze stupefacenti, ad offrire interventi di trattamento e riabilitazione sociale e lavorativa, a ridurre i rischi

per la salute e l'esclusione sociale. L'assistenza si prefigura come un sistema a rete che coinvolge, oltre alle Aziende Usl, le Istituzioni locali, il privato sociale e il volontariato.

Persone con tossicodipendenza suddivise per sostanza primaria d'abuso (Anno 2004)



Numero di trattamenti erogati dai SerT (Servizi per le tossicodipendenze) a persone dipendenti da droghe (Anno 2004)



Valori assoluti.

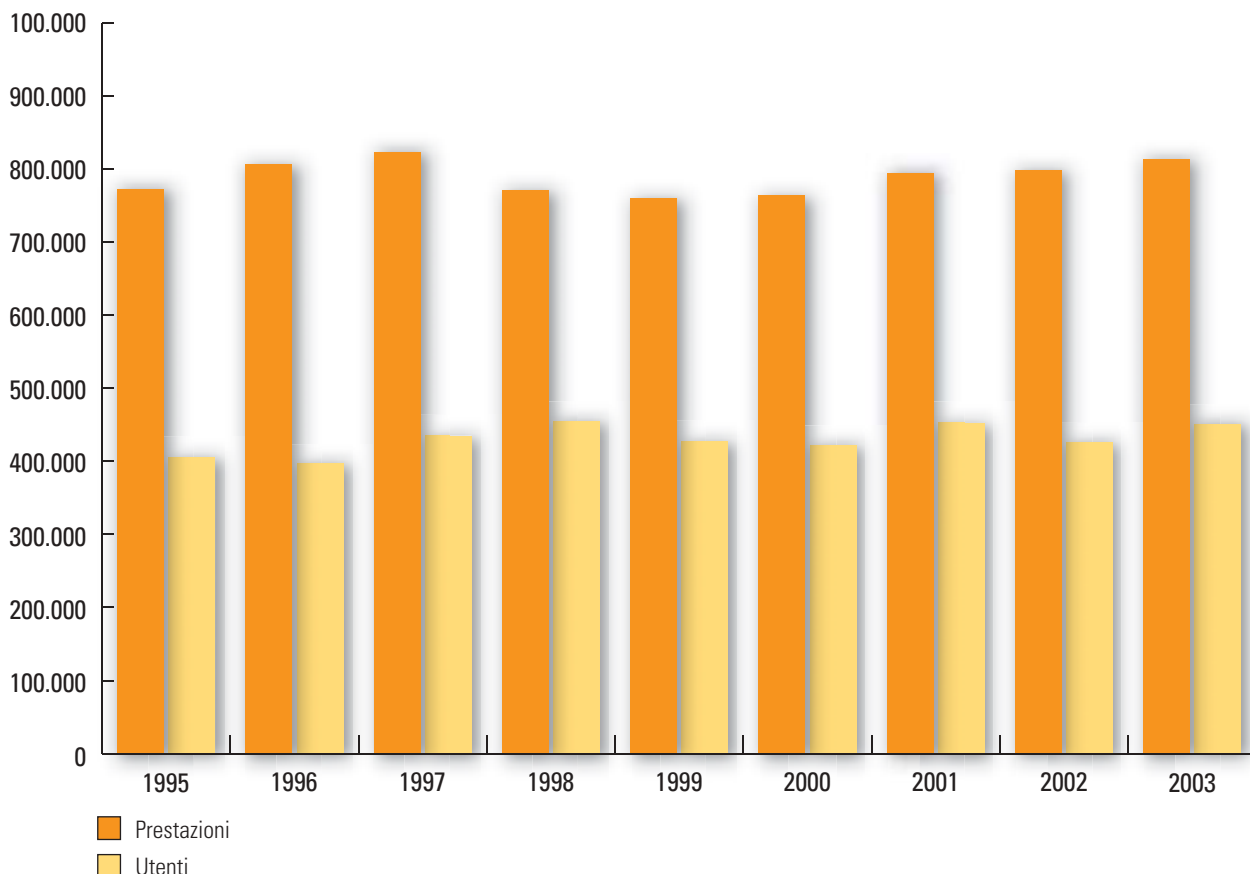
*Generalmente ogni persona riceve più di un trattamento.

L'assistenza nei Consultori

L'Emilia-Romagna ha dato in questi ultimi anni un nuovo slancio alle iniziative volte a promuovere la maternità libera e responsabile e in generale l'assistenza consultoriale.

Sono stati potenziati i servizi per la tutela della salute delle donne immigrate e dei loro bambini, per la coppia e i giovani. Gli utenti dei Consultori hanno superato le 450.000 unità.

Attività dei Consultori familiari (Anni 1995-2003)



Utenti e prestazioni (Anni 1995-2003)

ANNI	UTENTI	PRESTAZIONI
1995	405.256	773.057
1996	397.392	806.923
1997	435.079	823.719
1998	454.427	771.557
1999	427.290	759.635
2000	422.021	764.151
2001	452.544	794.275
2002	426.099	798.389
2003	450.786	813.421

Programmi di screening per la prevenzione dei tumori femminili

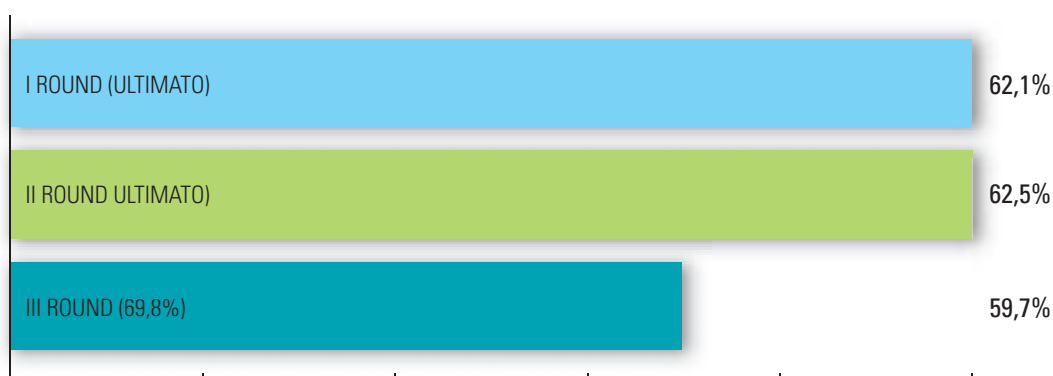
I programmi di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero e della mammella, attivi in Emilia-Romagna fin dal '96, registrano risultati molto positivi, con un'adesione complessiva alla chiamata superiore al 60%. Una recente indagine documenta l'interesse delle donne alla diagnosi precoce: al 31 dicembre 2004 il 61,4% risulta aver eseguito un

pap-test negli ultimi 3 anni e il 67,2% una mammografia negli ultimi due anni.

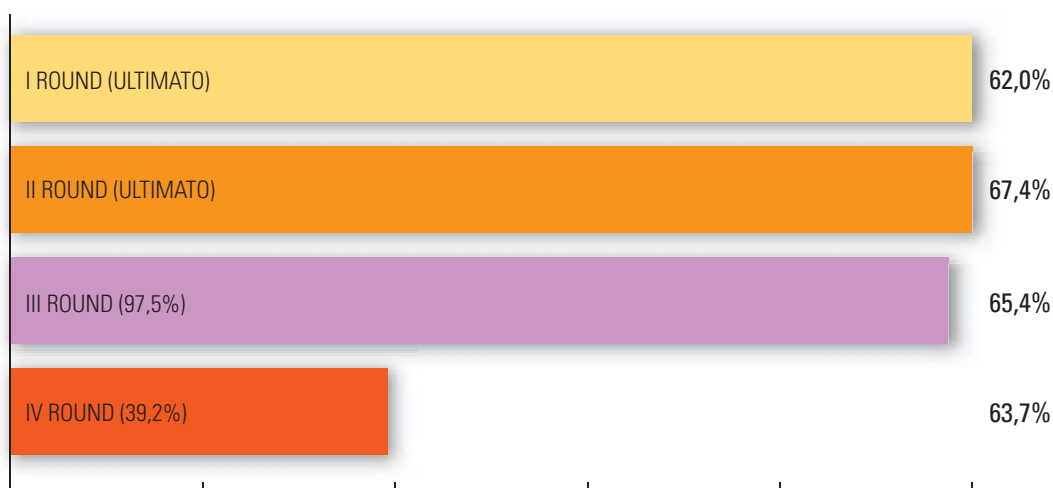
Il programma di screening per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero si rivolge alle donne dai 25 ai 64 anni, oltre 1.100.000 in totale.

Il programma di screening per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori della mammella si rivolge alle donne dai 50 ai 69 anni, che sono oltre 530.000.

TUMORI COLLO DELL'UTERO: adesione allo screening per round di chiamata

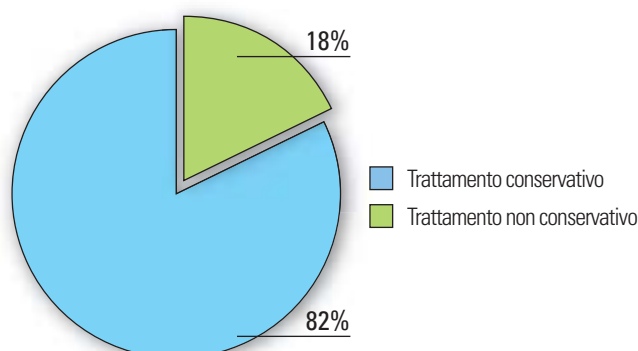


TUMORE DELLA MAMMELLA: adesione allo screening per round di chiamata



Tipo di trattamento chirurgico per tumore della mammella

Nei casi in cui l'intervento chirurgico sia comunque necessario, una particolare attenzione viene posta nel proporre e adottare appropriati trattamenti chirurgici conservativi della mammella: gli ultimi dati dimostrano che questi interventi raggiungono l'82% del totale.



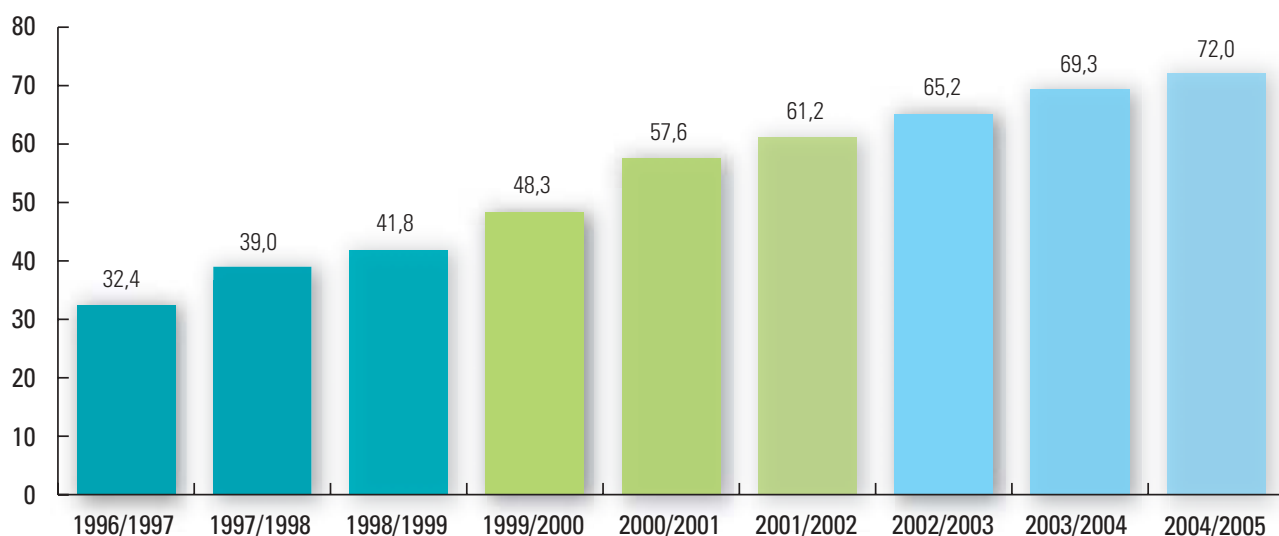
Vaccinazioni

Il programma regionale per la vaccinazione anti-influenzale è rivolto alle persone anziane a partire dai 65 anni, agli adulti e ai bambini con patologie croniche, agli operatori sanitari e agli addetti ai servizi di pubblica utilità. Il trend di copertura è in crescita co-

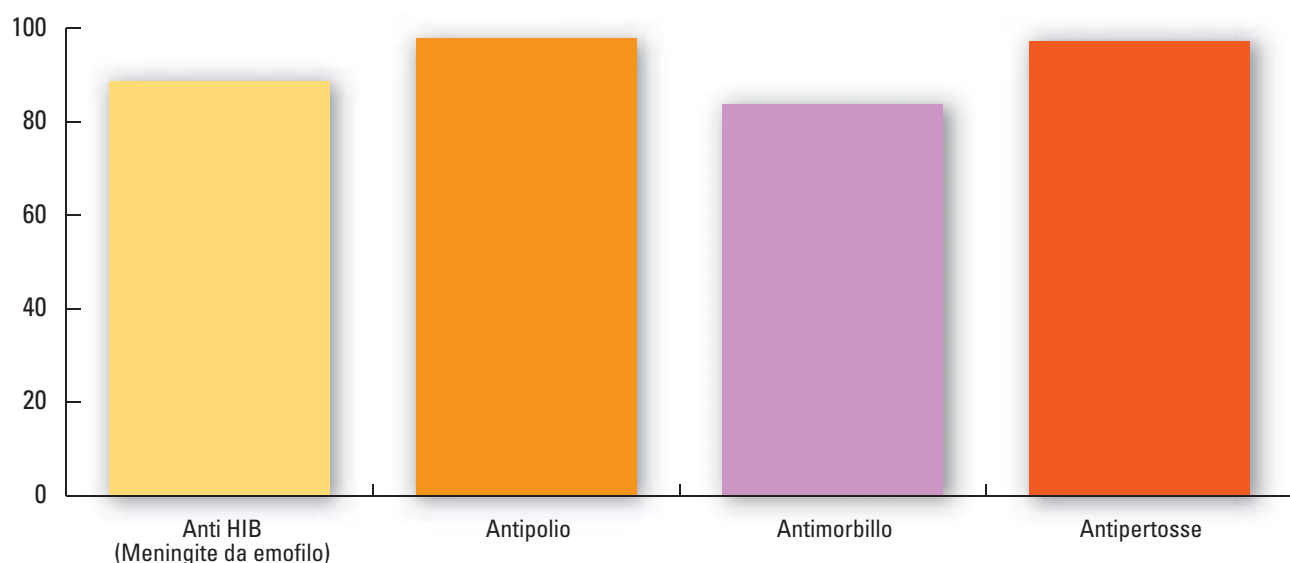
stante a partire dal 1996/1997 e oggi raggiunge il 72% delle persone con più di 65 anni.

La percentuale di bambini vaccinati contro alcune malattie diffuse è stabilmente oltre il 90%, sensibilmente al di sopra della media nazionale.

Vaccinazioni anti-influenzali nella popolazione dai 65 anni (Campagne dal 1996/1997 al 2003/2004) Tassi di copertura vaccinale in percentuale



Le vaccinazioni ai bambini contro alcune malattie (Anno 2004)



Valori in percentuale.

Sicurezza nei luoghi di lavoro

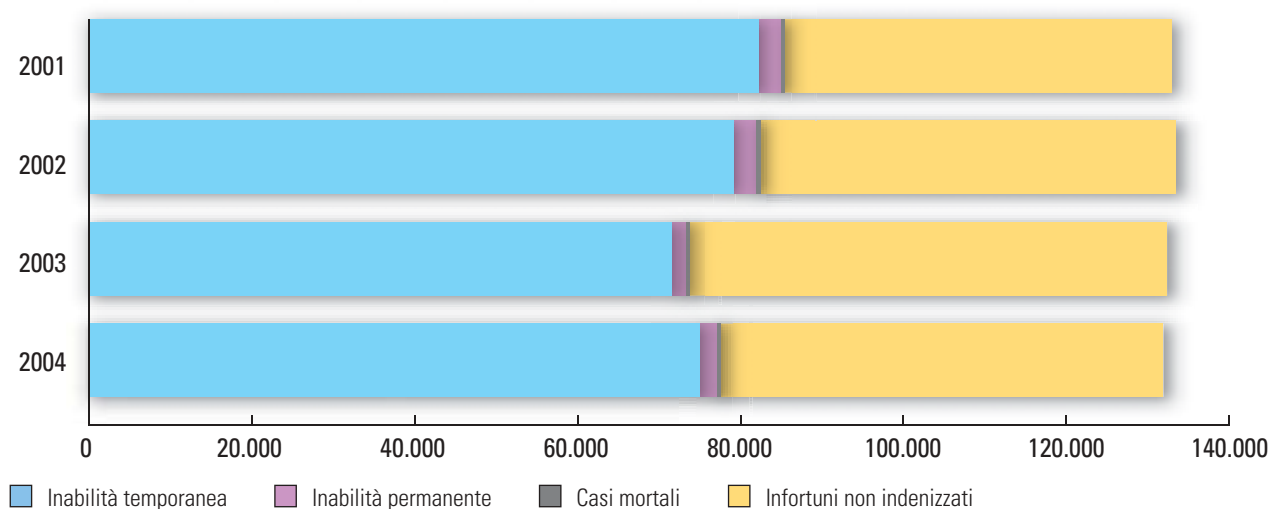
Nel 2004, per prevenire gli infortuni e le malattie professionali, i Servizi di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro (SPSAL) delle Aziende Usl hanno effettuato ispezioni in 12.140 imprese. L'attività di vigilanza è stata concentrata nei comparti considerati a maggior rischio infortunistico: edilizia, legno, metalmeccanica, agricoltura. Le irregolarità sono state riscontrate nel 31,4% delle imprese del comparto edile, nel 21,1% di quello del legno, nel 19,4% della metalmeccanica, nel 13,4% dell'agricoltura. Ogni anno, in Emilia-Romagna, sono denunciati

all'Inail più di 120.000 infortuni sul lavoro. Dal 1995 al 2004 il rapporto tra infortuni denunciati e lavoratori occupati è tendenzialmente in diminuzione: nel 1995 quasi 10 lavoratori su 100 hanno subito un infortunio sul lavoro, nel 2004 l'indice è sceso a 8 infortuni su 100. Nel 2004 il 41% degli infortuni ha avuto una prognosi inferiore ai tre giorni (classificati come non indennizzati), il 56% ha determinato inabilità temporanea, l'1,5% conseguenze permanenti, nello 0,08% dei casi si è trattato di infortuni mortali.

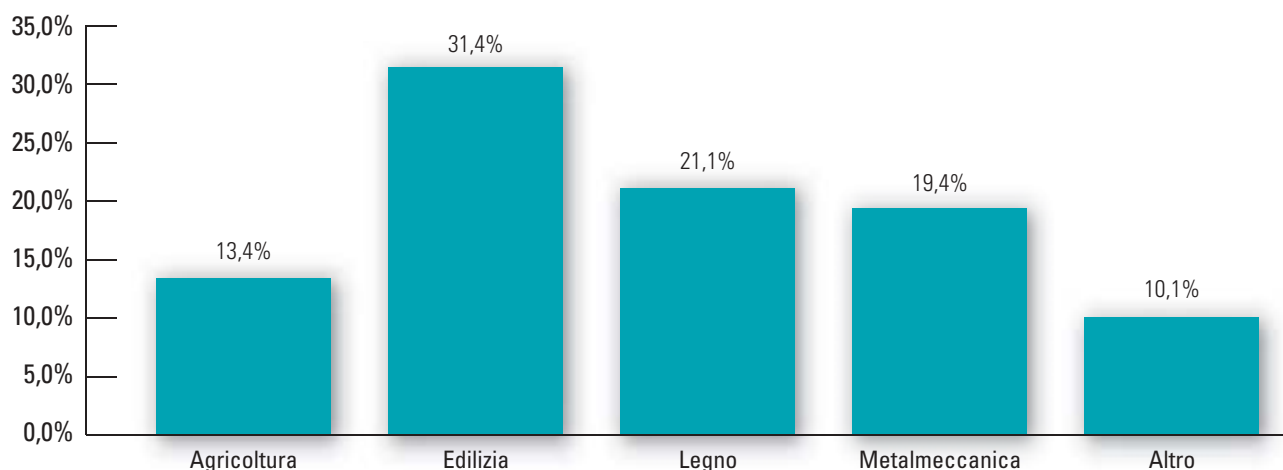
Rapporto tra infortuni denunciati e lavoratori occupati (Anni 1995-2004)

Anno	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Infortuni denunciati	127.047	126.162	117.917	121.449	123.259	128.350	128.157	128.672	127.630	127.191
Addetti	1.310.046	1.337.663	1.301.221	1.343.715	1.347.979	1.382.092	1.558.384	1.520.439	1.578.752	1.590.000
Indice di infortuni	9,70%	9,43%	9,06%	9,04%	9,14%	9,29%	8,22%	8,46%	8,08%	8,00%

Infortuni denunciati e loro conseguenze (Anno 2004)



Percentuale delle imprese con irregolarità sulle 12.140 imprese controllate (Anno 2004)



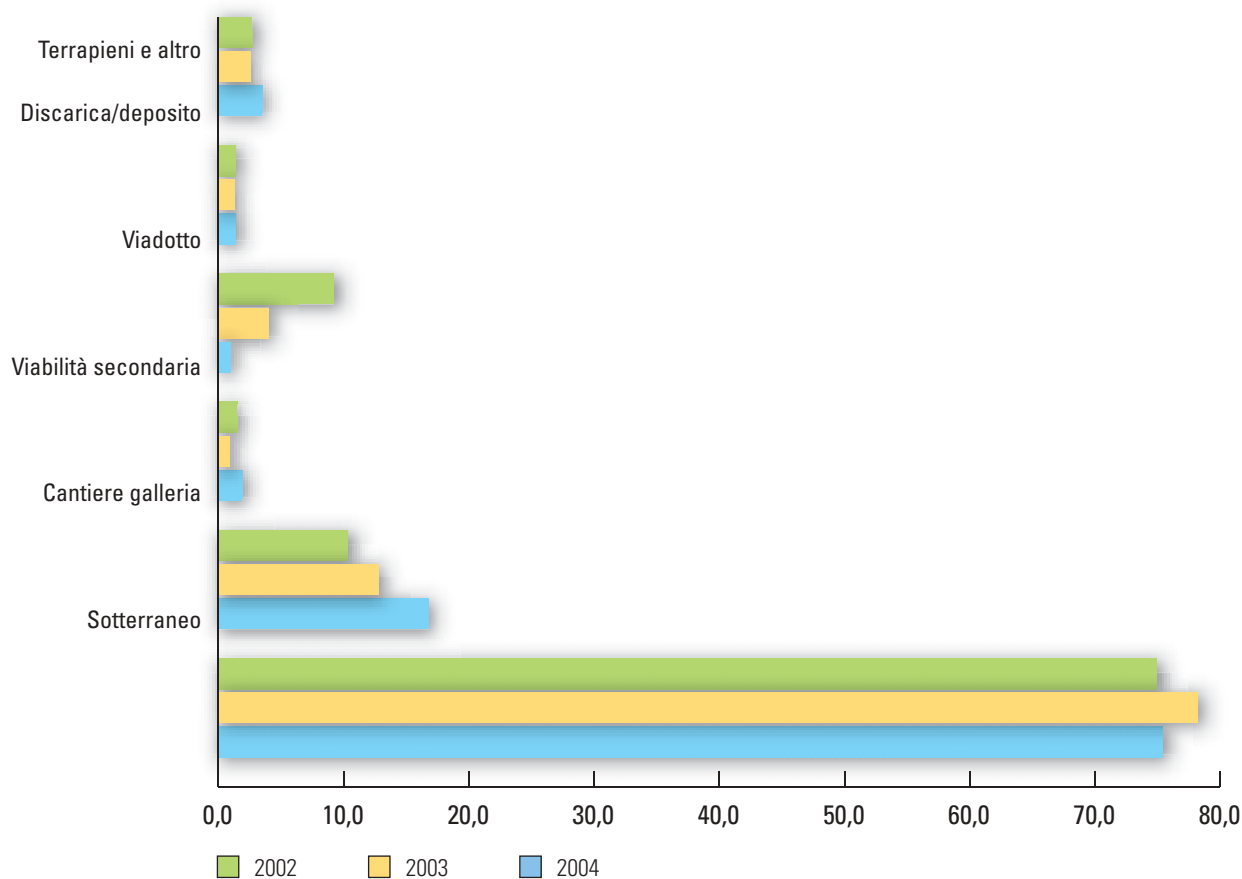
Sicurezza nei luoghi di lavoro

Grandi opere – la tratta ferroviaria Bologna-Firenze

Particolare attenzione è dedicata in Emilia-Romagna alla sicurezza nei cantieri delle grandi infrastrutture dei trasporti. Data la complessità dei lavori e le caratteristiche dei territori interessati, queste opere mettono in evidenza la particolare necessità di interventi. La Regione Emilia-Romagna con la Regione Toscana ha istituito "Monitor-Osservatorio sicurezza grandi opere", per monitorare lo stato di salute delle persone impegnate nei cantieri. Monitor pubblica periodicamente un report con i dati aggiornati dell'indagine.

Significativa, per l'esperienza consolidata, è l'attività condotta nei cantieri della linea ferroviaria dell'alta velocità Bologna-Firenze. I sopralluoghi effettuati dai Servizi di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro hanno fatto registrare importanti risultati per quanto riguarda la sicurezza, la gestione dell'emergenza e la gestione degli esplosivi, a fronte di un aumento delle carenze nella pianificazione e organizzazione dei lavori e nelle procedure di manutenzione.

Sopralluoghi per area di intervento (Anni 2002-2004)



Indice di frequenza e gravità degli infortuni superiori a tre giorni (Anni 2002-2004)*

	2002	2003	2004
N° infortuni	308	250	190
N° giorni di inabilità temporanea	13.587	11.439	9.761
N° ore lavorate	2.498.968	2.423.317	1.958.214
Indice di frequenza (infortuni per milioni di ore)	123	103	97
Indice di gravità (giorni di assenza per migliaia di ore)	5.4	4.7	5.0

*In queste imprese, che collaborano con l'Osservatorio Monitor, avviene l'88,9% degli infortuni nei cantieri dell'alta velocità ferroviaria, tratta Bologna-Firenze

Sicurezza alimentare

L'azione preventiva di controllo degli alimenti riveste un ruolo di primo piano per la tutela della salute e dei consumatori. L'attività è assicurata dal Servizio igiene alimenti e nutrizione e dal Servizio veterinario, nell'ambito dei Dipartimenti di sanità pubblica. Nei due Servizi lavorano quasi

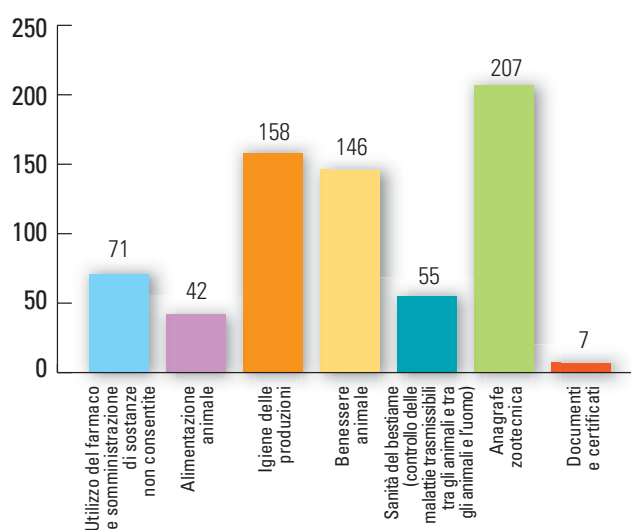
600 medici e veterinari, e oltre 300 tecnici, senza contare il personale dei laboratori dell'Arpa e dell'Istituto zooprofilattico sperimentale. Adeguati livelli di sicurezza alimentare si ottengono infatti tramite un'adeguata azione di verifica di tutta la filiera alimentare.

I numeri del comparto (Anno 2004)

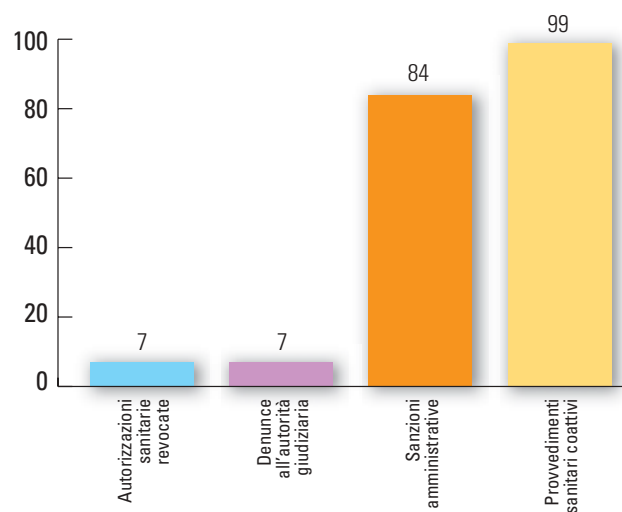
ALLEVAMENTI		PRODUZIONE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE		PRODUZIONE ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE E RISTORAZIONE	
Bovini	11.100	Impianti di macellazione	190	Impianti lavorazione, produzione, confezionamento	9.948
Suini	3.070	Laboratori lavorazione trasformazione e deposito carni	1.378	Ristorazione	35.880
Ovini-caprini	2.806	Impianti lavorazione prodotti della pesca	185	Commercio	14.515
Pollame	802	Impianti lavorazione latte e prodotti lattiero caseari	1.002		
Altre specie avicole	579	Impianti imballaggio uova e lavorazione ovoprodotti	50		
Conigli	162				
Equini	5.204				

Controlli negli allevamenti (Anno 2004)

Verifiche effettuate e irregolarità riscontrate



Provvedimenti adottati

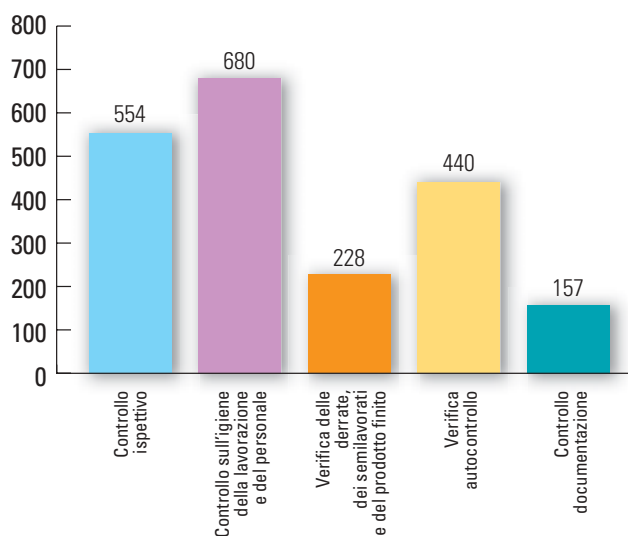


Gli accessi del personale del Servizio veterinario negli allevamenti zootecnici sono stati 116.430.

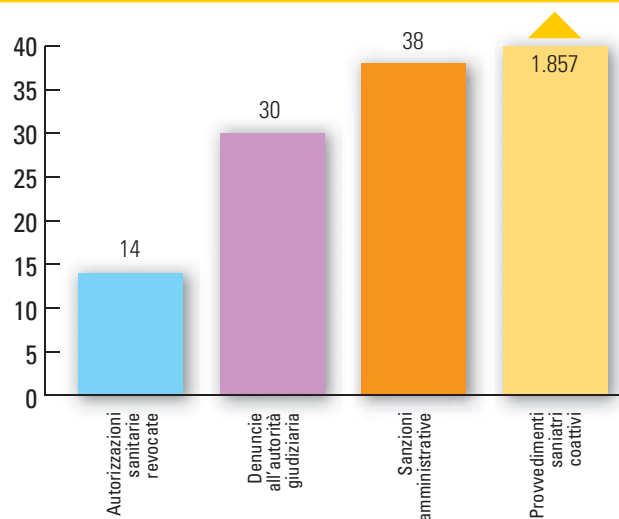
Sicurezza alimentare

Controlli negli impianti di produzione alimenti di origine animale (Anno 2004)

Verifiche effettuate e irregolarità riscontrate



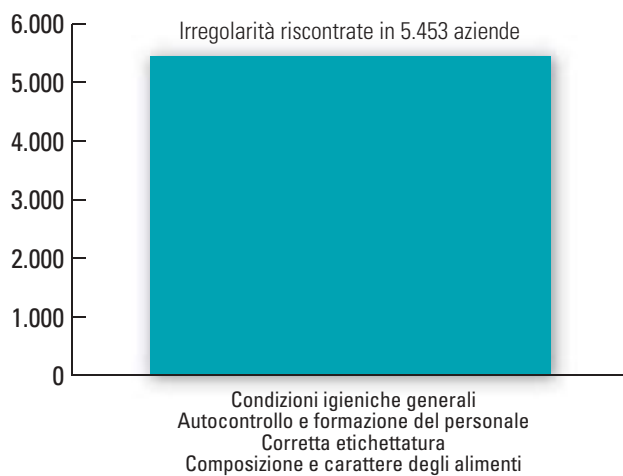
Provvedimenti adottati



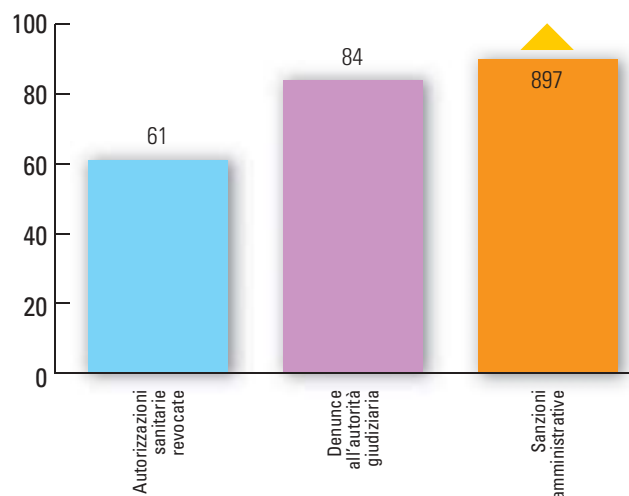
Il controllo veterinario viene svolto con frequenza variabile in relazione al rischio igienico sanitario delle lavorazioni svolte ed ai sistemi di autocontrollo presenti negli impianti. Complessivamente gli accessi sono stati 134.101.

Controlli negli impianti di produzione alimenti di origine vegetale e ristorazione (Anno 2004)

Verifiche effettuate



Provvedimenti adottati



Complessivamente gli accessi e le ispezioni sono stati 31.324.

Donazioni di organi

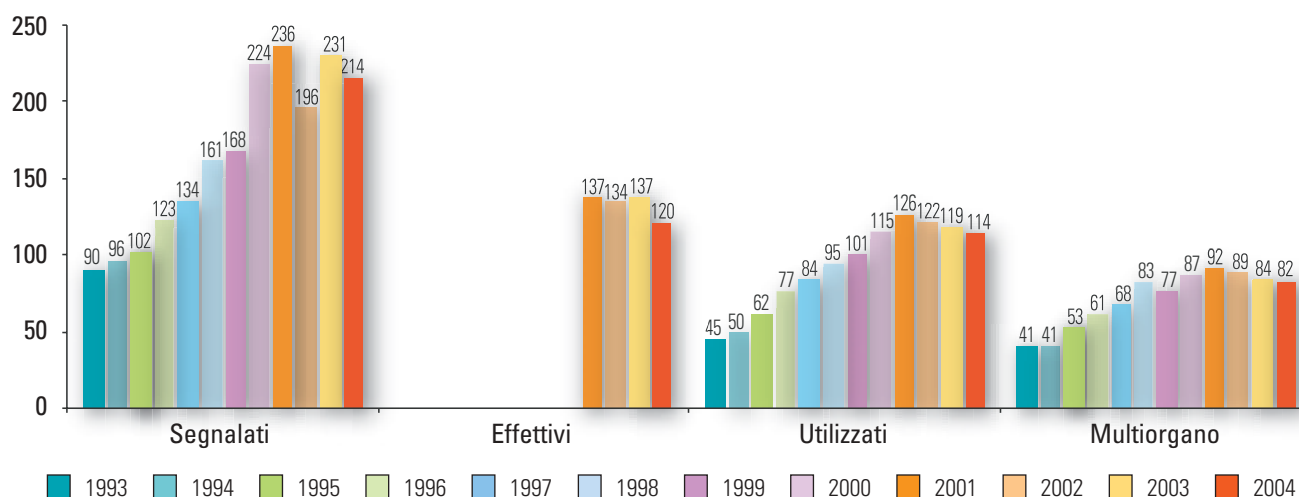
In Emilia-Romagna i donatori effettivi nel 2004 sono stati 30,1 per milione di abitanti, i donatori utilizzati 28,6 (per milione di abitanti): valori che collocano l'Emilia-Romagna al di sopra della media nazionale (21,1 i donatori effettivi) e al quinto posto tra le Regioni italiane.

L'incremento dei prelievi di organi e tessuti registrato nel 2004 in tutto il territorio nazionale e la migliore distribuzione dei trapianti in base alle necessità è dovuto anche ai risultati raggiunti a livello organizzativo

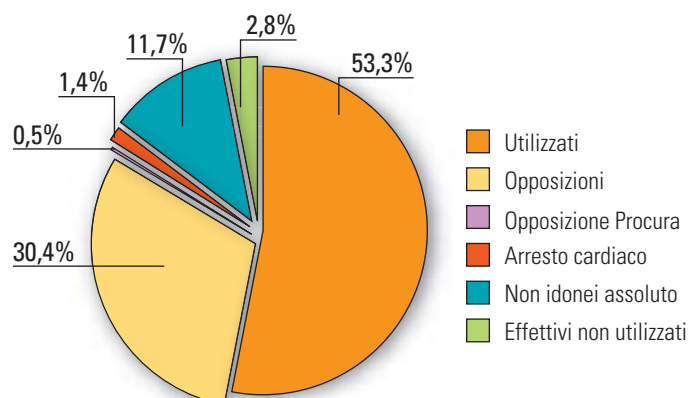
e di collaborazione tra le Regioni: l'Associazione Interregionale Trapianti (AIRT), ha registrato un numero di donatori effettivi per milione di abitanti inferiore, in Europa, solo alla Spagna.

In Emilia-Romagna le opposizioni al prelievo sono state 65, come nel 2003, ma la percentuale è cresciuta perché è diminuito il numero delle segnalazioni (30,4% nel 2004, 28,1% nel 2003). Le fasce di età tra 15 e 29 anni e tra 45 e 59 anni sono quelle in cui l'opposizione è sensibilmente più elevata rispetto all'anno precedente.

Numero di donatori in Emilia-Romagna (Anni 1993-2004)



Potenziali donatori segnalati in Emilia-Romagna nel 2004



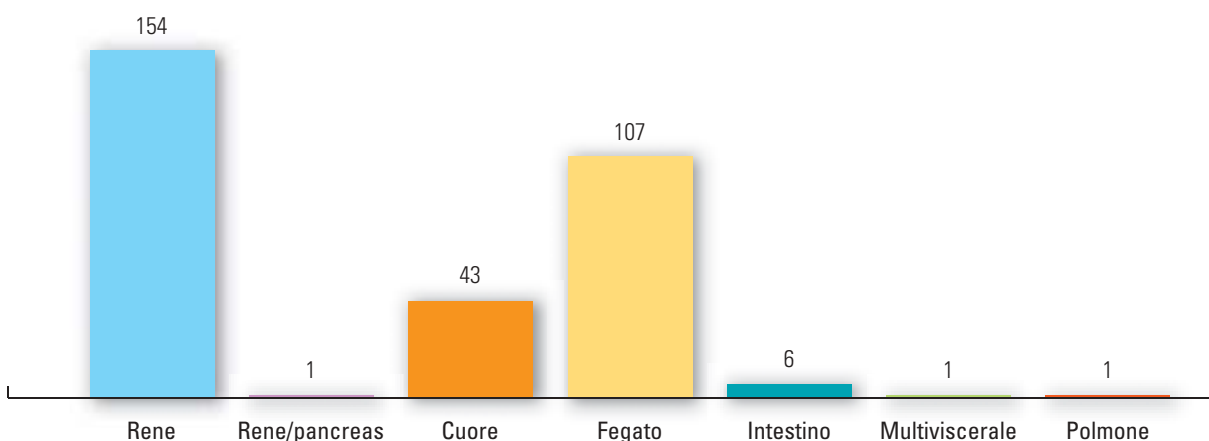
Trapianti

Nel 2004 l'attività di trapianto di organi è risultata ai livelli dei migliori Centri trapianto internazionali: i trapianti di fegato sono stati 26,6 per milione di abitanti (il dato nazionale è 17,8), i trapianti di cuore 10,8 per milione di abitanti (dato nazionale 6,2), i trapianti di rene 35,9 (dato nazionale 30,6).

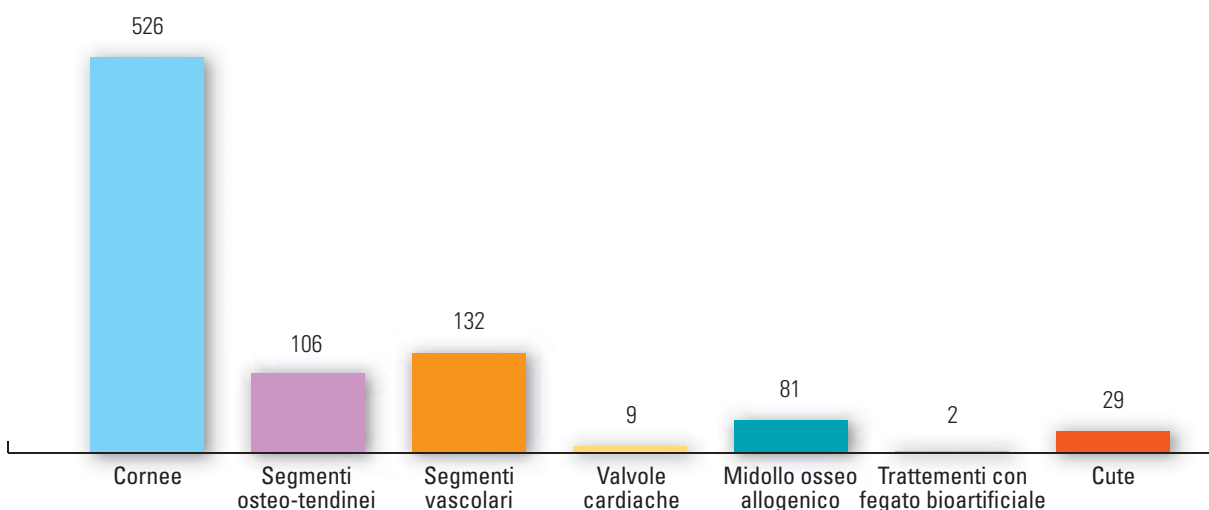
Dal 2004, in Emilia-Romagna è attiva la lista d'attesa unica per il trapianto di fegato, che si aggiunge alla

lista d'attesa unica per il trapianto di rene, attiva dal 2001. Le liste uniche di attesa rappresentano un elemento di estrema importanza per migliorare il sistema trapianti e garantire la trasparenza dell'organizzazione. In particolare la lista unica per il rene permette di identificare gli ammalati più compatibili con il donatore; la lista unica per il fegato permette di assegnare la priorità di trapianto all'ammalato in condizioni più gravi.

Trapianti di organi in Emilia-Romagna (Anno 2004)



Trapianti di tessuti e cellule in Emilia-Romagna (Anno 2004)



Pazienti iscritti in lista al 31.12.2004

I pazienti iscritti in lista di attesa al 31.12.2004 erano 1.613 per il rene, 29 per il cuore, 355 per il fegato. I tempi medi di attesa in lista per i trapiantati sono stati: 2,5 anni per il rene, 5 mesi per il cuore e poco più di 6 mesi per il fegato.

Raccolta e consumo di sangue

La raccolta di sangue nel 2004 ha fatto registrare un aumento significativo nelle donazioni, con alcuni picchi di crescita rilevanti (Reggio Emilia e Modena). L'andamento della raccolta ha permesso di mantenere l'autosufficienza regionale e di contribuire in modo significativo all'autosufficienza nazionale: nel 2004 sono state 13.785 le unità di sangue collocate fuori regione (+ 9.84% rispetto al 2003, + 57.38% rispetto al 2002).

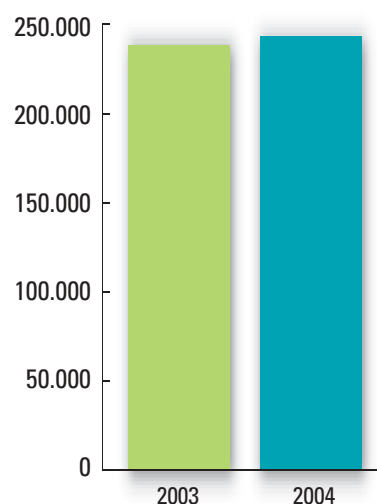
Tuttavia, nel confronto con il 2003, il trend di raccolta risulta inferiore all'aumento dei consumi, dovuto alla cre-

sciente qualità e specializzazione dell'attività sanitaria. Per questo motivo la Regione Emilia-Romagna attribuisce grande importanza alla campagna per le donazioni, promossa con la collaborazione delle associazioni Avis e Fidas/Advs. Dal 2002, inoltre, è stato avviato un nuovo assetto organizzativo del sistema trasfusionale regionale che punta a: rafforzare l'integrazione e il coordinamento di tutti i soggetti coinvolti; omogeneizzare linee guida e procedure su tutto il territorio; valorizzare il ruolo delle associazioni di volontariato; mantenere un alto livello di qualificazione del personale.

Attività di raccolta sangue (Confronto 2004-2003)

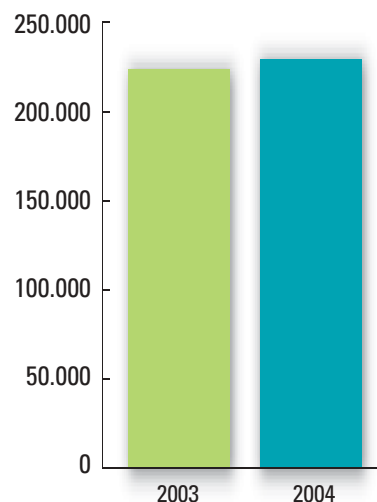
	RACCOLTA 2004	RACCOLTA 2003	DIFFER. % 04-03	OBIETTIVI DI PROGRAMMA	DIFFER. % DAL PROGRAMMA
Programmi:					
Piacenza	14.792	14.618	1,2	14.700	0,6
Parma	27.320	26.785	2,0	26.900	1,6
Reggio Emilia	22.656	21.672	4,5	22.000	3,0
Modena	38.661	37.239	3,8	37.400	3,4
Bologna	60.088	58.822	2,2	59.100	1,7
Ferrara	19.789	19.599	1,0	20.000	-1,1
Ravenna	29.363	29.757	-1,3	29.900	-1,8
Diti*	30.596	29.739	2,9	30.000	2,0
TOTALE	243.265	238.231	2,1	240.000	1,4

*Dipartimento interaziendale di Forlì, Cesena e Rimini.



Consumi Unità "rosse" (Confronto 2004-2003)

	CONSUMI 2004	CONSUMI 2003	DIFFER. % 04-03	OBIETTIVI DI PROGRAMMA	DIFFER. % DAL PROGRAMMA
Programmi:					
Piacenza	15.582	14.999	3,9	14.500	7,5
Parma	22.313	22.198	0,5	22.350	-0,2
Reggio Emilia	17.938	17.196	4,3	17.500	2,5
Modena	29.062	29.263	-0,7	28.000	3,8
Bologna	71.608	69.681	2,8	70.000	2,3
Ferrara	22.404	22.803	-1,7	22.500	-0,4
Ravenna	21.924	20.637	6,2	23.700	-7,5
Diti	28.713	27.074	6,1	28.000	2,5
TOTALE	229.544	223.851	2,5	226.550	1,3



Il modello Hub & Spoke per l'assistenza ospedaliera

I centri di alta specialità

Le funzioni di alta specialità, per la bassa frequenza o per la complessità dell'assistenza, sono erogate presso poche strutture ospedaliere altamente specializzate, a cui gli ospedali del territorio possono inviare gli ammalati quando le condizioni lo richiedono.

Si tratta di Centri di alta specialità, dove sono concentrate le professionalità e le tecnologie adeguate per assicurare qualità dell'assistenza e riduzione dei costi.

Il modello organizzativo Hub & Spoke

La programmazione dei Centri di alta specialità è fatta a scala regionale secondo un modello denominato Hub & Spoke (letteralmente "mozzo e raggio" della ruota). Gli Hub sono i Centri di alta specialità; gli Spoke sono gli ospedali del territorio.

L'accesso a questi Centri è richiesto, sulla base di precise esigenze cliniche, dagli specialisti degli ospedali del territorio.

Le caratteristiche del modello organizzativo

Le caratteristiche di questo modello organizzativo permettono:

- forte specializzazione,
- massima efficienza tecnica,
- concentrazione della casistica,
- tempestività di invio delle persone ammalate dagli ospedali periferici.

Le discipline individuate

Nell'ambito della rete Hub & Spoke, prevista dal Piano sanitario regionale 1999-2001, sono già state individuate le seguenti discipline:

- cardiocirurgia e cardiologia,
- neuroscienze,
- trapianti,
- grandi ustioni,
- terapie intensive perinatali e pediatriche,
- alte specialità riabilitative,
- sistema emergenza-urgenza,
- sistema trasfusionale e piano sangue,
- procreazione medicalmente assistita,
- terapia del dolore cronico,
- centro antiveleni,
- oncologia,
- malattie rare, genetica,
- diagnostica di laboratorio di elevata complessità.

Rete Hub & Spoke per i trapianti

Tutte le attività di donazione, prelievo e trapianto di organi e tessuti in Emilia-Romagna fanno capo al Centro regionale di riferimento per i trapianti, con sede presso l'Ospedale Sant'Orsola di Bologna, che coordina, secondo il modello Hub & Spoke, i rapporti tra le rianimazioni, i centri di trapianto, le banche dei tessuti e delle cellule; raccoglie ed elabora i dati, trasmette le liste di attesa ed i "follow-up" dei trapiantati al Centro nazionale trapianti.

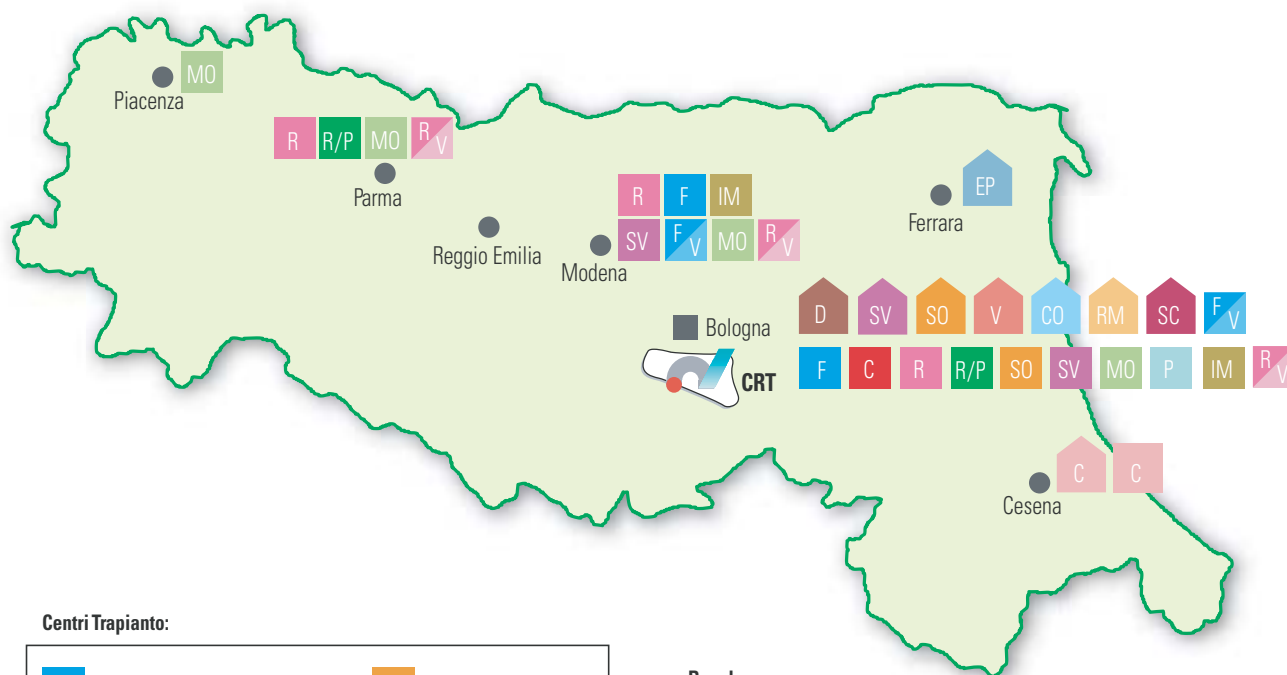
Il Centro regionale assicura il controllo sull'esecuzione dei test immunologici e di compatibilità e procede all'assegnazione degli organi in applicazione dei criteri stabiliti dal Centro nazionale trapianti e degli algoritmi adottati in Regione per ogni tipologia di trapianto.

La rete regionale dei trapianti integra le attività di formazione e informazione con le Istituzioni locali

e le associazioni di volontariato e degli ammalati. Per raggiungere elevati livelli di qualità nel processo di donazione degli organi, la Regione Emilia-Romagna ha aderito, dal 1998, al programma internazionale "Donor Action". Lo scopo di questo programma informatizzato è lo studio dell'epidemiologia dei decessi nelle terapie intensive e l'identificazione dei potenziali donatori al fine di realizzare un controllo certificato della qualità delle donazioni.

A livello organizzativo l'Emilia-Romagna è parte dell'AIRT (Associazione Interregionale Trapianti) di cui fanno parte anche Piemonte, Toscana, Valle d'Aosta, Puglia e la provincia autonoma di Bolzano. AIRT assieme a NITp (Nord Italia Transplant program) e a OCST (Organizzazione Centro Sud Trapianti) fa riferimento al Centro nazionale trapianti.

La rete dei trapianti



Centri Trapianto:

F	Fegato	SO	Segmenti Ossei
FV	Fegato da vivente	SV	Segmenti Vascolari
C	Cuore	MO	Midollo Osseo
R	Rene	IM	Intestino-Multiviscerale
R/P	Rene / Pancreas	P	Polmone
C	Cute	RV	Rene da vivente

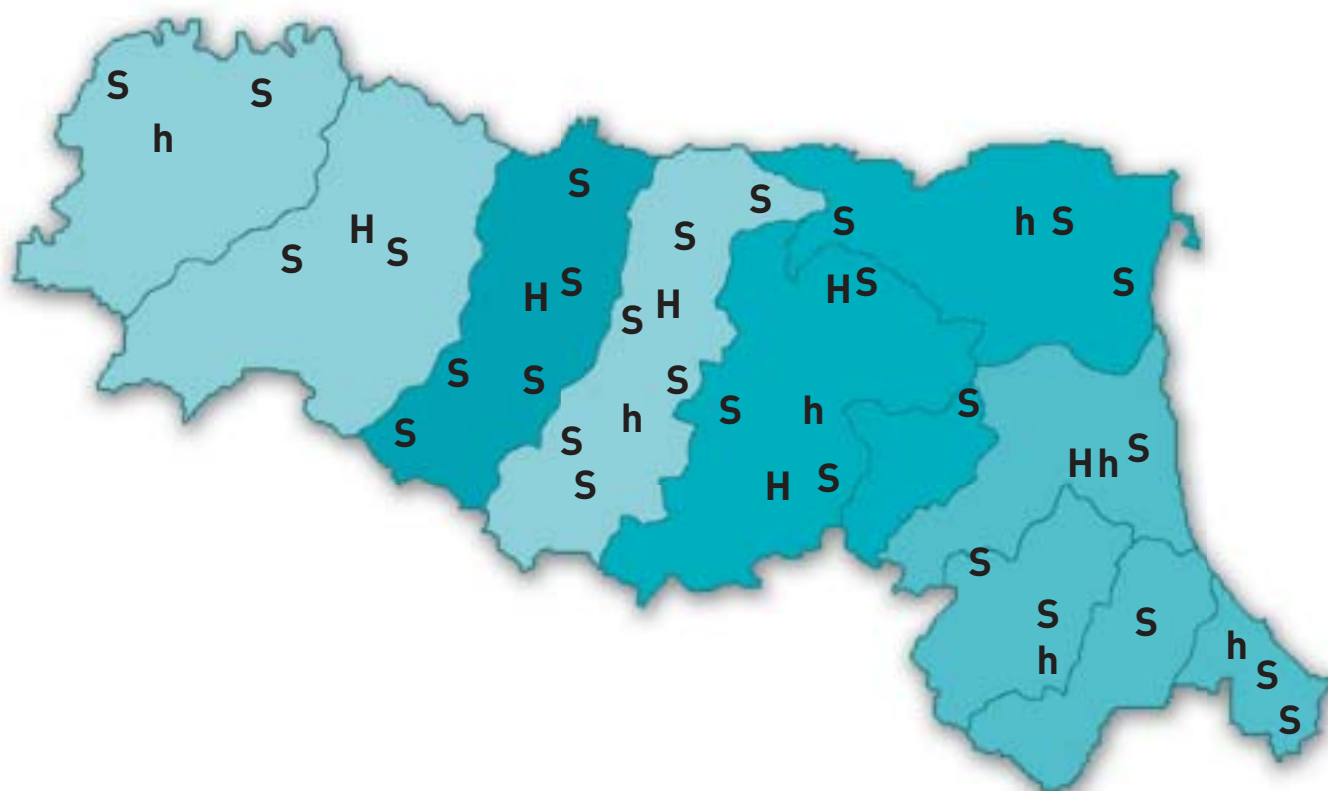
Banche:

V	Banca Valvole	SV	Banca Vasi
CO	Banca Cornee	SO	Banca Osso
RM	Registro Don. Midollo Osseo	C	Banca Cute
SC	Banca Sangue Cordonale	EP	Banca Epatociti
D	Banca Donatori di organi		

Rete Hub & Spoke per la cardiologia e la cardiocirurgia

In Emilia-Romagna la rete per l'assistenza cardiologia e cardiocirurgica è garantita da 6 Centri, di cui quattro privati accreditati. La qualità dell'assistenza - tra i punti qualificanti del Servizio sanitario regionale - nasce dalla collaborazione tra le competenze cliniche e l'azione di governo re-

gionale: le prestazioni erogate sono costantemente monitorate e gli esiti clinici sono oggetto di valutazione critica attraverso un sistema che misura l'appropriatezza degli interventi. Dal 2001 è attivo un sistema di monitoraggio dei tempi di attesa e per la priorità degli interventi.



H=Hub=cardiocirurgico e sede di emodinamica diagnostica/interventistica
h=sede di emodinamica diagnostica ed interventistica
s=Spoke=Unità Terapia Intensiva Cardiologica

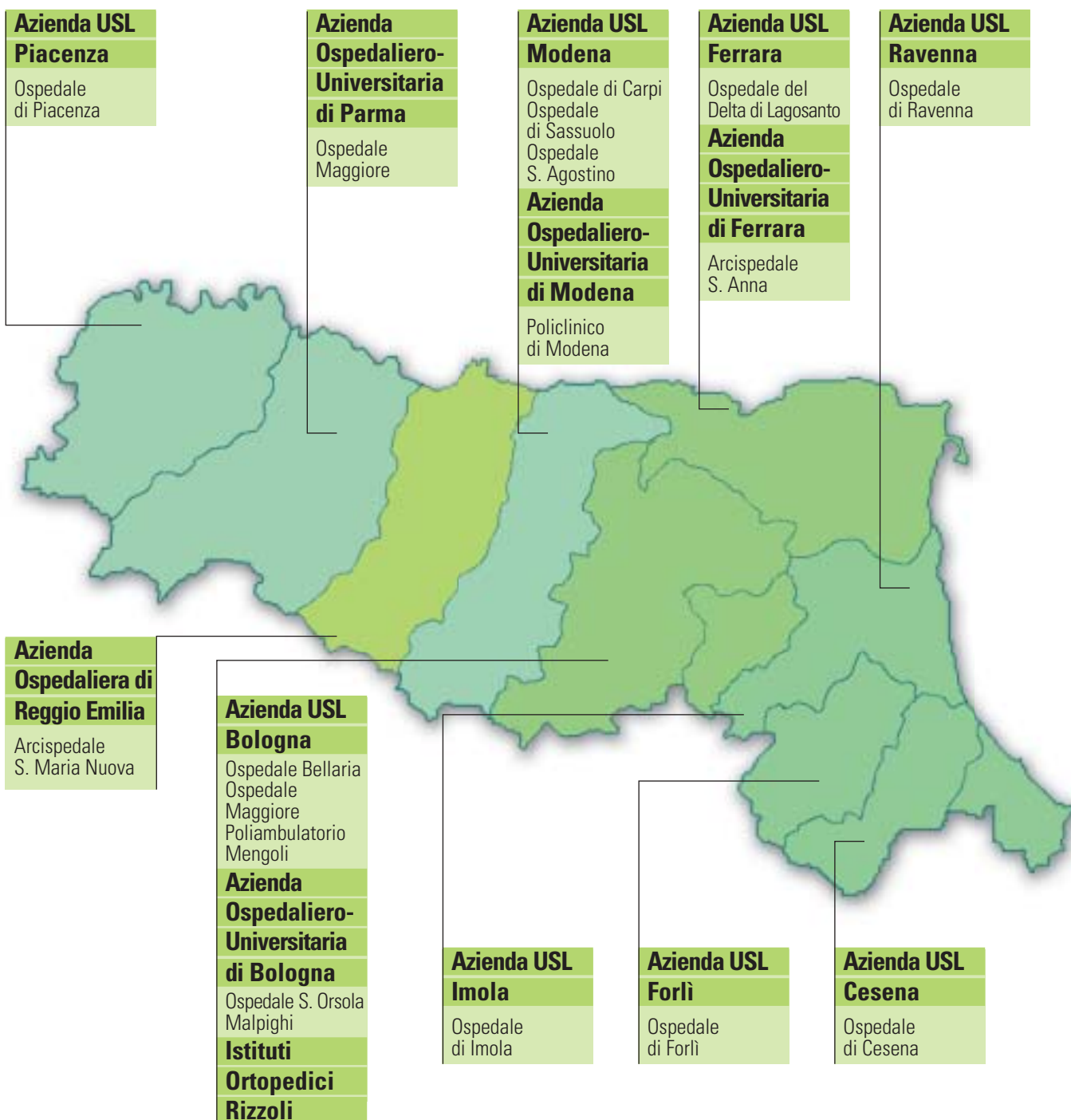
Criteria=Bacini definiti sulla base di fabbisogni stimati e livelli minimi di attività per garantire "clinical competence" come da accreditamento.

Rete Hub & Spoke per la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie rare

Sono definite malattie rare quelle patologie che interessano meno di una persona ogni duemila. La Regione Emilia-Romagna nel 2004 ha individuato 18 presidi ospedalieri e un presidio ambulatoriale che vanno a costituire la rete regionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi, la cura delle malattie rare. La rete è organizzata secondo il modello Hub & Spoke che prevede Centri ospedalieri regionali di alta specializzazione (Hub), quali punti di riferimento per i servizi ospedalieri territoriali (Spoke). Sono già state istituite le reti Hub & Spoke per la ge-

netica, l'emofilia e le malattie emorragiche congenite. I 18 presidi e il presidio ambulatoriale sono stati identificati sulla base di un lavoro di ricognizione che ha interessato tutte le strutture ospedaliere regionali. Al loro interno vi sono strutture con le necessarie caratteristiche per la "presa in carico" di oltre 370 gruppi di malattie rare.

Ai 19 Centri è affidato il compito di certificare lo stato di patologia rara e il relativo diritto dell'assistito a fruire di prestazioni specialistiche efficaci e appropriate rispetto alla patologia.



La riorganizzazione del Pronto soccorso

Ogni anno in Emilia-Romagna più di 1 milione e 700 mila persone si rivolgono al Pronto soccorso quando hanno un problema sanitario. È un numero che tende a crescere costantemente determinando spesso situazioni di sovraffollamento delle strutture e disagi per gli utenti. Solo il 19% degli accessi è seguito da un ricovero. Tra il 30 e il 50% dei casi viene classificato come non urgente (codice bianco): queste persone potrebbero essere adeguatamente assistite dal medico di famiglia, dal pediatra di libera scelta o dal medico di continuità assistenziale (guardia medica).

Le conseguenze:

- il pronto soccorso viene sottoposto ad una pressione elevatissima che va a discapito della necessità di concentrare tutte le proprie risorse per il trattamento dei pazienti gravi e dei casi davvero urgenti;
- il sovraffollamento determina lunghe attese per i cittadini.

I miglioramenti delle cure urgenti

Il Pronto soccorso è dedicato alle urgenze e alle emergenze sanitarie. Non è una struttura che può approfondire aspetti clinici non urgenti o cronici.

In tutti i pronto soccorso dell'Emilia-Romagna sono stati fatti - o sono previsti - interventi strutturali e organizzativi per migliorare i percorsi di cura e l'accoglienza degli utenti.

La riorganizzazione del Pronto soccorso è finalizzata a:

- migliorare i percorsi di accesso per coloro che si rivolgono al Pronto soccorso per un bisogno di cura urgente;
- garantire equità di accesso e appropriatezza delle cure;
- assicurare la totale gratuità per tutti i casi urgenti attraverso un ampliamento della casistica da considerare gratuita per il cittadino (fino ad ora l'esenzione totale era prevista per gli accessi al pronto soccorso in seguito a un trauma o se seguiti da un ricovero);
- prevedere il pagamento di un ticket solo per chi ricorre al Pronto soccorso per problemi non urgenti che potrebbero essere invece trattati più appropriatamente e gratuitamente dai medici di famiglia, dai pediatri di libera scelta, dal medico di continuità assistenziale (guardia medica).

I codici colore

Al momento dell'accesso in Pronto soccorso, gli infermieri del "triage infermieristico" attribuiscono un codice colore per stabilire la priorità di accesso alle cure al fine di evitare le attese per i casi davvero urgenti: rosso (molto critico, accesso immediato alle cure), giallo (mediamente critico, accesso rapido alle cure), verde (poco critico, accesso di bassa priorità), bianco (non critico, non urgente).

Il codice colore che determina la gratuità delle cure è quello attribuito dal medico al termine della valutazione clinica.

Sono gratuite le cure per i codici rossi, gialli, verdi. Il pagamento del ticket viene richiesto per i codici bianchi. La gratuità delle cure è assicurata:

- a tutte le persone a cui il medico di Pronto soccorso riconosce patologie classificate urgenti (codici rossi, gialli e verdi)
- a tutte le persone ricoverate o tenute in osservazione
- alle persone esenti per età e reddito, patologia, invalidità.

Il pagamento di un ticket è previsto:

- per le persone a cui il medico del Pronto soccorso attribuisce un codice bianco: prestazione non urgente, accesso improprio. L'ammontare del ticket è di 23 Euro (pari alla tariffa della visita specialistica), più il ticket per eventuali prestazioni diagnostiche applicato con le stesse regole vigenti per la specialistica.

Patologie e sintomi che possono essere classificati come codici bianchi (esempi)

I criteri utilizzati dal medico di Pronto soccorso per classificare un codice bianco sono essenzialmente tre: paziente non critico, patologia non urgente e differibile, presenza di percorsi sanitari alternativi (medici di famiglia, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale).

Ecco un elenco indicativo di patologie e sintomi che rispondono ai criteri sopra descritti:

- disturbi dermatologici (eritema solare, punture di insetto, verruche, infezioni cutanee localizzate ...), mal di gola, disturbi dell'orecchio lievi, congiuntiviti, dolori articolari, gengiviti, ipertensione non complicata, infezioni delle vie urinarie.

I percorsi di cura alternativi al Pronto soccorso

Per ampliare le possibilità di accesso alle cure gratuite dei medici di famiglia, dei pediatri di libera scelta, dei medici di continuità assistenziale, in tutte le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna sono in corso di attuazione progetti per specifici percorsi di cura:

- ambulatori di continuità assistenziale, gestiti dai medici di continuità assistenziale (guardia medica), con sede, di norma, nei pressi del Pronto soccorso di grandi dimensioni, in funzione il sabato pomeriggio e la domenica;
- ambulatori dei medici di medicina generale (medici di famiglia) e dei pediatri di libera scelta associati. L'accesso è riservato ai cittadini in cura da uno dei medici associati. L'assistenza è erogata da uno dei medici presenti in ambulatorio, non necessariamente dal proprio;
- ambulatori ad accesso diretto nei Distretti, gestiti dai medici di famiglia.

Le cure erogate dai medici di medicina generale (medici di famiglia), dai pediatri di libera scelta, dai medici di continuità assistenziale (guardia medica), anche negli ambulatori associati, negli ambulatori di continuità assistenziale o ad accesso diretto, sono gratuite.

Rete degli hospice

Il Servizio sanitario regionale ritiene la cura del dolore non soltanto un dovere etico, ma anche l'esempio di una buona pratica clinica al passo con i tempi poiché oggi è noto che il dolore costituisce un fenomeno patologico, che influisce pesantemente sulla vita delle persone, a livello fisico, psicologico, emozionale. Il progetto "Ospedale senza dolore" dell'Emilia-Romagna non riguarda soltanto l'ambito ospedaliero ma si estende alla rete dei servizi sanitari e socio-sanitari per l'applicazione di specifiche terapie del dolore.

Gli hospice sono parte di questa rete. In hospice opera personale qualificato che assicura

una assistenza personalizzata rivolta alla cura del dolore e degli altri sintomi alle persone che affrontano la fase più drammatica dell'esistenza in prossimità del termine della vita.

In hospice sono presenti operatori preparati a fornire un supporto psicologico all'ammalato e ai familiari anche per l'elaborazione del lutto.

L'offerta regionale si è arricchita notevolmente negli ultimi anni: nel 2005 sono diventati operativi altri due hospice, a Borgo Val di Taro (PR) e a Castel San Pietro Terme (BO), per un totale in Emilia-Romagna di 11 strutture (erano 7 nel 2002), in grado di ospitare 140 persone.

(Anni 2003-2004)*

AZIENDA SANITARIA	HOSPICE		ANNO 2003			ANNO 2004	
			POSTI LETTI	DIMESSI	DEGENZA MEDIA (GG.)	DIMESSI	DEGENZA MEDIA (GG.)
Parma	Hospice Fidenza (*)	Privato accreditato	15			49	20,5
Reggio Emilia	Hospice Madonna dell'Uliveto di Albinea	Privato accreditato	12	189	21,7	189	21,4
Aosp Modena	Hospice Policlinico di Modena	Pubblico	10	237	12,9	253	11,0
Bologna	Hospice Chiantore Seragnoli	Privato accreditato	30	412	21,8	497	19,7
Ferrara	Hospice Ado	Privato accreditato	12	215	19,1	230	16,5
Ravenna	Hospice Lugo	Pubblico	8	43	27,1	70	21,0
Forlì	Hospice Forlimpopoli	Pubblico	11	311	12,1	314	12,2
Cesena	Hospice Savignano sul Rubicone	Pubblico	12	196	18,4	218	18,6
Rimini	Hospice Rimini	Pubblico	10	136	21,4	179	16,4
Totale			120	1.739	18,2	1.999	16,9

*Nei primi mesi del 2005 sono stati attivati altri 2 hospice: a Borgo Val di Taro per 8 posti letto, e a Castel San Pietro Terme per 12 posti letto.

Organizzazione del Distretto

La struttura

La struttura organizzativa del Distretto è composta da:

- direttore,
- Ufficio di coordinamento,
- Dipartimento delle cure primarie,
- articolazioni distrettuali del Dipartimento di salute mentale (Dsm), del Dipartimento di sanità pubblica, del Servizio per le tossicodipendenze (Sert).

I progetti

I progetti integrati del Distretto riguardano:

- demenze senili,
- cure palliative,
- famiglie, infanzia e età evolutiva,
- percorsi assistenziali per diabetici,
- salute dei cittadini immigrati,
- dipendenze patologiche.

Grande rilevanza nell'attività del Distretto ha l'assistenza domiciliare integrata, di tipo multidimensionale e multiprofessionale personalizzata, che si sviluppa attraverso l'integrazione delle competenze e dei livelli di assistenza.

Le funzioni

Le funzioni del Distretto sono:

- erogazione dell'assistenza primaria,
- gestione delle strutture e dei servizi presenti sul territorio destinati all'assistenza sanitaria di primo livello,
- organizzazione dell'accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie,
- gestione integrata con i Comuni delle attività socio-sanitarie.

Il Dipartimento delle cure primarie

Il Dipartimento delle cure primarie si articola in:

- Nuclei per le cure primarie,
- Unità pediatrica distrettuale,
- Consultorio familiare.

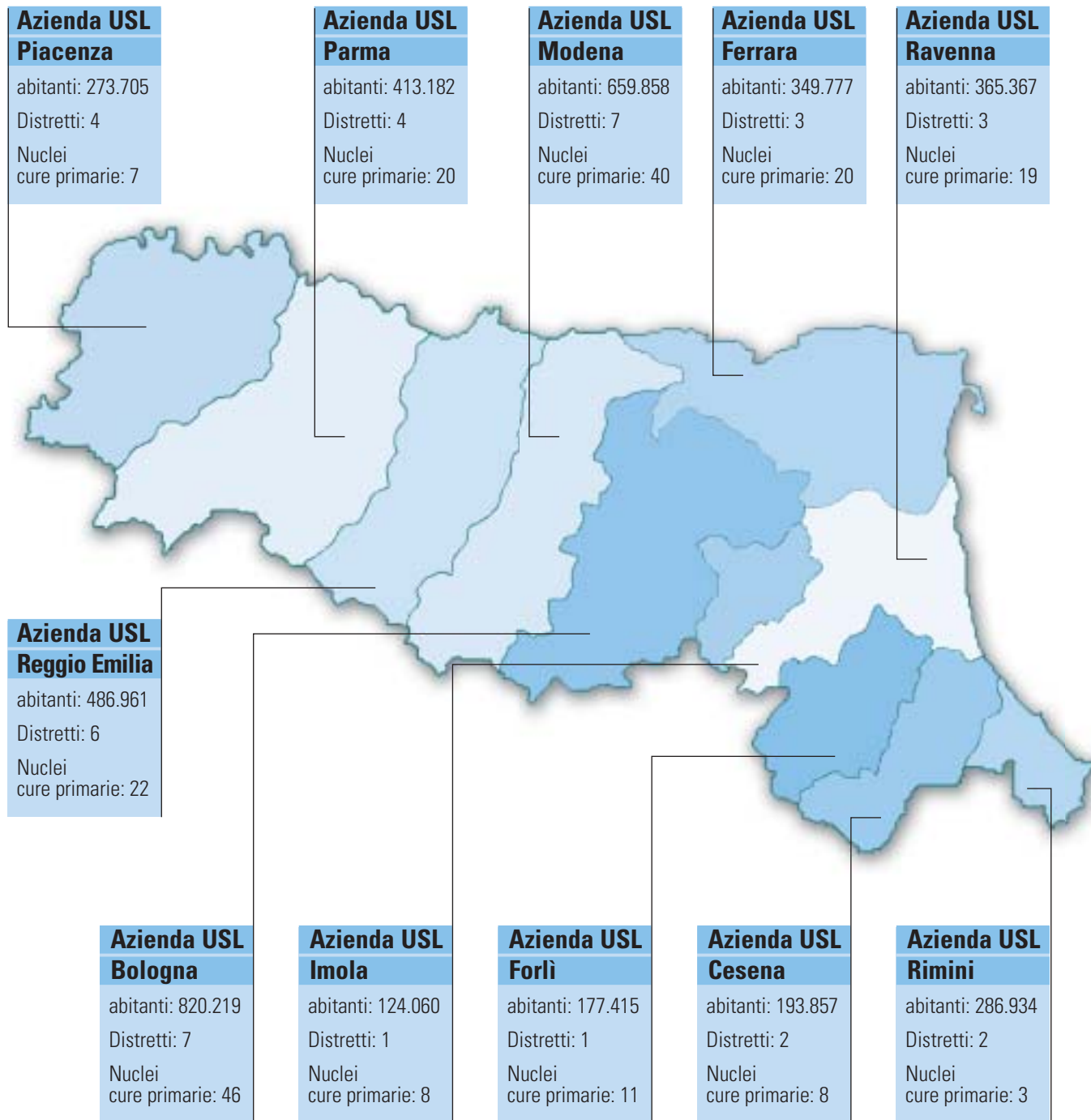
I Nuclei per le cure primarie assicurano assistenza medica, infermieristica, ostetrica e pediatrica; assistenza domiciliare e farmaceutica.

I Consultori familiari assicurano gli interventi a carattere preventivo su programmi distrettuali e trasversali, e le prestazioni complesse multidisciplinari.

L'Unità pediatrica distrettuale garantisce gli interventi preventivi orientati al superamento delle disuguaglianze e la presa in carico dei bambini problematici e con patologie croniche.

Distretti e Nuclei di cure primarie

(Anno 2004)



La popolazione è al 31.12.2004

Programmi di gestione delle liste di attesa nella specialistica ambulatoriale

Appropriatezza

- A garanzia dell'equità di accesso alle prestazioni sono stati identificati i percorsi, basati su criteri di priorità clinica, per le urgenze, la bassa priorità in riabilitazione e per la Mineralometria ossea computerizzata (MOC)
- Ecocolordoppler - Linee Guida per la richiesta di diagnostica per immagini.

Accessibilità alle prestazioni

La rete CUP delle Aziende sanitarie:

- prenota le prestazioni attraverso punti aziendali e punti territoriali (farmacie, uffici postali, Comuni, sedi sindacali, ecc.)
- fornisce informazioni sull'offerta pubblica e privata
- gestisce la revisione periodica delle liste d'attesa e il recupero programmato degli abbandoni e delle rinunce.

Gestione dell'offerta

- Programmazione dell'offerta differenziando le quote di prestazioni destinate all'urgenza, all'attività programmabile (ordinaria) ed ai controlli.

Uso ottimale del patrimonio tecnologico

- Ampliamento degli orari di funzionamento delle attrezzature con particolare riferimento a Tomografia computerizzata e Risonanza magnetica (almeno 12 ore per 5 giorni la settimana).

Monitoraggio dei tempi di attesa

- Rilevazione periodica, in ambito aziendale e regionale, dei tempi di attesa secondo i criteri fissati dalla Regione.

La Regione Emilia-Romagna ha avviato l'accreditamento per la specialistica: questo percorso potrà migliorare la situazione dei tempi di attesa in quanto le Aziende sanitarie per avere l'accreditamento devono presentare i piani dell'offerta.

Day service ambulatoriale

Il Day service ambulatoriale è un modello organizzativo ed operativo, attuato sia in ambito ospedaliero sia all'interno delle strutture ambulatoriali e territoriali. Il Dsa è la sede in cui vengono trattati problemi clinici di tipo diagnostico e terapeutico che necessitano di prestazioni multiple integrate e complesse, che non richiedono sorveglianza od osservazione medica e/o infermieristica per tutta la durata dei singoli accessi.

Obiettivo

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

Cosa determina

- Modifica l'approccio sanitario ai problemi di salute proponendo un nuovo modello assistenziale alternativo, in termini di costo e efficacia, al ricovero ospedaliero.
- Cambia la modalità di erogazione delle prestazioni,

concentrandole il più possibile e riducendo il numero di accessi. Si avvia così la presa in carico ambulatoriale del paziente, migliorando i tempi di risposta ai problemi clinici complessi.

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

A cosa serve

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

L'organizzazione, la gestione e il monitoraggio dei programmi di screening oncologici in Emilia-Romagna

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

In Emilia-Romagna è attivo fin dal 1996 il programma di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero e della mammella, rivolto rispettivamente alle donne dai 25 ai 64 anni (1.100.000) e alle donne dai 50 ai 69 anni (530.000). Nel marzo 2005 è partito il terzo programma di screening: si tratta di un programma rivolto a uomini e donne dai 50 ai 69 anni (oltre 1.000.000) ed è finalizzato alla prevenzione e alla diagnosi precoce dei tumori del colon-retto.

Il modello organizzativo

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

I programmi in corso (mammella, collo dell'utero e colon-retto) sono coordinati a livello regionale dal Centro di riferimento e coordinamento regionale collocato presso il Servizio sanità pubblica dell'Assessorato politiche per la salute.

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

Ad esso confluiscono i dati da tutte le Aziende USL coinvolte (11) nella regione con flussi informativi periodici attivati sia per la verifica dell'avanzamento dei programmi sia per la loro valutazione in base agli indicatori ed agli standard di riferimento individuati.

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

La gestione

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

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

I responsabili indicati ed i referenti epidemiologici, unitamente ai responsabili dei Registri tumori di popolazione e di patologia regionali ed ai responsabili dei gruppi di lavoro per il controllo di qualità e la formazione, costituiscono il Gruppo regionale screening.

Il monitoraggio

A livello di ogni Azienda USL, in stretta integrazione, dove presente, con l'Azienda Ospedaliera o Ospedaliero-Universitaria, il/i responsabili coordinano un Gruppo di lavoro multidisciplinare per ogni programma formato dai rappresentanti delle figure professionali coinvolte attivamente nel percorso diagnostico-terapeutico.

A livello regionale agiscono Gruppi di lavoro per ogni singola disciplina o multidisciplinari, per il controllo e la promozione della qualità nell'ambito dei percorsi diagnostico-terapeutici e per la formazione permanente del personale coinvolto nell'intervento, coordinati da uno o più professionisti esperti e particolarmente qualificati, che operano nei servizi delle Aziende USL in cui l'intervento si svolge, che si caratterizzano così quali Centri di riferimento regionale particolarmente qualificati per i controlli di qualità loro affidati.

Il metodo formativo, di confronto e valutativo prevalentemente utilizzato è quello dell'audit professionale e del confronto fra pari.

Accordi di fornitura fra Aziende USL e Aziende Ospedaliere

I rapporti fra le 11 Aziende USL e le 5 Aziende Ospedaliere (4 Aziende Ospedaliere-Universitarie) sono regolati da accordi di fornitura.

Tali accordi rispondono ai criteri previsti dal Decreto legislativo 229/99 (art.8-quinquies), ripresi e maggiormente specificati dalla delibera della Giunta regionale 426/2000.

La finalità principale è quella di rendere sinergiche e integrare le strutture sanitarie presenti sul territorio, definendo obiettivi comuni e concordati fra le Aziende

Ospedaliere (produttrici) e le Aziende USL di riferimento (committenti).

I contenuti specifici degli accordi sono legati ai bisogni locali e allo stato di integrazione fra le Aziende USL e le Aziende Ospedaliere.

Gli accordi quindi sono uno strumento di programmazione e negoziazione per il completamento e l'orientamento della struttura dell'offerta, di definizione di volumi e tipologia di prestazioni in un'ottica di qualità e appropriatezza condivise.

Accordo tra Regione e ospedalità privata

L'accordo fra la Regione Emilia-Romagna e le Associazioni della ospedalità privata AIOP-ARIS regola i rapporti fra le strutture private di ricovero e il Servizio sanitario regionale sia sul piano economico, individuando budget massimi di riferimento per ambiti provinciali e per tipologie di attività specifiche, che sul piano qualitativo, fissando obiettivi individuati per garantire la piena integrazione delle strutture interessate nella rete assistenziale complessiva.

L'accordo, oltre a regolamentare i rapporti per quanto riguarda l'accesso alle prestazioni, i controlli dei pagamenti ed altri aspetti di carattere generale, tratta in maniera separata le attività di alta specialità, cardiocirurgia e neurochirurgia, l'attività psichiatrica e le restanti attività di ricovero. Per le prime due tipologie definisce budget di riferimento massimi regionali; per le altre attività (cosiddette di non alta specialità) definisce budget provinciali e un budget complessivo regionale per le prestazioni erogate a cittadini residenti in ambiti provinciali diversi rispetto a quello su cui insiste la struttura.

Per garantire il rientro di eventuali produzioni eccedenti il limite prefissato dai budget, l'accordo individua meccanismi di penalità attraverso abbattimenti tariffari a scalare.

L'accordo definisce poi obiettivi strategici per il Servizio sanitario regionale - incremento dei livelli di appropria-

tezza, riduzione delle liste d'attesa, riduzione del tasso di ospedalizzazione, continuità assistenziale -, il pieno rispetto dei quali da parte delle strutture private può portare ad una riduzione delle penalità sugli eccessi di produzione fino ad un massimo definito sulla base di un apposito Fondo regionale dedicato.

L'accordo regionale ha il carattere di accordo quadro, rispetto al quale i contratti locali fra Aziende USL e strutture private possono definire in modo più specifico volumi e tipologie di servizio.

Per il triennio 2004-2006 il nuovo accordo tra Regione Emilia-Romagna e Aiop-Aris ribadisce la presenza del fondo per il rientro dalle penalità rafforzando l'indicazione mirata alla riduzione delle liste di attesa anche in ambito ambulatoriale.

Per il 2005 e 2006, l'accordo prevede che la definizione degli obiettivi per la distribuzione dei fondi per il rientro dalle penalità siano concordati a livello locale al fine di una più stretta correlazione con i bisogni territoriali.

Anche con questo accordo triennale la possibilità di accedere ad un'ulteriore riduzione delle penalità è limitata alle strutture che si dotano di strumenti per la valutazione del "risk-management", che adottano comportamenti tesi al miglioramento della continuità assistenziale con particolare riferimento alle dimissioni protette e alla valutazione degli esiti assistenziali in ambito riabilitativo.

Accordo tra Regione ed Enti ausiliari per migliorare l'assistenza a persone con dipendenza

La Regione Emilia-Romagna ha sottoscritto da oltre due anni un accordo con il Coordinamento degli Enti ausiliari (il "privato sociale") per migliorare l'assistenza alle persone con problemi di dipendenza. Rispetto agli obiettivi principali, nei primi due anni di applicazione dell'accordo sono state sviluppate le seguenti azioni:

- La definizione annuale del tetto massimo di spesa regionale, suddiviso ulteriormente in tetti massimi di spesa per Azienda Usl, contestualmente all'adeguamento delle tariffe.
- La stesura di accordi locali, di area aziendale e sovraziendale, che definiscono:
- i fabbisogni generali e/o per singola struttura
- le eventuali necessità di riconversioni
- le attività ulteriori rispetto ai programmi riabilitativi residenziali e semiresidenziali

Queste misure consentiranno, nel rispetto del governo della crescita della spesa, di attivare per-

corsi tesi a valutare la qualità e l'appropriatezza degli interventi offerti, incentivando, ove necessario, la riconversione dei percorsi e il rapporto domanda/offerta.

La definizione di criteri condivisi ha permesso di regolamentare:

- l'accesso alle prestazioni
- la riconversione delle strutture
- l'impegno verso una maggiore continuità assistenziale attraverso l'utilizzo preferenziale delle strutture presenti sul territorio regionale
- i flussi informativi (dati di attività e di costo) degli Enti nei confronti della Regione
- la formazione e l'aggiornamento degli operatori

Il lavoro di una Commissione paritetica (costituita da rappresentanti della Regione e degli Enti ausiliari) ha consentito il monitoraggio dell'applicazione dell'accordo, favorendo momenti di confronto.

Accordo con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta

La Regione Emilia-Romagna, in attuazione delle disposizioni degli accordi collettivi nazionali di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, approva accordi attuativi regionali.

Sono attualmente in vigore gli accordi attuativi regionali in applicazione delle disposizioni nazionali definite con i Dpr 270/2000 e 272/2000.

Gli accordi attuativi regionali vigenti definiscono il ruolo dei medici di medicina generale e gli obiettivi specifici dell'assistenza sanitaria, con particolare riferimento a:

- funzione dei medici convenzionati nell'ambito delle cure primarie e nella realizzazione dei piani per la salute;
- sviluppo delle forme associative per facilitare l'accesso dei cittadini all'assistenza medica;
- assistenza medica di ammalati ospiti nelle strutture residenziali territoriali e potenziamento delle forme alternative al ricovero ospedaliero (assistenza domiciliare, assistenza residenziale e semi - residenziale, sviluppo di cure palliative con assistenza in hospice);

- perseguimento dell'appropriatezza e razionalizzazione dell'impiego delle risorse per il rispetto dei livelli di spesa programmati.

Nel marzo 2005, in sede di Conferenza Stato-Regioni, è stato approvato il nuovo accordo collettivo nazionale per i medici di medicina generale, mentre l'analogo accordo nazionale per i pediatri di libera scelta è ancora in discussione. La Regione Emilia-Romagna ha già avviato le trattative con le organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale per l'elaborazione dei nuovi accordi regionali.

È tuttora in vigore (giugno 2005) l'intesa sottoscritta con le organizzazioni sindacali dei medici per l'appropriatezza dell'assistenza farmaceutica attraverso il corretto utilizzo dei farmaci e il migliore impiego delle risorse.

La Regione Emilia-Romagna ha sottoscritto inoltre uno specifico accordo con le organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta relativo alla gratuità - per i minori di 18 anni e per le persone disabili di ogni età - delle certificazioni necessarie per l'attività sportiva non agonistica.

Autorizzazione e accreditamento

La Regione Emilia-Romagna, con delibera n° 327/2004, ha ridefinito le norme in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti, alla luce dell'evoluzione del quadro normativo nazionale.

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

L'istituto dell'autorizzazione è finalizzato a garantire il rispetto dei requisiti strutturali e di sicurezza per i pazienti e gli operatori in qualsiasi struttura sanitaria, pubblica o privata, operante in Emilia-Romagna.

L'accreditamento assicura il rispetto dei requisiti di qualità dell'assistenza nelle strutture sanitarie e dei professionisti che intendono operare per conto del Servizio sanitario regionale.

In particolare, la delibera:

- ridefinisce i requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie e dei professionisti, elaborati a seguito di un lungo percorso di confronto e condivisione tra i professionisti e gli esperti di organizzazioni operanti nelle strutture pubbliche e private;

- definisce le procedure per l'autorizzazione e l'accreditamento, individuando modalità e tempi;
- prevede la necessità di autorizzazione anche per gli studi professionali degli odontoiatri o di altri studi professionali utilizzati per procedure diagnostiche e/o terapeutiche di particolare complessità o che comportino rischi per la sicurezza del paziente;
- consente l'avvio concreto dell'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna nelle strutture di degenza e permette di superare l'attuale fase transitoria, ad iniziare dalle strutture ospedaliere pubbliche e private.

Dal 1° settembre 2004 il processo di verifica è attivo e già sono state visitate numerose strutture sanitarie. È prevista l'annuale pubblicazione sul BUR dei soggetti accreditati.

Con le delibere n° 293 e 294 del 2005, il processo di accreditamento è stato esteso anche alle strutture ambulatoriali e odontoiatriche. Dovranno essere stabiliti piani della specialistica aziendale e successivamente al perfezionamento di questi si avranno le verifiche sul campo.

Osservatorio per le tecnologie sanitarie

L'Osservatorio delle tecnologie sanitarie ha lo scopo di fornire la situazione delle tecnologie installate e in uso nelle Aziende sanitarie. Il processo relativo al periodico rilevamento, consolidamento e presentazione dei dati è stato curato dal "gruppo regionale tecnologie sanitarie" attraverso la realizzazione delle seguenti fasi:

- creazione di un gruppo di referenti, individuati da ciascuna Azienda sanitaria, con un profilo professionale specifico;
- progettazione e realizzazione di un portale intranet per lo scambio dei dati e delle informazioni relativamente alle principali tematiche di interesse: alerts, nuove tecnologie, problematiche gestionali;

- progettazione e realizzazione di uno strumento informatico per l'acquisizione dei dati unitamente alle procedure di controllo per la validazione lato utente;
- progettazione e realizzazione di un insieme di indicatori regionali per l'analisi della base dati consolidata.

Sono attualmente monitorate e periodicamente aggiornate circa 202 classi corrispondenti circa a 40.000 beni per un controvalore pari all'80% del valore complessivo dell'installato.

L'Osservatorio è attualmente in fase di sviluppo e di ampliamento per permettere un'analisi finalizzata alla correlazione tra tecnologia e prestazione sanitaria erogata.

Educazione continua in medicina

Dal 2002 è stato avviato il sistema italiano di Educazione continua in medicina (ECM), come previsto dal D.Lgs. 229/1999. In Emilia-Romagna sono oltre 60.000 gli operatori sanitari interessati (oltre 41.000 i dipendenti delle Aziende sanitarie e degli Istituti Ortopedici Rizzoli, circa 3.370 i medici di medicina generale e circa 540 i pediatri di libera scelta, e poi gli specialisti, i dipendenti delle strutture private convenzionate e altri).

La Giunta regionale dell'Emilia-Romagna ha adottato nel giugno 2002 una prima delibera (n. 1072) con la quale ha dato l'avvio alle procedure previste a livello regionale. Nel 2004 è stata adottata una seconda delibera (n. 1217) che ne ha perfezionato il funzionamento. Sono state costituite una Commissione regionale di esperti e una Consulta regionale per l'ECM per dar voce agli operatori sanitari, composta da rappresentanti degli Ordini, dei Collegi e delle Associazioni professionali.

In attesa che siano definiti requisiti a livello nazionale, vengono considerati provvisoriamente accreditati come "organizzatori di attività formative di interesse per l'ECM" le Università pubbliche e private, le Aziende sanitarie della regione e gli Istituti scientifici del Servizio sanitario nazionale.

Possono essere accreditati eventi formativi "residenziali" (corsi, seminari, conferenze) e anche attività di "formazione sul campo" (attività di addestramento, par-

tecipazione a commissioni o comitati, ad audit clinici, a progetti di miglioramento, a ricerche).

In Emilia-Romagna non possono essere accreditati eventi formativi per i quali siano utilizzate fonti di finanziamento che creino conflitti di interesse. In altre parole non è accreditabile un evento formativo finanziato direttamente (anche parzialmente) da un'organizzazione che abbia interessi commerciali, lucrativi o non lucrativi, nel campo sanitario. La sponsorizzazione delle attività formative, ad esempio di un'Azienda sanitaria, è possibile solo se ha carattere generale e non è legata a specifici eventi.

Complessivamente nel 2004 sono stati accreditati dalla Regione Emilia-Romagna per l'ECM quasi 8.000 progetti, tra i quali circa 500 di formazione sul campo.

I crediti acquisiti a livello regionale hanno lo stesso valore sul territorio nazionale di quelli acquisiti attraverso corsi accreditati dalla Commissione nazionale. L'Emilia-Romagna è la Regione capofila di un progetto pilota finalizzato alla costruzione di un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'ECM. Al progetto, che è finanziato dal Ministero della Salute, partecipano anche altre 9 Regioni.

Maggiori informazioni si possono trovare sul sito web <http://ecm.regione.emilia-romagna.it>

Numero verde del Servizio sanitario regionale

Garantire a tutti i cittadini informazioni chiare e omogenee sui servizi sanitari e socio-sanitari, sulle modalità di accesso e sui luoghi di erogazione in tutto il territorio, da Piacenza a Rimini. Con questo obiettivo la Regione Emilia-Romagna ha attivato il numero verde del Servizio sanitario regionale 800 033 033.

Il numero verde è attivo dalle 8.30 alle 17.30 nei giorni feriali e dalle 8.30 alle 13.30 il sabato. La chiamata è gratuita e può essere effettuata da tutta Italia, sia da telefono fisso che da cellulare.

Il servizio di informazioni del numero verde può contare su una banca dati unica (costruita e aggiornata

da Regione e Aziende sanitarie). È gestito da un call center con 14 postazioni, presidiate da operatori appositamente formati, collegato in rete telematica e telefonica con gli Urp delle Aziende sanitarie e degli Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna.

Dal giugno 2002 ha risposto a oltre 250.000 telefonate dei cittadini.

Il numero verde del Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna è un servizio in continuo sviluppo. Si sta già lavorando perchè le informazioni di cui dispone siano consultabili direttamente tramite il portale del Servizio sanitario regionale Saluter (www.saluter.it).

Progetto SOLE - Rete integrata ospedale-territorio: i medici di famiglia e gli specialisti on-line

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

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

Gli obiettivi

Tra gli obiettivi figurano:

- la riduzione degli oneri burocratici richiesti attualmente ai MMG/PLS nell'esercizio della loro professione;
- la completa conoscenza, da parte di MMG/PLS, delle condizioni cliniche e delle prestazioni erogate ai propri assistiti dagli altri servizi sanitari (al fine della continuità assistenziale);
- la facilitazione degli adempimenti amministrativi e di comunicazione con i Dipartimenti cure primarie dei Distretti dei MMG/PLS previsti dagli accordi collettivi nazionali e dagli accordi attuativi regionali;
- il potenziamento delle possibilità di accesso alle biblioteche virtuali per rendere effettivo e qualificato l'aggiornamento professionale e la formazione permanente.

Le azioni

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

- creazione dell'infrastruttura di "cooperazione" tra i patrimoni applicativi a livello aziendale e interaziendale;
- creazione delle interfacce con applicativi di studi dei MMG/PLS, infermieri domiciliari, ambulatori distrettuali e ospedalieri, ...;
- estensione della rete ai MMG/PLS tramite il collegamento telematico dei singoli studi;
- sviluppo e sperimentazione di protocolli standard di comunicazione per condividere le informazioni cliniche rilevanti ai fini dell'attività di cura e di continuità assistenziale.

La sperimentazione

Il progetto è attualmente in sperimentazione nelle province di Bologna, Modena, Reggio Emilia e Rimini ed è prevista l'estensione, sempre a livello sperimentale, in tutte le Aziende sanitarie entro il 2005.

Nelle Aziende sanitarie già sperimentatrici sono stati individuati i medici sperimentatori, circa un centinaio, che sono collegati in rete (mediante linea ADSL) al server SOLE della rispettiva Azienda sanitaria e mediante questa connessione possono:

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

Per ciascuna informazione trasmessa e condivisa è stato previsto, in forme differenziate, l'acquisizione del consenso al trattamento dei dati da parte dell'assistito secondo quanto previsto dalla Legge 196/2003. Tutte le informazioni cliniche raccolte nel "repository" (base dati storica) SOLE concorreranno a costituire l'Indice Regionale degli Eventi Clinici (IREC) che potrà essere consultato on line da qualunque professionista medico che abbia in cura l'assistito e che quindi sia autorizzato a conoscerne i precedenti clinici.

Coordinamento editoriale e di redazione:
Marta Fin e Claudio Visani

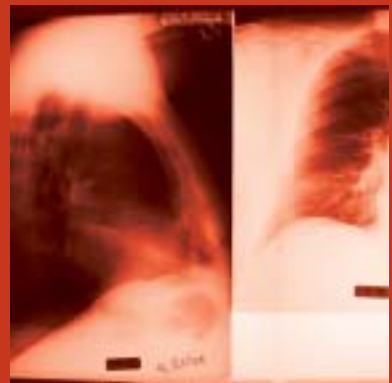
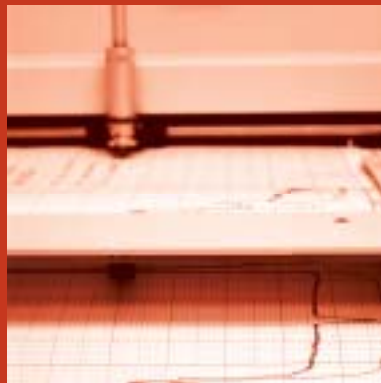
Redazione: Marta Fin, Nicola Quadrelli, Claudio Visani
(hanno collaborato tutti i Servizi della Direzione generale sanità e politiche sociali)

Progetto grafico:
Tracce - Modena

Stampa:
Nuovagrafica - Carpi
Luglio 2005

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

www.saluter.it
infosaluter@saluter.it





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA



Regione Emilia-Romagna