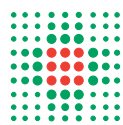
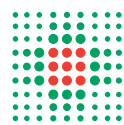


**CSST** CONFERENZA SOCIALE SANITARIA TERRITORIALE  
della Provincia di Reggio Emilia



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

# PIANO ATTUATIVO LOCALE (PAL)

*18 Febbraio 2004*



P  
A  
L

*Il nuovo Piano Attuativo Locale rappresenta il frutto di un lungo e partecipato confronto, iniziato nel giugno 2002, che ha coinvolto i professionisti dell'Azienda Sanitaria e dell'Azienda Ospedaliera, i Sindaci dei 45 Comuni, il terzo settore, le Associazioni di Volontariato, i Comitati Consultivi Misti, le Organizzazioni Sindacali e una parte della cittadinanza, a conferma della voglia di partecipare alle scelte strategiche da parte della comunità reggiana.*

*Nonostante la brutta aria che tira sul Servizio Sanitario Nazionale, il PAL 2004 della provincia reggiana conferma ancora una volta la scelta politica di avvalersi di un servizio sanitario pubblico, universale, sostanzialmente gratuito, con relazioni positive con le esperienze private e l'associazionismo, e con un notevole grado di efficienza e innovazione.*

*La principale idea innovativa del PAL è l'attivazione dei Nuclei di Cure Primarie nel territorio, un modo nuovo di concepire servizi e strutture in rete e di sostenere l'integrazione socio-sanitaria. La collaborazione tra le due Aziende pubbliche, consente di offrire grazie alla rete provinciale degli ospedali riposte appropriate ai bisogni assistenziali dei cittadini. Inoltre, il PAL 2004 non presenta alcun taglio ai servizi, né riduzione di posti letto e continua il suo percorso verso l'integrazione degli ospedali e la loro specializzazione, valorizzandone le competenze dei professionisti.*

*Ci sembra di aver determinato le condizioni affinché, anche per i prossimi anni, sia garantito quel livello qualitativo che ha reso felice il rapporto fra i cittadini e la sanità reggiana. Lo abbiamo fatto perché, come amministratori di questa provincia, siamo convinti che il PAL sia il cardine principale del sistema di welfare del nostro territorio, un investimento fondamentale per migliorare la qualità della vita di tutta la comunità provinciale.*

ROBERTO RUINI  
Presidente della Provincia di Reggio Emilia

*Questo Piano Attuativo Locale (PAL) rappresenta gli indirizzi del sistema provinciale dei servizi sanitari per i prossimi anni ed è l'esito della concertazione con il sistema delle autonomie locali, con i professionisti delle Aziende Sanitarie della Provincia, con le Organizzazioni Sindacali, con le Associazioni di Volontariato, con il terzo settore, con i rappresentanti dell'utenza nelle Aziende Sanitarie (Comitati Consultivi Misti) e con i cittadini.*

*Le principali novità riguardano: lo sviluppo delle Cure Primarie, ovvero una modalità di offerta dei servizi che assicuri una forte integrazione operativa tra medici di medicina generale, pediatri di famiglia, servizi infermieristici territoriali ed altri operatori dei servizi specialistici e dei servizi sociali, la continuità della cura tra ospedale e territorio, la semplificazione dei percorsi per pazienti affetti da patologie croniche.*

*Per quanto riguarda gli ospedali: il consolidamento della rete ospedaliera provinciale sulla base di vocazioni di stabilimento, lo sviluppo dei percorsi di integrazione tra Azienda ospedaliera S. Maria Nuova e Azienda USL, sull'esempio di quanto già viene realizzato per l'ambito cardiologico, lo sviluppo del sistema integrato provinciale dell'emergenza-urgenza, il potenziamento delle tecnologie diagnostiche pesanti, l'avvio di sistemi di trasmissione delle immagini e lo sviluppo dei sistemi informatici a supporto dell'attività di cura, la realizzazione di significativi interventi di adeguamento delle strutture ospedaliere.*

*Altro elemento qualificante di questo PAL è l'impegno nello sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria da parte dei diversi attori pubblici e privati negli ambiti di continuità delle cure e dell'offerta di servizi per la disabilità di minori e adulti, nel rapporto con gli enti locali e nella ridefinizione delle modalità di risposta, secondo l'orientamento del sistema integrato dei servizi sociali e sanitari.*

*Un sentito ringraziamento a tutti coloro che hanno contribuito alla elaborazione di questo documento, portando idee, proposte, spunti di riflessione.*

MARIELLA MARTINI  
Direttore Generale  
Azienda Unità Sanitaria Locale  
di Reggio Emilia

LEONIDA GRISENDI  
Direttore Generale  
Azienda Ospedaliera  
Arcispedale S. M. Nuova di Reggio Emilia

## I N D I C E

Introduzione:	
Significati e criteri generali per la definizione del nuovo PAL .....	pag. 4
<b>1</b> <b>PRINCIPI GENERALI</b> .....	pag. 6
1.1 Riferimenti teorici, documentali e normativi .....	pag. 6
1.2 Valori di riferimento .....	pag. 7
1.3 Elementi guida della pianificazione .....	pag. 8
1.4 Punti di forza ed elementi di possibile debolezza .....	pag. 12
1.5 Compatibilità economico-finanziaria di sistema .....	pag. 13
1.6 Una fotografia dello stato di salute della Provincia di Reggio Emilia .....	pag. 15
<b>2</b> <b>LINEE DI LAVORO PER LE AREE DI ATTIVITÀ</b> .....	pag. 23
2.1 Progetti comuni per il miglioramento del sistema curante .....	pag. 23
2.2 Area della sanità pubblica .....	pag. 27
2.3 Il territorio .....	pag. 33
2.3.1 Area dell'integrazione socio-sanitaria .....	pag. 35
2.3.2 Area della salute mentale .....	pag. 41
2.3.3 Area delle cure primarie .....	pag. 47
2.4 Area della specialistica ambulatoriale .....	pag. 53
2.5 Area del ricovero ospedaliero .....	pag. 57
<b>3</b> <b>AMMODERNAMENTO STRUTTURALE E SVILUPPO TECNOLOGICO DEL SISTEMA PUBBLICO DEI SERVIZI SANITARI</b> .....	pag. 93
3.1 Azienda Unità Sanitaria Locale .....	pag. 93
3.1.1 Investimenti strutturali .....	pag. 93
3.1.2 Investimenti in tecnologie e apparecchiature sanitarie .....	pag. 97
3.1.3 Investimenti in tecnologie informatiche .....	pag. 99
3.2 Azienda Ospedaliera .....	pag. 101
3.2.1 Investimenti strutturali .....	pag. 101
3.2.2 Investimenti in tecnologie sanitarie ed informatiche .....	pag. 103

- Il Piano Attuativo Locale (PAL) è lo strumento di programmazione finalizzato a definire in modo “concertato” con il sistema delle autonomie locali il contributo del sistema provinciale dei servizi sanitari al raggiungimento degli obiettivi di salute definiti dai piani per la salute (cfr Piano Sanitario Regionale). Il PAL cioè si propone come strumento tecnico del settore sanitario, all’interno del disegno più generale della comunità provinciale, finalizzato alla promozione della salute esplicitato concretamente attraverso i piani per la salute. Trova importantissime connessioni con i Piani di Zona, strumenti di programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali che comprendono prestazioni e attività socio-assistenziali e socio-sanitarie (L. 328/2000 e L.R. 12.3.2003 n. 2), recupera, valorizza e sistematizza i Programmi delle Attività Territoriali (PAT) quale strumento dei distretti per la Pianificazione dell’offerta, orienta i Piani delle Azioni triennali ed annuali delle Aziende Sanitarie.
- Il PAL e i Piani di Zona, in specifico, fondandosi sulla cultura della partecipazione e della cooperazione fra i soggetti, si delineano pertanto come un sistema di programmazione unitario finalizzato all’integrazione strutturata e coordinata di tutti i servizi sanitari e sociali pubblici e privati, e al loro funzionamento a rete.
- Il nuovo PAL in particolare si collega con gli indirizzi di lavoro emersi nel lavoro di definizione dei Piani per la salute a livello provinciale assumendone gli orientamenti generali e le priorità.
- Rispetto al PAL 1997-1999, che ha visto negli anni successivi il suo completamento e arricchimento, questo nuovo PAL si caratterizza come strumento di continuità. Le scelte fatte in questi anni richiedono di essere completate; quelle di investimento innanzitutto (ASMN Reggio Emilia e Presidio Ospedaliero provinciale), ma è elemento importante anche la continuità di sviluppo delle scelte di sistema quali l'emergenza-urgenza, la rete laboratoristica, la diagnostica per immagini, la neurotraumatologia. I temi dell'efficacia, dell'appropriatezza nell'offerta - dovendo tenere in considerazione l'uso ottimale di risorse scarse - e quello dell'equità, inteso come garanzia di pari opportunità per tutti i cittadini, sono al centro di questo nuovo Piano Attuativo Locale. I risultati ottenuti in questi anni nell'offerta dei servizi sono un patrimonio di tutta la comunità. Rappresentano nel contempo un punto di partenza per un continuo miglioramento secondo i principi sopra richiamati e con attenzione alla rispondenza, al mutare delle condizioni demografiche ed epidemiologiche della popolazione e del territorio reggiano.
- Il sistema dei servizi sanitari della provincia e, in primo luogo, delle due aziende pubbliche, parte dalla convinzione che programmare in questa fase storica e sociale significa soprattutto avviare un processo che, lungi dal seguire i percorsi lineari tradizionali della pianificazione e dal ricomprendere tutta la realtà, sappia coinvolgere le istanze sociali, istituzionali e non, i professionisti e il capitale sociale più in generale presente sul territorio per un riorientamento complessivo dell’offerta. Accanto a scelte di programma è necessario creare le premesse teoriche, tecniche e metodologiche per il governo della complessità: la convinzione è che la priorità non siano tanto le operazioni di architettura organizzativa quanto la condivisione di una visione strategica, sia per la sanità che per la comunità reggiana. Quindi anche con questo momento programmatico si apre una opportunità di concertazione permanente che deve impegnare tutti i soggetti sociali come condizione per la concretezza e la riuscita delle scelte strategiche.
- Il PAL rappresenta, per il sistema dei servizi, uno

strumento importante per la costruzione della partecipazione a tutti i livelli come fattore di successo imprescindibile. La partecipazione è necessario garantirla e ricercarla:

- a) per i cittadini portatori di domande ma anche di risorse, "proprietari" di un disegno di salute cui i servizi e l'intero sistema curante possono contribuire in una dimensione prima di tutto promozionale;
  - b) per i professionisti portatori di competenze e modalità di lavoro dal cui sviluppo e adeguamento, convinto e condiviso, può migliorare la efficacia ed adeguatezza dell'offerta;
  - c) per tutti gli attori sociali – la comunità, il terzo settore, le organizzazioni di volontariato, le forze produttive ecc. – come partner attivi di progetto;
  - d) per tutti i portatori di interessi (istituzioni, forze sociali, volontariato, etc.) in funzione di una formalizzazione coerente del disegno strategico e di una coerente azione orientata al coordinamento della "cultura della salute" e dell'efficacia, sicurezza ed efficienza del sistema curante.
- Con questo documento le Aziende Sanitarie intendono fornire uno strumento utile ai vari interlocutori chiamati ad un impegno progettuale per orientare le scelte, definire i confini e le opportunità di ricerca e sviluppo, dare concretezza alle scelte strategiche con impegni strutturali, tecnici ed organizzativi coerenti. Si vogliono cioè definire strade e confini generali per un piano unitario al suo interno e coerente con le scelte generali e gli indirizzi strategici della pianificazione dello sviluppo della comunità reggiana. In questo senso va utilizzato come guida per il lavoro di progettazione operativa che da esso dovrà necessariamente scaturire per dare concretezza agli indirizzi generali.

## 1. PRINCIPI GENERALI

### 1.1 RIFERIMENTI TEORICI, DOCUMENTALI E NORMATIVI

- **OMS - Europa:** i 21 obiettivi per la sanità per tutti nel XXI secolo. In particolare serve richiamare le quattro strategie d'azione alla base del disegno:

- 1) servizi di sanità di base (primaria) integrati basati sulla famiglia e sulle risorse della rete e sostenuti da un sistema ospedaliero flessibile ed efficiente;
- 2) strategie multisettoriali capaci di incidere sui determinanti di salute, tenendo conto degli aspetti economici, sociali, culturali, delle specificità di genere e presidiando sistematicamente gli effetti delle azioni sulla salute;
- 3) attenzione all'efficacia clinica e ai risultati di salute come elemento guida delle programmazioni;
- 4) creazione delle condizioni per la partecipazione di tutti gli attori sociali, famiglia, scuola, mondo del lavoro e della collettività al processo di presa di decisione e alla responsabilità dei risultati.

- **Riferimenti documentali e normativi:**

#### a) Nazionali

- D.Lgs. 502/92 "Riordino della disciplina in materia sanitaria" e successive integrazioni e modifiche
- D.Lgs. 229/99 "Norme per la razionalizzazione del S.S.N."
- Il patto di stabilità stato-regioni in merito alle compatibilità
- Piani sanitari e sociali nazionali e progetti obiettivo (salute mentale, materno-infantile, tossicodipendenze)
- L.N. 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"
- Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria (L. 347 del 18/09/2001)
- Definizione dei livelli essenziali di assistenza (DPCM 29/11/2001)

#### b) Regionali

- Il Piano Sanitario Regionale (1999-2001) e documenti attuativi
- Le indicazioni di priorità (obiettivi, ecc.) proposte all'attenzione del Sistema Sanitario con direttive e circolari
- L.R. 12 marzo 2003 n. 2 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizio sociale"

#### • Riferimenti documentali e scelte organizzative a livello locale

- Gli Atti aziendali e documento di organizzazione
- Le scelte dei Piani per la Salute (Pps) espresse nel documento del Novembre 2001 (Documento di Riferimento) e nelle successive definizioni progettuali
- Accordi di programma, contratti e accordi di fornitura
- Il Progetto di riordino dei servizi per la Salute (PAL 97-99)
- Piani di zona 2002
- Programmi delle Attività Territoriali
- Piani e programmi delle istituzioni locali (sanitarie e non sanitarie)

Particolare evidenza acquistano alcuni aspetti che ridefiniscono la struttura organizzativa e il sistema delle alleanze:

- il D.Lgs. 229/99 introduce il principio "dell'autonomia imprenditoriale" per le aziende sanitarie; la loro organizzazione e il loro funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, con ciò impegnando direttamente tutte le strutture al perseguimento degli obiettivi aziendali.
- Il sistema delle responsabilità viene delineato nelle sue dimensioni di governo, committenza e produzione, sottolineando ruoli e funzioni dei vari livelli formali. Aspetto significativo del



disegno è il ruolo di “committenza” che viene assegnata in specifico al Distretto, che la esercita in forma collegiale con l’alta direzione e si esprime nei confronti di tutti i produttori di servizi sanitari, interni ed esterni all’Azienda, pubblici e privati. Con la Legge Regionale 2/2003 di riforma del welfare locale il ruolo dei Direttori di Distretto acquista ancora più significato come interlocutore della comunità locale e riferimento per l’integrazione tra sanitario, sociale e assistenziale in una visione unitaria del progetto di salute del territorio.

- Il sistema dell’offerta parte dal presupposto che tutte le risorse del territorio pubbliche e private siano in rete, e attraverso i percorsi dell’accreditamento siano riconosciute e partecipino contribuendo alla formulazione del piano dell’offerta di servizi. Si introduce cioè un meccanismo di “cooperazione” e di “coprogettualità” i cui vincoli sono da una parte la qualità dell’offerta e dall’altra il sistema generale delle compatibilità.

**S**ta cambiando l’idea di salute nella comunità e nei singoli cittadini nel senso che l’attenzione alla assenza di malattia si integra con un bisogno più generale di qualità di vita; ciò si traduce in forme nuove e più definite di relazione con i servizi, oltre che nella esplicitazione di diverse e più precise attese nella qualità dei servizi.

Nel predisporre il nuovo PAL l’insieme dei servizi sanitari pubblici e privati traduce queste attese definendo ed esplicitando i propri valori su cui costruire l’offerta e si confronta attraverso questi valori con la comunità.

L’obiettivo strategico è di poter pervenire ad un sistema di garanzia, con evidenza di cosa si offre, dei modi concreti dell’offerta con i relativi livelli di qualità dichiarati, un sistema basato sull’accreditamento e la ricerca dell’eccellenza.

### **VALORI di riferimento per garantire la centralità della persona che entra in relazione con il sistema sanitario**

- a.1) **equità** nella direzione dell’uguaglianza dei diritti e dei doveri, della creazione di uguali opportunità d’utilizzo e di accesso ai servizi, della ricerca di uguale attenzione ai bisogni di salute – valore questo che guida la dichiarazione dei criteri e dei livelli dell’offerta;
- a.2) **solidarietà** come impegno alla reciprocità in una vista di pari opportunità che richiede accoglienza, rispetto delle diversità e interpreta il territorio provinciale e i suoi bisogni secondo criteri unitari e trasparenti;
- a.3) **rispetto e valorizzazione della persona** fino alla ricerca di una reale personalizzazione dell’offerta. Si colloca in questo contesto un’idea di libertà intesa come creazione di consapevolezza e autonomizzazione (empowerment) che guida i modi e le forme



della relazione di servizio (si pensi solo all'educazione terapeutica, ma anche alle necessità della continuità della cura). Elemento centrale a questo livello è la riduzione delle asimmetrie informative. Il "consenso informato" rappresenta un elemento fondamentale del processo di cura.

### **VALORI di riferimento per adeguare l'offerta di servizi ai reali bisogni dei cittadini e della comunità**

- b.1) **la flessibilità** organizzativa orientata alla centralità sul cittadino e sul suo bisogno e come capacità di ricercare soluzioni innovative;
- b.2) **l'efficienza** gestionale come dovere sociale nella gestione di risorse pubbliche. Ciò vale sia in generale che più in specifico per la gestione delle tecnologie (reti informatiche, tempi d'utilizzo, ...) e per la valorizzazione delle competenze distintive (fare ciò che si sa fare);
- b.3) **l'appropriatezza**: fare bene le cose giuste al momento giusto come condizione di efficacia e di efficienza. Ma è altrettanto importante per l'appropriatezza la capacità di porsi dalla parte del fruitore/cittadino per ascoltarlo e per creare consapevolezza;
- b.4) **la sicurezza** dell'offerta nelle dimensioni della gestione del rischio clinico, di quello organizzativo, strutturale e ambientale.
- b.5) **la ricerca di reti nel senso sia di costruzione di partnership che di alleanze** come condizione per la garanzia dell'omogeneità dell'offerta da parte di tutti gli erogatori pubblici e privati.

**L**a *vision*, cioè le sfide cui intendono rispondere le linee di lavoro contenute in questo Piano Attuativo Locale vincola tutti gli erogatori di servizi al raggiungimento di alcuni risultati di sistema puntando su azioni coerenti e omogenee. In particolare va sottolineato come i servizi sanitari siano una risorsa della comunità e quindi i loro effetti in termini di risultato, intesi come guadagno di salute, siano proporzionali alla loro capacità di collegarsi al sistema sociale di cui sono espressione, influenzando e lasciandosi influenzare dalle scelte più generali di pianificazione del territorio (dalla viabilità alle scelte urbanistiche, dalla scuola al tempo libero, allo sviluppo compatibile). Ne discendono alcuni comportamenti di lavoro che vengono considerati fondamentali per il successo delle scelte di pianificazione:

- 1) **La promozione della salute** nella sua accezione di diritto/opportunità per la persona e per la comunità. Sanità e salute non sono sovrapponibili e le scelte di governo, ai diversi livelli, attinenti all'istruzione, all'ambiente, al contesto, alle povertà e alle situazioni di deprivazione sociale, hanno anche un rilevante impatto sullo stato di salute della popolazione. La promozione della salute rappresenta da un lato un *processo globale* in grado di modificare, in senso favorevole alla salute, gli ambienti e le condizioni di vita, e di incidere positivamente sugli atteggiamenti e i comportamenti delle persone che li frequentano e, dall'altro una *tecnologia sanitaria* che deve essere valutata e utilizzata nel lavoro quotidiano delle strutture sanitarie. Il *processo globale* è di tipo sociale e politico e riguarda soprattutto i livelli di Governo locale, tuttavia richiede che le strutture sanitarie svolgano un ruolo attivo nello sviluppo di un Piano Per la Salute della comunità, in una logica di partnership e di condivisione di strategie operative sia

nell'identificazione delle priorità di salute che nel generare le risorse necessarie a farvi fronte. La promozione della salute come *tecnologia sanitaria* comporta per le strutture sanitarie lo sviluppo di competenze professionali, organizzative e relazionali che mettano in grado i pazienti, i familiari, gli operatori e la comunità di aumentare il controllo sui fattori determinanti la salute e di migliorarla. La pianificazione di strategie e di attività di promozione della salute, nelle due forme di processo globale e di tecnologia sanitaria, può anche, ma non solo, trovare riscontro metodologico e operativo nel progetto provinciale dei PPS e in quello della rete HPH (Health Promoting Hospitals) cui aderiscono tutte le strutture sanitarie pubbliche della provincia.

## 2) Partire dai problemi prioritari di salute.

L'impegno della pianificazione è orientato a rispondere al quadro epidemiologico ed alle emergenze sanitarie. Nel momento delle scelte operative e di progettazione diventa perciò indispensabile dichiarare i criteri sui quali vengono definite le priorità di salute e salvaguardati i valori di riferimento che costituiscono la base della progettazione dei singoli servizi e delle scelte generali di organizzazione del sistema curante. Partire dai problemi prioritari di salute significa:

- a) dare evidenza dei fenomeni sociali e dei relativi bisogni di salute come pre-condizione per l'allocazione appropriata delle risorse sulle priorità di salute;
- b) permettere verifiche e valutazioni di efficienza e di efficacia (dati di consumo e di produzione) con evidenze interne al sistema curante e non solo alle singole aziende;
- c) dare evidenza dei guadagni di salute reale

della comunità. Tre domande devono guidare ogni area dell'intero sistema curante, nell'elaborazione del programma di lavoro:

- *Sto affrontando i problemi prioritari di salute?*
- *Quello che faccio è coerente, adeguato e mirato ai problemi di salute prioritaria?*
- *Lo sto facendo al meglio?*

*L'obiettivo è quello di impostare modalità tecniche e organizzative di misurazione sistematica dei livelli qualitativi e quantitativi dell'offerta, delle forme concrete di offerta ed accessibilità ai servizi, dell'evoluzione dei bisogni oltre la domanda, per entrare nel merito delle priorità, dell'efficacia e dell'appropriatezza. Fondamentale è l'integrazione tra tutte le fonti informative presenti nel territorio come condizione per una lettura sistematica dei fenomeni sociali, economici, culturali oltre che sanitari ed assistenziali.*

3) Un riferimento importante per il lavoro di pianificazione sono le priorità individuate dalla Conferenza Sanitaria Territoriale per i Piani Per la Salute e proposte come direttrici di lavoro entro cui collocare servizi e strategie integrate ed intersettoriali di promozione e tutela della salute.

- **Riappropriarsi di stili di vita quotidiana** più salutari collegati in generale ai contesti territoriali e quindi orientati al recupero dei contributi di tutti gli attori sociali.
- **Le giovani generazioni:** la salute tra progetto sociale e libertà individuale. Cooperare con le scuole, recuperare il valore dei momenti aggregativi e del tempo libero dei giovani sviluppando "patti per la salute" negli ambiti giovanili, sono i punti di attenzione individuati.
- **Riconoscere le differenze culturali** per promuovere la salute e sviluppare la coesione sociale. Si vuole porre l'attenzione soprattutto

sui processi di integrazione tra le culture a seguito dei fenomeni migratori sviluppando azioni positive sul versante dell'integrazione scolastica, dell'utilizzo dei servizi socio-sanitari, delle modalità di relazione tra servizi e comunità straniere.

- **Affrontare e gestire il disagio psicologico in una società solidale.** Gli orientamenti di lavoro indicati dal Piano per la Salute in quest'area attengono il disagio minorile, la relazione tra servizi e associazionismo familiare nel lavoro sul disagio psichico manifesto. Sono aree prioritarie di lavoro che coinvolgono tutta la comunità locale.

Attorno ai quattro assi/temi selezionati va consolidato il livello di partecipazione e di coinvolgimento dei vari soggetti sociali che hanno aderito ai PPS e va incoraggiata l'assunzione di responsabilità e la definizione dei ruoli fra enti locali, strutture sanitarie, volontariato, organizzazioni sociali ed individui della comunità attorno al "Patto di solidarietà per la salute". I Tavoli di lavoro che si sono costituiti su ognuna delle quattro aree prioritarie rappresentano un'opportunità e una sfida per le unità operative delle nostre aziende sanitarie che devono ricercare una sempre maggiore integrazione con i vari settori della comunità e con la più ampia programmazione socio-sanitaria della provincia (Piani Sociali di Zona, Agenda 21, ecc.). Presupposto di tale integrazione esterna è l'integrazione organizzativa interna tra i servizi e le professionalità delle aziende sanitarie, secondo un modello in grado di garantire risposte appropriate ed efficaci alle aspettative e alle esigenze dei cittadini.

- 4) Garantire l'interconnessione delle priorità sopraelencate con le azioni previste nei piani di zona anche attraverso modalità organizzative

interistituzionali.

- 5) Agire all'interno di una vista unitaria dell'offerta provinciale nell'ottica del sistema curante come risorsa della comunità. Ciò che guida la programmazione è da una parte la lettura dei problemi e dall'altra una puntuale riflessione sul patrimonio complessivo dei servizi, siano essi pubblici o privati. L'idea guida nella formulazione delle scelte di piano è quella di **rete** intesa come necessità e capacità di mettere insieme le competenze e i saperi diversi, recuperare ad unità le competenze distintive (*alleanze*), rielaborare tecnicamente ed organizzativamente i bisogni del cittadino (*percorsi di cura*), condividere l'analisi dei problemi e il governo della complessità (*coprogettualità e cooperazione*), garantire evidenza dei risultati di servizio e di salute (*sistema informativo*).

- 6) Costruire il sistema dell'offerta basandolo sul principio delle alleanze per complementarietà e per valorizzazione delle competenze distintive di ognuno. La rete si traduce operativamente ad ogni livello dell'organizzazione dell'offerta, dal livello sociale generale alle alleanze tra i vari servizi di area: rete tra tutti i servizi per la salute e la qualità della vita della comunità reggiana, rete interna all'intero sistema curante pubblico e privato, rete tra sanitario e socio-assistenziale, rete tra servizi sanitari di assistenza primaria (nuclei di cure primarie) e servizi specialistici di ricovero e cura, rete di servizi di ricovero e specialistici intra e interaziendali.

Nel contesto delle alleanze viene sottolineato il ruolo fondamentale dell'Università che negli ultimi anni è una presenza significativa nella comunità reggiana. È una ricchezza se il mondo dei servizi con la conoscenza che produce si incontra con il mondo accademico per un confronto alla pari

finalizzato a rielaborare, sistematizzare e rendere disponibili le esperienze traducendole in conoscenza utile all'innovazione e allo sviluppo.

L'impegno è per un'alleanza strategica tra servizi sanitari e Università su tre livelli:

- a) La formazione di base su cui è già attiva una collaborazione che va riconosciuta e formalizzata;
- b) Lo sviluppo della ricerca e della formazione post – laurea;
- c) Forme di collaborazione paritaria nella progettazione ed erogazione di servizi.

7) Valorizzare il capitale sociale che si esprime nella fiducia nelle norme non scritte di reciprocità, nelle reti di impegno civico, nella assunzione di responsabilità nell'ambito delle scelte organizzative. Il capitale sociale è una risorsa per l'efficienza sociale e dà significati precisi alle visioni individuali; valorizzarlo significa costruire modalità concrete per garantire partecipazione ai processi decisionali, facilitare i modi dell'integrazione e della collaborazione oltre le dimensioni oggi prevalenti della strumentalità, significa percorrere spazi reali di sussidiarietà e complementarietà nell'ottica di alleanze strategiche. Ci si riferisce da una parte alle forme storiche del volontariato organizzato più consolidato come le Croci, alle forme del volontariato per aree di bisogni (come ad es. le Associazioni di cittadini intorno a problemi di salute, di cui è ricca la nostra comunità) e per problemi specifici (come ad es. volontariato domiciliare), alle forme associative a sostegno di programmi di cura complessi soprattutto per le problematiche del disagio psichico e della disabilità (reti di aiuto e auto-aiuto), alle forme organizzate che sostengono lo sviluppo dei servizi con azioni formative e con le donazioni e dall'altra

alle forme della partecipazione sociale come i Comitati Misti Consultivi, la cui funzione è fondamentale per il riorientamento dei servizi e dei modi dell'offerta basati sulla centralità della persona.

8) Costruire servizi flessibili sia rispetto alla vita interna degli stessi che alle opportunità di relazione di sistema. L'attenzione della programmazione si concentra in primo luogo sui percorsi del cittadino e sulla ricerca della ricomposizione della risposta al bisogno in una dimensione unitaria della persona.

*La pianificazione deve necessariamente fare i conti con le condizioni generali, le risorse disponibili, la storia della comunità, per potere definire strategie, obiettivi ed azioni di successo. I valori e le sfide dichiarate trovano nel contesto sociale di riferimento le condizioni di fattibilità: l'analisi dei punti di forza e di debolezza è perciò fondamentale come esame di realtà.*

*Alla pianificazione ed ai suoi attori compete rafforzare e sviluppare gli aspetti positivi e di cercare le condizioni per superare le possibili debolezze. In questo senso sono proposti alla riflessione gli elementi che seguono.*

• **Punti di forza**

a) **La coesione sociale** come elemento centrale di identità collettiva dove sono forti le relazioni esistenti tra le persone e le istituzioni che curano gli aspetti del vivere sociale.

b) **Il capitale sociale** presente nelle sue componenti di fiducia, di regole di reciprocità, di reti di impegno civico come condizioni preliminari ed essenziali al coordinamento dell'agire individuale.

c) La consolidata **cooperazione tra tutte le componenti del sistema curante** e il cammino già avviato nell'ottica della razionalizzazione dei servizi e della creazione della rete e delle alleanze.

d) **La ricchezza e la diversificazione del patrimonio pubblico e privato di offerta** che legittima nuove dimensioni di welfare community. Le nuove forme dell'offerta sono recuperabili non tanto nella direzione dell'esternalizzazione quanto piuttosto nella direzione della co-progettualità e quindi della corresponsabilità.

• **Elementi di debolezza**

a) **Sostenibilità del sistema dell'offerta.** C'è la necessità di una riflessione complessiva intorno all'offerta per adeguarla ai nuovi bisogni secondo criteri non incrementali. Si modificano i problemi di salute nella tipologia (cronicità, immigrazione) e in nuove modalità di richiesta (si pensi alla percezione individuale dei bisogni e dei diritti o alle modifiche dei contesti sociali di riferimento quali la famiglia). Si evolvono le modalità di offerta, le alternative offerte e più in generale acquistano un peso sempre maggiore le tecnologie. Vale la pena riflettere a come differenziare l'offerta, lavorare sulle priorità, impegnare risorse per qualificare la domanda (anticipandola, orientandola, selezionandola). Tutto questo anche per una condizione di risorse scarse.

b) **Scarsa visione di sistema.** Il quadro normativo, orientamenti autonomistici, difficoltà di integrazione organizzativa, sembrano favorire spinte "locali" dove sono più difficili condivisioni sia di logiche di patto sociale che di assunzione di responsabilità di sistema prima di tutto, ma anche individuali. Sembra cioè prevalere la "delega" al tecnico e ai servizi sanitari piuttosto che assunzioni di responsabilità: si traduce da una parte in scarsa solidarietà e dall'altra nella difficoltà ad accettare le logiche della complementarietà.

c) La presenza di **valori socialmente ancora non egemoni** quali l'equità intesa come superamento delle disuguaglianze attraverso l'offerta di pari opportunità, quello della responsabilità individuale e collettiva come libertà basata su diritti e doveri, quello infine dell'efficacia e appropriatezza come spartiacque nelle valutazioni d'uso e di offerta dei servizi.



d) **L'autoreferenzialità dei vari sottosistemi sociali.** È tutt'altro che consolidata la visione della società come corpo unico, organismo vivente capace di conoscenza e di progettualità condivisa. È più presente una concezione della società come somma aritmetica di sottosistemi autonomi che possono certo parlarsi ma non agiscono l'interdipendenza necessaria al progetto sociale di salute. Ciò rinforza una visione tecnicistica dove la leadership è basata sulla delega piuttosto che sui saperi e sulle potenzialità della complementarietà e legittima forme di sostanziale rigidità organizzativa, interne alle varie istituzioni.

### **I riferimenti nazionali-regionali**

#### **L'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001**

ha sancito un nuovo patto tra Governo centrale e Regioni in termini di determinazione e copertura del fabbisogno finanziario del SSR. In sintesi i contenuti di tale accordo sono i seguenti:

- è stato definito il livello di spesa sanitaria cui concorre lo Stato per l'anno 2001, "anno zero" ai fini della determinazione del finanziamento del SSN per gli anni successivi;
- si è convenuto che, compatibilmente con le condizioni di finanza pubblica e con il miglioramento qualitativo e quantitativo del servizio, il rapporto tra finanziamento del SSN e PIL debba attestarsi, entro un arco temporale ragionevole, ad un valore del 6 per cento;
- sono state determinate le risorse da destinare al finanziamento del SSN per il triennio 2002-2004, in relazione all'andamento del PIL, così come previsto dal DPEF 2002-2006 ;
- è stata destinata una quota aggiuntiva a titolo di riequilibrio fra le Regioni, che tenga anche conto della necessità di incentivare i comportamenti virtuosi, di rimuovere le situazioni di svantaggio e di migliorare la qualità dei servizi, in attesa della revisione dei parametri di ponderazione di cui all'art. 34 della L.662/1996, e a finanziamento dei maggiori oneri per l'esclusività di rapporto per ospedali classificati, IRCCS e componente universitaria delle Aziende miste e dei Policlinici;
- sono stati fissati in via generale gli adempimenti regionali cui l'incremento delle risorse è subordinato.

In particolare le regioni si sono impegnate nel monitoraggio della spesa, nel mantenere l'erogazione delle prestazioni previste nei LEA e soprattutto a mantenere la stabilità della gestione applicando misure di contenimento della spesa che potranno riguardare l'introduzione di strumenti di controllo della domanda, la riduzione della

spesa sanitaria o in altri settori, ovvero l'applicazione dell'addizionale regionale all'IRPEF o altri strumenti previsti dalla normativa vigente, nella misura necessaria a coprire incrementi di spesa.

## La situazione provinciale

### Il recente passato

Nel 1997, al momento dell'approvazione del PAL 1997-99, la situazione delle aziende sanitarie non presentava un equilibrio economico-finanziario. Le azioni previste e realizzate in attuazione del precedente PAL, nell'assicurare il mantenimento e, in numerosi casi, il miglioramento dei servizi offerti alla popolazione, grazie anche alle razionalizzazioni intraprese e ai maggiori finanziamenti regionali assegnati alla Provincia hanno reso possibile raggiungere un equilibrio di bilancio.

Infatti, le Aziende Sanitarie di Reggio Emilia negli ultimi anni di gestione (1999-2002) hanno raggiunto e stabilizzato l'equilibrio di bilancio, proponendosi così anche come modello di riferimento regionale di organizzazione sanitaria efficiente.

### Le prospettive alle base del PAL

In via preliminare è ragionevole prevedere che il tendenziale incremento di popolazione (oltre + 1% annuo) dovrebbe essere confermato anche nel prossimo quinquennio; la previsione permette di escludere in prospettiva ridimensionamenti della rete ospedaliera, in considerazione anche delle scelte del precedente PAL già attuate.

È importante considerare i seguenti elementi di prospettiva, determinati dal contesto nazionale e regionale sopra descritto:

- nei prossimi anni il livello di crescita del finanziamento del SSN e quindi delle aziende sanitarie non potrà rimanere pari a quello degli anni precedenti, ma sarà certamente inferiore;

- il buon livello di efficienza e di risparmio conseguito in particolari aggregati di spesa, come la farmaceutica convenzionata, che ha consentito di destinare maggiori risorse ad altri servizi, tenderà in termini relativi ad assottigliarsi;
- maggiore assorbimento di risorse conseguente all'aumento della non autosufficienza;
- La copertura finanziaria degli ingenti investimenti strutturali già previsti nel medio termine è una questione critica che rende indispensabile per entrambe le Aziende la contrazione di mutui di entità consistente; tale operazione appesantirà di oneri finanziari rilevanti i bilanci dei prossimi anni di entrambe le aziende.

### Le Aziende sono impegnate a perseguire:

1. ambiti di lavoro e di studio integrati per razionalizzare l'utilizzo delle strutture e di possibili percorsi al fine di sviluppare economie di scala, comprendendo le analisi di "assessment" delle tecnologie e definizione di competenze in rete;
2. la possibilità di incrementare sinergie logistico – gestionali tra le aziende sanitarie dell'Emilia Nord (da Modena a Piacenza), in particolare per i processi di approvvigionamento; si valuterà inoltre la fattibilità della costruzione di sinergie gestionali anche sul versante della gestione del personale per gli aspetti di contabilità e di procedure concorsuali.



### 1.6.1 Indicatori demografici

#### La popolazione residente

Negli ultimi vent'anni, il quadro demografico della provincia ha subito forti modificazioni, anche in virtù della spinta migratoria; le principali modificazioni possono essere riassunte come segue:

1. il numero totale dei residenti è passato da 420.431 unità nel 1991 a 462.858 nel 2001, con un incremento del 10%. Si è modificata anche la struttura per fasce di età della popolazione: la quota in età lavorativa (15-64 anni) si è assottigliata di quasi 2 punti percentuali a favore delle fasce estreme (minori e anziani);
2. il tasso di natalità<sup>1</sup>, è in progressivo aumento (7,8 nel 1991; 9,9 nel 2001);
3. l'indice di vecchiaia<sup>2</sup>, quasi raddoppiato tra il 1981 (Ind. vecch. 93) e il 1995 (Ind. vecch. 172), è in netta diminuzione (Ind. vecch. 155 nel 2001);
4. la percentuale di popolazione ultrasessantacinquenne, dopo l'evidente aumento fino al 1995, si è stabilizzata intorno al 20,5% della popolazione, malgrado il numero assoluto sia in costante salita. La popolazione ultrasettantacinquenne, sia in termini assoluti che relativi, è in lenta ma progressiva crescita (10% nel 2001).

#### Il fenomeno migratorio

(Fonte: Servizio Attività Sociali e Sanitarie, Assessorato alla Solidarietà, Prov. di RE)

Il numero di cittadini stranieri extracomunitari iscritti alle Anagrafi comunali si è più che quadruplicato nel periodo 1991-2001, raggiungendo una media provinciale del 4,9% (22.437 unità) sul totale degli abitanti.

Le caratteristiche salienti di questo fenomeno sono:

1. il 75% degli immigrati è in età lavorativa;
2. la quota di donne sul totale degli immigrati appare in forte aumento: nel 2001 rappresenta il 43% dei cittadini extracomunitari rispetto al 32% del 1991;
3. la crescita rilevante della popolazione in età 0-14 anni: quasi il 9% (2001) della popolazione residente 0-14 anni della provincia è rappresentata da stranieri. Nel 1991 questa percentuale era del 1,56%;
4. l'aggregazione in aree tra connazionali, peculiarità tale da avere creato vere e proprie comunità, come ad esempio quella Pakistana e Indiana nei distretti di Correggio e Guastalla, e quella Cinese nel distretto di Reggio Emilia.

**TREND 1991-2001 DEL TOTALE DEI RESIDENTI PER GRANDI FASCE DI ETÀ  
 NELLA PROVINCIA DI REGGIO EMILIA**

	Valori assoluti				Composizione percentuale			
	1991	1995	1998	2001	1991	1995	1998	2001
< 1 anno	3.296	3.312	3.984	4.506	0.8	0.8	0.9	1.0
1-14 anni	49.750	48.627	51.495	56.726	11.8	11.3	11.6	12.3
15-44 anni	178.525	178.243	185.153	192.669	42.5	41.5	41.8	41.6
45-64 anni	107.653	110.514	111.589	114.128	25.6	25.7	25.2	24.7
65-74 anni	44.483	50.310	48.634	48.568	10.6	11.7	11.0	10.5
75 e oltre	36.724	38.960	42.581	46.261	8.7	9.1	9.6	10.0
<b>TOTALE</b>	<b>420.431</b>	<b>429.966</b>	<b>443.436</b>	<b>462.858</b>				

Fonte: Regione Emilia Romagna

1 Tasso grezzo di natalità: (nati vivi nell'anno/popolazione media)\*1.000

2 Indice di vecchiaia: Anziani (65 anni e oltre)\*100 giovani (0-14 anni)

## La maternità

L'evento parto è caratterizzato da:

1. dal 1992 al 2001, il numero di parti nella provincia di Reggio Emilia è aumentato del 29,6% (4.447 nel 2001);
2. la distribuzione percentuale per classi di età della donna mostra una diminuzione sostanziale dei parti sotto i 30 anni, rispetto al totale: essi passano dal 57,4% nel 1992 al 45,1% nel 2001; inoltre a partire dal 1998 si assiste ad un incremento della quota di parti nella fascia di età 35-39 e, se pur in misura minore, 40-44. Il fenomeno delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) è sostanzialmente stabile (tasso grezzo di abortività<sup>3</sup> pari a 10,6 nel 2001); in netto aumento è la quota di donne straniere (26%) sul totale degli interventi di interruzione volontaria.

## Scolarizzazione e occupazione

(fonti ISTAT, Unioncamere)

La situazione dell'occupazione, letta attraverso il tasso di disoccupazione, è molto buona: un tasso del 2,2% fa di Reggio Emilia la quinta migliore provincia italiana.

A Reggio Emilia il tasso di disoccupazione giovanile è la metà rispetto al tasso regionale, pur molto inferiore rispetto al valore nazionale, ma il tasso di iscrizione alle scuole superiori nel 1997 era solo del 76% contro un valore medio nazionale di 81 e regionale di 89%. Anche nel 2000 la scolarizzazione permane sotto la media regionale.

## Il contesto provinciale

### L'ambiente:

La provincia di Reggio Emilia è caratterizzata nella parte pianeggiante, simile da questo punto di vista alla maggior parte della pianura padana, da una elevata antropizzazione conseguente alla rilevante densità abitativa e degli insediamenti produttivi, nonché alla mole di traffico veicolare che ne consegue o che comunque la attraversa. Ciò determina una particolare fragilità dell'ambiente che, soprattutto per quanto riguarda la qualità dell'aria, presenta numerosi superamenti dei livelli di sicurezza fissati dagli organismi internazionali

Tasso di <b>occupazione</b> <sup>4</sup> per classi di età 2001:	ITALIA	EMILIA-ROMAGNA	REGGIO EMILIA
- classe 15-24	25,9	40,8	45,6
- classe 25-29	60,3	79,5	88,1
- classe 30-64	60,5	69,0	70,5
- classe 15-64	54,6	66,4	68,8
<b>Totale 2001</b>	43,8	51,0	55,9
<b>Tasso di occupazione 1995</b>	41,6	48,2	51,1
Tasso di <b>disoccupazione</b> <sup>5</sup> per classi di età 2001:			
- classe 15-24 (Tasso di disoccupazione giovanile)	31,1	10,4	5,0
- classe 25-29	23,6	7,8	4,3
- classe 30-64	6,5	2,7	1,4
- classe 15-64	10,7	3,9	2,2
<b>Totale 2001</b>	9,5	3,8	2,2
<b>Tasso di disoccupazione 1995</b>	11,6	5,9	3,0
Tasso di iscrizione alle scuole superiori:	1997: 81%	1997: 89% 2000: 93%	1997: 76%

<sup>3</sup> Tasso grezzo di abortività: rapporto tra il numero totale di eventi e la popolazione media femminile residente in età feconda 15-49 anni, per 1.000

<sup>4</sup> Tasso di occupazione: è il rapporto tra il numero di occupati e la popolazione oltre i 15 anni. Può essere anche scomposto nelle varie classi di età espresse in anni compiuti

<sup>5</sup> Tasso di disoccupazione: è il rapporto tra le persone in cerca di occupazione e le forze lavoro. Può essere espresso anche in relazione alle varie classi di età espresse in anni compiuti

per le polveri fini (PM10). Inoltre in questi ultimi anni si è sviluppata una particolare attenzione sull'ambiente da parte di un'opinione pubblica sempre più numerosa e informata.

### **Condizioni socio-economiche e disuguaglianze nella salute:**

La provincia di Reggio Emilia è caratterizzata da un elevato reddito medio annuo pro-capite ( x 16587 nel 2000 a fronte di una media italiana di x 13688 – Fonte ISTAT), come si può indirettamente evincere anche dai dati di occupazione sopra riportati. Ad esso si associa tuttavia una scolarizzazione non elevata (solo il 30% dei maschi e meno del 25% delle femmine di età superiore ai 30 anni presentavano al censimento '91 un titolo di studio superiore alla licenza media inferiore). È noto dalla letteratura che la condizione socio-economica di un individuo, intesa come l'insieme delle caratteristiche di reddito, livello culturale, radicamento nel tessuto sociale, rappresenta uno dei determinanti, accanto all'assetto genetico, all'ambiente e agli stili di vita, delle sue condizioni di salute. Secondo alcuni è anzi il principale determinante, essendo in grado di condizionare la professione, l'ambiente di vita e le abitudini. La condizione socio-economica è inoltre in grado di influenzare l'accesso ai servizi sanitari e l'appropriatezza degli interventi stessi.

### **La sicurezza**

*Incidentalità (Fonte: Osservatorio provinciale sicurezza stradale)*

Relativamente all'incidentalità registrata nelle province emiliano-romagnole nel 2000, Reggio Emilia si colloca al terzo posto (3.393), dopo Bologna (5.183) e Modena (4.318), per quanto riguarda il numero assoluto di incidenti; la maggior parte degli incidenti si verifica in tutte le province sulle strade urbane. A fronte della diminuzione degli incidenti (-3,2%) e dei feriti (-4,4%) verificatosi

a Reggio tra il 1999 ed il 2000, si registra un aumento del 12% dei morti (101 nel 2000), dato in controtendenza con quello regionale. Tutti gli indici<sup>6</sup>– incidenti, morti e feriti - registrati a Reggio Emilia sono i più alti dell'area emiliana, seppur il numero assoluto di eventi sia inferiore a quello di Bologna e Modena, e risultano sovrapponibili a quelli delle province romagnole, area con l'incidentalità tra le più elevate in Italia.

*Infortuni sul lavoro (Fonte: INAIL)*

Nel 2000 a Reggio Emilia il numero totale di eventi (10.435 infortuni totali) ed il relativo indice di incidenza<sup>7</sup> (6,05) è rimasto stabile a fronte di un leggero aumento sia a livello regionale che nazionale. A livello regionale, Reggio Emilia presenta il quarto indice di incidenza più alto; questo valore è peggiore di quello di Modena, ma in linea con quello di Parma, entrambe province con una struttura produttiva simile alla realtà reggiana. Gli infortuni mortali appaiono stabili nel tempo (circa 10 eventi per anno).

La quota di eventi in itinere rimane piuttosto elevata (16% dei totali), rappresentando quasi il 50% degli eventi mortali.

*Delitti (Fonte: ISTAT)*

Nel 2000 il numero di delitti denunciati per 100.000 abitanti è stato di 3.070, assai più basso della media regionale (4.513) e della media nazionale (3.813). Anche per i delitti dei minori la situazione in provincia appare positiva: infatti i minori denunciati sono stati 19,5 per 100.000 a Reggio Emilia, 27,6 in regione e 29,8 in Italia.

<sup>6</sup> Indici: (valore della provincia/valore della regione)\*100. Cioè fatto 100 il valore della Regione, la Provincia di R.E. si posiziona come di seguito: Indice di incidentalità 119,4 – Indice di mortalità 114,3 – Indice sui feriti 120,2.

Valori = (n° eventi / n° residenti)\*10.000

<sup>7</sup> Indice di incidenza degli infortuni totali: (n° di eventi totali/n° addetti)\*100

### 1.6.2 Di che cosa ci ammaliamo

#### Le malattie croniche (Fonte: ISTAT)

Dall'Indagine Multiscopo ISTAT sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, 1999-2000" è possibile trarre stime di prevalenza a Reggio Emilia per alcune patologie croniche, partendo dai valori ricavati a livello regionale (numero di soggetti per 1.000 intervistati che dichiarano quella patologia):

1. diabete: la prevalenza stimata è del 3,7%, che corrisponde a circa 17.000 soggetti in tutta la provincia;
2. infarto del miocardio: è riferito da 12,6 intervistati su 1.000 (circa 5.800 soggetti in provincia);
3. trombosi, embolia, emorragia cerebrale: si stimano 13,6 casi per 1.000 (circa 6.300 casi in provincia).

#### Malattie croniche negli ultresessantaquattrenni

(Fonte ISTAT, Studio Argento, SDO)

Le informazioni disponibili per questa classe di età possono essere stimate per la provincia a partire dai risultati dello studio nazionale "Argento" e dall'Indagine Multiscopo ISTAT, che si fondano entrambi sulle dichiarazioni degli intervistati:

1. il 49% dei senior (circa 45.000 persone) sono affetti da almeno tre patologie croniche seppur non gravi;
2. circa 36.000 soggetti soffrono di almeno una patologia cronica grave, tra cui: 15.700 di malattie cardiache, 12.000 di una malattia cronica dell'apparato respiratorio e 9.000 di diabete;
3. circa 5.000 soggetti sono affetti da demenza senile e questo numero è stimato crescere di 880 unità ogni anno.

Il 9,5% delle famiglie ha un componente anziano che soffre di una grave perdita dell'autonomia.

#### Le malattie infettive

Fenomeno emergente è l'aumento del tasso di incidenza della malaria e della tubercolosi, le cui cause sono da ricercarsi anche nel movimento migratorio.

A partire dal 1990, il tasso di incidenza della malaria è in deciso aumento, nella provincia di Reggio Emilia (1,7 per 100.000 abitanti nel 2001) in modo nettamente più marcato che in Emilia-Romagna, a sua volta con incidenza superiore alla media

nazionale. Ad eccezione del 2001, i tassi reggiani sono sempre superiori a quelli regionali e nazionali. I più colpiti sono giovani adulti di sesso maschile. L'andamento della malattia tubercolare è in linea con l'andamento regionale, registrando in media 9-12 casi anno per 100.000 abitanti dal 1995 al 2001. Le fasce d'età più interessate sono state quella giovane-adulta (25-64 anni), con una prevalenza di casi fra la popolazione straniera e quella anziana (> 64 anni) composta unicamente da cittadini italiani.

#### I tumori (Fonte: Registro Tumori Reggiano)

##### Incidenza

I nuovi casi nel biennio 1998-99 sono stati:

	Maschi	Femmine
1998	1.468	1.395
1999	1.516	1.412
<b>Totale</b>	<b>2.984</b>	<b>2.807</b>

Se si escludono i carcinomi cutanei, i casi sono stati 2.330 nel 1998 e 2.412 nel 1999. L'età media alla diagnosi è risultata essere di 67,4 anni. Il tasso di incidenza standardizzato<sup>8</sup> (TSD) è stato pari a 544,7 nei maschi e 521,5 nelle femmine. Nei maschi il tumore più frequente è quello del polmone (17,9% di tutti i tumori), seguito dalla prostata, colon, vescica e stomaco. Nelle femmine il tumore di gran lunga più frequente è quello della mammella (35% di tutte le neoplasie); molto meno frequenti sono risultati i tumori del colon, dello stomaco, del polmone e del corpo dell'utero. Dal confronto tra i tassi di incidenza registrati a Reggio Emilia nel biennio 1998-99 e quelli registrati a Modena nello stesso periodo emerge che l'incidenza registrata a Reggio Emilia è significativamente più bassa di quella di Modena nei maschi (545 vs 595), lievemente più alta, in modo non significativo, nelle femmine (521 vs 502).

#### Principali cause del ricovero ospedaliero

Le due tabelle che seguono ci permettono di analizzare le principali cause di ricovero dei cittadini residenti nella Provincia di Reggio Emilia, analizzando il dato per l'anno 2002, rispettivamente in ricovero ordinario e in day hospital.

<sup>8</sup> Tasso standardizzato: tasso standardizzato sulla popolazione italiana del censimento 1991, per 100.000 residenti

## Ricoveri ordinari, per DRG

(raggruppamenti di diagnosi) in ordine decrescente

DRG	Ospedali dell'Azienda USL	Arcispedale S. Maria Nuova	Casa di cura della Provincia	Ospedali pubblici e privati di altre Province della RER	Ospedali pubblici e privati di altre Regioni	Totale	frequenza cumulata	% cumulata sul totale
373 M-PARTO VAGINALE NO CC	1.329	1.279	-	347	87	3.042	3.042	4,8%
127 M-INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	1.094	1.053	37	52	25	2.261	5.303	8,4%
014 M-MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCETTO A.I.T.	545	689	20	75	23	1.352	6.655	10,6%
371 C-TAGLIO CESAREO NO CC	556	490	-	237	60	1.343	7.998	12,7%
222 C-INTERVENTI SUL GINOCCHIO NO CC	264	129	560	115	222	1.290	9.288	14,8%
359 C-INTERV. UTERO/ANNESI, NO NEOPLASIE NO CC	380	280	134	108	32	934	10.222	16,2%
209 C-INTERV.SU ARTICOLAZIONI MAGG. E REIMPIANTI DI ARTI INF.	238	243	195	125	128	929	11.151	17,7%
112 C-INTERV. SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA	4	720	-	62	30	816	11.967	19,0%
088 M-MALATTIE POLMONARI CRONICO-OSTRUTIVE (COPD)	329	342	34	70	25	800	12.767	20,3%
015 M-A.I.T. E OCCLUSIONI PRECELEBRALI	367	355	24	31	14	791	13.558	21,5%
183 M-ESOFAG., GASTROEN, MISCEL. MALATTIE APP.DIGER, ETÀ >17 NO CC	271	335	14	52	55	727	14.285	22,7%
162 C-INTERV. PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE,ETÀ >17 NO CC	217	362	83	23	12	697	14.982	23,8%
087 M-EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	324	269	1	55	14	663	15.645	24,9%
140 M-ANGINA PECTORIS	382	203	4	17	13	619	16.264	25,8%
430 M-PSICOSI	322	11	6	259	13	611	16.875	26,8%
139 M-ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA NO CC	258	291	3	19	30	601	17.476	27,8%
125 M-MALATTIE CARDIOVASC. ECCETTO IMA, CON CATETER. CARD. DIAG. NO CC	145	359	1	56	23	584	18.060	28,7%
184 M-ESOFAG.GASTROEN, MISCEL. MALATTIE APP.DIGER., ETÀ <18	195	241	-	104	44	584	18.644	29,6%
082 M-NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	182	304	11	28	15	540	19.184	30,5%
494 C-COLECISTECTOMIA LAPAR. SENZA ESPLORAZ. DOTTO BILIARE NO CC	248	223	8	20	10	509	19.693	31,3%
243 M-AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	197	146	16	71	66	496	20.189	32,1%
122 M-MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON IMA NO COMPL.CARDIOVASC. VIVI	303	151	-	15	13	482	20.671	32,8%
089 M-POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETÀ >17 CON CC	223	205	8	9	11	456	21.127	33,6%
231 C-ESCISSIONE LOCALE RIMOZ. MEZZI FIS. INTRAMIDOL. NO ANCA/FEM	155	79	58	79	64	435	21.562	34,3%
138 M-ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA CON CC	165	215	2	12	7	401	21.963	34,9%
142 M-SINCOPE E COLLASSO NO CC	142	219	2	21	10	394	22.357	35,5%
055 C-MISCELLANEA INTERVENTI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	25	232	1	111	19	388	22.745	36,1%
379 M-MINACCIA D'ABORTO	185	117	-	39	32	373	23.118	36,7%
158 C-INTERV. SU ANO E STOMA NO CC	171	111	41	26	21	370	23.488	37,3%
215 C-INTERVENTI SU DORSO E COLLO NO CC	133	72	56	65	39	365	23.853	37,9%
225 C-INTERVENTI SU PIEDE	99	33	154	50	29	365	24.218	38,5%
145 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO NO CC	87	236	8	14	18	363	24.581	39,0%
026 M-CONVULSIONI E CEFALEA, ETÀ<18	62	205	-	62	21	350	24.931	39,6%
143 M-DOLORE TORACICO	94	223	1	20	11	349	25.280	40,2%
TOTALE DRG CHE RAGGRUPPANO IL 40% DELL'ATTIVITÀ COMPLESSIVA	9.691	10.422	1.482	2.449	1.236	25.280		
TOTALE	21.721	26.616	3.106	7.909	3.597	62.949		

Fonte: Banca dati SDO 2002 Regione Emilia Romagna e mobilità passiva extraregionale. Sono esclusi i neonati sani



**Ricoveri in day hospital, per DRG (raggruppamenti di diagnosi) in ordine decrescente**

DRG	Ospedali dell'Azienda USL	Arcispedale S. Maria Nuova	Casa di cura della Provincia	Ospedali pubblici e privati di altre Province della RER	Ospedali pubblici e privati di altre Regioni	Totale	frequenza cumulata	% cumulata sul totale
039 C-INTERV. SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	1.479	1.364	782	349	47	4.021	4.021	12,5%
410 M-CHEMIOTERAPIA NON ASSOC. A DIAGN. SECOND. DI LEUCEMIA ACUTA	377	1.062	-	221	41	1.701	5.722	17,7%
381 C-ABORTO CON DILATAZ. E RASCHIAM. MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOM.	629	565	10	160	31	1.395	7.117	22,1%
006 C-DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	1.029	118	99	45	29	1.320	8.437	26,2%
364 C-DILATAZ. E RASCHIAM. CONIZZAZIONE ECCETTO NEOPL. MALIG	723	386	44	52	15	1.220	9.657	29,9%
119 C-LEGATURA E STRIPPING DI VENE	447	185	176	69	11	888	10.545	32,7%
266 C-TRAP. PELLE E/O SBRIGLIAM. ECCETTO ULCERE PELLE/CELLUL. NO CC	456	183	6	16	19	680	11.225	34,8%
404 M-LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA NO CC	153	436	-	42	1	632	11.857	36,8%
162 C-INTERV. PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ>17 NO CC	459	58	26	28	11	582	12.439	38,6%
411 M-AMNESIA DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA	67	447	-	52	10	576	13.015	40,3%
229 C-INT. MANO O POLSO, ECCETTO INTERV. MAGG. ARTICOLAZIONI NO CC	328	125	61	41	16	571	13.586	42,1%
359 C-INTERV. UTERO/ANNESSI, NO NEOPLASIE NO CC	125	322	2	42	10	501	14.087	43,7%
241 M-MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO NO CC	56	372	-	32	14	474	14.561	45,1%
248 M-TENDINITE, MOSITE E BORSITE	8	447	1	2	8	466	15.027	46,6%
270 C-ALTRI INT. PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA NO CC	229	127	44	20	12	432	15.459	47,9%
301 M-MALATTIE ENDOCRINE NO CC	81	231	-	51	9	372	15.831	49,1%
284 M-MALATTIE MINORI DELLA PELLE NO CC	101	212	8	39	8	368	16.199	50,2%
294 M-DIABETE, ETÀ >35	282	46	-	-	-	328	16.527	51,2%
240 M-MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO CON CC	11	306	-	7	-	324	16.851	52,2%
082 M-NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	105	181	-	28	-	314	17.165	53,2%
TOTALE PRIMI 20DRG PER FREQUENZA	7.145	7.173	1.259	1.296	292	17.165		
TOTALE	11.722	14.842	1.622	3.103	968	32.257		

Fonte: Banca dati SDO 2002 Regione Emilia Romagna e mobilità passiva extraregionale. Sono esclusi i neonati sani

Si riporta di seguito la distribuzione dei ricoveri effettuati nel 2002 dai cittadini residenti nella Provincia, per fascia d'età e regime di ricovero.

Fascia d'età	Numero casi			percentuale sul totale dei casi		
	regime di ricovero			regime di ricovero		
	ordinario	dh	totale	ordinario	dh	totale
0-18 aa.	6.204	2.197	8.401	6,52%	2,31%	8,82%
19-64 aa.	29.255	17.900	47.155	30,73%	18,80%	49,53%
65-74 aa.	10.795	6.105	16.900	11,34%	6,41%	17,75%
75-84 aa.	11.040	4.943	15.983	11,60%	5,19%	16,79%
85 aa. e oltre	5.655	1.112	6.767	5,94%	1,17%	7,11%
Totale complessivo	62.949	32.257	95.206	66,12%	33,88%	100,00%

Fonte: Banca dati SDO 2002 Regione Emilia Romagna e mobilità passiva extraregionale. Sono esclusi i neonati sani.

I tassi di ospedalizzazione che seguono, rapportando i ricoveri alla popolazione residente per 1000 abitanti, mettono in evidenza che il ricorso

al ricovero ospedaliero, sia in regime ordinario, che in day hospital è superiore nelle fasce d'età sopra i 64 anni rispetto alle fasce d'età più giovani.

Fascia d'età	popolazione residente al 31/12/2002	tassi di ospedalizzazione per 1000 abitanti, per fascia d'età e regime di ricovero		
		regime di ricovero		
	TOT	ordinario	dh	totale
0-18 aa.	78.843	78,69%	27,87	106,55
19-64 aa.	293.887	99,55	60,91	160,45
65-74 aa.	48.576	222,23	125,68	347,91
75-84 aa.	34.860	316,70	141,80	458,49
85 aa. e oltre	12.386	456,56	89,78	546,34
Totale complessivo	468.552	134,35	68,84	203,19

## Mortalità

### Mortalità per causa specifica

Le specificità della mortalità per causa, registrata nel periodo 1993-2001, sono:

1. i tassi di mortalità per tutte le cause sono, in entrambi i sessi, sostanzialmente sovrapponibili rispetto alla regione, malgrado alcune variazioni annuali;
2. l'andamento nel tempo della mortalità generale mostra nei maschi una costante riduzione della mortalità dal 1994 al 2000, con una lieve risalita nel 2001 (TSD: 804,7), mentre nelle femmine l'andamento appare più oscillante con una riduzione del tasso standardizzato fino al 1996, un aumento della mortalità nel 1997 e 1998, e una riduzione nei tre anni successivi (TSD 2001: 681);
3. nell'intero periodo 1993-2001, la mortalità generale appare nettamente superiore nel sesso maschile (TSD: 855) rispetto a quello femminile (TSD: 712);
4. in entrambi i sessi la prima causa di morte è rappresentata dalle malattie del sistema cardiocircolatorio, seguita dai tumori e, rispettivamente, dalle cause traumatiche nei maschi e dalle malattie dell'apparato respiratorio

nelle femmine.

Per quanto riguarda la mortalità nelle diverse classi di età negli ultimi anni, il quadro della mortalità è così caratterizzato:

1. nel primo anno di vita prevalgono nettamente i decessi per malformazioni congenite e per condizioni morbose perinatali;
2. nei maschi di età inferiore a 40 anni la prima causa di morte è rappresentata dai traumatismi, la maggior parte dei quali legati ad incidenti da trasporto, seguita dai tumori; nelle femmine l'ordine di queste due cause si inverte;
3. dai 40 ai 74 anni in entrambi i sessi la prima causa di decesso sono i tumori, seguiti a notevole distanza dalle malattie del sistema circolatorio e dai traumatismi;
4. oltre i 75 anni le malattie cardiocircolatorie diventano, con maggior rilievo nel sesso femminile, la prima causa di morte seguita dai tumori. Dai 70 anni in poi le malattie dell'apparato respiratorio rappresentano la terza causa di morte.

### Mortalità infantile

La mortalità infantile<sup>9</sup>, riferita agli anni 1993-2001, è caratterizzata da:

<sup>9</sup> Mortalità infantile: decessi entro il 1° anno di vita



1. un tasso medio di mortalità 1996-2000<sup>10</sup> tra i più elevati (5,12), assieme a Modena (5,58), in tutta la regione (4,41);
2. un andamento nel tempo oscillante, tipico delle patologie con un numero basso di decessi, con conseguenti vistose variazioni dei tassi<sup>11</sup> annuali. Gli ultimi due anni del periodo 1993/2001 mostrano il dato migliore dell'intero periodo nel 2000 (13 decessi) e il secondo peggior risultato nel 2001 (30 decessi);
3. un quoziente di mortalità<sup>12</sup>, per l'intero periodo 1993/2001, dei decessi con presumibile origine extra-comunitaria dei genitori, nettamente superiore (10,53) rispetto al valore relativo ai decessi di famiglie italiane (4,97).

<sup>10</sup> Tasso medio di mortalità infantile:  $(n^\circ \text{ medio dei decessi nel } 1^\circ \text{ anno di vita} / n^\circ \text{ medio dei nati vivi}) * 1.000$ , nel periodo 1996-2000

<sup>11</sup> Tasso di mortalità infantile: numero di decessi entro il 1° anno di vita per 1.000 nati vivi

<sup>12</sup> Quoziente di mortalità nel 1° anno di vita:  $(n^\circ \text{ decessi entro il } 1^\circ \text{ anno di vita} / n^\circ \text{ residenti di età } 0) * 1.000$ . In questo caso è calcolato per l'intero periodo 1993-2001

*Valori, sfide, attenzione ai punti di forza e di debolezza sono indicazioni precise che guidano il lavoro della pianificazione di sistema. Quelle che vengono proposte di seguito rappresentano prime applicazioni concrete per le specifiche aree di servizio per orientare il lavoro di definizione del piano di area.*

*Rilevante rimane comunque la necessità di non perdere mai di vista l'unitarietà di sistema e per questo si vuole indicare come elemento guida di analisi, partecipazione e valutazione il percorso del cittadino alla ricerca di risposte al bisogno di salute che parte dal territorio e a quel livello trova la sua dimensione unitaria e si ricomponde nel sistema delle cure primarie.*

*L'esperienza maturata in questi anni di governo della sanità e di programmazione coordinata dall'offerta legittimano un impegno di tutto il sistema curante provinciale a realizzare nei prossimi anni azioni e progetti comuni direttamente e/o in partnership con le risorse della comunità locale, su alcuni campi innovativi come condizione per la qualità dell'offerta:*

**1) Strategie per la promozione della salute:**

Sviluppo operativo dei PPS. Il PSR rende esplicito il mandato per le Aziende Sanitarie di sviluppare programmi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie allo scopo di tutelare e migliorare la salute della popolazione di riferimento. La natura intersettoriale di questi interventi richiede di affidare un ruolo preminente a soggetti esterni al sistema sanitario, in particolare agli Enti locali, tuttavia il contributo dei servizi sanitari rimane essenziale per il raggiungimento degli obiettivi del Piano. Il progetto dei PPS entrato ora nella fase operativa può rappresentare una cornice di riferimento per lo sviluppo di interventi concreti di promozione della salute in una dimensione negoziata ed intersettoriale favorendo occasioni di raccordo, condivisione e costruzione di premesse per progettualità specifiche. Il passaggio dalla fase partecipativa a quella realizzativa dei PPS prevede la necessità di agire contemporaneamente su tre livelli principali fra loro interrelati. Il primo livello riguarda azioni di consolidamento del percorso generale dei PPS, il secondo livello rispecchia la necessità di individuare e definire metodologie e strutture in grado di rendere operativi gli obiettivi di salute indicati come prioritari nel percorso partecipativo, il terzo livello, infine, si compone di azioni specifiche finalizzate ad affrontare problemi prioritari e che si pongono come obiettivo ulteriore quello di collaudare

progetti intersettoriali di cui si vuole valutare l'efficacia sulla base dei risultati prodotti.

#### *Obiettivi specifici del progetto operativo dei PPS*

- Rafforzare le alleanze e le partnership attorno al "patto locale di solidarietà" sulla salute.
- Sviluppare forme di cooperazione e modalità operative di programmazione negoziata fra le azioni di competenza dei vari soggetti coinvolti con indicate risorse e strutture.
- Migliorare l'efficacia della comunicazione interna ed esterna sui temi della salute.
- Aumentare le capacità di promuovere la salute degli individui e organizzazioni coinvolti nei PPS.
- Implementare e valutare interventi specifici di promozione della salute, di prevenzione delle malattie e di miglioramento dei servizi.

#### *Come verranno raggiunti gli obiettivi*

- Attraverso l'organizzazione di eventi pubblici che aiutino i vari soggetti sociali coinvolti nei PPS ad individuare il loro ruolo e a sancire dei patti di solidarietà sulla salute in base ai principi di corresponsabilità e sussidiarietà.
- Attraverso la composizione di appositi Tavoli

di lavoro intersettoriali e interdisciplinari mirati su temi/problemi prioritari e la produzione di strumenti metodologici e progettuali.

- Attraverso la realizzazione di campagne informative mirate.
- Attraverso lo sviluppo di capacità e competenze specifiche sulla progettazione intersettoriale.
- Attraverso l'attivazione e la valutazione di progetti obiettivo rivolti ad alcuni dei problemi di salute individuati come prioritari dai quattro tavoli di lavoro.
- Attraverso la produzione di raccomandazioni di supporto al processo decisionale a livello locale.

Nella tabella seguente sono riportati i progetti obiettivo relativi alle quattro aree prioritarie attivati nel corso del 2003, essi rappresentano l'inizio di un percorso che proseguirà nei prossimi anni finalizzato al consolidamento di una strategia sanitaria integrata e intersettoriale, fondata sul "patto di solidarietà per la salute" fra Enti Locali, strutture sanitarie, organizzazioni sociali e cittadini:

<b>Linee d'azione prioritarie</b>	<b>PPS Progetti e Sperimentazioni</b>
Riappropriarsi di stili di vita quotidiana più salutare	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Produzione di mappe e riferimenti sul tema salute e movimento nella quotidianità e naturalità del vivere (Connessione con Agenda 21)</li> <li>• Realizzazione di campagne informative mirate</li> <li>• Produzione di programmi specifici per popolazioni target</li> <li>• Evidenze scientifiche, Buone pratiche, Linee guida per i MMG</li> </ul>
Le giovani generazioni: la salute tra progetto sociale e libertà individuale	<p>Approfondimento tema dei patti tra adulti e con i giovani sui temi della salute attraverso tavoli e "focus " di ricerca qualitativa che nel tempo dovrà estendersi a tutto l'ambito provinciale e che ad oggi ha in cantiere iniziative specifiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nella Circoscrizione 3 (interagendo con Servizio adolescenti Ausl e Progetto "Terre di mezzo" del Comune)</li> <li>• Nella "Bassa" (nell'ambito dell'accordo tra comuni di più distretti)</li> </ul>
Riconoscere le differenze culturali per promuovere la salute e sviluppare la coesione sociale	<p>In connessione con Piano provinciale sull'immigrazione e Progetti europei</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promozione salute della donna straniera e controllo fertilità</li> <li>• Ridurre la dispersione scolastica</li> <li>• Uso informazioni e integrazione tra servizi</li> <li>• Ospedale Migrant-Friendly</li> </ul>
Affrontare e gestire il disagio psichico in una società solidale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricerca intervento su sofferenza psichica, uso di farmaci, consapevolezza e risposte sociali</li> <li>• Scuola, servizi, territorio e prevenzione del disagio nei minori</li> </ul>

Nel territorio provinciale c'è una grande ricchezza di iniziative promosse da soggetti sociali diversi (Comuni, Provincia, Aziende Sanitarie, Associazioni e Volontariato). I Piani per la salute sono un'opportunità ulteriore per dare visibilità alle iniziative, creare sinergie e valorizzare i risultati come patrimonio comune. Le iniziative avviate e quelle previste per lo specifico progetto dei Piani per la salute sono già in grado di dare un contributo in questo senso. È però importante prevedere fin da ora un osservatorio provinciale che orienti e valorizzi le esperienze e le idee, ovunque provengano, come condizione per lo sviluppo del capitale sociale e il rinforzo della coesione sociale. Gli elementi che dovranno caratterizzare le sinergie necessarie hanno da una parte la ricerca di spazi per la salute come progetto possibile per gruppi di popolazione o per tutta la comunità, e dall'altra la concretezza e la coerenza del disegno progettuale.

## 2) **Sviluppo delle tecnologie dell'informazione**

a supporto dell'agire organizzativo e professionale con tre finalità:

- Garantire la sicurezza e la qualità del servizio offerto;
- Semplificare e facilitare i percorsi dei cittadini;
- Permettere il confronto, lo sviluppo e la diffusione delle conoscenze come condizione per il miglioramento delle competenze del singolo professionista e del sistema di cura.

Si intendono sviluppare i sistemi di rete sia interni alle singole organizzazioni che tra tutti i componenti del sistema curante per la trasmissione e archiviazione delle immagini (sistema PACS - Picture Archiving Communication System – provinciale), della documentazione clinica (referti e documentazione clinica) e per la messa a disposizione della documentazione scientifica attraverso lo sviluppo su base

provinciale del centro di documentazione della biblioteca dell'Azienda Ospedaliera S.M. Nuova.

3) **La costruzione dei percorsi di cura** centrati su una visione unitaria della persona e del bisogno di salute e di cura, il rispetto della libertà di scelta, la semplificazione dei percorsi. Sono le condizioni base per la garanzia dei principi dell'equità e della libertà. Si tratta di garantire che le dimensioni dell'efficacia, dell'appropriatezza e dell'efficienza si confrontino e trovino concretizzazione nella risposta offerta alla singola persona. Contemporaneamente si richiede l'impegno a sviluppare chiarezza rispetto ai ruoli dei vari livelli di cura (prevenzione, cure primarie, approfondimenti diagnostici, ospedalizzazione ...) ponendo al centro il ruolo delle cure primarie e la domiciliarità (cfr. 21 obiettivi OMS per la salute nel XXI secolo).

## 4) **Il monitoraggio e la valutazione della**

**domanda e dell'offerta** rispetto ai volumi, alla sua evoluzione, ai livelli di qualità clinica e organizzativa e di soddisfazione rendendo trasparenti e pubblici i risultati. L'impegno riguarda in primo luogo la ricerca di standard di qualità per i servizi offerti che siano confrontabili e legittimati socialmente e da cui ogni organizzazione parte per l'eccellenza e lo sviluppo di indicatori di esito con particolare attenzione al guadagno di salute della comunità.

Il tema centrale per il sistema curante, espresso nella "vision", è quello della promozione della salute intesa come processo finalizzato a mettere in condizione, individui e comunità, di aumentare il proprio controllo sui fattori che determinano la salute e di migliorarla (carta di Octawa). Sono indispensabili misure di efficacia di tale promozione da costruire come sistema curante attraverso azioni di ricerca qualitativa, quantitativa, di tipo economico e partecipativa sui vari fattori e determinanti della salute, sugli stili di vita, sull'impatto dei servizi, sulle politiche di salute

pubblica e sulle pratiche organizzative conseguenti.

È un impegno senza dubbio del sistema curante ma coinvolge tutto il governo locale: i risultati potranno guidare in termini di scelte e di modalità di lavoro, le azioni dei piani per la salute e dare indicazioni per la programmazione prevista nei piani di zona.

5) **Il disegno unitario dell'offerta** nel rispetto delle specificità di ruolo e di gestione, secondo i principi della Comunità che assiste (Welfare Community) per cui il sistema sociale tutto, contribuisce attraverso forme e modi originali, al "benessere collettivo". L'impegno per tutto il sistema curante è la ricerca delle forme più opportune di alleanza (per competenze distintive, per complementarità ...) tra pubblico e privato, tra sanitario e sociale-assistenziale secondo il principio dell'unitarietà della persona e del suo bisogno. Il disegno perseguito attraverso lo sviluppo delle forme della co-progettualità riconosce pari dignità e valore ai diversi attori sociali che si confrontano rispetto alle differenze dei saperi e delle competenze. È tra l'altro la condizione per la garanzia non formale della libertà di scelta intesa come offerta di opportunità diverse e appetibili che sollecitano le organizzazioni e l'intero sistema a rideclinare i modi dell'offerta.

6) Azioni finalizzate allo **sviluppo delle competenze professionali** basate sui principi dell'efficacia, dell'appropriatezza, della sicurezza attraverso l'integrazione tecnico professionale e la ricerca continua del miglioramento. Elementi di attenzione progettuale attengono da una parte la ridefinizione dei metodi di lavoro attraverso l'integrazione professionale, lo sviluppo della ricerca, la sperimentazione e dall'altra parte una precisa definizione contrattuale con tutti i collaboratori. Lo sviluppo delle competenze professionali significa anche trasformare ogni

organizzazione e l'intero sistema curante in luogo di apprendimento e formazione continua.

Analogamente può avere riscontri positivi sullo sviluppo delle competenze un rapporto di partnership con il mondo Universitario. È a questo livello che acquista valore il confronto con le eccellenze e le buone pratiche attraverso partnership e scambi permanenti sia a livello nazionale che internazionale.

L'esperienza professionale, confrontata con le buone pratiche, si traduce in conoscenza e in nuovi comportamenti professionali evidenti nelle linee guida, nei profili di cura, nell'agire sia individuale che collettivo basato su prove di efficacia documentate.

Sono aree di lavoro prioritarie sul tema dello sviluppo della risorsa professionale:

- lo sviluppo delle competenze professionali sia tecnico-cliniche che organizzativo-relazionali come base per lo sviluppo delle dimensioni della responsabilità diffusa;
- la riformulazione di nuove e diverse modalità di rapporti di lavoro basate su contratti personalizzati (anche a termine) con le garanzie progettuali e di sviluppo individuale basate su un sistema di valutazione permanente al fine di fornire anche prospettive di crescita e sviluppo del potenziale;
- la ricerca di più efficaci forme di organizzazione basate sull'integrazione tra professioni e tra organizzazioni sia pubbliche che private.

7) **Percorsi permanenti e condivisi di informazione e comunicazione** della salute con l'impegno al coinvolgimento, sui significati e sugli effetti, di tutti gli stakeholder e con la valutazione di efficacia, di impatto e di coerenza dei messaggi rispetto alla medicina delle prove. L'obiettivo è di assicurare che il paziente sia informato riguardo le attività programmate, in modo da favorire la sua attiva collaborazione in tali attività e facilitare l'integrazione delle attività di promozione della

salute nel suo percorso assistenziale.

8) **Coinvolgimento diretto dei cittadini** nei processi decisionali, attraverso l'informazione, accoglienza, ascolto e coinvolgimento per la valutazione della qualità dell'offerta, la revisione delle priorità e la definizione dei criteri per la programmazione; il tutto secondo modalità condivise da tutto il sistema curante e tradotto in elementi di contratto sociale, comuni, contenuti nelle rispettive carte dei servizi. L'intento è quello di rendere i servizi più rispondenti ai bisogni e alle priorità degli utenti, valutati in base alle loro necessità, priorità ed aspettative e migliorare la qualità dei servizi guardando ai risultati, quindi all'impatto delle azioni intraprese sui beneficiari del servizio. La partecipazione attiva e il coinvolgimento dei cittadini/utenti vengono quindi visti come elementi cruciali di una strategia finalizzata ad accrescere la capacità di risposta alle attese e ai bisogni di cura e di assistenza sanitaria dei pazienti e del pubblico. Si ritiene che il punto di vista del paziente/cittadino debba essere incluso a vari livelli (individuale, di gruppo, istituzionale, politico) al fine di migliorare la qualità dei servizi.

Dal punto di vista operativo, il coinvolgimento del paziente a livello individuale o di gruppi di malati può servire a superare le barriere e le interruzioni che, a volte, si riscontrano nei processi di cura, poiché questi ultimi potrebbero essere organizzati secondo una visione che si rifà più a criteri di classificazione interni alla scienza medica che non alla capacità di risposta efficace (appropriata) alla richiesta di cura. La percezione del paziente e la sua esperienza diretta dal primo contatto col medico di famiglia al momento della dimissione dall'ospedale (e oltre) possono dare delle indicazioni preziose sui percorsi di cura, che se confrontati con l'analisi dei processi clinico-assistenziali possono svolgere una funzione di guida nella pianificazione di servizi secondo l'ottica "fare bene le cose giuste".

## COSA È STATO FATTO

Nel PAL 1997/1999 i Servizi della Prevenzione, organizzati in un Dipartimento non gestionale e con forti differenziazioni interdistrettuali, si ponevano essenzialmente l'obiettivo di iniziare, o perfezionare in alcuni casi, un'opera di integrazione tra loro e con i soggetti esterni, attraverso l'introduzione del lavoro per progetti su base dipartimentale, che prevedeva alcuni temi prioritari, e l'adozione di alcuni interventi di riorganizzazione, dei Servizi stessi o di singole attività o procedure.

I principali risultati raggiunti sono innanzitutto di innovazione organizzativa su alcuni temi prioritari quali:

- Igiene degli alimenti con l'attivazione tra l'altro del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN);
- Prevenzione delle malattie infettive, con particolare attenzione a quelle emergenti
- Sviluppo di funzioni di controllo sui cantieri dell'Alta Velocità (TAV), applicazione D.Leg.626/94, dismissione amianto
- Sviluppo delle funzioni di epidemiologia descrittiva e valutativa.

Vi sono poi stati interventi di riorganizzazione dei servizi:

- Razionalizzazione del numero dei servizi e delle sedi di erogazione delle prestazioni
- omogeneità delle procedure relative ai temi più rilevanti su tutto l'ambito aziendale
- riordino della pronta disponibilità per Igiene Pubblica e Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL)
- attivazione dell'Area "Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche" in ogni Servizio Veterinario
- cessazione di alcune attività non pertinenti alla salute pubblica (medicina fiscale).

Rispetto agli obiettivi generali così sommariamente descritti il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP),



diventato nel frattempo gestionale si presenta oggi con un assetto organizzativo assai più compatto ed integrato rispetto a quanto previsto dal precedente PAL: i Servizi afferenti al DSP, assai diversi tra loro per oggetto e modalità operative pur avendo il comune mandato di tutela della salute pubblica, sono raggruppati in tre aree dipartimentali:

1. Sanità pubblica
2. Tutela della salute in ambiente di lavoro e sicurezza
3. Sanità pubblica veterinaria

La prima area si articola nei Servizi di: "Igiene e sanità pubblica" (comprendente anche la funzione di Medicina legale) e "Igiene degli alimenti e nutrizione"; la seconda in quelli di "Prevenzione e sicurezza in ambiente di lavoro" e "Sicurezza impiantistica e antinfortunistica in ambiente di vita e di lavoro"; la terza comprende i Servizi Veterinari, che al loro interno sono organizzati nelle aree funzionali di "Sanità animale", "Igiene degli alimenti di origine animale e loro derivati", "Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche".

Oltre a queste tre aree sono presenti nel DSP l'Unità Operativa di Epidemiologia, presso la Direzione del Dipartimento, e il Laboratorio tossicologico occupazionale con sede a Scandiano.

Le prestazioni offerte dal DSP riguardano i seguenti campi di attività:

- Profilassi delle malattie infettive e diffusive
- Tutela dai rischi negli ambienti di vita, con particolare riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali
- Tutela dai rischi infortunistici e sanitari negli ambienti di lavoro
- Igiene e sicurezza negli istituti scolastici
- Sanità pubblica veterinaria
- Tutela igienico-sanitaria degli alimenti
- Sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- Medicina legale

Per la maggior parte delle attività effettuate, il DSP ha iniziato un percorso di integrazione interna ed esterna, che ha trovato espressione attraverso la programmazione comune del lavoro della maggior parte dei servizi e la partecipazione a tavoli gestiti dalle Amministrazioni locali relativi a temi di rilevante impatto sulla salute pubblica (Agenda 21, Piani per la Salute, Comitato provinciale di concertazione per la prevenzione e la sicurezza sui luoghi di lavoro, per citare solo le principali occasioni di confronto).

### **Alcuni dati di attività**

Per le attività su cui da più tempo interviene il DSP si propongono di seguito alcuni dati di attività:

#### *Profilassi delle malattie infettive:*

	2000	2002
Copertura antinfluenzale popolazione > 64 anni	63,0%	68,8%
n. indagini epidemiologiche per casi notificati di malattie infettive	2.591	3.642

#### *Tutela ambienti di vita:*

	2000	2002
n. pareri per strumenti urbanistici	181	286
n. controlli vigilanza scuole	===	269

#### *Rischi negli ambienti di lavoro:*

	1999	2002
n. aziende controllate	1.682	1.560
n. cantieri edili controllati	524	670
n. ore formazione/informazione	1343	1353
n. verifiche periodiche di impianti	5.639	6.205



**Medicina Legale:**

	2000	2002
n. visite per invalidità civile	7.683	8.741
n. visite per Legge 104	632	1.734
n. visite per Legge 68	54	757

**Alimenti:**

## 1. di origine animale

	2000	2002
n. capi bovini macellati	220.806	189.399
n. controlli in strutture trasformazione carni e latte	8.433	7.550

## 2. di origine non animale:

	2000	2002
n. insediamenti di produzione trasformazione alimenti controllati	2.109	2.042
n. esercizi di commercializzazione alimenti controllati	917	887
n. campioni di alimenti, acque potabili	6.725	7.360

Per quanto concerne il controllo sulla produzione e commercializzazione di alimenti nel corso dell'anno 2002, con la istituzione del SIAN, si è mirato ad una pianificazione degli interventi tale da:

- garantire un controllo periodico di un'alta percentuale di attività esistenti;
- intensificare la frequenza del controllo per le attività a maggior rischio sanitario,
- mirare il controllo analitico degli alimenti prodotti e commercializzati a problematiche sanitarie emergenti.

Progressivamente si è giunti nel corso del 2002 al raggiungimento di questi livelli di controllo:

- insediamenti produttivi esistenti: controllati il 57,7 %
- esercizi di commercializzazione esistenti: controllati il 44,6 %.

Tale attività di vigilanza e controllo rappresenta un impegno prioritario per il futuro: oltre le verifiche si procederà all'elaborazione delle informazioni

raccolte e alla loro diffusione come momento di crescita sociale.

**Sanità veterinaria:**

	1999	2002
n. accertamenti diagnostici	271.061	265.854
n. campioni per igiene zootecnica	1.749	3.657
n. prelievi e campioni per BSE	===	25.382

## OBIETTIVI, LINEE DI SVILUPPO E MODIFICHE ORGANIZZATIVE

A. Gli **OBIETTIVI GENERALI** sono essenzialmente due:

1. **migliorare l'appropriatezza degli interventi** del DSP, attraverso:

- la dismissione di attività di scarsa o nulla efficacia per la tutela e la promozione della salute pubblica (es.: libretti sanitari per gli alimentaristi), attraverso un'opera di modifica della normativa da perseguire a livello centrale (Ministero, Regione) ma da sollecitare, motivandone la necessità, anche a livello di ogni DSP, secondo le indicazioni della Evidence Based Prevention;
- un più deciso impegno nel tema della promozione della salute, affrontando in modo integrato con i diversi soggetti interessati quei determinanti di salute particolarmente rilevanti nella collettività locale (es.: stili di vita), mantenendo al contempo attenzione alle condizioni che possono generare disuguaglianze nella salute (condizioni socio-economiche);
- l'approccio a problemi rilevanti di sanità pubblica fino ad ora affrontati in modo episodico o non sufficientemente organico (es.: inquinamento atmosferico e salute,

sicurezza stradale, aspetti nutrizionali a livello di collettività, monitoraggio delle zoonosi);

- l'approccio ai problemi emergenti all'interno di ciascun settore tradizionale di attività (es.: lavoratori interinali e sicurezza sul lavoro, OGM e alimentazione, immigrati e patologie trasmissibili).

## 2. Migliorare l'integrazione del DSP con le altre strutture aziendali e con i soggetti esterni, attraverso:

- la messa a disposizione delle conoscenze epidemiologiche per la descrizione delle condizioni di salute e la valutazione degli interventi sanitari;
- la partecipazione a progetti integrati di promozione della salute;
- la partecipazione ai momenti istituzionali di confronto sui temi della programmazione territoriale e sanitaria.

A partire da questi obiettivi generali, si indicano di seguito le linee di sviluppo e le azioni di riorganizzazione da perseguire nel prossimo PAL.

### B. LE LINEE DI SVILUPPO:

- **l'epidemiologia:** deve garantire al sistema sanitario locale e alle Amministrazioni la possibilità di lettura dei fenomeni sanitari più rilevanti, per la programmazione generale dei servizi stessi e, su alcuni filoni definiti, la verifica dell'efficacia delle prestazioni o la valutazione di una eventuale associazione con esposizioni ambientali o professionali. Per fare ciò è opportuno, per ragioni di economie di scala e di integrazione tra le diverse fonti informative, concentrare le competenze in un unico luogo e il DSP si propone quindi come il principale produttore di informazioni sulle condizioni di salute della popolazione a livello provinciale. Dal punto di vista dei contenuti, la comunità locale, e le sue istituzioni, devono poter disporre:

- di un'immagine, anche sintetica, dei principali fenomeni di salute, o di malattia, della popolazione: fenomeni avversi della gravidanza, principali patologie, infortuni sul lavoro, incidenti stradali, incidenti domestici, invalidità, mortalità. A ciò si giunge consolidando gli archivi già disponibili (mortalità, malattie infettive, Registro Tumori, Registro Mesoteliomi, Osservatorio regionale infortuni sul lavoro, Schede Dimissione Ospedaliera), e acquisendone altri o stabilendo modalità di raccordo con i rispettivi gestori.
- del monitoraggio, analisi e valutazione delle disuguaglianze sociali relativamente ai principali effetti sulla salute, all'equità nell'accesso, all'appropriatezza dell'utilizzo dei servizi. In questa ottica l'esperienza acquisita dal DSP nella conduzione dello studio sui rapporti tra condizioni socio-economiche e mortalità può essere utilmente spesa per monitorare il fenomeno delle disuguaglianze sociali anche relativamente ad altri effetti sulla salute e può essere di supporto ad altri settori dell'Azienda che si pongano l'obiettivo di esplorare l'equità nell'accesso e nell'uso dei servizi sanitari.

- **La promozione della salute:** partendo dall'idea di salute intesa come progetto sociale di pertinenza di tutta la comunità locale, il DSP mette in campo, come competenza specifica, la disponibilità a fornire quadri epidemiologici pertinenti al problema da affrontare, a documentare le "tecniche" di promozione basate su un'evidenza di efficacia, là dove disponibili, e a progettare la valutazione di efficacia delle iniziative di promozione.

- **Problemi rilevanti di sanità pubblica da sviluppare ulteriormente:** i temi su cui il DSP intende sviluppare competenze tecniche e

modalità organizzative interne più adeguate sono rappresentati da quelli ambientali, per i quali il sistema sanitario sconta ancora la separazione dall'ARPA, e dai nuovi temi dell'educazione e del controllo nutrizionale.

Per quanto riguarda i temi ambientali si sintetizzano di seguito gli aspetti da sviluppare maggiormente:

- la valutazione dell'impatto sanitario di impianti rilevanti attraverso l'utilizzo di metodologia "accreditata" e l'aggiornamento delle competenze in campo tossicologico;
- la partecipazione al processo di pianificazione territoriale, come previsto dalla nuova normativa, attraverso l'uso dei flussi informativi per una caratterizzazione sanitaria del territorio, anche con l'ausilio di supporti cartografici che consentano la georeferenziazione dei fenomeni in studio. La partecipazione a questi momenti di programmazione dell'uso del territorio fornisce anche un contributo a quegli indispensabili aspetti "strutturali" di promozione della salute, senza i quali le iniziative volte alla modifica dei comportamenti individuali risultano in molti settori di scarso o nullo impatto sociale.

Per quanto concerne gli aspetti nutrizionali, si sperimenterà innanzitutto un approccio teso alla conoscenza dei modelli nutrizionali, con attenzione e rispetto per le valenze culturali che il cibo riveste, senza la pretesa quindi di imporre "il menu ottimale", ma proponendo piuttosto indicazioni e conoscenze. In particolare e con queste attenzioni sarà sviluppata:

- la sorveglianza nutrizionale su fasce a rischio (per età o per condizioni patologiche)
- l'approfondimento e il controllo su particolari alimenti, per verificarne anche la congruenza con l'etichetta nutrizionale (es.: contenuto in grassi, in zuccheri, caratteristiche nutrizionali dei cibi pronti),

- la comunicazione dei risultati del lavoro e la promozione di un'alimentazione corretta, in collaborazione con altri soggetti che già operano nel settore.

#### - **Problemi rilevanti di sanità pubblica veterinaria (SPV) :**

La Sanità Pubblica Veterinaria (SPV) come da definizione dell'OMS (1999) "è la componente dell'attività di Sanità Pubblica dedicata alla applicazione delle competenze, conoscenze e risorse della professione veterinaria ai fini della protezione e del miglioramento della salute umana". La SPV, attraverso la propria articolazione in discipline specialistiche, sviluppa attività volte principalmente alla:

- promozione di salute degli animali, anche con lo scopo di migliorarne le produzioni;
- sicurezza e qualità nutrizionale degli alimenti di origine animale destinati al consumo alimentare umano;
- prevenzione ed al controllo delle malattie degli animali, con particolare attenzione a quelle a carattere zoonosico;
- protezione dell'ambiente rispetto ad esempio alla industrializzazione degli allevamenti ed alla presenza nelle città di fauna sinantropica.

La nuova politica Europea in tema alimentare, adottando linee programmatiche strategicamente volte ad un radicale cambiamento nella politica di controllo degli alimenti, sarà fonte di importanti e significative innovazioni.

Il Libro bianco sulla sicurezza alimentare che, come ben noto, assume quale principio innovatore l'analisi del rischio, per la valutazione, gestione e comunicazione dei problemi di sicurezza alimentare ha già avuto, nel corso del 2002, una prima regolamentazione mediante l'emanazione del Regolamento (CE) 178/2002 "che stabilisce i principi e i requisiti generali della legislazione

alimentare, istituisce l'Autorità europea per la sicurezza alimentare e fissa procedure nel campo della sicurezza alimentare".

Regolamento che introduce principi, anche innovatori, quali ad esempio:

- elevato livello di tutela della salute umana;
- elevato livello di salute e di benessere degli animali;
- libera circolazione degli alimenti e dei mangimi sul territorio della Comunità;
- libera circolazione quindi di alimenti e mangimi sicuri;
- analisi del rischio;
- regolazione del principio di precauzione;
- introduzione del principio di trasparenza sulle possibilità e sulle modalità di commercializzazione di alimenti e mangimi;
- consultazione ed informazione ai cittadini;
- responsabilizzazione degli operatori del settore alimentare per la sicurezza degli alimenti prodotti;
- tracciabilità completa degli stessi: "dal campo al piatto";

ed inoltre:

- organizzare ed attuare un sistema di controllo ufficiale degli alimenti dal campo al piatto;
- applicare la legislazione alimentare vigente.

L'assoluta trasversalità, rispetto alle discipline specialistiche proprie della SPV, dei citati principi impegnerà l'intero Servizio Veterinario ad adeguare i propri metodi di lavoro secondo obiettivi da raggiungere piuttosto che in base a semplici adempimenti da eseguire, sempre nel rispetto degli input che deriveranno dal livello Comunitario, Nazionale e Regionale. L'implementazione del metodo HACCP da parte degli operatori del settore alimentare, la sicurezza dei mangimi fabbricati per l'alimentazione animale, la tutela del benessere animale, la farmaco-sorveglianza rappresentano solo alcuni dei campi in cui sperimentare l'innovazione.

- **Problemi emergenti di sanità pubblica nei settori tradizionali di attività:** tra i temi emergenti che saranno oggetto di intervento da parte del DSP se ne citano alcuni, senza alcuna pretesa di esaustività, poiché anzi i temi nuovi sui quali intervenire saranno da cogliere tempestivamente, nel momento della loro emersione nella società o nella consapevolezza della collettività: lavoro precario, lavoratori anziani e infortuni sul lavoro, OGM e alimentazione, immigrazione e malattie trasmissibili.

### **C. MODIFICHE ORGANIZZATIVE e collaborazioni per supportare il processo di sviluppo:**

#### **c.1. La Medicina dello sport e gli stili di vita**

Come importante segnale per il riorientamento del Servizio di Medicina dello sport verso un'attività di promozione di stili di vita sani è previsto il suo trasferimento dal Dipartimento di Cure primarie al DSP con l'impegno del servizio stesso verso iniziative di promozione dell'attività sportiva e, più genericamente, dell'attività fisica nelle diverse fasce di età della popolazione.

#### **c.2. Sanità Pubblica Veterinaria**

I sempre più ampi ambiti di attenzione (benessere animale, anagrafe, farmaco-sorveglianza, residui e contaminanti ambientali, igienicità delle produzioni, sicurezza degli alimenti di origine animale, ecc.) e le emergenze che si sono susseguite in questi ultimi anni in tutte e tre le aree funzionali della medicina veterinaria ma in particolare sul controllo delle malattie infettive (Brucellosi, BSE-TSE, Blue Tongue ecc.) ci inducono a ripensare l'organizzazione centrata prevalentemente sulla territorializzazione, come è stato fino ad oggi, per privilegiare una direzione strategica unica aziendale ed un assetto più flessibile delle strutture operative

territoriali per meglio garantire:

- il superamento della settorializzazione delle attività favorendo la crescita di aree di elevata specializzazione,
- la piena integrazione tecnico-operativa degli operatori,
- la trasversalità degli interventi,
- l'erogazione dei livelli di assistenza previsti.

### **c.3. Alleanze con l'Università e con centri di ricerca**

Nei prossimi anni si svilupperanno ulteriormente le relazioni, per altro già proficue, con l'Università di Modena e Reggio, sia in campo epidemiologico sia nell'ambito degli specifici settori specialistici (igiene, medicina del lavoro) e con quella di Parma, prevalentemente con la Facoltà di Veterinaria e in ambito nutrizionale. Ciò significa, da parte del DSP, la disponibilità ad accogliere i laureandi o gli specializzandi per i tirocini nonché la organizzazione in comune di iniziative di formazione o di ricerca, senza tralasciare, su questo terreno, il confronto ad ampio raggio con le esperienze più avanzate a livello nazionale (ISS, ISPESL; altre sedi universitarie).

## IL DISTRETTO

La Legge regionale 19/1994, il piano sanitario regionale 1999 – 2001, la LR 2/2003, hanno definito le funzioni e gli ambiti di autonomia e di responsabilità del Distretto sanitario e i livelli di collegamento e integrazione tra ospedale e territorio oltre che di integrazione socio-sanitaria. Il Distretto è l'articolazione territoriale dell'Azienda USL cui è affidato il compito di assicurare alla popolazione residente la disponibilità, secondo criteri di equità, accessibilità ed appropriatezza, dei servizi di tipo sanitario e sociale ad alta integrazione sanitaria. Il Distretto svolge un ruolo cruciale nella rilevazione dei bisogni di salute della popolazione, nella pianificazione e valutazione dell'offerta di servizi, nell'integrazione tra le diverse istanze dei vari portatori di interesse (sanitari e sociali), nella realizzazione delle attività di promozione della salute, di prevenzione delle malattie e delle disabilità, nello sviluppo della cultura e delle pratiche dell'integrazione tra attività territoriali ed ospedaliere e tra i servizi sanitari e quelli sociali.

Il Direttore di Distretto rappresenta l'Azienda nei rapporti con i Sindaci e con tutte le istanze sociali del territorio; costruisce, in collaborazione con il Comitato di Distretto (Collegio dei Sindaci del Distretto), il Programma delle Attività Territoriali (PAT) e ne governa l'attuazione; contribuisce alla definizione del Piano Sociale di Zona e ne supporta la realizzazione attraverso il presidio dell'integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali.

Il Direttore di Distretto esercita le funzioni di committenza attraverso:

- la valutazione dei dati epidemiologici e di consumo di prestazioni sanitarie resi disponibili dal Sistema Informativo Aziendale;
- il confronto con le istanze organizzate dei cittadini (Comitati Misti Consultivi);

- il confronto con i professionisti che erogano prestazioni sanitarie (Ufficio di coordinamento delle attività Distrettuali);
- lo sviluppo delle forme di co-progettazione dell'offerta socio-sanitaria, attraverso la realizzazione di percorsi che valorizzino il contributo di proposta, di conoscenza, esperienza e buona pratica, espresse dagli enti del terzo settore (in specifico la cooperazione sociale) e da altre istituzioni ed organizzazioni che operano nell'ambito socio-sanitario (case protette, strutture per disabili, ecc.).



**SANITARIO E SOCIALE DOPO LA L. 328/2000  
E LA L.R. 12.3.2003 N. 2**

La recente riforma del Welfare si fonda sull'integrazione dei tre grandi assi socio-assistenziale, socio-sanitario e socio-educativo, i quali costituiscono in ultima analisi i presupposti del "sistema salute". Lo strumento programmatico individuato dalla legislazione citata è il Piano di zona locale, nell'ambito del quale queste tre aree di lavoro trovano una ri-composizione pianificata tramite il coinvolgimento e la partecipazione dei diversi attori pubblici e privati e la messa in comune delle risorse.

Data la complessità del campo di intervento l'integrazione si fonda sulla chiarezza dei ruoli e delle responsabilità, a partire dalla definizione degli obiettivi fino alla valutazione dei risultati. Ambiti di lavoro (nella logica dei Piani di Zona e nella cultura delle cure primarie) sono:

- la continuità delle cure e dell'offerta (es. disabilità e handicap minori e adulti e la logica dei servizi a rete);
- la gestione come campo dove più di altri è possibile una partnership secondo il principio di complementarità pubblico/privato;
- il rapporto con gli EE.LL. e la ridefinizione delle modalità di risposta, secondo l'orientamento del sistema integrato dei servizi sociali e sanitari.

**COSA E' STATO FATTO****Anziani**

Sono state poste in essere le azioni tendenti ad armonizzare i collegamenti e le connessioni tra i vari punti della rete di servizi ed interventi a favore della popolazione soprattutto anziana. E' stato consolidato il profilo delle RSA nel sistema di rete con una spiccata identità sanitaria-riabilitativa, volta a garantire continuità assistenziale a pazienti in



dimissione protetta dagli ospedali e con possibilità reale di rientro al domicilio dopo la dimissione. Il sistema residenziale di Casa Protetta si è differenziato comprendendo posti letto per nuclei temporanei demenze (17 posti letto) e sviluppando ulteriori 27 posti letto per ricoveri temporanei di sollievo, volti a favorire la permanenza dell'anziano all'interno del sistema domiciliare; sempre in questa ottica si è arrivati ad una rete convenzionata di posti in Centro diurno di 392 (0,85 posti per 100 abitanti di età > 74anni).

	1997	2002
Popolazione >74 anni	39.800	46.261
n. posti letto convenzionati in Casa Protetta	1.281	1.459
n. posti letto convenzionati in RSA	160	195
p.l. conv. di CP+RSA per 100 abit.>74 anni	3,62	3,58
n. posti convenzionati in Centro Diurno	256	392
n. posti in Centro Diurno per 100 abit >74 anni	0,64	0,85
n. assegni di cura erogati	704	1.413
importo totale assegni di cura erogati (in euro)	1.318.308	1.602.496

La complessità e la variazione continua della domanda hanno condotto all'avvio di un processo di confronto tra AUSL ed Enti gestori/ titolari del sistema residenziale per migliorare la progettazione, la comunicazione, l'integrazione operativa in vista dell'istituzione dei nuclei di cure primarie, anche in relazione all'immissione di nuovi profili professionali e dei futuri processi di accreditamento.

### Disabili

I Servizi ad alta integrazione socio-sanitaria, diretti ad utenze con grosse fragilità (disabilità, disturbi psicologici- comportamentali, ecc..) presuppongono una stretta alleanza tra attori sia pubblici che privati, al fine di produrre empowerment sia per gli utenti che per la comunità. Si sono avviate concertazioni, co-progettazioni tese a riorientare i Servizi verso

queste finalità, sulla base anche di una ricerca sulla potenziale domanda dei Servizi di Neuropsichiatria infantile (NPI), con proiezione quinquennale. Sono emersi due principali orientamenti: verso servizi "leggeri" (ateliers, laboratori protetti, alternanza scuola -lavoro); verso soluzioni sul "dopo di noi", meno orientate ad una residenzialità tradizionale e più favorevoli a soluzioni flessibili (appartamenti protetti/semiprotetti). Dalla ricerca emerge che i 354 adolescenti in carico al 31/12/2002 ai Servizi di NPI, raggiunta l'età adulta esprimeranno l'esigenza soprattutto di inserimenti lavorativi (34.7%) e inserimenti lavorativi protetti (39%) e in misura molto inferiore (2.8%) la disponibilità di posti in centri residenziali. La richiesta di posti in centri diurni riguarderà il 21.8% del totale.

Si è messo a punto il "Progetto Lavoro" come percorso Aziendale di promozione di empowerment e di inclusione sociale delle persone a rischio di emarginazione a causa delle loro fragilità personali e sociali.

In questi anni si è consolidato il "percorso lavoro" attraverso il potenziamento delle Commissioni medico-legali, la partecipazione al protocollo d'intesa con la Provincia per l'applicazione L.68/99, la collaborazione con le Cooperative Sociali attraverso il metodo della coprogettazione, la partecipazione ai progetti europei (es. Equal). E' proseguita ed è stata implementata l'azione di proposta, supporto, promozione degli inserimenti lavorativi che nel 2002 sono stati complessivamente 747, con un incremento del 10%.

E' stato inoltre avviato il percorso di coprogettazione con il terzo settore per definire indicatori di orientamento verso un sistema di qualità pubblico-privato che ha condotto ad assumere orientamenti culturali che valorizzano la natura relazionale dei servizi alla persona; ciò è stato incluso nei capitolati delle gare d'appalto per le esternalizzazioni dei servizi alla persona.

## Attività di assistenza a disabili adulti – anno 2002

n. disabili in carico	867
n. famiglie con handicap adulto seguite	467
n. posti letto in strutture residenziali	42
n. posti in Centri Diurni	209
n. inserimenti	369

**Servizi su fasce deboli  
(minori, adolescenti,  
famiglie multiproblematiche, immigrati)**

Le innovazioni culturali ed organizzative previste dalla L. 328/00 hanno portato ad un costante confronto con gli Enti Locali per il definitivo superamento della cultura e del modello organizzativo delle "deleghe".

L'orientamento ha visto una riflessione sulle politiche sociali più complessive, sui focus della dimensione territoriale dei problemi; della promozione delle reti formali ed informali e della rilettura dei contesti. L'avvio di un articolato processo di rivisitazione e programmazione complessiva dei servizi ha visto partecipazioni a momenti diversi in particolare nei Piani di Zona, Piani per la Salute, Piani delle Attività Territoriali nell'ottica di rendere gli assetti organizzativi più aderenti all'attuale dinamica della domanda/offerta, quest'ultima aperta anche al mercato privato.

Sono state monitorate le liste d'attesa per accedere alle istruttorie per le adozioni che risultano mediamente assestate sul limite inferiore indicato dalla Regione (120gg). L'accoglienza e la presa in carico delle famiglie multiproblematiche è monitorata attraverso un gruppo aziendale di formazione e supervisione costante che prevede anche un tavolo interistituzionale di raccordo (con la presenza dell'Autorità Giudiziaria) ed uno specifico nucleo di approfondimento per la prevenzione e cura dell'abuso sui minori.

Nei Distretti sono stati attivati momenti di accoglienza sulle famiglie immigrate in quanto il

fenomeno immigratorio riguarda tutto il territorio provinciale. In particolare nel Distretto di Reggio Emilia è aperto un Servizio Sanitario, in collaborazione con la Caritas, per la famiglia immigrata; ovunque si è avviata una riflessione sulla necessità di formazione alla "mediazione culturale" per poter utilmente interagire con le "culture altre", proprie degli stranieri presenti nel territorio provinciale.

Alcuni dati di attività del Centro per la salute della famiglia straniera:

	1999	2002
n. ore settimanali di apertura	8	22
n. accessi	2.218	4.884
n. utenti	937	1.943

**OBIETTIVI E LINEE DI SVILUPPO**

a) **Anziani** - Rispondere ai bisogni e alle esigenze dell'invecchiamento della popolazione richiede un profondo ripensamento dell'organizzazione complessiva delle comunità in quanto il fenomeno demografico produce un mutamento degli stili di vita, delle aspettative, della qualità di domanda dei servizi e diventa sempre più strategico promuovere politiche attive per la terza età.

Il Piano di azione regionale a favore degli anziani (dicembre 2002) prevede di migliorare la salute e la qualità di vita attraverso un approccio multisetoriale ed un sistema socio-sanitario equo ed economicamente sostenibile; ciò richiede un profondo mutamento culturale e professionale nel settore sanitario e sociale al fine di perseguire alcune opzioni fondamentali finalizzate a:

- Sostenere e promuovere la domiciliarità, attraverso iniziative di sostegno alle famiglie con azioni specifiche per i caregiver, con supporti consulenziali per problemi complessi, con sviluppo di iniziative per la qualificazione

del lavoro di cura svolto da assistenti privati, all'interno di un processo di concertazione territoriale che sviluppi dimensioni di coprogettazione comunitaria.

- Favorire e sostenere l'autodeterminazione e la scelta dell'anziano, garantendo il rispetto della centralità delle decisioni di ogni singola persona, valorizzando le esperienze volte a favorire informazione e disponibilità di servizi, favorendo gli accessi e la fruizione al sistema integrato delle cure, semplificando i contatti tra gli anziani e le loro famiglie con il sistema sanitario.
- Favorire l'uso appropriato delle tecnologie, per garantire la messa in rete dei presidi sanitari e socio-sanitari e favorire monitoraggi on line anche sul domicilio, in particolare su patologie di particolare gravità.
- Rendere flessibile, integrata e qualificata l'offerta dei servizi, in una logica di differenziazione e sulla garanzia di scelta da parte dell'anziano. In particolare incentivando il "fare rete" tra i nodi già esistenti anche nello sviluppo della connotazione comunitaria delle strutture, aperte e flessibili ai bisogni del territorio.
- Favorire il consolidamento e la professionalizzazione di un mercato sociale attraverso iniziative di sviluppo sistematico delle connessioni strategiche di rete, garantendo formazioni tese a favorire l'interprofessionalità e la multidimensionalità degli operatori; la loro capacità di lettura delle esigenze della popolazione anziana, sviluppando conoscenze anche relazionali nell'interazione con il cittadino e gli altri attori, istituzionali e non, della rete territoriale.

La promozione della salute e del benessere della popolazione anziana passa anche attraverso pari opportunità di accesso ai servizi con l'adozione

di azioni atte a semplificare i contatti tra anziano e strutture sanitarie o rete complessiva dei servizi, ampliare la tipologia e la flessibilità di questi ultimi, garantire un adeguato sistema di cure per la non autosufficienza (long term care) come diritto di cittadinanza.

Nel territorio provinciale di Reggio Emilia, ricco storicamente di strutture, presidi, unità operative, sperimentazioni in favore della popolazione anziana, il livello di sviluppo ulteriore dell'azione di governo è orientato maggiormente verso la facilitazione delle reti di relazione, contribuendo a intensificarle, ampliarle, estenderle, accrescerle. Partecipando attivamente ad un sistema nel quale i diversi nodi risultino in grado di interagire costantemente, scambiando progetti, conoscenze, partnership tese a cogliere le dinamiche del territorio, promuovere risposte adeguate e flessibili, sostenendo la costante innovazione dell'intero sistema. Lo sviluppo di una rete come insieme coerente e coordinato di servizi, prestazioni, permette di garantire il livello più alto di risposte, evitando le sovrapposizioni, garantendo economie di scala, evitando parcellizzazioni e presidiando le connessioni per evitare i limiti delle singole offerte; l'obiettivo del benessere comunitario viene così raggiunto tramite il coinvolgimento di tutti i soggetti competenti. Dove per competenti si intendono non solo le istituzioni ma anche il sistema cliente (il cittadino nel rappresentare i propri bisogni, le famiglie come richiedenti/risorsa, le organizzazioni no profit nel partecipare con capacità proprie, il vicinato e tutte le aggregazioni formali e informali della comunità).

Nella logica sopradescritta è necessaria un'approfondita analisi da compiersi con gli EE.LL. e gli Enti gestori (IPAB e strutture private) sulla coerenza/congruenza dell'attuale sistema dell'offerta con le nuove domande di domiciliarità – anche privata – di flessibilizzazione e

diversificazione dei servizi, di accompagnamento delle famiglie a “costruire” percorsi personalizzati. Va aperto un confronto sulla possibilità di riconversione, a livello locale, di parte delle attuali Case Protette verso altre “mission”, rispondenti eventualmente ad altri bisogni (es. di accoglienza di altre fasce deboli, di urgenza/emergenza sociale -legge 328/2000, da individuarsi nell’ambito dei piani di zona. Ciò a maggior ragione dopo il rinforzo dato dall’art. 50 della L.R. 2003/n.2 laddove viene istituito il Fondo Sociale per la non autosufficienza, che finanzia le prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie non sostitutive di quelle sanitarie. Nell’ambito dei Piani di Zona e con il contributo del progetto Madreperla è iniziata una attenta analisi delle modalità di funzionamento dei Servizi Assistenza Anziani (SAA), dell’uso di talune risorse (es. assegno di cura) e taluni strumenti ( UVG), allo scopo di adeguare l’offerta (anche privata) alle nuove domande delle famiglie.

b) **Disabili – minori e adulti** - Individuare nelle famiglie e nelle loro associazioni i partner privilegiati con cui completare la rete dei Servizi, nella logica della coprogettazione che dovrà svilupparsi e consolidarsi (che comprende la comunicazione costante dei dati e dei vincoli anche budgetari e del coordinamento fra tutti gli attori). In questo settore è particolarmente necessario l’adozione di un metodo di lavoro che si fonda sulla tridimensionalità dell’intervento (utente, famiglia e contesto sociale di riferimento). Deve diventare pratica costante la visualizzazione del ciclo di vita con la massima integrazione tra i percorsi sanitari (Ospedale - Neonatologia/N.P.I. – Servizio Disabili Adulti senza “abbandoni” e cadute dell’interessamento terapeutico) e i percorsi della “normale” integrazione sociale (scuola, lavoro e tempo libero). Le nuove normative in tema di obbligo formativo e di diritto al lavoro rappresentano un’opportunità da

sviluppare ulteriormente in una “rete interistituzionale” già delineata in vari Accordi di Programma e Protocolli d’Intesa. Nei Piani di Zona sono già contemplate le linee di sviluppo necessario per completare la rete dei servizi.

c) **Prevenzione del disagio giovanile** - L’ampiezza e la gravità del fenomeno (già analizzata nell’ambito dei piani per la salute e nei Piani di Zona) richiede la messa a punto di strategie “corali” che rispondano ai presupposti di:

1. coinvolgere i giovani, praticando un reale ascolto delle loro “forme di esistenza” con l’obiettivo di partire dai loro bisogni per qualsiasi azione che li riguardi.
2. mettere in comunicazione tra loro tutte le agenzie che sono in contatto con i giovani (dalla scuola, alla discoteca, al centro sociale) per approfondire la conoscenza del mondo giovanile ed avere elementi per programmare azioni mirate.
3. avviare dialoghi locali e “patti con i giovani” finalizzati a creare spazi di incontro, partecipazione e crescita collettiva, azioni che dall’investimento reciproco (giovani/adulti, associazionismo/istituzioni, scuola/associazionismo spontaneo ecc.) trovino le premesse per azioni a valenza educativa e di prevenzione del disagio. Nei Piani di zona è già rintracciabile la Mappa dell’offerta di tutti i Servizi per minori e adolescenti sia di tipo educativo che di tipo socio-assistenziale (dai centri pomeridiani educativi, ai progetti finanziati dalla legge 285, al rapporto con le scuole alle iniziative di prevenzione della tossicodipendenza e dell’educativa di strada). Lo sforzo del prossimo futuro è lo sviluppo di una connessione di sistema tra le varie iniziative locali per intercettare il pianeta giovani nelle sue variegate sfaccettature.

d) **Salute donna: la rete dei consultori familiari**

Dalla prima attivazione nell'anno 1975 (legge 405/75) i consultori familiari, nati per garantire essenzialmente l'assistenza fisiologica e sociale alla maternità e paternità responsabile, la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento, la procreazione responsabile, si sono nel tempo evoluti e modificati per quanto attiene funzioni ed attività in relazione al cambiamento del target e dei bisogni dell'utenza (dalla donna alla coppia, all'adolescente, alla diade madre-bimbo immigrati, ecc.). La Regione Emilia Romagna con l'istituzione del Programma regionale finalizzato alla riorganizzazione dei consultori famigliari (L.34/96) e quindi con il Piano Sanitario Regionale ha indicato la necessità di riorganizzare le funzioni dei consultori famigliari partendo dalle attività storiche (assistenza alla gravidanza, consulenza contraccettiva, certificazione per la IVG, prevenzione dei tumori e delle malattie sessualmente trasmesse (MST), conseulling sulla sessualità, educazione sanitaria) per affrontare i nuovi bisogni e le esigenze/preferenze di una utenza in continuo cambiamento. Il Piano sanitario Regionale inserisce i consultori famigliari nel Dipartimento Cure Primarie del Distretto. Alle equipe consultoriali è affidato il compito di essere punto di riferimento per la salute sessuale, relazionale e riproduttiva dei singoli, della coppia, della famiglia e di garantire la continuità dell'iter diagnostico-terapeutico per le utenti. Obiettivo prioritario diventa consolidare il ruolo del Consultorio famigliare come riferimento nel territorio per le problematiche delle donne e delle famiglie aumentando la necessità del servizio di essere in rete con le altre strutture del distretto, con i medici di medicina generale e con l'ospedale, e di coinvolgere attivamente le rappresentanze istituzionali, sociali e del volontariato in quanto le azioni da mettere in campo sono non solo di

tipo sanitario, ma hanno una forte valenza sociale e culturale.

Quindi la parola chiave per quanto attiene alla salute donna nel territorio è integrazione in rete:

- Integrazione strutturale nell'ambito dei Nuclei di Cure Primarie (I° livello) e del Dipartimento Cure Primarie (II° livello). In questo ambito è essenziale una metodologia di lavoro che si fondi sulla multidisciplinarietà e sulla multiprofessionalità;
- Integrazione funzionale progettuale ed operativa con altri Dipartimenti ed Unità Operative territoriali su progetti generali e specifici nelle cosiddette aree di confine (ad es. con i SERT ed il DSM per il disagio giovanile e le problematiche adolescenziali, con il DSP per gli screening);
- Integrazione con le strutture ospedaliere sui processi di continuità assistenziale (es. percorso nascita, sostegno al puerperio ed allattamento, prevenzione della patologia oncologica e infettiva sessualmente trasmessa, parto a domicilio);
- Integrazione con la componente sociale rappresentata da enti, istituzioni ed agenzie (es. EE.LL., scuola, associazioni di volontariato e di rappresentanza femminile). In quest'area due importanti strumenti di programmazione sono i Piani per la Salute ed i Piani di Zona.

e) **Fasce deboli della popolazione** - Il fenomeno migratorio, meccanismi sociali di competizione, regole economiche del mercato del lavoro, tendono ad estendere il numero di cittadini che (anche improvvisamente) perdono la capacità di sostenere le sfide della vita e si ritrovano in un cerchio di emarginazione e isolamento, nonché ad essere esposti a morbilità e/o patologie conclamate e perciò a ricorrere, anche impropriamente a cure sanitarie. I servizi "istituzionali" raramente li riconoscono come propri utenti e le organizzazioni di



volontariato non sono in grado – da sole – di fronteggiare i loro problemi per lungo tempo. La decodifica dei loro bisogni impone analisi complesse e la messa in atto di misure di contrasto (alla povertà, alla solitudine, al disagio psichico, allo stigma dell'emarginazione) che sono inedite. Occorre lavorare con strumenti di programmazione sociale ed economici nuovi, con conoscenze psicologiche e dei processi di aiuto gruppalmente che necessitano dell'incrocio di più competenze. Il metodo dell'organizzazione temporanea di nuclei operativi interistituzionali è utile sia per programmare progetti individuali sulle persone, sia sperimentare forme di integrazione pubblico/privato per risposte congruenti a specifiche tipologie di questa fascia di cittadini.

Sono in atto in ambito aziendale e in collaborazione con i Comuni piccole esperienze mirate di "accompagnamento" di famiglie multiproblematiche o di prese in carico complesse per adulti multiproblematici.

Nei Piani di zona inoltre sono rintracciabili le iniziative rivolte all'area immigrazione e agli interventi socio-sanitari dell'area dipendenza e contrasto alla povertà.

### COSA E' STATO FATTO

Il Piano attuativo Locale 1997-1999 ha affrontato soprattutto gli aspetti strutturali della rete dei Servizi per la Salute Mentale.

Gli obiettivi perseguiti e realizzati possono essere schematicamente ricondotti ai seguenti punti:

- a) superamento definitivo dell'Istituzione manicomiale;
- b) completamento della rete di Servizi su tutto l'ambito Provinciale, con particolare riferimento alla disponibilità, in ogni area distrettuale di residenze in grado di gestire le gravi forme di sofferenza psichica;
- c) avvio di forme di collaborazione fra le varie Unità Operative attorno a temi specifici, esitate poi nella forma organizzativa del Dipartimento Aziendale Salute Mentale (DSM), che ha permesso di istituire "luoghi" terapeutici appropriatamente dotati delle competenze multidisciplinari.

Vale la pena ricordare che, durante il periodo di validità del piano, sono state apportate innovative modificazioni, tese ad impegnare le risorse disponibili differenziando le risposte in modo più coerente con le indicazioni tecniche, l'appropriatezza e l'efficacia delle stesse, calibrate su una dimensione territoriale modulare che sia il DSM che i Sert hanno progressivamente assunto. Ne sono esempi: il day-hospital piuttosto che residenze a Montecchio e Correggio, la residenza piuttosto che SPDC a Guastalla, così come l'apertura del centro-diurno a "bassa-soglia" -Villetta Svizzera- ed il centro residenziale per l'osservazione e la diagnosi -Mandria- per le dipendenze da abuso, e ancora l'istituzione di percorsi integrativi quali il "Sistema per i disturbi del comportamento alimentare" e il "Sistema curante per l'autismo", il coinvolgimento del privato-sociale quale metodo di riferimento nella programmazione dell'offerta.



### Alcuni dati di attività

Possiamo ad oggi affermare che gli obiettivi del precedente PAL sono stati ampiamente realizzati, anche in considerazione della modulazione territoriale che sia il DSM, (nelle sue articolazioni di Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile e Psicologia clinica) sia i SERT hanno progressivamente assunto, e che oggi si può contare su un sistema articolato di offerte di buona qualità professionale e strutture ed in grado di intercettare la larga parte delle sofferenze più severe sia mentali che della dipendenza.

DIP. SALUTE MENTALE	1997	2002
<b>STRUTTURE RESIDENZIALI</b>		
n. posti	63	96
n. persone	131	397
<b>STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI</b>		
n. posti	69	110
n. persone	244	463
<b>ASSISTENZA TERRITORIALE</b>		
n. persone in cura	3.690	5.329
n. consulenze in ospedale	1.794	1.765
<b>SERVIZIO DIAGNOSI E CURA</b>		
n. posti letto	18	15
n. ricoveri ordinari	567	552
<b>PSICOLOGIA CLINICA E NEUROPSICHIATRIA INFANTILE</b>		
n. persone in cura Psic. Clinica	1.766	1.768
n. persone in cura N.P.I.	2.928	3.785

Negli ultimi anni si registra inoltre a livello provinciale una crescita di domanda di Servizi per le tossicodipendenze e per le patologie alcol correlate, oltre al cosiddetto fenomeno "disagio giovanile o adolescenziale", inteso come espressione di situazioni multiproblematiche che colpisce prevalentemente la fascia di età 18-24 anni.

DIPENDENZE PATOLOGICHE	1997	2002
n. alcooldipendenti trattati	288	376
n. persone tossicomani in carico	861	977

### OBIETTIVI E LINEE DI SVILUPPO

#### A. Indicazioni generali

La condizione in cui oggi ci troviamo rappresenta una situazione decisamente avanzata rispetto al panorama nazionale e che permette di affrontare le nuove forme di patologia, di sofferenza mentale e di dipendenza patologica concentrandosi sul rinforzare la rete e l'unitarietà dei servizi territoriali, sullo sviluppo di strategie di intervento precoce per attuare interventi di sostegno ai gruppi di auto-aiuto ed ai care-giver come logiche evoluzioni del processo di trasformazione in atto.

Si tratta adesso di promuovere la qualità, l'efficienza e l'efficacia del sistema dei servizi per la salute mentale e per le dipendenze patologiche producendo un programma di sistema il cui fuoco è posto sulla gestione e sul coordinamento efficaci dei vari servizi e agenzie con cui i cittadini sono in contatto. In questa direzione anche l'Università e la ricerca scientifica possono dare un positivo apporto alla costruzione, al reperimento, alla validazione dei metodi basati sull'evidenza.

Un sistema di servizi cioè che opera affinché:

1. i cittadini dispongano dell'accesso a servizi adatti ai loro bisogni, tenendo in opportuna considerazione l'età, il genere, l'orientamento sessuale, l'origine etnica e geografica;
2. i cittadini ricevano un processo di valutazione continua che consenta di rispondere ai bisogni con gli interventi più appropriati. Le valutazioni sono solitamente pluridisciplinari ed esitano in un programma terapeutico, condiviso con la persona sofferente o, nei casi di minore età o altra impossibilità, con coloro che ne rappresentano gli interessi;
3. il trattamento integri le filiere dei servizi, da quelli di base ai programmi specialistici, in un continuum delle cure, dove gli individui accedono alle prestazioni più appropriate accompagnati da un

professionista che ha la responsabilità di accertare che le cure siano adeguate e fornite in modo coordinato;

4. i livelli dell'offerta siano chiaramente definiti rispettando i tempi e i percorsi del paziente, recuperino il ruolo della comunità e dei servizi di base, definiscano i percorsi tra servizi di base e servizi specialistici e garantiscano la continuità del percorso di cura tra le articolazioni interne dei servizi (ad es. tra Neuropsichiatria Infantile e Salute Mentale).

Elementi unificanti il lavoro di tutti i servizi afferenti all'area della salute mentale e delle dipendenze patologiche diventano pertanto lo sviluppo di:

**Servizi più in comunione e in sinergia col territorio** modulati sui bisogni, capaci di interagire e raccogliere le nuove domande, capaci di un buon ascolto dei singoli e dei gruppi, capaci di attivare le sicurezze interne degli individui e delle popolazioni.

**Servizi sempre più sicuri e più salutarì in quanto:**

- tendono alla riduzione della cronicizzazione dei pazienti;
- svolgono interventi di supporto attivo nelle circostanze di catastrofi e/o disastri individuali o collettivi;
- prevengono il carico di disabilità conseguente alla non salute mentale;
- sviluppano programmi per la gestione dei rischi, con particolare riguardo alla prevenzione dei suicidi e degli atti aggressivi e di violenza fisica e/o sessuale da parte dei pazienti;
- puntano alla riduzione dei comportamenti antisociali in persone affette da disturbi mentali e della dipendenza;
- agiscono da supporto alla rete familiare e di vicinato per le situazioni gravi e gravose in

specie di demenza o di grave deficit intellettuale, sensoriale o neurologico.

**Servizi più supportivi** capaci cioè di rintracciare, costruire, alimentare, mettersi in corretta relazione e sostenere la rete (dei soggetti e delle agenzie) che agisce sul tema.

## B. Aree di attenzione

I dati di natura epidemiologica, pur insufficienti, attestano che la popolazione adulta con problemi di natura psicotica è sufficientemente conosciuta e seguita pur nella difficoltà di esplorazione dei carichi di sofferenza mentale e relazionale, ancora troppo spesso avvolti da negativi connotati morali i quali, nonostante la loro pervasività, rendono il quadro molto spesso oltretutto misconosciuto. Permane ancora una differenza tra utenza seguita dai servizi rispetto alle attese, differenza che si caratterizza per intensità in base ai vari quadri patologici, ma soprattutto si evidenziano alcune aree di bisogno ancora non adeguatamente esplorate e affrontate, nonché aree di esigenza di innovazione ai nuovi bisogni:

- a. situazioni al limite (in cui si associano problemi psichici, fenomeni di dipendenza, gravi anomalie comportamentali) la cui pur ridotta consistenza numerica si associa ad una rilevante preoccupazione di ordine sociale e che meritano articolate risposte, non solo di natura sanitaria.
- b. Disturbi psichici nella popolazione anziana, di cui le sindromi psico – organiche rappresentano solo una parte pur significativa.
- c. Disturbi emotivi comuni (diverse forme di disturbi d'ansia, depressioni di minore entità, disturbi ossessivi e/o compulsivi), generalmente seguiti dai MMG (o gestiti nella solitudine del privato e della famiglia), per i quali si impongono sia buone pratiche che un'opera di tipo culturale che ne riduca il rischio di medicalizzazione.

d. Popolazione dei minori per i quali le aree dei bisogni fino ad oggi coperte non rendono ragione delle stime della popolazione che dovrebbe essere servita. Si pensi ad esempio ai fenomeni di abuso, al disagio connesso alla difficoltà di incontro tra etnie e culture, ai fenomeni legati alla moltiplicazione delle reti sociali e familiari, agli effetti sociali e di impatto di scelte urbanistiche ecc...

e. I bisogni e le sofferenze declinati al femminile su cui si sperimenteranno paradigmi di azione specificamente adattati.

f. Diffusione e radicamento delle pratiche di lavoro coi Gruppi e di attivazione di forme aggregative di mutuo ed auto-aiuto.

g. Disturbi della dipendenza nelle loro forme di recente ma progressiva diffusione e loro relativo contrasto.

Nei prossimi anni l'impegno è misurarsi con lo sviluppo di azioni specifiche, a partire da alcuni concetti chiave:

- a) intervento sistematico estensivo rivolto al cittadino portatore del problema, al suo nucleo familiare, al suo contesto sociale;
- b) attenzione, alleanza, lavoro congiunto con gli utenti ed i loro familiari, nella prospettiva di riconoscere il valore del loro punto di vista e di favorire capacità di autogestione;
- c) continuità delle cure e dell'assistenza in una dimensione prospettica che consideri la qualità delle forme di vita di chi soffre e di chi gli è accanto;
- d) accessibilità dei servizi e facilità, per chi ne usufruisce, di riconoscimento dei responsabili delle cure;
- e) integrazione dei servizi sanitari che a partire da specifici e complessi problemi, subordinano le proprie forme organizzative ai tentativi congiunti di fornire risposte il più possibile adeguate;
- f) integrazione degli sforzi promossi sul piano più squisitamente sanitario con quelli promossi sul

piano sociale.

Come tutto il sistema dei servizi e forse, in modo ancora più urgente, l'area della salute mentale è sollecitata a ricercare forme di partecipazione progettuale e sinergie operative con i percorsi di programmazione dei servizi per la salute in atto nella comunità locale e in specifico con i piani di zona e con i piani per la salute: sullo sfondo della salute mentale ci sono i temi dell'abitare, del lavoro e della socialità.

Nell'ambito delle scelte di priorità dei piani per la salute ce n'è uno specifico rispetto al "disagio psichico" che già vede direttamente impegnati i servizi dell'area della salute mentale, ma anche altri temi quali il disagio giovanile e le differenze culturali hanno elementi di contiguità notevoli.

*Ambiti di lavoro e programmi specifici dell'area attengono:*

- a) il miglioramento delle condizioni dell'offerta attraverso la ricerca di forme organizzative e tecniche concrete trasversali ai servizi sanitari, sociali e alle iniziative della comunità per:
  - adattare i percorsi di accesso e di cura alle diversità di genere, di cultura e di etnie;
  - seguire le trasformazioni del mondo del lavoro; cogliere le conseguenze mentali e relazionali dell'invecchiamento della popolazione produttiva (anche in collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica);
  - la presa in carico condivisa fra servizi di psichiatria e per le dipendenze patologiche dei casi affetti da disturbo mentale grave e condotta di abuso grave, in cui siano chiari gli obiettivi e le responsabilità ("Doppia diagnosi" o comorbilità psicopatologica dei tossicodipendenti e degli alcolodipendenti);
  - costruire percorsi più adeguati per quelle situazioni in cui coesistono disturbo mentale,

marginalità sociale, disturbo da uso di sostanze legali od illegali, gravi carenze di autonomia sociale, condotte criminose in specie etero - aggressive (costruzione di un sistema di relazione con la Magistratura e gli organi di Polizia, redigendo un protocollo comune);

- la continuità di cura tra minori e adulti in relazione alla disabilità e ai bisogni specifici legati all'età. In questo ambito saranno ripensate anche le forme di integrazione tra pubblico e privato in una ottica di partnership e sviluppate forme efficaci di inserimento nel lavoro, con progetti terapeutici congrui.

- b)** La ridefinizione dell'offerta in relazione soprattutto alle opportunità che derivano dallo sviluppo dei nuclei delle cure primarie. Saranno rivisti i contenuti dell'offerta e i livelli della stessa, soprattutto per gli interventi legati alle problematiche di "patologia minore" e al disagio nelle sue diverse manifestazioni nelle fasce minorili e degli adulti-anziani con l'obiettivo di costruire reti sociali di aiuto. Sono necessari programmi di lavoro con impegni precisi per:
- prevedere la partecipazione diretta alla pianificazione ed alla verifica della gestione delle Associazioni di aiuto e di auto-aiuto;
  - favorire la diffusione dell'osservazione e protezione dei figli delle persone con disturbo mentale e/o della condotta;
  - aumentare il coinvolgimento e l'attività di consulenza al MMG ed al PLS, trasformandole in modalità ordinarie di lavoro individuando specifici protocolli di reciproca attivazione per facilitare la cogestione dei pazienti complessi e/o gravi e di riaffidamento al MMG ed al PLS della patologia minore. Supporto al MMG ed al PLS per la gestione dei pazienti affetti da psicopatologia primaria o secondaria

o da disturbi da uso di sostanze allo scopo di aumentare gli interventi appropriati ed efficaci. In questo contesto è importante una ridefinizione delle tipologie di offerta del 1° livello e specialistica per la quale servono precise forme di accompagnamento e sintesi progettuale, nell'ottica della centralità della persona con problemi di salute psichica;

- sviluppare l'integrazione delle strutture residenziali e semiresidenziali con il territorio assumendo come guida il principio della domiciliarità allargata dove anche le strutture sono una opportunità della comunità. Per le strutture esistenti, sostanzialmente quantitativamente adeguate, saranno sviluppati programmi di maggiore integrazione con il tessuto sociale, programmi che rilevano le specificità di bisogno dei singoli ospiti;
- favorire l'integrazione progettuale e operativa e forme di collaborazione sistematica tra l'attività dei nuclei di cure primarie e quella dei centri di salute mentale in funzione delle sinergie progettuali, della continuità della cura e di precise economie di scala;
- collaborare sistematicamente alla qualificazione dell'offerta per patologie cronico-degenerative e in particolare per la demenza.

- c)** Lo sviluppo di programmi specifici di settore e per evidenze epidemiologiche precise con particolare attenzione ai minori sui temi delle famiglie multiproblematiche, dell'abuso all'infanzia (rinforzando su questo il tavolo interistituzionale), dei disturbi del comportamento alimentare, del disagio adolescenziale, delle minoranze. Nel settore dei minori si intendono sviluppare azioni in un contesto di progettualità trasversale intra servizi sanitari e tra le varie istanze sociali rivolte a:

Maternità. Si tratta di garantire nel percorso dalla gravidanza al post-partum un'adeguata assistenza, sul piano fisico e psichico, sia alla madre che al minore, integrando con maggior efficacia quanto viene già svolto da vari professionisti o servizi, allo scopo di garantire un'adeguata funzione genitoriale, con particolare attenzione alle situazioni a rischio.

Minori. Si tratta di garantire una precoce opera di valutazione, diagnosi e, quando necessaria, una tempestiva progettualità terapeutica, attraverso la facilitazione dell'accesso e l'inquadramento del problema.

Minori a rischio. Particolare attenzione deve essere rivolta ai minori portatori di handicap o con disturbi dell'apprendimento che, se non sufficientemente supportati, rischiano di presentare in età adolescenziale patologie di maggior rilievo. L'impegno è nella formazione del personale insegnante, interventi precoci di gruppo e di costruzione di progetti di sviluppo.

Adolescenza. Si tratta di strutturare specifiche risposte ad un fisiologico disagio che può esitare in più gravi patologie, attivando le reti sociali, educative e sanitarie e offrendo spazi di gruppo e individuali di counselling attivo, evitando di sanitarizzare la generalità dei problemi.

Per tutti i punti sopra citati le azioni saranno rivolte all'intero contesto familiare, coinvolgeranno i diversi Servizi sanitari in sinergia con le altre istituzioni (Servizi Sociali comunali, scuola, ecc.).

**d)** Impegni organizzativi e di offerta di servizio nell'area delle dipendenze da "sostanze" legali; alcool, tabacco, psicofarmaci, dipendenze da gambling, dipendenze da videogiochi... Si tratta di sviluppare azioni coerenti anche con la promozione della salute e stili di vita sani, in

stretta collaborazione con tutte le istanze sociali già impegnate su questi temi e con progetti analoghi locali, regionali e nazionali. L'impegno è di differenziare l'offerta di servizi per tipologia dei problemi, di facilitare l'accesso attraverso percorsi legati alla quotidianità e al territorio, condivisi con le figure di comunità (amministratori locali, nuclei di cure primarie, reti informali ecc..).

**e)** Sviluppo dei servizi nelle carceri attraverso la presa in cura di tutti i carcerati secondo i bisogni individuati offrendo le stesse garanzie di cui godono tutti i cittadini secondo principi di equità e universalità. La presenza nelle carceri si concretizza nella disponibilità dell'offerta, nella formalizzazione dei percorsi attraverso l'informazione, la formazione del personale, nella strutturazione di spazi e tempi per l'offerta di prestazioni comparabili con quelle per tutti i cittadini. In particolare per i carcerati tossicodipendenti si intendono ripercorrere modalità analoghe a quelle del lavoro di base socio-sanitario (bassa soglia).

Tutti gli ambiti di intervento enunciati richiedono un metodo di lavoro basato sulla capacità di condividere, da parte dei servizi sanitari, delle strutture no profit e profit, delle agenzie formali e non del territorio, strategie, obiettivi e stili di lavoro comuni.

In questa direzione vanno le indicazioni normative sulla coprogettazione e gli accordi tra pubblico e privato (legge sull'assistenza e accordo sul coordinamento enti ausiliari - CEA - e Regione) dove il privato e il pubblico si propongono come alleati, partner di un disegno condiviso.

Il sistema utilizza come perno di coesione funzionale interna e di connessione con le varie forme di bisogno una helpline qualificata gestita in modo



specialistico.

Il sistema, ed i suoi professionisti, opera per la capillare diffusione delle pratiche di auto e mutuo aiuto che considera le prime risorse di "frontiera" fra normalità e disagio, fino ad arrivare a forme di partecipazione attiva al processo di definizione delle strategie.

### PREMESSA

Le cure primarie raccolgono le competenze tradizionalmente afferenti alla medicina generale e alla pediatria di libera scelta, al servizio infermieristico domiciliare, all'assistenza specialistica e farmaceutica, all'assistenza residenziale e semiresidenziale, all'assistenza consultoriale e all'assistenza pediatrica di comunità.

Un quadro epidemiologico in forte cambiamento (soprattutto per gli aspetti della cronicità e della multifattorialità dei problemi e la presenza di pluripatologie nella stessa persona), attese sociali che si diversificano e richiedono attenzioni personalizzate, compatibilità economiche e di sistema, sollecitazioni derivanti da nuove sensibilità anche internazionali (come per l'OMS i 21 obiettivi per la salute nel 21° secolo) hanno trovato nella pianificazione regionale una indicazione organizzativa nelle "cure primarie". Si tratta di una ipotesi organizzativa del complesso dei servizi alla persona presenti sul territorio caratterizzata dalla globalità, dalla centralità della persona, dalla continuità della cura, dalla integrazione tra proposte assistenziali, sanitarie e sociali del territorio dove è protagonista tutta la comunità con le sue specificità e le sue risorse. Attraverso il sistema delle cure primarie si intende ricomporre attorno alla persona inserita nella sua comunità tutte le opportunità di offerta potendo agire sulle fasi di avvio, di accompagnamento e di sintesi delle esperienze di utilizzo dei servizi. Le cure primarie sono quindi un orientamento "culturale", oltre che organizzativo, e si collegano con la promozione della salute Il Piano Sanitario Regionale in vigore:

- introduce il principio della domiciliarità, nel senso di considerare non solo il domicilio come luogo dell'erogazione del servizio, ma di ricercare la rete tra i sistemi di offerta sul territorio: casa, strutture e centri diurni sono,



se opportunamente ridefiniti dal punto di vista organizzativo, luoghi della domiciliarità;

- sollecita l'avvio dell'integrazione delle azioni e dei servizi del territorio (sociali e sanitari) nel contesto delle Cure Primarie come risposta al bisogno di unitarietà del processo di cura prima ancora che di razionalizzazione ed uso efficiente delle risorse.

La scelta strategica di privilegiare il territorio e la comunità ha quale conseguenza rilevante la ridefinizione del ruolo dell'ospedale e della attività specialistica, come ambito in cui le competenze tecniche e l'alta tecnologia permettono in modo accurato e tempestivo risposte alle fasi di acuzie significative e alle esigenze di approfondimento per le quali sicurezza, economia di scala e particolari competenze richiedono il ricorso a livelli più specialistici.

### COSA E' STATO FATTO

Il primo piano di riordino era basato, per l'area delle cure primarie, sul principio che il cittadino dovesse poter essere accompagnato nell'utilizzo del servizio attraverso la definizione di proposte assistenziali integrate basate su un'idea di "servizio" che a partire dal bisogno e dalla domanda non si esaurisse con la prestazione. C'è stato negli ultimi anni un notevole impegno nel consolidamento dell'identità e delle aree di competenza e dello sviluppo dell'offerta dell'assistenza domiciliare infermieristica (82 infermieri domiciliari nel 2002, contro 65 nel 1997), dei servizi per gli anziani (RSA e convenzioni per Case Protette e Centri Diurni), dei disabili adulti (con strutture e servizi). Alcune azioni evidenziano l'evoluzione dei servizi: l'incremento del personale infermieristico a domicilio, l'aumento dei casi in Assistenza Domiciliare Integrata in generale e in specifico per le persone con tumore (ADI e NODO), l'avvio delle attività delle cure palliative con la realizzazione di percorsi di cura e la partecipazione

alla realizzazione dell'Hospice Madonna dell'Uliveto, l'attivazione delle RSA, le strutture e i servizi per disabili solo per ricordare le più rilevanti.

L'elemento di raccordo tra i servizi è stato identificato nel Centro Unico delle cure domiciliari: a garanzia della specificità di servizio territoriale e di integrazione tra ospedale e territorio.

### Cure Domiciliari

Le cure domiciliari sono le attività socio-sanitarie svolte presso il domicilio e rivolte a tutti i residenti della Provincia, di qualsiasi età, aventi necessità di un'assistenza continuativa o limitata nel tempo. Le cure domiciliari sono prestate presso la famiglia dell'assistito e comprendono interventi di natura sanitaria e sociale, in forma integrata.

Alcuni dati di attività:

	1998	2002
n. persone in carico NODO *	541	705
n. accessi assistenza infermieristica	117.227	138.851
n. prestazioni domiciliari di assistenza infermieristica	314.306	407.532
n. persone in carico ADI **	1.274	1.758
n. persone in carico ADP ***	2.021	2.402

\* NODO = Nucleo Operativo domiciliare oncologico, ovvero l'assistenza a domicilio del paziente oncologico nella fase avanzata della malattia.

\*\* ADI = Assistenza domiciliare integrata, ovvero l'assistenza a domicilio per utenti con patologie non oncologiche in fase avanzata

\*\*\* ADP = Assistenza domiciliare programmata, ovvero accessi programmati dei medici di medicina generale per utenti che non possono accedere all'ambulatorio

### Pediatria di Comunità e Salute Donna

Questi due settori sono tra quelli che più pesantemente hanno risentito dei cambiamenti demografici verificatisi in questi ultimi anni, soprattutto relativi all'incremento della popolazione straniera. La programmazione delle attività ha dovuto pertanto tenere conto non solo dell'incremento della popolazione da servire, ma anche delle sue peculiari caratteristiche.

PEDIATRIA DI COMUNITA'	1998	2002
n. ambulatori	21	24
n. ore apertura ambulatori vaccinali	145	172
n. vaccinazioni obbligatorie	52.083	58.314
n. vaccinazioni facoltative	27.609	46.857

*Nota: le vaccinazioni obbligatorie sono: antitetanica, antidifterica, antipolio, antiepatite B; mentre le vaccinazioni facoltative raccomandate: antimorbillo, antirosolia, antiparotite, antipertosse, antiemofilo*

SALUTE DONNA	1998	2002
n. sedi consultoriali e ambulatoriali	23	24
n. ore settimanali di aperture dei consultori	409	461
gravidezze seguite	1.228 <small>(dato riferito al 1999)</small>	2.021

Nella Provincia di Reggio Emilia alcune fasce di popolazione femminile sono oggetto di importanti interventi di prevenzione, gli screening oncologici: screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero e screening per la diagnosi precoce del tumore della mammella.

Lo **screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero** (o screening citologico) consiste nell'invitare tutte le donne dai 24 ai 64 anni d'età ad eseguire un pap-test ed a ripeterlo ogni 3 anni. La sede di esecuzione dei test è rappresentata dai consultori familiari del Distretto. Il pap-test e gli eventuali accertamenti successivi sono gratuiti.

Lo **screening per la diagnosi precoce del tumore della Mammella** (o screening mammografico) riguarda tutte le donne di età compresa tra 50 e 69 anni. L'intervento è limitato a questa fascia di età perché solo per questa la letteratura internazionale ha dimostrato sicuri benefici in termini di riduzione della mortalità. Tutte le donne in questa fascia d'età vengono invitate ad eseguire una mammografia e a ripeterla dopo due anni; la prestazione è gratuita così come sono gratuiti gli eventuali accertamenti successivi che dovessero rendersi necessari.

SALUTE DONNA SCREENING ONCOLOGICI	al 31/12/2001
<b>SCREENING CITOLOGICO</b>	
Tasso di adesione *	60.7%
Copertura nota *	73.2%
Adesione alle indagini di II Livello	96%
Adesione al trattamento proposto	100%
Intervallo per completamento iter diagnostico	84.5% entro 60 gg.
Intervallo per pap-test e invio referto negativo	99.2% entro 21 gg.
<b>SCREENING MAMMOGRAFICO</b>	
Tasso di adesione *	78.9%
Adesione alle indagini di II Livello	100%
Adesione al trattamento proposto	100%
Intervallo tra mammografia e intervento chirurgico definitivo (dato al 1° semestre 2002)	76% entro 60 gg
Intervallo tra mammografia e invio referto negativo	94.9% entro 21 gg.

\* dati aggiornati al 31/12/2002

### OBIETTIVI E LINEE DI SVILUPPO

Le cure primarie dovranno nel tempo portare ad unità i servizi domiciliari, le strutture protette, i centri diurni, l'attività di pediatria di comunità e salute donna, attorno alla figura del Medico di Medicina Generale (MMG) e costruire collaborazioni significative per un lavoro integrato con i servizi sociali e assistenziali gestiti dagli EE.LL, nonché costruire le condizioni perché alcune attività intorno alla tutela ambientale e per il supporto al disagio sociale e psichiatrico possano trovare nella comunità condizioni per la continuità e la promozione della salute.

Elementi guida per il successo di tale ipotesi programmatica sono:

- I Nuclei delle Cure Primarie (NCP)** che costituiscono l'articolazione organizzativa delle Cure Primarie concepita come ambito territoriale dove le risorse presenti sociali e sanitarie trovano livelli di integrazione quotidiani attorno ai bisogni di comunità definite, erogando assistenza nelle

24 ore e organizzando al meglio le risorse della comunità. Nei Nuclei di Cure Primarie lavorano insieme MMG, pediatri di libera scelta (PLS), infermieri, terapisti della riabilitazione, ostetriche, ecc., con l'attenzione alla continuità della cura e all'utilizzo flessibile delle risorse quali case protette e centri diurni (intesa come rete di appoggio e di sollievo). Nei Nuclei di Cure Primarie trovano attuazione percorsi specialistici di base a completamento dell'azione diagnostica (esami cardiologici, ecografie ...) anche per permettere un invio mirato alle specialistiche distrettuali e ospedaliere. Il territorio provinciale viene articolato al suo interno in NCP omogenei per caratteristiche geomorfologiche, esperienze e reti di servizi, storie e culture comuni; ad oggi si prevede una suddivisione di tutto il territorio in 22 NCP. In ogni Distretto viene definita una responsabilità dipartimentale per le Cure primarie con funzioni di gestione integrata delle risorse e di garanzia qualitativa e quantitativa delle risposte ai bisogni. Sarà importante procedere alla realizzazione di spazi comuni, per garantire modalità utili di incontro, allocare attrezzature di base a disposizione dei MMG e Pediatri, sollecitare nella popolazione l'idea di una "casa della salute" aperta per l'informazione, la promozione della salute, oltre che garanzia di servizi appropriati. Coerentemente con lo sviluppo dei Nuclei di Cure Primarie, l'attività futura è orientata a rafforzare ulteriormente l'integrazione tra i diversi professionisti coinvolti nell'assistenza a domicilio dei pazienti, soprattutto tra il Medico di Medicina Generale, l'infermiere e il personale dei servizi sociali, dalla prima visita a domicilio e per tutto il percorso di assistenza e cura.

b) La ridefinizione dei **sistemi di responsabilità** come premessa per la ricomposizione del sistema dell'offerta. Il MMG come centrale per la ricomposizione dell'offerta e "lettore dei bisogni",

l'infermiere e il terapeuta come figure che agiscono nei vari contesti di servizio (domicilio, strutture ecc.) del territorio in modo unitario e intercambiabile. La realizzazione del Dipartimento delle Cure Primarie permette tra l'altro la ridefinizione delle modalità di lavoro e delle necessarie relazioni organizzative anche per le funzioni di pediatria e salute donna all'interno dei Dipartimenti delle Cure primarie. Alle équipes consultoriali è affidato il compito di essere punto di riferimento per la salute sessuale, relazionale e riproduttiva dei singoli, della coppia, della famiglia e di garantire la continuità dell'iter diagnostico-terapeutico per le utenti. Obiettivo prioritario diventa consolidare il ruolo del consultorio familiare come riferimento nel territorio per le problematiche delle donne e delle famiglie in rete con le altre strutture del Distretto (es. con i SERT e il Dipartimento di Salute Mentale per il disagio giovanile e le problematiche adolescenziali), con i medici di medicina generale e con l'ospedale (es. percorso nascita, sostegno al puerperio ed allattamento, prevenzione della patologia oncologica e infettiva sessualmente trasmessa, parto a domicilio). È necessario inoltre coinvolgere attivamente le rappresentanze istituzionali, sociali e del volontariato in quanto le azioni da mettere in campo sono non solo di tipo sanitario, ma hanno una forte valenza sociale e culturale. Il disegno rimane quello di un sistema di offerta unitario nel territorio, come condizione per intercettare, orientare e rispondere tempestivamente ai bisogni di base e guidare/accompagnare ad un uso appropriato dei servizi specialistici.

c) **L'integrazione dei percorsi** secondo logiche e modalità organizzative basate sui programmi di lavoro. La flessibilità dell'offerta va sviluppata anche in relazione alle specificità professionali ed ai contributi di ognuno. L'evoluzione delle

professioni sanitarie e sociali richiede un ripensamento generale sui ruoli e sulle relazioni organizzative nonché sulle responsabilità tecniche nell'ambito dei processi di cura in particolare per le strutture protette. La rete Hospice può essere un esempio significativo di integrazione, così come viene concepita. In questo senso verrà valutata l'opportunità dello sviluppo di esperienze di ospedali di comunità basate sul MMG come completamento della rete dei servizi di base all'interno delle cure primarie. Il principio della centralità della persona con i suoi problemi di salute e con le sue risorse sarà al centro di un grande lavoro di tutti i professionisti per ricostruire i percorsi di cura, condividere linee guida e procedure di lavoro come condizione per facilitare l'uso dei servizi e garantire efficienza ed efficacia. Particolare attenzione verrà dedicata al servizio di continuità assistenziale (ex Guardia Medica) per il quale si ritiene importante arrivare all'autosufficienza per ogni Nucleo di Cure Primarie in un'assistenza sulle 24 ore, anche attraverso forme innovative di collaborazione tra i MMG e tra i PLS. Una ulteriore garanzia per la qualità dell'offerta di cura sulle 24 ore sarà la realizzazione della centrale operativa della Guardia Medica.

d) **Lo sviluppo delle reti informative** come condizione dell'integrazione e unitarietà dell'offerta. Questo sia a livello di territorio che tra ospedale e territorio e tra i servizi provinciali. Ci si riferisce sia ai contenuti informativi che accompagnano il cittadino/utente che alle modalità concrete di circolazione delle informazioni con particolare attenzione alle tecnologie informatiche e alle garanzie di tempestività, di completezza e di rispetto della privacy. E' in fase di sperimentazione, con l'obiettivo di una successiva generalizzazione, la trasmissione di dati clinici tra gli ospedali della Provincia e tra questi e i Medici di Medicina

Generale. E' una condizione importante per l'appropriatezza delle cure e per la semplificazione dei percorsi per il cittadino. Altro obiettivo è la creazione di un sistema informativo unico per tutti i cittadini attraverso la realizzazione di un datawarehouse alimentato e utilizzato nel rispetto della privacy da tutti i professionisti in relazione alle esigenze diagnostiche, terapeutiche e assistenziali.

e) L'investimento sulle **nuove evidenze epidemiologiche** curando l'offerta in rapporto ai percorsi del paziente e ridefinendo gli ambiti di competenza di tutti gli attori su:

- cronicità e anziani (in relazione alle modificazioni demografiche e sociali in atto)
- patologie oncologiche
- disabilità
- disagio e patologia psichiatrica minore
- bisogni dei cittadini immigrati.

Nell'ambito del percorso delle patologie oncologiche e della cronicità sarà riletto l'approccio alla cura quando questa non può più essere risolutiva della patologia di base.

In particolare verranno promossi gli approcci terapeutici di tipo palliativo che privilegiano la Qualità di Vita del paziente quando la guarigione non è più possibile.

Le cure palliative sono orientate al trattamento dei sintomi e del dolore in particolare.

La gestione di questi trattamenti viene organizzata in funzione di diversi livelli di competenza con forte coinvolgimento dei MMG e dei servizi territoriali in integrazione ai livelli specialistici.

f) Dare evidenza maggiore al principio della **complementarietà** a livello locale. Il percorso seguito per l'autismo anche rispetto alla responsabilizzazione delle famiglie e del contesto, come la scuola, sembra essere vincente. La complementarietà viene ricercata anche tra i servizi sanitari in particolare con i Dipartimenti

di Sanità Pubblica e di Salute Mentale. Per la Sanità Pubblica ci si riferisce specificatamente sia ad una diversa attenzione al territorio come luogo della salute e alla valutazione delle opportunità di intervento sui fattori ambientali e della vita quotidiana che possono condizionare la qualità della salute delle persone (barriere, presidi e ausili, percorsi, ecc.), sia allo sviluppo integrato di attività di prevenzione rivolte all'individuo ed alla collettività (vaccinazioni, ecc.). Per la Salute Mentale, coerentemente con le scelte di priorità dei Piani per la salute, è importante ricercare le forme più idonee per l'accoglienza e l'integrazione delle situazioni di marginalità nel territorio e sviluppare forme di assistenza integrate con il Nucleo delle Cure Primarie (counselling, strutture e reti di assistenza, percorsi di cura integrati ...).

g) Superare nel percorso del paziente le cesure tra sociale, assistenziale e sanitario. Costruire le forme della **integrazione delle competenze, dei servizi e delle responsabilità istituzionali** è condizione imprescindibile per un'offerta di qualità. I NCP daranno coerente attuazione a questa integrazione attraverso équipe interprofessionali ed intersettoriali. In questa prospettiva è fondamentale il ruolo dei Comuni e delle autonomie locali.

Si inserisce qui il tema della **domiciliarità** come cruciale nella definizione del sistema dell'offerta. Sembra infatti importante allargare le valenze tecniche e organizzative dell'intervento sul territorio a tutte le modalità di risposta (non solo al domicilio e alla famiglia) recuperando nella domiciliarità anche l'insieme delle strutture residenziali e non, che pertanto dovranno ridefinirsi in termini di percorsi e di flessibilità d'uso oltre che di modalità di gestione del servizio. Vale certamente per le strutture per anziani, per disabili e forse per quelle orientate al disagio

psichico. La domanda si sta modificando non solo nelle tipologie ma anche nelle modalità di presentazione e di attese sia sociali che individuali. Si pensi ai ricoveri di sollievo oppure al fenomeno badanti che incide sulle richieste di ricovero in strutture protette per anziani. L'aumento del bisogno di domiciliarità sollecita una maggiore attenzione al corretto dimensionamento dei posti letto per le varie tipologie di bisogno e soprattutto ad una loro diversa flessibilità di utilizzo.



## PREMESSA

L'attività specialistica ambulatoriale è nata e si è consolidata nel tempo come attività minore, integrativa rispetto all'attività in regime di ricovero e come tale trascurata sia dagli erogatori che dalle istituzioni. Solo negli ultimi 3 - 4 anni, per l'attenzione del cittadino ai tempi di attesa, per la necessità di creare percorsi alternativi al ricovero, per la rilevanza numerica e quindi economica delle prestazioni, ha acquisito le caratteristiche di attività distinta e ben definita anche a livello degli ospedali.

Diventa pertanto fondamentale la disponibilità sistematica di dati analitici, l'implementazione di sistemi per la lettura ed analisi degli stessi per avere a disposizione le informazioni più dettagliate possibili sulla produzione e sul consumo, oltre che sull'appropriatezza della domanda e dell'offerta per avviare confronti e valutazioni sistematiche.

I dati di attività ambulatoriale, a differenza dei dati di ricovero ospedaliero che godono ormai di decenni di esperienza di analisi e di utilizzo, sia a livello nazionale che internazionale, solo ora cominciano ad essere raccolti ed analizzati.

Impegno primario dei prossimi anni sarà la prosecuzione della collaborazione con la Regione per la costruzione della banca dati indispensabile per l'esercizio del governo clinico intorno all'area della specialistica.

## COSA E' STATO FATTO

Ad oggi si sono ottenuti alcuni risultati importanti quali:

- la trasformazione della maggior parte delle agende manuali gestite direttamente dagli specialisti in agende CUP informatizzate per garantire trasparenza ed equità ai cittadini (possibilità di scelta);
- l'aumento dell'offerta attraverso contrattazioni con i professionisti, accordi e contratti di fornitura specifici;
- l'implementazione di un sistema di gestione accurato delle agende di prenotazione che, con una serie di accorgimenti (distinzione fra liste per prima visita e controlli, telefonate al cittadino per la conferma della prenotazione, overbooking..), oggi ci consente di sfruttare al meglio le disponibilità di prestazioni;
- l'attivazione dell'accesso diretto presso i punti prelievo degli ospedali di Correggio, Scandiano, Montecchio e del poliambulatorio di Puianello;
- la semplificazione dei percorsi per il cittadino: a Reggio Emilia, più che altrove in Regione, ha trovato applicazione la direttiva regionale volta a ridurre il numero degli accessi agli ambulatori dei MMG e agli sportelli di prenotazione;
- la costruzione di percorsi differenziati di accesso alle prestazioni in base alle priorità cliniche (codici colore). In particolare tutte le prestazioni richieste, sia dai MMG che dagli specialisti, con la indicazione di urgenza, vengono eseguite entro 24 ore. Inoltre, per le seguenti prestazioni diagnostiche: ecografie, ecocolordoppler, TAC, RMN, elettromiografia, MOC, endoscopia digestiva e visita fisiatrica, i codici colore prevedono l'erogazione, a seconda della tipologia di prestazione, fra i 7 e 15 giorni, per le problematiche non urgenti, ma urgenti differibili; e entro 30-60 giorni per quelle programmabili. Tali percorsi sono stati concordati tra le Aziende Sanitarie, l'Ordine dei Medici, la FIMMG e il SUMAI, in modo che il cittadino riceva la prestazione più adeguata ai suoi bisogni, erogata rispettando le



indicazioni cliniche per le quali si è dimostrata efficace, nel momento più idoneo e secondo le più idonee modalità.

- l'erogazione delle prestazioni sul territorio tenendo conto delle caratteristiche della popolazione, della domanda, dei tempi di attesa, ma anche dell'indice di consumo distrettuale, in modo da costruire un'offerta equa fra i vari distretti.
- l'avvio, con la Regione, dell'attività di raccolta e sistematizzazione dei dati di produzione.
- l'adeguamento del parco tecnologico (TAC presso tutti gli ospedali della Azienda USL, aggiornamento TAC e attivazione RMN presso l'Azienda Ospedaliera).

#### **Alcuni dati di attività**

Le sedi presso cui è possibile usufruire di prestazioni di specialistica ambulatoriale in ambito provinciale sono:

- I poliambulatori della Azienda USL nelle diverse sedi distrettuali;
- I poliambulatori dell'Azienda Ospedaliera Arcispedale S. M. Nuova di Reggio Emilia;
- Le case di cura e i poliambulatori privati accreditati della provincia.

Nella tabella che segue vengono presentati i dati che riguardano le prestazioni specialistiche ambulatoriali ricevute dalle persone residenti nei singoli distretti della Azienda USL di Reggio Emilia durante l'anno 2002; vengono prese in considerazione non solo le strutture erogatrici

pubbliche e private accreditate della provincia, ma anche tutte le altre strutture pubbliche della Regione Emilia Romagna, a cui si sono rivolti i cittadini residenti nel corso dell'anno. Non vi sono per il momento dati disponibili sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali ricevute dai nostri residenti in regioni diverse dall'Emilia Romagna. La mancanza di dati sulle prestazioni ricevute dai residenti in strutture fuori regione, mentre può incidere poco sui consumi complessivi dei residenti della provincia, va invece tenuta presente per il Distretto di Guastalla, in quanto la contiguità territoriale con la Lombardia e la mancanza di dati circa questa quota di prestazioni ricevute, sicuramente fa sì che i consumi sotto presentati siano inferiori a quelli reali.

Si precisa poi che i dati di laboratorio risultano mancanti delle prestazioni erogate dal Laboratorio privato accreditato di S. Ilario, in quanto da questo non rese disponibili nella forma necessaria per un'elaborazione omogenea con il restante; questo incide sul consumo di esami di laboratorio dei residenti nel distretto di Montecchio, che risulta di conseguenza sottostimato.

#### **OBIETTIVI E LINEE DI SVILUPPO**

L'attività specialistica va consolidata come una

**PRESTAZIONI EROGATE A CITTADINI RESIDENTI NELLA PROVINCIA DI REGGIO EMILIA, ANNI 2000 E 2002**

	AUSL		ASMN		Privati accreditati		TOTALE	
	Numero	Valore in euro	Numero	Valore in euro	Numero	Valore in euro	Numero	Valore in euro
<b>Anno 2000</b>	1.696.221	15.771.861	2.026.981	19.090.924	240.630	1.420.510	3.963.832	36.283.295
<b>Anno 2002</b>	2.850.514	23.314.446	2.172.624	22.605.459	263.169	2.082.660	5.286.307	48.002.565

forma autonoma di risposta al bisogno ben identificata anche a livello degli ospedali. L'impegno per i prossimi anni riguarda, oltre agli adeguamenti strutturali-logistici (es. nuovi poliambulatori a Reggio Emilia), il mantenimento dei tempi di attesa entro gli standard previsti dalla Regione e dall'Accordo Stato-Regioni, il miglioramento dell'appropriatezza della domanda e l'adeguamento dei livelli di offerta allo sviluppo delle cure primarie che, a regime, prevedono la risposta ai quesiti diagnostici di base all'interno dei Nuclei di Cure Primarie.

Le linee di lavoro saranno pertanto:

### 1. Differenziare il sistema dell'offerta a tre livelli:

- a) specialistica di base garantita dagli stessi Medici di Medicina Generale nell'ambito della loro attività diagnostica. I Nuclei Cure Primarie avranno a disposizione spazi e attrezzature di base per l'attività diagnostica;
- b) specialistica semplice erogata da specialisti ospedalieri e convenzionati con percorsi di accesso semplificati e secondo protocolli di accesso differenziati nei poliambulatori sia situati negli ospedali che in strutture territoriali;

c) specialistica complessa (day service) da erogare prevalentemente in strutture ospedaliere, quale trasformazione di percorsi diagnostici e terapeutici fino ad oggi eseguiti in day hospital e talora anche in ricovero ordinario. La conversione di questi percorsi sarà un'occasione per costruire pacchetti di offerta per patologie, secondo indicazioni cliniche di efficacia, da applicare in modo omogeneo in ambito provinciale, indispensabili anche per definire un ticket unico secondo specifiche indicazioni regionali che dovranno anche regolamentare questo nuovo percorso assistenziale in particolare per la sua rilevazione e la relativa fatturazione in compensazione.

2. **Sviluppare e aumentare l'offerta** attraverso sia il miglioramento ulteriore della produttività e dell'organizzazione del lavoro, sia utilizzando le forme contrattuali consentite per recuperare le potenzialità dei professionisti (es. prestazioni aggiuntive) e infine migliorando la qualità dei contratti di fornitura fino all'adozione, nell'ottica del sistema curante, di linee guida e modalità comuni di lavoro.

#### CONSUMO DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DA PARTE DEI RESIDENTI NEI SINGOLI DISTRETTI - ANNO 2002

	Montecchio	Reggio Emilia	Guastalla	Correggio	Scandiano	Castelnovo Monti	TOTALE AUSL
Visite specialistiche	74.794	305.880	69.385	68.010	86.278	58.909	663.256
Radiologia tradizionale	29.950	98.146	27.471	22.904	29.691	17.378	225.540
Ecografie	12.800	46.531	9.962	11.795	14.340	7.695	103.123
TAC	1.895	6.741	2.251	1.264	2.315	1.476	15.942
Risonanza magnetica (RMN)	371	1.976	289	304	467	188	3.595
Altri esami diagnostici	22.311	93.955	19.906	22.730	30.525	19.297	208.724
Esami di laboratorio	350.357	1.567.865	536.387	497.743	548.713	375.612	3.876.677
Prestazioni terapeutiche	26.947	107.680	30.471	23.826	31.411	22.999	243.334
Prestazioni di riabilitazione	24.197	109.106	40.341	36.719	16.743	12.496	239.602
Altre prestazioni	37	679	31	41	59	93	940
<b>TOTALE PRESTAZIONI</b>	<b>543.659</b>	<b>2.338.559</b>	<b>736.494</b>	<b>685.336</b>	<b>760.542</b>	<b>516.143</b>	<b>5.580.733</b>

Si propone di seguito una lettura degli stessi dati attraverso un indice di consumo, e cioè il rapporto tra la quantità di prestazioni ricevute e la popolazione

residente, calcolato per 1000 abitanti, così da permettere un confronto tra i distretti in termini di prestazioni consumate.

**INDICE DI CONSUMO PER 1000 ABITANTI: PRESTAZIONI EFFETTUATE/POPOLAZIONE RESIDENTE\*1000**

	Montecchic	Reggio Emilia	Guastalla	Correggio	Scandiano	Castelnovo Monti	TOTALE AUSL	Regione Emilia Romagna anno 2001
Visite specialistiche	1.368,1	1.545,3	1.049,6	1.444,0	1.258,9	1.728,9	1.415,5	1.499,2
Radiologia tradizionale	547,8	495,8	415,6	484,9	433,2	510,0	481,4	
Ecografie	234,1	235,1	150,7	249,7	209,2	225,8	220,1	
TAC	34,7	34,1	34,1	26,8	33,8	43,3	34,0	
Risonanza magnetica (RMN)	6,8	10,0	4,4	6,4	6,8	5,5	7,7	
Altri esami strumentali	408,1	474,7	301,1	481,3	445,4	566,3	445,5	
Totale diagnostica	1.231,5	1.249,6	905,8	1.249,1	1.128,4	1.351,0	1.188,6	1.251,6
Esami di laboratorio	6.408,6	7.921,1	8.114,0	10.538,7	8.006,2	11.023,4	8.273,7	9.882,5
Prestazioni terapeutiche	492,9	544,0	460,9	504,5	458,3	675,0	519,3	504,2
Prestazioni di riabilitazione	442,6	551,2	610,2	777,5	244,3	366,7	511,4	1.011,8
Altre prestazioni	0,7	3,4	0,5	0,9	0,9	2,7	2,0	4,3
<b>TOTALE PRESTAZIONI</b>	<b>9.944,4</b>	<b>11.814,7</b>	<b>11.141,1</b>	<b>14.510,6</b>	<b>11.097,0</b>	<b>15.147,7</b>	<b>11.910,6</b>	<b>14.153,7</b>

Nota: gli indici di consumo sono grezzi, pertanto risentono delle differenti composizioni per sesso ed età delle diverse popolazioni.

3. Promuovere azioni per **migliorare**

**l'appropriatezza** e l'integrazione tra prescrittori e produttori attraverso:

- la produzione di linee guida orientate alla differenziazione della domanda e della risposta per garantire che non vi siano ritardi per i casi gravi;
- la condivisione di scelte diagnostiche per le patologie più frequenti sulla base di evidenze scientifiche (linee guida);
- la disponibilità a momenti di confronto (audit per piccoli gruppi) sull'applicazione delle linee guida stesse, sottoponendo a valutazione critica sia la domanda iniziale, inoltrata di solito dal Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di Libera Scelta, che il successivo percorso individuato dallo specialista.

- Lavorare sui **sistemi di accesso** attraverso il perfezionamento del sistema CUP provinciale intervenendo anche sulla formazione degli operatori di sportello e garantendo la qualità delle informazioni, la generalizzazione dell'accesso diretto ai laboratori, l'individuazione di nuove sedi di prenotazione (farmacup e prenotazione diretta nei Nuclei di Cure Primarie), dando completa attuazione ai percorsi di semplificazione avviati.
- Costruire un **sistema informativo dell'area** della specialistica ambulatoriale per il confronto della domanda, dell'offerta e dell'evoluzione della stessa, per l'analisi dell'appropriatezza, per il governo clinico ed economico dell'area, come parte integrante del più ampio sistema informativo del sistema curante.

### **PREMESSA l'ospedale che cambia**

E' indubbio che i profondi cambiamenti demografici, epidemiologici e sociali associati allo sviluppo economico ed al continuo progresso tecnologico e scientifico abbiano indotto già da tempo a ripensare il ruolo, la funzione e la mission stessa dell'ospedale nell'ambito del sistema dei servizi sanitari e più in generale nell'area più vasta della tutela e promozione della salute.

La Regione definisce infatti i criteri strutturali e organizzativi per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture prevedendo requisiti minimi e standard.

Accanto ad una progressiva tecnologizzazione e specializzazione viene ridefinito, in considerazione dell'evoluzione in campo etico e culturale, il modello di ospedale anche e soprattutto tenendo conto delle mutate esigenze dei pazienti, degli operatori e della comunità nel suo insieme.

Occorre considerare, nel ripensare l'ospedale, alle profonde modifiche intervenute in ambito sociale; Peter Drake identifica in particolare tre fattori di profondo mutamento che richiedono all'ospedale di adeguarsi: la radicale modifica della struttura familiare, la trasformazione dell'attività lavorativa, il progressivo invecchiamento della popolazione. Anche l'atteggiamento del cittadino verso i servizi è cambiato; la comunità, il singolo è più esigente e richiede sempre di più servizi e prestazioni adeguate alle proprie necessità. Questo può apparire una contraddizione se si tiene conto dell'indiscutibile miglioramento delle condizioni di vita e della qualità della erogazione dei servizi alla persona. Per spiegare questo apparente paradosso (stiamo meglio di prima, ma ci lamentiamo di più) Roberto Vacca ha coniato il termine di "sensazione di deprivazione relativa" cioè pur nel miglioramento indiscutibile c'è un senso comune di diffusa insoddisfazione per "quel che avrebbe potuto essere". Non a caso nel tempo si è passato dal termine malato a quello di paziente, quindi di utente

(di un servizio pubblico) nel 1972, cliente (di una azienda che fornisce servizi) nel 1992, stakeholder (portatore di interesse) nella letteratura manageriale, oggi sarebbe preferibile parlare di persona o cittadino.

E' per questo che nell'ospedale forse più che in altre attività e strutture risulta necessario ed essenziale favorire la crescita culturale della organizzazione: da sistema autocentrato sui propri bisogni organizzativi a sistema al servizio della comunità che mette al centro il cittadino, la persona ed i suoi bisogni.

Un ospedale quindi sempre più tecnologico e complesso, sicuro ed efficiente, ma anche, questa è la sfida, più umano, accogliente, aperto alle relazioni, attento ai nuovi bisogni ed alle mutate esigenze di coloro che lo abitano, siano pazienti, famigliari o operatori.

La centralità del paziente e l'attenzione ai suoi percorsi (facilitazione dell'accesso ai servizi e dei percorsi, equità nella possibilità di fruizione delle prestazioni, umanizzazione e comfort delle strutture, deburocratizzazione), come parola d'ordine dell'organizzazione, deve orientare ed integrarsi con gli aspetti relativi al governo clinico (efficacia, efficienza, appropriatezza, sicurezza, qualità tecnica e percepita); tutto questo ha importanti riflessi in ambito ospedaliero sulla funzione igienistica che si occupa del benessere psicofisico (clima, comfort, ecc..) e sulla funzione organica (modelli assistenziali e livelli assistenziali). Per quest'ultimo aspetto sempre di più l'orientamento condiviso nel mondo sanitario avanzato privilegia una organizzazione della degenza per livelli assistenziali cioè per gradi di intensità assistenziale, superando i rigidi confini delle unità operative monospecialistiche. La dipartimentalizzazione all'interno di ogni ospedale ha anche questo obiettivo.

Non solo pazienti e famigliari, ma anche attenzione alla qualità della vita degli operatori; ad esempio se un ambiente confortevole è condizione

necessaria per rendere pur nella malattia il più gradevole possibile il soggiorno di un paziente, tanto più diviene condizione indispensabile per chi nella struttura passa gran parte della propria vita lavorando. Questa nuova filosofia ha portato in ambito architettonico ed impiantistico a progettare e ristrutturare ospedali non più solo come luoghi di cura, ma anche di socializzazione, con ambienti a misura d'uomo, più ergonomici ed una maggiore attenzione alle soft qualities (utilizzo di materiali e colori più gradevoli, arredi meno "freddi", illuminazione) ed al benessere abitativo (microclima, comodità nei servizi, superamento delle barriere architettoniche). In particolare l'orientamento ormai consolidato in tutto il mondo alla riduzione del numero di posti letto consente nelle strutture già esistenti di allargare lo spazio a disposizione di ogni PL, di aumentare i locali destinati ai servizi ed alla socializzazione, di migliorare complessivamente il comfort alberghiero.

Anche di questo si è tenuto conto nei progetti di ristrutturazione in atto della rete ospedaliera provinciale: separazione degli spazi dedicati ai degenti ed agli utenti esterni, stanze di degenza prevalentemente a due letti con bagno attiguo, climatizzazione degli ambienti, locali di socializzazione per pazienti e familiari, segnaletica adeguata per facilitare i percorsi interni dei visitatori e degli utenti, cura del verde circostante, miglioramento degli accessi anche in relazione ai parcheggi, ecc.. tutto compatibilmente con i vincoli del dover riadattare strutture esistenti e ormai datate nel tempo; tale adeguamento consentirà anche di ottemperare alla normativa regionale in materia di autorizzazione e accreditamento.

Analogamente una particolare attenzione al ruolo centrale del paziente ma anche alla qualità della vita di lavoro degli operatori, è stata posta nella progettazione architettonica del nuovo padiglione ospedaliero dell'Azienda ospedaliera S. M. Nuova, in cui si è ricercato il connubio tra aspetti organizzativi, sicurezza, umanizzazione, comfort,

innovazione e appropriatezza di utilizzo della struttura, privilegiando al tempo stesso modelli flessibili, che consentano in futuro di fornire una risposta adeguata alle continue esigenze di sviluppo e rinnovamento.

La distribuzione delle strutture sanitarie all'interno del nuovo padiglione ospedaliero dell'ASMN di Reggio Emilia è stata il risultato di una attenta analisi che ha avuto come principale obiettivo quello di favorire lo sviluppo del modello organizzativo dipartimentale: in particolare, si è provveduto a realizzare la contiguità di settori afferenti allo stesso dipartimento (unificazione delle Radiologie, collocazione su un unico piano di tutti i Laboratori, distribuzione su tre piani sovrapposti delle Strutture afferenti al Dipartimento Medico 1°) e ad ottimizzare i collegamenti tra i servizi diagnostici (Laboratori e Radiologie) e di emergenza - urgenza (Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza). L'individuazione nell'ambito del nuovo Pronto Soccorso di apposite aree differenziate in base alle caratteristiche cliniche dei pazienti (settori suddivisi per codici colore) e la collocazione contigua alla Radiologia, consentono inoltre di ottenere un utilizzo più appropriato della struttura secondo logiche organizzative basate sulla trasversalità e l'integrazione fra i vari settori. La nuova struttura infine oltre a garantire più elevati livelli di comfort a medici e pazienti, agevola l'implementazione di progetti innovativi di rilevante importanza per lo sviluppo diagnostico, terapeutico, tecnologico e informatico: completamento del passaggio dalla radiografia tradizionale alla radiografia digitale e attivazione del PACS (Picture archiving communication system - sistema di archiviazione e gestione informatica delle immagini radiologiche), attivazione di un nuovo impianto radiologico per angiografia diagnostica ed interventistica, attivazione di 5 postazioni (dotate di ventilatore polmonare, defibrillatore, monitor paziente, lampada scialitica, apparecchiatura radiologica pensile) per l'accoglienza di pazienti con codice rosso, impiego di innovative tecnologie



informatiche in grado di garantire una maggiore velocità nella trasmissione dei dati.

Oltre all'ambiente e quindi a tutto quello che attiene l'architettura, l'edilizia e l'impiantistica è necessario che l'ospedale sia a dimensione d'uomo anche per quanto attiene l'assistenza e le relazioni con il paziente ed i suoi famigliari; quindi applicazione del modello olistico e biopsicosociale attento oltre che ai bisogni fisici e biologici anche agli aspetti psicologici, sociali, culturali e relazionali. Condizione tanto più necessaria se si tiene conto ad esempio dei nuovi bisogni e delle diversità culturali di cui sono portatori i numerosi immigrati nel nostro territorio dai paesi in via di sviluppo.

L'ospedale deve essere integrato nel territorio e nel contesto, non più unico polo dei servizi sanitari, ma uno dei nodi della rete delle strutture; aperto alla collaborazione con gli operatori delle cure primarie e dei servizi distrettuali per garantire al paziente la migliore continuità assistenziale nonché percorsi agevoli e coerenti. Si pensi all'importanza delle dimissioni protette per i pazienti anziani, ma anche ai progetti di collaborazione clinica con i Medici di Medicina Generale per la gestione di pazienti con patologia cronica (es. diabete).

Un ospedale inoltre che oltre alle storiche funzioni di diagnosi, cura e riabilitazione si propone sempre più come luogo di promozione della salute, nel quale si informa, si educa, si favorisce l'empowerment del paziente per modificare stili di vita e comportamenti nocivi per la salute, ma anche per favorire l'alleanza terapeutica tra medico e paziente e la corretta gestione della propria malattia. Il sistema dei servizi sanitari della Regione Emilia Romagna è un sistema che assume la promozione della salute come fulcro delle azioni di pianificazione e sviluppo dei servizi.

Tutte le Aziende Sanitarie della Regione hanno aderito alla Rete degli Health Promoting Hospitals dell'OMS **Ospedali per la Promozione della Salute (HPH)**.

Il programma della Rete HPH si focalizza

essenzialmente sulla realizzazione di alleanze e progetti finalizzati a favorire lo scambio di esperienze e la cooperazione fra gli ospedali della provincia e delle altre aziende sanitarie regionali. Questo significa l'identificazione di aree di comune interesse, la condivisione di risorse e di metodologie operative e lo sviluppo di sistemi comuni di valutazione. Si è deciso di lavorare sulle seguenti aree prioritarie identificate dal PSR:

1. sviluppare interventi di promozione della salute negli ospedali cooperando attivamente con la comunità: attraverso attività di sostegno alle politiche di salute, di educazione e di promozione di ambienti sani e sicuri, favorendo l'integrazione degli ospedali nella più ampia programmazione sanitaria e sociale del territorio;
  2. favorire l'orientamento al paziente/cittadino: integrando la promozione della salute all'interno delle quotidiane attività clinico-assistenziali; identificando i bisogni di salute di specifici gruppi di pazienti; incoraggiando iniziative di partecipazione e migliorando la cooperazione fra pazienti e operatori;
  3. rafforzare l'integrazione fra ospedale e territorio: attraverso la realizzazione di interventi specifici finalizzati a garantire la continuità delle cure, i percorsi post-ospedalieri e a migliorare la collaborazione con servizi sociali e sanitari del Distretto;
  4. promuovere la qualità e la modernizzazione dei servizi ospedalieri: attraverso azioni specifiche finalizzate a creare una cultura e una struttura organizzativa che promuove la salute, a favorire un ruolo attivo e partecipativo dei pazienti e del personale e a valorizzare le competenze degli operatori e lo sviluppo professionale continuo.
- In coerenza alle quattro linee d'azione prioritarie delineate sopra sono stati realizzati, o sono in corso di realizzazione, numerosi progetti operativi sia a livello dei singoli ospedali, sia a livello interaziendale. Sono interventi di promozione della salute che contribuiscono al conseguimento degli obiettivi



prioritari, in piena sintonia con le strategie di politica sanitaria indicate nell'attuale Piano Sanitario Regionale. Va rilevato tra l'altro che la denominazione di Ospedali per la promozione della salute offerta dal progetto dell'OMS non dà ragione, se non parzialmente, del significato e della portata del progetto stesso, che vede i professionisti, i cittadini e la comunità coinvolta in modo più ampio anche fuori dall'ospedale nella definizione di programmi specifici di promozione della salute. Si pensi al tema della continuità della cura, dell'alimentazione o al tema delle diversità etniche con i percorsi nascita o la prevenzione delle malattie infettive.

Nello schema seguente sono evidenziate alcune azioni in corso, altre in fase di avvio, in relazione alle quattro linee d'azione prioritarie.

Infine, è importante evidenziare il progetto europeo - Migrant-Friendly Hospital - di promozione della salute degli immigrati e delle minoranze etniche che rappresenta per le unità operative della provincia un'opportunità di apprendimento e di crescita ai fini della gestione appropriata della relazione pazienti stranieri e servizi ospedalieri. Il progetto, che ha una durata di 2 anni e mezzo, è finanziato dalla DG SANCO della Commissione Europea ed è coordinato dall'Istituto L. Boltzmann di Sociologia della Salute e della Medicina dell'Università di Vienna (Sito web: <http://www.mfh-eu.net>). Scopo generale

del progetto è di sviluppare e valutare modelli di buone pratiche e di migliorare l'accesso e l'utilizzo dei servizi ospedalieri per l'utenza immigrata. Questi obiettivi verranno affrontati attraverso la realizzazione e il confronto europeo di progetti pilota sviluppati a livello locale, all'interno di un quadro programmatico e col supporto di esperti.

### COSA E' STATO FATTO

Il piano di riordino dei Servizi Sanitari (PAL) 97/99 ha inciso profondamente sulla struttura provinciale dei servizi ospedalieri sebbene non abbia raggiunto tutti gli obiettivi che si era prefissato.

L'obiettivo principale di creare un sistema provinciale in rete è stato affrontato eliminando le ridondanze esistenti, individuando chiaramente e sviluppando le potenzialità delle singole strutture ospedaliere e favorendo conseguentemente i collegamenti funzionali sui percorsi dei pazienti.

- A. L'Azienda S. M. Nuova ha consolidato le attività di 2°/3° livello, rafforzando il suo ruolo di Polo Ospedaliero di eccellenza nella rete delle aziende sanitarie regionali e costruendo un trend positivo della complessità della casistica e dell'attrazione sia intra che extra regionale.

Linee d'azione prioritarie	Progetti operativi HPH
PROMOZIONE DI STILI DI VITA SANI PROTEZIONE DELLA SALUTE PREVENZIONE DALLE MALATTIE	Ospedale senza fumo Alimentazione in ospedale Ospedale interculturale Comfort e accoglienza Sicurezza degli ambienti, del personale e dei pazienti in ospedale
ORIENTAMENTO AL PAZIENTE	Empowerment ed educazione terapeutica Health Literacy e consenso informato Migliorare la comunicazione e l'informazione per i pazienti e il loro coinvolgimento Educazione sanitaria e gestione di specifiche malattie acute e/o croniche Qualità della vita del paziente in ospedale e gestione del dolore
INTEGRAZIONE DELLE CURE	Continuità delle cure e cooperazione nel distretto Disease management di specifiche malattie croniche Documentazione clinico-assistenziale integrata
ORIENTAMENTO ALLA QUALITÀ E MODERNIZZAZIONE DEI SERVIZI	Integrare la promozione della salute ed i sistemi della qualità (es. EFQM) Implementare e valutare gli standard della promozione della salute (OMS) Sviluppare competenze specifiche

- B. E' stata sviluppata la collaborazione e l'integrazione tra l'Azienda ospedaliera S. M. Nuova e il Presidio ospedaliero dell'azienda USL nell'ottica di una pianificazione e diversificazione dei percorsi in relazione ai livelli assistenziali e specialistici secondo la filosofia dell'hub e spoke: conferendo compimento operativo al concetto di rete clinica;
- C. Si è perseguita la sussidiarietà e la complementarietà tra i diversi stabilimenti del presidio ospedaliero nell'ottica di una razionalizzazione dell'offerta e valorizzazione delle competenze;
- D. Si è sostenuta l'integrazione tra ospedale e territorio nell'ottica di una migliore continuità assistenziale ed ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse disponibili.

Per quanto attiene al primo punto si sottolinea la spinta verso l'innovazione tecnologica, lo sviluppo professionale e il rinnovamento strutturale che l'ASMN ha sempre perseguito realizzando progetti di interesse nazionale come l'attivazione del sistema di gestione informatizzata delle immagini e dei referti radiologici (PACS) e la Fusion /Imaging TAC Radioterapia, la creazione di un network con partner ospedalieri altamente qualificati di tutto il mondo (U.S.A, Regno Unito, Olanda, Francia, Spagna, ecc.), la realizzazione del nuovo edificio ospedaliero.

Relativamente al secondo punto ricordiamo la stretta collaborazione tra l'Arcispedale S.M. Nuova (centro hub) e l'ospedale S. Anna di Castelnovo né Monti (centro spoke) per quanto attiene la cardiologia riabilitativa, l'anestesia e la ginecologia, la chirurgia generale; l'organizzazione di vari percorsi nell'ambito dei due dipartimenti interaziendali (emergenza – urgenza, diagnostica per immagini), il percorso integrato cardiologico per il trattamento dell'IMA (infarto miocardico acuto), la chirurgia programmata specialistica nell'ospedale di Scandiano, Montecchio e lo stesso Castenovo

Monti, le diverse commissioni e gruppi di lavoro professionali impegnati nella stesura di linee guida e progetti di riorganizzazione, il potenziamento della attività specialistica (endocrinologia, reumatologia, urologia, ecc..) erogata a livello distrettuale, gli screening per il tumore del collo dell'utero e della mammella.

Al terzo punto sono da evidenziare il potenziamento e lo sviluppo di alcune competenze specialistiche di stabilimento (la chirurgia a Guastalla, la riabilitazione a Correggio, la uroginecologia a Montecchio), la integrazione dei servizi nell'area nord, il lavoro per rendere omogenei prestazioni e servizi offerti in ambito provinciale nell'ottica di una equità di accesso per il cittadino, lo sviluppo di alcuni modelli di coordinamento aziendale per specialità (es. nutrizione artificiale), il consolidamento dei Pronto Soccorso e delle lungodegenze, la organizzazione dipartimentale per stabilimento con strutturazione di unità operative semplici nelle aree di rilevanza epidemiologica (diabetologia, cardiologia, oncologia), lo sviluppo della day surgery anche in relazione ai disposti dei livelli essenziali di assistenza (LEA), il potenziamento dell'offerta specialistica ambulatoriale e strumentale.

Il quarto punto comprende in particolare le modalità di risposta dopo la degenza (le dimissioni protette con attivazione di percorsi di assistenza domiciliare integrata o in strutture residenziali del territorio, la distribuzione diretta dei farmaci in dimissione), la riabilitazione, gli screening ed i percorsi di cura dei casi positivi individuati, il percorso nascita.

#### **Tra i cambiamenti più significativi:**

- la ridefinizione complessiva dei posti letto secondo il principio dell'autosufficienza. Ciò ha accelerato la riduzione dei ricoveri inappropriati, favorito lo sviluppo dell'attività di day surgery e day hospital;
- l'attivazione di sezioni di lungodegenza in un sistema concordato pubblico – privato che ha permesso la riduzione dei ricoveri ripetuti e lo sviluppo di una maggiore integrazione tra

ospedale e rete dei servizi territoriali con il conseguente miglioramento dei percorsi di dimissione protetta;

- l'apertura della riabilitazione intensiva a Correggio;
- il consolidamento della rete ospedaliera provinciale sulla base di vocazioni di stabilimento ben identificate come quella di Correggio o di Guastalla o di sperimentazioni di collaborazioni mirate a sviluppare tali vocazioni (chirurgia di Scandiano) e/o a garantire le condizioni di sicurezza e continuità dell'offerta (come nel caso di Castelnovo né Monti);
- lo sviluppo del sistema integrato provinciale dell'Emergenza/Urgenza con la definizione di una risposta modulata secondo le necessità di intervento nell'ambito di una nuova organizzazione di lavoro dei Pronto Soccorso e l'introduzione progressiva e in fase di completamento dell'automedica;
- la riorganizzazione della rete laboratoristica con l'unificazione informatica e particolare potenziamento dell'attività di Biologia Molecolare all'Arcispedale S. M. Nuova;
- il potenziamento delle tecnologie pesanti che, in modo particolare per l'Arcispedale S. M. Nuova, ha potuto annoverare l'acquisizione della RMN nel 1998, del 2° Acceleratore Lineare (che ha posizionato la dotazione tecnologica del Servizio di Radioterapia ai livelli più avanzati della Regione Emilia-Romagna), della PET e recentemente del Ciclotrone (i primi operativi nella nostra Regione), mentre per l'Azienda USL ha portato la dotazione di TAC di tutti gli stabilimenti e la creazione delle condizioni per la RMN a Guastalla;
- lo sviluppo delle tecnologie radiologiche e l'avvio di sistemi di collegamento e trasmissione delle immagini a garanzia di efficienza e sicurezza, con ulteriore potenziamento attraverso l'acquisizione delle nuove tecnologie digitali;
- l'avvio di percorsi d'integrazione (in Cardiologia) dell'offerta secondo le logiche dell'Hub & Spoke con sistematizzazione del percorso omogeneo

del cardiopatico infartuato per procedure diagnostico-terapeutiche invasive;

- il consolidamento dell'attività neurochirurgica all'Arcispedale S.M. Nuova: la funzione della Neurochirurgia d'urgenza è integrata secondo il modello Hub & Spoke tra l'unità operativa di Neurochirurgia di Parma e le UU.OO di Medicina d'Urgenza e Neurologia e Rianimazione dell'ASMN;
- il consolidamento della Funzione di Chirurgia Funzionale con l'istituzione di una Struttura Semplice a carico dell'U.O. di Ortopedia rivolta a pazienti pediatriche che afferiscono alla Unità di valutazione per le gravi disabilità neuromotorie dell'età evolutiva (UDGEE – Sede hub regionale) provenienti da tutte le Regioni d'Italia;
- in ambito oncologico:
  - la rilevante attività di trapianto di midollo osseo autologo e allogenico nel contesto dell'Unità Operativa di Ematologia con l'utilizzo delle camere BCM (a bassa carica microbica);
  - l'avvio della Sezione di Terapia Radiometabolica (Medicina Nucleare) che ha consentito il completamento del percorso terapeutico dei tumori tiroidei e dell'ipertiroidismo;
  - la collocazione della Unità Operativa di Oncologia in una sede rinnovata, accogliente per l'attività di degenza diurna e/o ambulatoriale e con adeguati spazi per le sale d'attesa;
  - il consolidamento dell'attività di Chirurgia Toracica con l'utilizzo delle tecniche in toracosopia per l'escissione delle neoformazioni polmonari;
  - lo sviluppo dell'attività specialistica di Chirurgia Vascolare che ha perfezionato la chirurgia a minor grado di invasività per le patologie aneurismatiche dei grossi vasi con l'utilizzo di endoprotesi vascolari.
  - l'attivazione di Stroke Unit neurologica per la terapia in acuto della patologia cerebro-vascolare (unità ad alta intensità di cura), primo centro per la fibrinolisi in Emilia Romagna.

- la ricerca della qualità tecnica e dell'omogeneità del lavoro nella logica dell'equità.

Il futuro sollecita un ulteriore sforzo per la costruzione di un sistema integrato dell'offerta per garantire efficacia, sicurezza e efficienza considerando un ruolo dell'ospedale sempre più

avviato alla risposta dell'acuzie.

### Alcuni dati di attività

Per dare un'immagine del sistema dell'offerta così come si è venuto consolidando nel tempo a seguito delle scelte del PAL 97/99 e delle indicazioni regionali.

#### DOTAZIONE DI POSTI LETTO (PL) NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE DELLA PROVINCIA DI REGGIO EMILIA AL 31/12/2002

Regime di ricovero	Totale Ospedali AUSL	Azienda Ospedaliera S.M.N.	Case di cura private accreditate	Totale Provincia
Ordinario	619	726	240	1.585
Day Hospital	83	112	0	195
Lungodegenza	115	48	60	223
<b>TOTALE</b>	<b>817</b>	<b>886</b>	<b>300</b>	<b>2.003</b>
<b>PI per 1000 abitanti</b>				
Ordinario	1.32	1.55	0.51	3.38
Day Hospital	0.18	0.24	0.00	0.42
Lungodegenza	0.24	0.10	0.13	0.47
<b>Totale</b>	<b>1.74</b>	<b>1.89</b>	<b>0.64</b>	<b>4.27</b>

Popolazione residente nella Provincia di Reggio Emilia al 31/12/2002: 468.552

Regione Emilia Romagna: posti letto per 1000 abitanti 5.36, di cui in regime ordinario 4.38, in day hospital 0.50 e lungodegenza 0.48.

### Dati di ospedalizzazione

Nell'anno 2002 i residenti della provincia di Reggio Emilia hanno "prodotto" 95.206 ricoveri con un

tasso di ospedalizzazione complessivo di 203,19 ricoveri ogni 1.000 abitanti.

#### ANNO 2002 - RICOVERI DI RESIDENTI DELLA PROVINCIA DI REGGIO EMILIA

distretto di residenza	Ospedale di GUASTALLA	Ospedale di CORREGGIO	Ospedale di MONTECCHIO	Ospedale di SCANDIANO	Ospedale di CASTELNOVO MONTI	Arcispedale S. MARIA NUOVA	Case di Cura della provincia	Ospedali pubblici e privati di altre province della regione E-R	Ospedali pubblici e privati di altre regioni	totale	tasso grezzo di ospedalizzazione anno 2002*
Montecchio	107	39	4.456	101	86	3.118	498	1.328	388	10.121	185,13
Reggio Emilia	718	478	1.026	1.204	395	29.076	3.113	3.169	1.680	40.859	206,43
Guastalla	7.556	509	103	26	10	1.932	187	1.573	1.270	13.166	199,16
Correggio	937	3.371	43	150	15	2.200	231	2.260	523	9.730	206,01
Scandiano	83	69	94	6.056	150	3.575	441	2.070	393	12.931	188,67
Castelnovo M.	34	23	78	182	5.344	1.557	258	612	311	8.399	246,49
AUSL	9.435	4.489	5.800	7.719	6.000	41.458	4.728	11.012	4.565	95.206	203,19

\*tasso calcolato sulla popolazione residente al 31.12.2002 e mobilità interregionale anno 2002

Si riporta di seguito l'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture ospedaliere che esprime, percentualmente, a quali strutture/Aziende una

data popolazione si rivolge per l'assistenza ospedaliera. Da un altro punto di vista, tale indice esprime in che percentuale le diverse

#### ANNO 2002 - INDICE DI DIPENDENZA DELLA POPOLAZIONE DALLE STRUTTURE OSPEDALIERE

distretto di residenza	Ospedale di GUASTALLA	Ospedale di CORREGGIO	Ospedale di MONTECCHIO	Ospedale di SCANDIANO	Ospedale di CASTELNOVO MONTI	Arcispedale S. MARIA NUOVA	Case di Cura della provincia	Complessivo per ospedali pubblici e privati della Provincia	Ospedali pubblici e privati di altre province della regione E-R	Ospedali pubblici e privati di altre regioni	totale
Montecchio	1,1%	0,4%	44,1%	1,0%	0,8%	30,8%	4,9%	83,1%	13,1%	3,8%	100%
Reggio Emilia	1,8%	1,2%	2,5%	2,9%	1,0%	71,2%	7,6%	88,1%	7,8%	4,1%	100%
Guastalla	57,4%	3,9%	0,8%	0,2%	0,1%	14,7%	1,4%	78,5%	11,9%	9,6%	100%
Correggio	9,6%	34,6%	0,4%	1,5%	0,2%	22,6%	2,4%	71,4%	23,2%	5,4%	100%
Scandiano	0,6%	0,5%	0,7%	46,8%	1,2%	27,6%	3,4%	81,0%	16,0%	3,0%	100%
Castelnovo M.	0,4%	0,3%	0,9%	2,2%	63,6%	18,5%	3,1%	89,0%	7,3%	3,7%	100%
AUSL	9,9%	4,7%	6,1%	8,1%	6,3%	43,5%	5,0%	83,6%	11,6%	4,8%	100%

strutture/Aziende contribuiscono alla formazione del tasso di ospedalizzazione delle Aziende USL. Nell'anno 2002 gli ospedali della provincia sono stati utilizzati dai residenti complessivamente nell'83,6% dei casi. Le due aree in cui ospedali di altre province/regioni "drenano" i ricoveri dei residenti della provincia di Reggio Emilia in misura più consistente sono quelle di Correggio e Guastalla. La situazione di Correggio trova giustificazione anche nelle scelte di programmazione che negli scorsi anni sono intervenute, e la mobilità verso la provincia di Modena, in particolare l'ospedale di Carpi, è di conseguenza aumentata, come peraltro atteso.

La situazione di Guastalla risente, per ragioni geografiche, del drenaggio fisiologico da parte dei vicini ospedali lombardi e, come per il territorio di Montecchio, dell'attrazione da parte del vicino polo universitario di Parma.

Il ricorso per i residenti dei distretti periferici al rispettivo ospedale di riferimento varia ed è dipendente sia dalla tipologia di servizi offerti, sia dalla collocazione geografica.

Per un confronto con altre realtà si deve ricorrere al tasso di ospedalizzazione standardizzato che ci permette di osservare come, all'interno della regione Emilia Romagna, la realtà di Reggio Emilia si situi come indicato nella tabella della pagina seguente.

ANNO 2002	PROVINCIA DI REGGIO EMILIA	REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Tasso complessivo	207,17	201,10 (range 185,78 – 224,18)
Tasso per ricoveri ordinari	136,18	142,47 (range 136,18 – 149,58)
Tasso per ricoveri In day hospital	70,99	58,63 (range 41,51 – 74,60)
di cui DH di tipo medico	35,37	26,75 (range 17,83 – 35,98)
DH di tipo chirurgico	35,62	31,88 (range 18,73 – 42,88)

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia Romagna e mobilità passiva extraregionale. Sono esclusi dal calcolo i neonati sani. Tassi calcolati utilizzando la popolazione residente al 31/12/2002. La popolazione tipo utilizzata per standardizzare i tassi è quella E.R. residente al 31/12/1997.

Si riporta di seguito la produzione delle strutture ospedaliere della Provincia di Reggio Emilia per l'anno 2002, suddivisa per provenienza dei cittadini

(residenti nei Distretti della Provincia, residenti in altre Province della Regione Emilia Romagna, residenti in altre Regioni, residenti all'estero).

Ospedali di produzione	distretto di Montecchio	distretto di Reggio Emilia	distretto di Guastalla	distretto di Correggio	distretto di Scandiano	distretto di Castelnovo Monti	totale residenti Provincia	residenti in altre Province della Regione Emilia Romagna	residenti in altre Regioni	residenti all'estero	totale produzione
Ospedale di GUASTALLA	107	718	7.556	937	83	34	9.435	329	1.430	36	11.230
Ospedale di CORREGGIO	39	478	509	3.371	69	23	4.489	332	131	23	4.975
Ospedale di MONTECCHIO	4.456	1.026	103	43	94	78	5.800	1.321	196	28	7.345
Ospedale di SCANDIANO	101	1.204	26	150	6.056	182	7.719	809	191	8	8.727
Ospedale di CAST. MONTI	86	395	10	15	150	5.344	6.000	265	255	22	6.542
produzione ospedali AUSL	4.789	3.821	8.204	4.516	6.452	5.661	33.443	3.056	2.203	117	38.819
Arcispedale S. MARIA NUOVA	3.118	29.076	1.932	2.200	3.575	1.557	41.458	3.023	3.063	556	48.100
Casa di Cura della provincia	498	3.113	187	231	441	258	4.728	1.326	341	3	6.398
Totale ospedali della Provincia	8.405	36.010	10.323	6.947	10.468	7.476	79.629	7.405	5.607	676	93.317

Nota: sono esclusi i neonati sani



Nella tabella che segue la produzione per ciascuna struttura ospedaliera è calcolata in percentuale rispetto al luogo di residenza dei cittadini.

Ospedali di produzione	distretto di Montecchio	distretto di Reggio Emilia	distretto di Guastalla	distretto di Correggio	distretto di Scandiano	distretto di Castelnovo Monti	totale residenti Provincia	residenti in altre Province della Regione Emilia Romagna	residenti in altre Regioni	residenti all'estero	totale produzione
Ospedale di GUASTALLA	1,0%	6,4%	67,3%	8,3%	0,7%	0,3%	84,0%	2,9%	12,7%	0,3%	100%
Ospedale di CORREGGIO	0,8%	9,6%	10,2%	67,8%	1,4%	0,5%	90,2%	6,7%	2,6%	0,5%	100%
Ospedale di MONTECCHIO	60,7%	14,0%	1,4%	0,6%	1,3%	1,1%	79,0%	18,0%	2,7%	0,4%	100%
Ospedale di SCANDIANO	1,2%	13,8%	0,3%	1,7%	69,4%	2,1%	88,4%	9,3%	2,2%	0,1%	100%
Ospedale di CAST. MONTI	1,3%	6,0%	0,2%	0,2%	2,3%	81,7%	91,7%	4,1%	3,9%	0,3%	100%
produzione ospedali AUSL	12,3%	9,8%	21,1%	11,6%	16,6%	14,6%	86,2%	7,9%	5,7%	0,3%	100%
Arcispedale S. MARIA NUOVA	6,5%	60,4%	4,0%	4,6%	7,4%	3,2%	86,2%	6,3%	6,4%	1,2%	100%
Case di Cura della provincia	7,8%	48,7%	2,9%	3,6%	6,9%	4,0%	73,9%	20,7%	5,3%	0,0%	100%
Totale ospedali della Provincia	9,0%	38,6%	11,1%	7,4%	11,2%	8,0%	85,3%	7,9%	6,0%	0,7%	100%

Si riportano di seguito, per ciascuna struttura ospedaliera della Provincia di Reggio Emilia, i volumi di attività (principali DRG prodotti in ordine

decrescente per numerosità dei casi) per l'anno 2002, distintamente per i ricoveri ordinari e per i day hospital.

#### Attività dell'Ospedale S. Sebastiano di Correggio – ricoveri ordinari

DRG	Dimessi	Freq. Cumulata	% su tot. Dimessi	% cumul.
127 M-INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	227	227	11,72%	11,72%
087 M-EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	84	311	4,34%	16,06%
015 M-A.I.T. E OCCLUSIONI PRECELEBRALI	81	392	4,18%	20,24%
014 M-MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECETTO A.I.T.	71	463	3,67%	23,90%
140 M-ANGINA PECTORIS	70	533	3,61%	27,52%
012 M-DISTURBI DEGENERATIVI SISTEMA NERVOSO	67	600	3,46%	30,98%
088 M-MALATTIE POLMONARI CRONICO-OSTRUTIVE (COPD)	67	667	3,46%	34,43%
122 M-MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON IMA NO COMPL.CARDIOVASC. VIVI	64	731	3,30%	37,74%
139 M-ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA NO CC	63	794	3,25%	40,99%
144 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO CON CC	62	856	3,20%	44,19%
125 M-MALATTIE CARDIOVASC. ECETTO IMA, CON CATETER. CARD. DIAG. NO CC	56	912	2,89%	47,08%
145 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO NO CC	48	960	2,48%	49,56%
256 M-ALTRE DIAGNOSI SIST. MUSCOLO-SCHELETRICO E TESS. CONNETTIVO	38	998	1,96%	51,52%
<b>TOTALE</b>	<b>1.937</b>		<b>100,00%</b>	

### Attività dell'Ospedale S. Sebastiano di Correggio – ricoveri day hospital

DRG	Dimessi	Freq. Cumulata	% su tot. Dimessi	% cumul.
039 C-INTERV. SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	663	663	21,82%	21,82%
006 C-DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	360	1.023	11,85%	33,67%
266 C-TRAP.PELLE E/O SBRIGLIAM. ECCETTO ULCERE PELLE/ CELLUL. NO CC	232	1.255	7,64%	41,31%
410 M-CHEMIOTERAPIA NON ASSOC. A DIAGN. SECOND. DI LEUCEMIA ACUTA	121	1.376	3,98%	45,29%
119 C-LEGATURA E STRIPPING DI VENE	112	1.488	3,69%	48,98%
162 C-INTERV. PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ>17 NO CC	106	1.594	3,49%	52,47%
<b>TOTALE</b>	<b>3.038</b>		<b>100,00%</b>	

## Attività dell'Ospedale S. Anna di Castelnuovo Monti – ricoveri ordinari

DRG	Dimessi	Freq. Cumulata	% su tot. Dimessi	% cumul.
119 C-LEGATURA E STRIPPING DI VENE	210	210	4,66%	4,66%
127 M-INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	176	386	3,90%	8,56%
373 M-PARTO VAGINALE NO CC	136	522	3,02%	11,58%
014 M-MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCETTO A.I.T.	135	657	2,99%	14,57%
184 M-ESOFAG.GASTROEN, MISCEL. MALATTIE APP.DIGER., ETÀ <18	107	764	2,37%	16,94%
371 C-TAGLIO CESAREO NO CC	106	870	2,35%	19,29%
015 M-A.I.T. E OCCLUSIONI PRECELEBRALI	82	952	1,82%	21,11%
088 M-MALATTIE POLMONARI CRONICO-OSTRUTIVE (COPD)	77	1.029	1,71%	22,82%
183 M-ESOFAG., GASTROEN, MISCEL. MALATTIE APP.DIGER, ETÀ >17 NO CC	77	1.106	1,71%	24,53%
243 M-AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	74	1.180	1,64%	26,17%
209 C-INTERV.SU ARTICOLAZIONI MAGG. E REIMPIANTI DI ARTI INF.	71	1.251	1,57%	27,74%
060 C-TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETÀ <18	67	1.318	1,49%	29,23%
162 C-INTERV. PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE,ETÀ >17 NO CC	66	1.384	1,46%	30,69%
359 C-INTERV. UTERO/ANNESSI, NO NEOPLASIE NO CC	63	1.447	1,40%	32,09%
082 M-NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	56	1.503	1,24%	33,33%
254 M-FRAT. DIST.STIR.LUS. BRAC.GAMB. ECCETTO PIEDE ETÀ>17 NO CC	56	1.559	1,24%	34,58%
098 M-BRONCHITE E ASMA, ETÀ<18	55	1.614	1,22%	35,80%
070 M-OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRAT., ETÀ<18	52	1.666	1,15%	36,95%
167 C-APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIP. NO COMPLICATA NO CC	50	1.716	1,11%	38,06%
215 C-INTERVENTI SU DORSO E COLLO NO CC	50	1.766	1,11%	39,17%
089 M-POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETÀ >17 CON CC	46	1.812	1,02%	40,19%
208 M-MALATTIE DELLE VIE BILIARI NO CC	46	1.858	1,02%	41,21%
222 C-INTERVENTI SUL GINOCCHIO NO CC	46	1.904	1,02%	42,23%
231 C-ESCISSIONE LOCALE RIMOZ. MEZZI FIS. INTRAMIDOL. NO ANCA/FEM	46	1.950	1,02%	43,25%
379 M-MINACCIA D'ABORTO	43	1.993	0,95%	44,20%
211 C-INTERV. ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTIC., MAGG., ETÀ >17 CON CC	40	2.033	0,89%	45,09%
324 M-CALCOLOSI URINARIA NO CC	40	2.073	0,89%	45,97%
494 C-COLECISTECTOMIA LAPAR. SENZA ESPLOAZ. DOTTO BILIARE NO CC	40	2.113	0,89%	46,86%
087 M-EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	37	2.150	0,82%	47,68%
383 M-ALTRE DIAGNOSI PREPARTO CON COMPLICAZIONI MEDICHE	36	2.186	0,80%	48,48%
131 M-MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE NO CC	35	2.221	0,78%	49,26%
232 C-ARTROSCOPIA	35	2.256	0,78%	50,03%
<b>TOTALE</b>	<b>4.509</b>		<b>100,00%</b>	

Sono stati inoltre dimessi 246 neonati sani.

## Attività dell'Ospedale S. Anna di Castelnuovo Monti – ricoveri day hospital

DRG	Dimessi	Freq. Cumulata	% su tot. Dimessi	% cumul.
039 C-INTERV. SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	386	386	18,99%	18,99%
266 C-TRAP.PELLE E/O SBRIGLIAM. ECCETTO ULCERE PELLE/ CELLUL. NO CC	245	631	12,05%	31,04%
119 C-LEGATURA E STRIPPING DI VENE	141	772	6,94%	37,97%
364 C-DILATAZ. E RASCHIAM., CONIZZAZIONE ECCETTO NEOPL. MALIG	67	839	3,30%	41,27%
381 C-ABORTO CON DILATAZ. E RASCHIAM. MEDIANTE ASPIRAZ. O ISTEROTOM.	65	904	3,20%	44,47%
347 M-NEOPLASIE MALIGNI APP. GENITALE MASCHILE NO CC	61	965	3,00%	47,47%
404 M-LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA NO CC	60	1.025	2,95%	50,42%
<b>TOTALE</b>	<b>2.033</b>		<b>100,00%</b>	

## Attività dell'Ospedale Civile di Guastalla – ricoveri ordinari

DRG	Dimessi	Freq. Cumulata	% su tot. Dimessi	% cumul.
373 M-PARTO VAGINALE NO CC	493	493	6,82%	6,82%
127 M-INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	237	730	3,28%	10,09%
371 C-TAGLIO CESAREO NO CC	196	926	2,71%	12,80%
014 M-MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCETTO A.I.T.	126	1.052	1,74%	14,54%
122 M-MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON IMA NO COMPL.CARDIOVASC. VIVI	123	1.175	1,70%	16,24%
359 C-INTERV. UTERO/ANNESSI, NO NEOPLASIE NO CC	119	1.294	1,65%	17,89%
183 M-ESOFAG., GASTROEN, MISCEL. MALATTIE APP.DIGER, ETÀ >17 NO CC	111	1.405	1,53%	19,42%
494 C-COLECISTECTOMIA LAPAR. SENZA ESPLORAZ. DOTTO BILIARE NO CC	111	1.516	1,53%	20,96%
140 M-ANGINA PECTORIS	104	1.620	1,44%	22,40%
184 M-ESOFAG., GASTROEN, MISCEL.MALATTIE APP.DIGER., ETÀ <18	101	1.721	1,40%	23,79%
070 M-OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRAT., ETÀ<18	96	1.817	1,33%	25,12%
209 C-INTERV.SU ARTICOLAZIONI MAGG. E REIMPIANTI DI ARTI INF.	96	1.913	1,33%	26,45%
015 M-A.I.T. E OCCLUSIONI PRECEREBRALI	93	2.006	1,29%	27,73%
098 M-BRONCHITE E ASMA, ETÀ<18	93	2.099	1,29%	29,02%
089 M-POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETÀ >17 CON CC	89	2.188	1,23%	30,25%
158 C-INTERV. SU ANO E STOMA NO CC	81	2.269	1,12%	31,37%
167 C-APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIP. NO COMPLICATA NO CC	76	2.345	1,05%	32,42%
298 M-DISTURBI NUTRIZIONE, METABOLISMO, ETÀ <18	72	2.417	1,00%	33,42%
090 M-POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETÀ >17 NO CC	70	2.487	0,97%	34,38%
060 C-TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETÀ <18	68	2.555	0,94%	35,32%
132 M-ATEROSCLEROSI CON CC	68	2.623	0,94%	36,26%
222 C-INTERVENTI SUL GINOCCHIO NO CC	68	2.691	0,94%	37,20%
088 M-MALATTIE POLMONARI CRONICO-OSTRUTIVE (COPD)	66	2.757	0,91%	38,12%
211 C-INTERV. ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTIC., MAGG., ETÀ >17 CON CC	65	2.822	0,90%	39,02%
030 M-STATO STUPOR. E COMA TRAUM.<1H, ETÀ <18	62	2.884	0,86%	38,87%
121 M-MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON IMA CON COMPL. CARDIOVASC. VIVI	62	2.946	0,86%	40,73%
142 M-SINCOPE E COLLASSO NO CC	60	3.006	0,83%	41,56%
323 M-CALCOLOSI URINARIA CON CC E/O LITOTRISSIA CON ULTRASUONI	59	3.065	0,82%	42,38%
148 C- INTERVENTI MAGG. SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC	56	3.121	0,77%	43,15%
017 M-MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE NO CC	55	3.176	0,76%	43,91%
139 M-ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA NO CC	54	3.230	0,75%	44,66%
243 M-AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	53	3.283	0,73%	45,39%
290 C-INTERVENTI SULLA TIROIDE	53	3.336	0,73%	46,12%
215 C-INTERVENTI SU DORSO E COLLO NO CC	52	3.388	0,72%	46,84%
016 M-MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE CON CC	50	3.438	0,69%	47,53%
219 C-INT. ARTO INF. OMERO ECCETTO ANCA, PIEDE, FEMORE, ETÀ >17 NO CC	50	3.488	0,69%	48,22%
395 M-ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETÀ >17	49	3.537	0,68%	48,90%
422 M-MALAT. DI ORIG. VIRALE E FEBBRE DI ORIG. SCONOSCIUTA, ETÀ < 18	49	3.586	0,68%	49,58%
143 M-DOLORE TORACICO	48	3.634	0,66%	50,24%
<b>TOTALE</b>	<b>7.233</b>		<b>100,00%</b>	

Sono stati inoltre dimessi 693 neonati sani.

## Attività dell'Ospedale Civile di Guastalla – ricoveri day hospital

DRG	Dimessi	Freq. Cumulata	% su tot. Dimessi	% cumul.
381 C-ABORTO CON DILATAZ. E RASCHIAM. MEDIANTE ASPIRAZ. O ISTEROTOM.	354	354	10,28%	10,28%
410 M-CHEMIOTERAPIA NON ASSOC. A DIAGN. SECOND. DI LEUCEMIA ACUTA	228	582	6,62%	16,89%
364 C-DILATAZ. E RASCHIAM. CONIZZAZIONE ECCETTO NEOPL. MALIG	215	797	6,24%	23,13%
139 M- ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA NO CC	174	971	5,05%	28,19%
162 C-INTERV. PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ>17 NO CC	159	1.130	4,62%	32,80%
006 C-DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	152	1.282	4,41%	37,21%
222 C-INTERVENTI SUL GINOCCHIO NO CC	110	1.392	3,19%	40,41%
298 M-DISTURBI NUTRIZIONE, METABOLISMO, ETÀ <18	82	1.474	2,38%	42,79%
369 M-DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APP. RIPRODUT. FEMM.	74	1.548	2,15%	44,93%
229 C-INT. MANO O POLSO, ECCETTO INTERV. MAGG. ARTICOLAZIONI NO CC	70	1.618	2,03%	46,97%
275 M-NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA NO CC	64	1.682	1,86%	48,82%
262 C-BIOPSIA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPL. MALIGNI	58	1.740	1,68%	50,51%
<b>TOTALE</b>	<b>3.445</b>		<b>100,00%</b>	

### Attività dell'Ospedale Franchini di Montecchio – ricoveri ordinari

DRG	Dimessi	Freq. Cumulata	% su tot. Dimessi	% cumul.
373 M-PARTO VAGINALE NO CC	588	588	10,67%	10,67%
127 M-INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	265	853	4,81%	15,48%
371 C-TAGLIO CESAREO NO CC	204	1.057	3,70%	19,18%
359 C-INTERV. UTERO/ANNESSI, NO NEOPLASIE NO CC	192	1.249	3,48%	22,66%
309 C-INTERVENTI MINORI VESCICA NO CC	131	1.380	2,38%	25,04%
087 M-EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	122	1.502	2,21%	27,25%
014 M-MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCETTO A.I.T.	118	1.620	2,14%	29,40%
140 M-ANGINA PECTORIS	114	1.734	2,07%	31,46%
162 C-INTERV. PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ >17 NO CC	111	1.845	2,01%	33,48%
222 C-INTERVENTI SUL GINOCCHIO NO CC	110	1.955	2,00%	35,47%
215 C-INTERVENTI SU DORSO E COLLO NO CC	96	2.051	1,74%	37,22%
379 M-MINACCIA D'ABORTO	89	2.140	1,61%	38,83%
370 C-TAGLIO CESAREO CON CC	79	2.219	1,43%	40,26%
381 C-ABORTO CON DILATAZ. E RASCHIAM. MEDIANTE ASPIRAZ. O ISTEROTOM.	79	2.298	1,43%	41,70%
015 M-A.I.T. E OCCLUSIONI PRECEREBRALI	69	2.367	1,25%	42,95%
139 M-ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA NO CC	69	2.436	1,25%	44,20%
243 M-AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	69	2.505	1,25%	45,45%
209 C-INTERV. SU ARTICOLAZIONI MAGG. E REIMPIANTI DI ARTI INF.	64	2.569	1,16%	46,62%
158 C-INTERV. SU ANO E STOMA NO CC	62	2.631	1,13%	47,74%
467 M-ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	62	2.693	1,13%	48,87%
125 M-MALATTIE CARDIOVASC. ECCETTO IMA, CON CATETER. CARD. DIAGN. NO CC	61	2.754	1,11%	49,97%
122 M-MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON IMA NO COMPL. CARDIOVASC. VIVI	60	2.814	1,09%	51,06%
<b>TOTALE</b>	<b>5.511</b>		<b>100,00%</b>	

Sono stati inoltre dimessi 874 neonati sani

### Attività dell'Ospedale Franchini di Montecchio – ricoveri day hospital

DRG	Dimessi	Freq. Cumulata	% su tot. Dimessi	% cumul.
039 C-INTERV. SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	410	410	22,36%	22,36%
381 C-ABORTO CON DILATAZ. E RASCHIAM. MEDIANTE ASPIRAZ. O ISTEROTOM.	237	647	12,92%	35,28%
364 C-DILATAZ. E RASCHIAM. CONIZZAZIONE ECCETTO NEOPL. MALIG	159	806	8,67%	43,95%
119 C-LEGATURA E STRIPPING DI VENE	137	943	7,47%	51,42%
<b>TOTALE</b>	<b>1.834</b>		<b>100,00%</b>	

### Attività dell'Ospedale Magati di Scandiano – ricoveri ordinari

DRG	Dimessi	Freq. Cumulata	% su tot. Dimessi	% cumul.
373 M-PARTO VAGINALE NO CC	511	511	9,61%	9,61%
127 M-INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	271	782	5,09%	14,70%
371 C-TAGLIO CESAREO NO CC	203	985	3,82%	18,52%
222 C-INTERVENTI SUL GINOCCHIO NO CC	145	1.130	2,73%	21,24%
359 C-INTERV. UTERO/ANNESSI, NO NEOPLASIE NO CC	130	1.260	2,44	23,68%
014 M-MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCETTO A.I.T.	120	1.380	2,26%	25,94%
140 M-ANGINA PECTORIS	119	1.499	2,24%	28,18%
294 M-DIABETE, ETÀ > 35	111	1.610	2,09%	30,26%
088 M-MALATTIE POLMONARI CRONICO-OSTRUTTIVE(COPD)	108	1.718	2,03%	32,29%
231 C-ESCISSIONE LOCALE RIMOZ. MEZZI FIS. INTRAMIDOL. NO ANCA/FEM	108	1.826	2,03%	34,32%
494 C-COLECISTECTOMIA LAPAR. SENZA ESPLORAZ. DOTTO BILIARE NO CC	84	1.910	1,58%	35,90%
167 C-APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIP. NO COMPLICATA NO CC	79	1.989	1,48%	37,39%
122 M-MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON IMA NO COMPL. CARDIOVASC. VIVI	74	2.063	1,39%	38,78%
139 M-ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA NO CC	74	2.137	1,39%	40,17%
015 M-A.I.T. E OCCLUSIONI PRECEREBRALI	67	2.204	1,26%	41,43%
087 M-EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	67	2.271	1,26%	42,69%
209 C-INTERV. SU ARTICOLAZIONI MAGG. E REIMPIANTI DI ARTI INF.	63	2.334	1,18%	43,87%
379 M-MINACCIA D'ABORTO	63	2.397	1,18%	45,06
229 C-INT. MANO O POLSO, ECCETTO INTERV. MAGG. ARTICOLAZIONI NO CC	62	2.459	1,17%	46,22%
138 M-ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA CON CC	61	2.520	1,15%	47,37%
183 M-ESOFAG., GASTROEN, MISCEL. MALATTIE APP. DIGER., ETÀ > 17 NO CC	53	2.573	1,00%	48,36%
381 C-ABORTO CON DILATAZ. E RASCHIAM. MEDIANTE ASPIRAZ. O ISTEROTOM.	51	2.624	0,96%	49,32%
129 M-ARRESTO CARDIACO SENZA CAUSA APPARENTE	50	2.674	0,94%	50,26%
<b>TOTALE</b>	<b>5.320</b>		<b>100,00%</b>	

Sono stati inoltre dimessi 775 neonati sani

### Attività dell'Ospedale Magati di Scandiano – ricoveri day hospital

DRG	Dimessi	Freq. Cumulata	% su tot. Dimessi	% cumul.
006 C-DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	691	691	20,28%	20,28%
364 C-DILATAZ. E RASCHIAM., CONIZZAZIONE ECCETTO NEOPL. MALIG	344	1.035	10,10%	30,38%
294 M-DIABETE, ETÀ>35	274	1.309	8,04%	38,42%
039 C-INTERV. SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	260	1.569	7,63%	46,05%
381 C-ABORTO CON DILATAZ. E RASCHIAM. MEDIANTE ASPIRAZ. O ISTEROTOM.	232	1.801	6,81%	52,86%
<b>TOTALE</b>	<b>3.407</b>		<b>100,00%</b>	



## Attività dell'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova – ricoveri ordinari

DRG	Dimessi	Freq. Cumulata	% su tot. Dimessi	% cumul.
373 M-PARTO VAGINALE NO CC	1.454	1.454	4,79%	4,79%
127 M-INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	1.076	2.530	3,55%	8,34%
112 C-INTERV. SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA	795	3.325	2,62%	10,96%
014 M-MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCETTO A.I.T.	736	4.061	2,43%	13,38%
371 C-TAGLIO CESAREO NO CC	574	4.635	1,89%	15,28%
359 C-INTERV. UTERO/ANNESSI, NO NEOPLASIE NO CC	571	5.206	1,88%	17,16%
125 M-MALATTIE CARDIOVASC.ECCETTO IMA,CON CATETER.CARD.DIAG.NO CC	390	5.596	1,29%	18,44%
015 M-A.I.T. E OCCLUSIONI PRECEREBRALI	379	5.975	1,25%	19,69%
183 M-ESOFAG.,GASTROEN, MISCEL.MALATTIE APP.DIGER., ETA'>17 NO CC	374	6.349	1,23%	20,93%
162 C-INTERV. PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA'>17 NO CC	371	6.720	1,22%	22,15%
088 M-MALATTIE POLMONARI CRONICO-OSTRUTTIVE (COPD)	353	7.073	1,16%	23,31%
082 M-NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	337	7.410	1,11%	24,42%
055 C-MISCELLANEA INTERVENTI ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	316	7.726	1,04%	25,46%
139 M-ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA NO CC	308	8.034	1,02%	26,48%
145 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO NO CC	296	8.330	0,98%	27,45%
409 M-RADIOTERAPIA	287	8.617	0,95%	28,4%
087 M-EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	276	8.893	0,91%	29,31%
209 C-INTERV. SU ARTICOLAZIONI MAGG. E REIMPIANTI DI ARTI INF.	262	9.155	0,86%	30,17%
184 M-ESOFAG.,GASTROEN, MISCEL.MALATTIE APP.DIGER., ETA'<18	254	9.409	0,84%	31,01%
494 C-COLECISTECTOMIA LAPAR.SENZA ESPLORAZ. DOTTO BILIARE NO CC	243	9.652	0,8%	31,81%
143 M-DOLORE TORACICO	239	9.891	0,79%	32,6%
142 M-SINCOPE E COLLASSO NO CC	230	10.121	0,76%	33,36%
026 M-CONVULSIONI E CEFALEA, ETA'<18	226	10.347	0,74%	34,1%
416 M-SETTICEMIA, ETA'>17	225	10.572	0,74%	34,84%
138 M-ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA CON CC	222	10.794	0,73%	35,58%
005 C-INTERVENTI SU VASI EXTRACRANICI	221	11.015	0,73%	36,3%
290 C-INTERVENTI SULLA TIROIDE	221	11.236	0,73%	37,03%
140 M-ANGINA PECTORIS	217	11.453	0,72%	37,75%
089 M-POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETÀ>17 CON CC	211	11.664	0,7%	38,44%
310 C-INT. PER VIA TRANSURETRALE CON CC	210	11.874	0,69%	39,14%
208 M-MALATTIE DELLE VIE BILIARI NO CC	208	12.082	0,69%	39,82%
323 M-CALCOLOSI URINARIA CON CC E/O LITOTRISSIA CON ULTRASUONI	205	12.287	0,68%	40,5%
012 M-DISTURBI DEGENERATIVI SISTEMA NERVOSO	197	12.484	0,65%	41,15%
025 M-CONVULSIONI E CEFALEA, ETÀ>17 NO CC	195	12.679	0,64%	41,79%
316 M-INSUFFICIENZA RENALE	188	12.867	0,62%	42,41%
128 M-TROMBOFLEBITE DELLE VENE PROFONDE	179	13.046	0,59%	43%
182 M-ESOFAG.,GASTROEN, MISCEL.MALATTIE APP.DIGER.,ETÀ>17 CON CC	179	13.225	0,59%	43,59%
144 M-ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO CON CC	178	13.403	0,59%	44,17%
243 M-AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	172	13.575	0,57%	44,74%
148 C-INTERVENTI MAGG. SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC	171	13.746	0,56%	45,31%
202 M-CIRROSI EPATICA ED ALCOLICA	168	13.914	0,55%	45,86%
324 M-CALCOLOSI URINARIA SENZA CC	167	14.081	0,55%	46,41%
122 M-MALATTIE CARDIOVASC. CON IMA SENZA COMPLICANZE CARDIOVASC. VIVO	163	14.244	0,54%	46,95%
203 M- TUMORI MALIGNI DEL SISTEMA EPATOBILIARE O PANCREAS	162	14.406	0,53%	47,49%
116 C-IMPIANTO DI PACE-MAKER PERMANENTE SENZA IMA ,SCOMPENSO CARDIACO O SHOCK	160	14.566	0,53%	48,01%
75 C-INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE	160	14.726	0,53%	48,54%
90 -M-POLMONITE CLASSICA E PLEURITE SENZA CC ETÀ > 17	158	14.884	0,52%	49,06%
307 C-PROSTATECTOMIA SENZA CC	157	15.041	0,52%	49,58%
478 C-ALTRI INTERV. CHIR. VASCOLARI CON CC	153	15.194	0,50%	50,08%
<b>TOTALE DIMESSI</b>	<b>30.341</b>		<b>100%</b>	

Sono stati inoltre dimessi 1.947 neonati sani.

## Attività dell'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova – ricoveri day hospital

DRG	Dimessi	Freq. Cumulata	% su tot. Dimessi	% cumul.
039 C-INTERV. SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	1.458	1.458	8,21%	8,21%
410 M-CHEMIOTERAPIA NON ASSOC. A DIAGN. SECOND. DI LEUCEMIA ACUTA	1.202	2.660	6,77%	14,98%
359 C-INTERV UTERO/ANNESSI, NO NEOPLASIE NO CC	973	3.633	5,48%	20,46%
381 C-ABORTO CON DILATAZ.E RASCHIAM.MEDIANTE ASPIRAZ.O ISTEROTOM.	788	4.421	4,44%	24,89%
248 M-TENDINITE MIOSITE E BORSITE	543	4.964	3,06%	27,95%
364 C-DILATAZ E RASCHIAM., CONIZZAZIONE ECCETTO NEOPL. MALIG	524	5.488	2,95%	30,90%
411 M-ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SEN7A ENDOSCOPIA	501	5.989	2,82%	33,72%
404 M-LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA NO CC	473	6.462	2,66%	36,39%
241 M-MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO NO CC	410	6.872	2,31%	38,70%
240 M-MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO CON CC	335	7.207	1,89%	40,58%
301 M-MALATTIE ENDOCRINE NO CC	278	7.485	1,57%	42,15%
205 M-MAL. FEGATO ECCETTO NEOPLAS.MAL., CIRROSI, EPATITE ALC.CON CC	259	7.744	1,46%	43,61%
047 M-ALTRE MALATTIE DELL'OCCHIO, ETA'>17 NO CC	242	7.986	1,36%	44,97%
284 M-MALATTIE MINORI DELLA PELLE NO CC	239	8.225	1,35%	46,31%
131 M-MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE NO CC	234	8.459	1,32%	47,63%
300 M-MALATTIE ENDOCRINE CON CC	222	8.681	1,25%	48,88%
119 C-LEGATURA E STRIPPING DI VENE	213	8.894	1,2%	50,08%
009 M-MALATTIE E TRAUMATISMI DEL MIDOLLO SPINALE	208	9.102	1,17%	51,25%
082 M-NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	195	9.297	1,1%	52,35%
266 C-TRAP.PELLE E/O SBRIGLIAM.ECCETTO ULCERE PELLE/CELLUL. NO CC	194	9.491	1,09%	53,44%
316 M-INSUFFICIENZA RENALE	186	9.677	1,05%	54,49%
073 M-ALTRE DIAG. RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA'>17	170	9.847	0,96%	55,45%
262 C-BIOPSIA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPL. MALIGNI	162	10.009	0,91%	56,36%
134 M-IPERTENSIONE	157	10.166	0,88%	57,24%
012 M-DISTURBI DEGENERATIVI SISTEMA NERVOSO	145	10.311	0,82%	58,06%
189 M-ALTRE DIAGN. RELATIVE ALL'APPAR. DIGERENTE, ETA'>17 NO CC	142	10.453	0,8%	58,86%
231 C-ESCISSIONE LOCALE RIMOZ. MEZZI FIS INTRAMIDOL. NO ANCA/FEM	141	10.594	0,79%	59,65%
399 M-DISTURBI SIST. RETICOLO ENDOTELIALE E IMMUNITARIO NO CC	137	10.731	0,77%	60,43%
339 C-INTERV. SUL TESTICOLO. NON PER NEOPLASIE MALIGNI. ETA'>17	136	10.867	0,77%	61,19%
270 C-ALTRI INT.PELLE. SOTTOCUTE, MAMMELLA NO CC	134	11.001	0,75%	61,95%
130 M-MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE CON CC	128	11.129	0,72%	62,67%
229 C-INT. MANO O POLSO ECCETTO INTERV. MAGG. ARTICOLAZIONI NO CC	128	11.257	0,72%	63,39%
206 M-MAL. FEGATO ECCETTO NEOPLAS.MAL., CIRROSI, EPATITE ALC. NO CC	127	11.384	0,72%	64,10%
006 C-DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	124	11.508	0,70%	64,80%
013 M-SCLEROSI MULTIPLA E ATASSIA CEREBELLARE	123	11.631	0,69%	65,49%
345 C-ALTRI INT. APP. RIPRODUT .MASCH.,NO NEOPLASIE MALIGNI	118	11.749	0,66%	66,16%
395 M-ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA'>17	114	11.863	0,64%	66,80%
409 M-RADIOTERAPIA	112	11.975	0,63%	67,43%
319 M-NEOPLASIE RENE, VIE URINARIE NO CC	109	12.084	0,61%	68,04%
202 M-CIRROSI E EPATITE ALCOOLICA	105	12.189	0,59%	68,64%
<b>TOTALE DIMESSI</b>	<b>17.759</b>		<b>100,00%</b>	

## Attività della Casa di cura Salus – ricoveri ordinari

DRG	Dimessi	Freq. Cumulata	% su tot. Dimessi	% cumul.
222 C-INTERVENTI SUL GINOCCHIO NO CC	226	226	15,77%	15,77%
107 C-BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO	209	435	14,58%	30,36%
359 C-INTERV. UTERO/ANNESI, NO NEOPLASIE NO CC	170	605	11,86%	42,22%
105 C-INTERV. SULLE VALVOLE CARDIACHE SENZA CATETERISMO CARD.	100	705	6,98%	49,20%
209 C-INTERV. SU ARTICOLAZIONI MAGG. E REIMPIANTI DI ARTI INF.	91	796	6,35%	55,55%
365 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	59	855	4,12%	59,67%
<b>TOTALE DIMESSI</b>	<b>1.433</b>		<b>100%</b>	

## Attività della Casa di cura Salus – ricoveri day hospital

DRG	Dimessi	Freq. Cumulata	% su tot. Dimessi	% cumul.
039 C-INTERV. SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	520	520	60,68%	60,68%
222 C-INTERVENTI SUL GINOCCHIO NO CC	92	612	10,74%	71,41%
360 C-INTERVENTI VAGINA, CERVICE, VULVA	49	661	5,72%	77,13%
006 C-DECOMPRESIONE DEL TUNNEL CARPALE	31	692	3,62%	80,75%
<b>TOTALE DIMESSI</b>	<b>857</b>		<b>100%</b>	

## Attività della Casa di cura Villa Verde – ricoveri ordinari

DRG	Dimessi	Freq. Cumulata	% su tot. Dimessi	% cumul.
222 C-INTERVENTI SUL GINOCCHIO NO CC	436	436	16,9%	16,9%
225 C-INTERVENTI SUL PIEDE	218	654	8,45%	25,35%
209 C-INTERV. SU ARTICOLAZIONI MAGG. E REIMPIANTI DI ARTI INF.	154	808	5,97%	31,32%
215 C-INTERVENTI SUL DORSO E COLLO NO CC	105	913	4,07%	35,39%
120 C-ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO CIRCOLATORIO	55	968	2,13%	37,52%
162 C-INTERV. PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETÀ >17 NO CC	55	1.023	2,13%	39,65%
132 M.ATEROSCLEROSI CON CC	53	1.076	2,05%	41,71%
223 C-INTERV. MAG. SPALLA, GOMITO O ALTRI INT. ARTO SUP. CON CC	50	1.126	1,94%	43,64%
227 C-INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI NO CC	48	1.174	1,86%	45,50%
231 C-ESCISSIONE LOCALE RIMOZ. MEZZI FIS. INTRAMIDOL. NO ANCA/FEM.	48	1.222	1,86%	47,36%
236 M-FRATTURE DELL'ANCA E DELLA PELVI	48	1.270	1,86%	49,22%
016 M-MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFICHE CON CC	47	1.317	1,82%	51,05%
<b>TOTALE DIMESSI</b>	<b>2.580</b>		<b>100%</b>	

## Attività della Casa di cura Villa Verde – ricoveri day hospital

DRG	Dimessi	Freq. Cumulata	% su tot. Dimessi	% cumul.
039 C-INTERV. SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	551	551	36,06%	36,06%
119 C-LEGATURA E STRIPPING DI VENE	341	892	22,32%	58,38%
006 C-DECOMPRESIONE DEL TUNNEL CARPALE	143	1.035	9,36%	67,74%
229 C-INT. MANO O POLSO, ECCEP TO INTERV. MAGG. ARTICOLAZIONI NO CC	89	1.124	5,82%	73,56%
364 C-DILATAZ. E RASCHIAM., CONIZZAZIONE ECCEP TO NEOPL. MALIG	46	1.170	3,01%	76,57%
270 C-ALTRI INT. PELLE, SOTTOCUTE, MAMMELLA NO CC	37	1.207	2,42%	78,99%
<b>TOTALE DIMESSI</b>	<b>1.528</b>		<b>100%</b>	

Il Dipartimento è l'ambito entro cui definire gli aspetti della accessibilità, tempestività e continuità degli interventi assistenziali, i livelli e le modalità di erogazione delle prestazioni che contribuiscono a definire il "governo clinico" quale pratica concreta alla base delle scelte più generali delle politiche di sviluppo dell'Azienda.

I due Dipartimenti a valenza provinciale, in aggiunta alle finalità e ai compiti propri dei Dipartimenti a sola valenza Aziendale, promuovono collegamenti operativi con Servizi e Unità Operative dell'Azienda USL e del territorio necessari per conseguire obiettivi comuni.

### Servizi delle strutture ospedaliere dell'Azienda USL

Servizi	Struttura Ospedaliera	Area Sud		Area Nord		Area Montana
		Montecchio	Scandiano	Guastalla	Correggio	Castelnovo Monti
Medicina		■	■	■	●	■
Unità internistica (Medicina + Cardiologia)					■	
Cardiologia – UTIC		●	●	■	●	●
Oncologia DH e cure palliative		■	●	●	●	●
Diabetologia		●	■	●	●	●
Lungodegenza		●	●	●	●	●
Geriatria				■		
Pneumologia		*	●	*	*	*
Broncoscopia		*	*	*	*	*
Team nutrizione artificiale		*	*	*	*	*
Chirurgia generale		●	■	■		■
Urologia		*	*	●		*
Endoscopia digestiva		*	*	*	*	*
DHC polispecialistico					●	
Ortopedia/traumatologia		■	■	■		■
Neurochirurgia del rachide		*		*		*
Chirurgia handicap			*			
Oculistica		*	*		■	*
Otorinolaringoiatria			*	*		*
Anestesiologia		■	■	■	*	●
Terapia intensiva/rianimazione		*		●		*
Terapia antalgica		*	*	*	■	*
Ginecologia-ostetricia		■	■	■		■
Chirurgia polispecialistica pavimento pelvico		*				
Pediatria - sezione neonatale		*	*	*		*
Pediatria - degenza				■		■
Dipartimento emergenza-urgenza- direzione area			■		■	
Pronto soccorso- automedica		●	●	●	●	●
Osservazione Breve Intensiva		*	*	*	*	*
Emodialisi/CAL		*	*	*	*	*
Servizio farmaceutico		*	*	*	*	*
Radiologia		■	■	■	■	■
• Tradizionale		*	*	*	*	*
• Ecografia		*	*	*	*	*
• Urografia		*	*	*	*	*
• Mammografia clinica		*	*	*	*	*
• Screening mammografico		*	*	*	*	*
• TAC		*	*	*	*	*
• RNM				*		
• Telemedicina		*	*	*	*	*
Guardia radiologica aziendale		*	*	*	*	*
Laboratorio analisi		*	*	■	*	●
Degenza riabilitativa					■	*
Riabilitazione intensiva neurofisiologica					●	
Riabilitazione intensiva cardiopneumologica					■	
Recupero e Rieducazione Funzionale		●	●	●	●	●
Direzione medica ospedale		●	●	●	●	●
Direzione di area			■		■	
Direzione di Presidio					■	

Situazione al 01/09/2003

#### LEGENDA

■ = Struttura operativa complessa ● = Struttura operativa semplice \* = Attività/servizio ★ = Attività in corso di realizzazione

Le attività di assistenza dell'Azienda Ospedaliera sono impiegate su 10 Dipartimenti Medico – Chirurgici costituiti da strutture omogenee, affini o complementari, che perseguono finalità comuni

e sono quindi tra di loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità in ordine agli aspetti clinico-assistenziali.

### Azienda Ospedaliera Arcispedale S. Maria Nuova

Struttura		Struttura	
<b>Dipartimento Medico 1</b>		<b>Dipartimento Area Critica</b>	
1° Divisione Medicina Interna (Emostasi e Trombosi)	■	Cardiologia	■
Centro per la malattia tromboembolica	●	Cardiologia Castelnuovo Monti – UTIC	■
2° Divisione Medicina Interna (Ipertensione e Squilibri Elettrolitici)	■	Diagnostica e Interventistica Cardiologia	■
Diabetologia e disturbi del comportamento alimentare	●	Emodinamica	●
Team nutrizione artificiale	✕	Servizio Ambulatoriale di Cardiologia	●
3° Divisione Medicina Interna (Gastroenterologia)	■	Anestesia e Rianimazione	■
Lungodegenza e Cure Palliative	●	Terapia antalgica	●
Angiologia	●	Riabilitazione Cardiologia Castelnuovo Monti	●
Dermatologia	■	Anestesia e Rianimazione Castelnuovo Monti	●
Endocrinologia e Malattie Metaboliche	■		
Reumatologia	■	<b>Dipartimento Oncoematologico</b>	
<b>Dipartimento Chirurgico 1</b>		Ematologia e Trapianto di Midollo	■
Chirurgia Generale a prevalente indirizzo oncologico e ricostruttivo	■	Ematologia Day Hospital	●
Chirurgia 2°	■	Oncologia DH	■
Chirurgia Videolaparoscopica Avanzata	●	Radioterapia	■
Chirurgia Toracica	■	Tecniche Radioterapiche Complesse	●
Chirurgia Vascolare	■	Anatomia Patologica	■
Urologia	■	Screening prevenzione dei tumori del collo dell'utero	●
Day Surgery Dipartimentale	●	<b>Dipartimento Chirurgico 2</b>	
Endoscopia digestiva	■	Oculistica	■
<b>Dipartimento Materno Infantile</b>		Ortottica	●
Ostetricia e Ginecologia, Endoscopia	■	Ortopedia	■
Ginecologica e Medicina della Riproduzione		Chirurgia Ortopedica Funzionale	●
Ostetricia e Ginecologia e Chirurgia Oncologica	■	Otorinolaringoiatria	■
Ostetricia e Ginecologia Castelnuovo Monti	●	Otoneurochirurgia	●
Pediatria	■	<b>Dipartimento Medico 2</b>	
Day Hospital Pediatrico	●	Geriatrics	■
Neonatalogia e Terapia Intensiva Neonatale	●	Malattie Infettive	■
Neuropsichiatria Infantile	■	Pneumologia	■
Unità di riabilitazione delle Gravi Disabilità Infantili dell'età evolutiva	■	Endoscopia toracica e broncologica	●
<b>Dipartimento Provinciale Diagnostica per Immagini</b>		Nefrologia e Dialisi	■
Medicina Nucleare	■	Recupero e Rieducazione Funzionale	■
Sezione di Terapia Radiometabolica	●	Neurologia e Stroke Unit	■
Diagnostica PET e Ciclotrone	✕	Neurofisiologia Clinica	●
Radiologia	■	<b>Dipartimento Patologia Clinica</b>	
• TAC	✕	Laboratorio Analisi Chimico Cliniche	■
• RM	✕	Immunoematologia e Trasfusionale	■
• Tradizionale	✕	Laboratorio Microbiologia Sierologia e Virologia	■
• Ecografie	✕	Laboratorio Biologia Molecolare	●
• Vascolare	✕	Laboratorio di Genetica	■
• Mammografia Clinica	✕	Laboratorio Endocrinologia	■
• Mammotome	✕	Laboratorio Urgenze ASMN e Lab. di Montecchio e Scandiano	■
• Urografia	✕	<b>Dipartimento Provinciale Emergenza Urgenza</b>	
• Telemedicina	✕	Medicina d'Urgenza	●
• PACS	✕	Neurochirurgia d'Urgenza e Neurochirurgia del Rachide	●
Screening di prevenzione tumori della mammella	●	Pronto Soccorso	■
Servizio farmaceutico	■	Centrale Operativa 118 e Automedica	●
Direzione Medica Presidio Ospedaliero	■	Fisica Sanitaria	■
		Fisica in Radioterapia	●

**LEGENDA**  
 ■ = Struttura operativa complessa      ● = Struttura operativa semplice      ✕ = Attività/servizio

## OBIETTIVI E LINEE DI SVILUPPO

L'impegno delle Aziende viene orientato:

### a) al consolidamento e allo sviluppo di un

**modello di ospedale**, che pur rimanendo fortemente integrato nel sistema dell'offerta, sia caratterizzato da un'anima tecnologica in continua evoluzione, gestita ed utilizzata da professionisti dotati di eccellenti livelli di competenza e buone conoscenze gestionali, in grado di erogare, in sicurezza, prestazioni ad alto contenuto tecnico e scientifico in tempi adeguati, riducendo il più possibile il ricorso alla degenza ordinaria.

Per ottenere questo risultato si agirà sui seguenti punti:

- sviluppo di progetti di eccellenza e provata efficacia, nell'ambito delle patologie di maggior impatto epidemiologico;
- sviluppo dei servizi diagnostici, terapie intensive, sub-intensive, sale operatorie e unità di emergenza per affrontare efficacemente la fase di acuzie;
- individuazione di modelli organizzativi più dinamici e flessibili che permettano una ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse ed una risposta maggiormente incentrata sui bisogni dell'utente;
- ulteriore sviluppo di percorsi diagnostici e terapeutici alternativi alla degenza ordinaria (day hospital, day surgery, percorsi ambulatoriali integrati come il day service);
- ottimizzazione dei percorsi esterni verso gli altri punti della rete territoriale;
- incremento dei collegamenti fra strutture tramite rete telematica al fine di ottenere una trasmissione in tempo reale di dati e immagini ed in particolare per la radiologia un sistema di trasmissione/archiviazione su base provinciale (PACS = Picture Archiving

Communication System);

- attivazione di programmi di formazione e valutazione professionale;
- chiara definizione degli ambiti del ricovero e di quelli dell'attività specialistica;

### b) al consolidamento di una rete di strutture

**di ricovero** dove siano chiari ruoli tecnici specifici (riferimenti distrettuali e provinciali) e siano precisate le modalità di relazione organizzativa (reti informatiche) e di lavoro (processi di cura e linee guida).

In particolare secondo le indicazioni fornite dal Piano Sanitario Regionale occorre sviluppare un modello di reti cliniche integrate finalizzato a garantire il livello primario dei servizi e l'autosufficienza territoriale. Secondo questo modello la configurazione organizzativa e dotazionale dell'assistenza ospedaliera deve garantire il soddisfacimento della domanda attesa nella popolazione, secondo il grado di flessibilità richiesto dalle caratteristiche della mobilità passiva e compatibilmente con le strutture esistenti sul territorio.

Questo modello di integrazione in rete regionale e provinciale è per definizione incompatibile con modelli di competizione tra le singole unità produttive e stabilimenti, ma richiede invece un elevato livello di cooperazione finalizzato ad ottimizzare i percorsi del paziente tra i diversi livelli specialistici di intensità assistenziale. La programmazione secondo la logica delle reti di servizio privilegia l'attenzione sulle relazioni funzionali (le maglie) rispetto alla organizzazione interna delle unità produttive e degli stabilimenti (i nodi); il concetto di rete mette in crisi quello di localizzazione della struttura operativa e quindi anche il suo significato di proprietà esclusiva e di patrimonio della comunità locale. Le sedi fisiche diventano luoghi di produzione di



programmi assistenziali integrati al servizio della comunità provinciale. La logica di rete privilegia infatti l'efficienza allocativa del sistema sull'efficienza operativa della singola unità produttiva. Già nell'attuazione del precedente PAL si è operato per favorire e consolidare i processi di integrazione tra le diverse unità operative in una logica di dipartimentalizzazione ospedaliera (dipartimenti ospedalieri), tra i diversi dipartimenti, tra i diversi stabilimenti distrettuali del presidio unico ospedaliero provinciale nonché tra il presidio ospedaliero, l'azienda ospedaliera e le strutture del privato accreditato in una logica di ottimizzazione delle risorse e valorizzazione delle competenze specifiche. Il sistema di rete finalizzato al soddisfacimento dei bisogni della popolazione di riferimento prevede pertanto organizzazioni e gestioni flessibili in grado di adeguarsi rapidamente al mutamento dei bisogni. In questi ultimi anni l'offerta ospedaliera si è modificata sia in termini quantitativi che qualitativi con notevoli cambiamenti indotti dalla continua evoluzione tecnologica, che ha interessato in particolare le attività chirurgiche, ed organizzativa. Le variazioni osservate si presentano sostanzialmente in linea con gli orientamenti internazionali che prevedono una evoluzione ospedaliera verso strutture dotate di un minor numero di PL, ma con un continuo, cospicuo incremento sia della tecnologia sia della complessità della casistica trattata. In un contesto simile che richiede importanti e continui investimenti è necessario caratterizzare al massimo le strutture favorendo le sinergie operative e le economie di scala evitando duplicazioni frutto di logiche competitive. La logica di determinazione provinciale del quadro quantitativo e tipologico dell'offerta presenta almeno due implicazioni importanti: da un lato la necessità assoluta di integrazione con il sistema

delle attività di livello regionale (hub e spoke) che può essere ricondotta per alcune specialità in una dimensione provinciale evitando le duplicazioni e l'offerta in esubero; il secondo aspetto riguarda la logica dell'autosufficienza che prevede all'interno della rete dei servizi la possibilità di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di equità, le funzioni necessarie ai loro bisogni assistenziali; che quando sia possibile siano i professionisti ad andare verso il cittadino e non viceversa; che laddove sia necessario concentrare le funzioni siano previste le opportune modalità per rendere disponibili condizioni di equo accesso a tutti i cittadini indipendentemente dal luogo di residenza.

Per favorire e supportare il funzionamento del sistema di rete è indispensabile attivare e/o potenziare:

- la rete telematica di trasmissione di informazioni cliniche e teleconsulto, che consente la circolazione delle informazioni tra i professionisti sia entro la rete che in collegamento con l'esterno (medici di medicina generale, strutture socio-assistenziali, specialisti territoriali e domicilio del paziente); sarà così possibile anche l'attività di consulto a distanza con conseguenti economicità di gestione associate a miglioramenti della qualità assistenziale (riduzione del numero di accessi e trasferimenti dei pazienti, riduzione dei tempi di risposta, possibilità di confronto tra professionisti sui casi più complessi);
- la chiarezza dei ruoli di tutti i produttori, privati e pubblici: ciò deve avvenire attraverso il perfezionamento degli accordi di fornitura con i quali si definiscono impegni e responsabilità reciproche sulla produzione in termini quantitativi e qualitativi nel rispetto dei criteri di appropriatezza ed efficacia e compatibilmente

con le risorse ed i tetti di spesa programmati. Prevediamo l'estensione degli accordi di fornitura oltre gli ambiti provinciali con le strutture pubbliche e private della regione tenendo conto dei flussi di mobilità attiva e passiva e/o di reciproche convenienze, come ad esempio l'accordo di fornitura già sperimentato nel precedente PAL con l'Azienda USL di Parma per quanto attiene le prestazioni specialistiche ed i ricoveri presso l'ospedale di Montecchio. Altri esempi di accordi di fornitura in ambito regionale con strutture del privato accreditato riguardano l'area della salute mentale;

- la collaborazione tra l'Azienda ospedaliera S. M. Nuova e il presidio ospedaliero dell'Azienda USL per la gestione integrata in sicurezza ed economicità dei servizi già ampiamente sperimentata nel precedente PAL che è riconducibile essenzialmente a cinque livelli: il primo interessa l'organizzazione interaziendale di dipartimenti provinciali, come per il dipartimento di emergenza-urgenza e il dipartimento immagini, e di funzioni provinciali come la nefrologia e i centri di dialisi ospedalieri provinciali; il secondo riguarda percorsi integrati diagnostico-terapeutici secondo criteri di gravità, complessità ed intensità di cura come avviene ad esempio in cardiologia per la centralizzazione del paziente infartuato da sottoporre ad angioplastica o per la centralizzazione del paziente politraumatizzato nell'ambito dell'emergenza-urgenza e come si prevede per il prossimo futuro per la fibrinolisi nell'ictus cerebrale; il terzo modello di integrazione è riconducibile a progetti di gestione integrata di strutture o servizi come nel caso dell'esperienza in corso a Castelnovo né Monti che interessa la cardiologia, l'anestesia e rianimazione, la ginecologia, la chirurgia, è inoltre allo studio una possibile futura gestione

di ambulatori di primo intervento presso le sedi di continuità assistenziale capodistrettuali o altre forme di integrazione con i pronto soccorso pediatrici; il quarto livello comprende la fornitura da parte dell'Azienda ospedaliera di prestazioni e consulenze specialistiche, sia ambulatoriali che di chirurgia programmata (reumatologia, endocrinologia, urologia, ORL, senologia, endoscopia, ecc...), nei diversi distretti e ospedali; il quinto ed ultimo livello riguarda gruppi di lavoro e commissioni interaziendali composte da professionisti delle due aziende finalizzate allo sviluppo, alla condivisione ed implementazione di linee guida o alla definizione di modelli di gestione integrata per patologia o specialità. In questo ambito oltre alla già ampiamente collaudata cardiologia, alla commissione provinciale per il prontuario terapeutico, sono già attivi tavoli interaziendali di gastroenterologia, endoscopia digestiva, pneumologia, oncologia, ortopedia-traumatologia, cure palliative e terapia del dolore, malattie infettive (TBC, SARS, HIV, MST). È recentissima l'attivazione di un coordinamento nell'area ginecologico-ostetrica. Quest'ultimo livello di collaborazione tra professionisti delle due aziende è strategico per il governo clinico e prevede, tra gli obiettivi, percorsi definiti per lo sviluppo professionale attraverso la formazione e l'aggiornamento permanente, i sistemi di audit (cardiologia, endoscopia), lo scambio ed il confronto di esperienze e di casistiche. Il consolidamento di modalità di lavoro finalizzate alla produzione di linee guida, alla definizione di percorsi del paziente, alla valutazione di efficacia e di appropriatezza, alla ricerca di innovazioni tecniche sia diagnostiche che assistenziali si è già concretizzata nella istituzione della Clinical Effectiveness Unit (CEU), cioè un gruppo di specialisti formati appositamente a supporto dei dipartimenti secondo la metodologia della

“medicina basata sulle prove di efficacia”. Oltre alla CEU ed ai gruppi interaziendali per specialità sono rilevanti per lo sviluppo anche i confronti nazionali e internazionali;

- l'attenzione per la qualità e l'attrattività del sistema curante provinciale, tenendo in considerazione i criteri con cui il cittadino sceglie la struttura e i professionisti sempre meno legati alla territorialità e basati invece su:
  1. evidenza forte alle vocazioni locali e al sistema di garanzie offerto dai singoli componenti e dalla rete dei servizi nel suo complesso;
  2. percorsi semplificati e trasparenti tra i diversi punti della rete dei servizi con attenzione alla centralità dell'utente;
  3. la cura del comfort ambientale e la personalizzazione dell'offerta;
  4. lo sviluppo di forme integrate per l'accoglienza (foresterie, rapporti con alberghi, ...);
  5. la qualità delle relazioni e della comunicazione;
  6. l'attenzione alla continuità delle cure (ospedale-territorio).

I punti di questa rete si articolano su due livelli di offerta:

- 1) livello di base uniforme;
- 2) livello specialistico.

### **1) Il livello di base uniforme di offerta**

Questo livello riguarda tutte le specialità di base ed è quello all'interno del quale è maggiormente necessario procedere ad organizzare la risposta, secondo percorsi clinico assistenziali condivisi, indipendentemente dal luogo di erogazione. Punti di questo livello sono:

#### **1 a) Emergenza urgenza**

L'emergenza-urgenza già consolidata su base interaziendale mediante il Dipartimento di Emergenza-Urgenza va completata e rinforzata in

alcune sue parti in relazione all'evoluzione possibile del supporto offerto dal volontariato, al reperimento delle professionalità idonee (es. medici di emergenza territoriale) ed alla innovazione tecnologica che richiede sempre più un efficiente sistema di accettazione, stabilizzazione e trasferimento del paziente (vedi infarto miocardico e angioplastica primaria). Sono inoltre da tenere in considerazione alcuni rilevanti aspetti indotti da variabili demografiche, sociali e dai cambiamenti del contesto urbanistico e produttivo (immigrazione, cantieri TAV, incidentalità da traffico, infortunistica lavorativa). Di particolare rilevanza è il completamento del progetto “Blu Arcobaleno” di defibrillazione precoce, già avviato nel distretto di Castelnovo né Monti e nella zona pedemontana, da estendere su tutto il territorio provinciale, grazie alla efficiente integrazione operativa tra le due aziende sanitarie e le associazioni di volontariato attive sul territorio nell'area del soccorso (Croce Rossa e Pubblica assistenza).

#### **Pronto soccorso ed automedica**

Il modello organizzativo di gestione integrata dell'attività di pronto soccorso ospedaliera e di emergenza territoriale (automedica) ha mostrato buoni risultati in termini di efficacia ed efficienza del servizio. L'analisi dei dati quantitativi (numero di accessi) e qualitativi (tipologia dei codici colore) evidenzia una produzione da parte del Presidio ospedaliero dell'Azienda USL sovrapponibile a quella dell'Azienda ospedaliera Arcispedale S. M. Nuova se si esclude, come prevedibile, un maggior numero di codici rossi per quest'ultima. Pertanto si prevede il potenziamento degli organici medici e la stabilizzazione mediante la progressiva sostituzione/trasformazione del rapporto di lavoro da convenzionale (MET) a dipendente. In particolare in considerazione della conformazione geomorfologica della Provincia sarà presa in considerazione la stabilizzazione del sistema di offerta ospedaliero in emergenza che vede come

fondamentali per le rispettive aree di afferenza gli ospedali di Castelnovo né Monti (area montana), Reggio Emilia e Guastalla (area della bassa).

Una particolare attenzione sarà dedicata ai percorsi di centralizzazione del paziente anche in relazione allo sviluppo di nuovi modelli organizzativi strutturati e conseguenti alla innovazione tecnologica ed alle nuove conoscenze ed evidenze scientifiche (oltre all'IMA, lo stroke).

L'attivazione del nuovo Pronto Soccorso presso l'Azienda ospedaliera S. M. Nuova permetterà di rispondere alle esigenze dell'utenza non solo in ambienti molto più confortevoli ma con una maggiore potenzialità delle strutture tecnologiche ed una maggiore definizione e differenziazione dei percorsi per codice colore.

Per affrontare il fenomeno costante di incremento di codici bianchi e verdi internistici nel distretto di Reggio Emilia (peraltro ridimensionato nel secondo semestre 2003) è stato attivato a titolo sperimentale un ambulatorio di continuità assistenziale nelle ore di maggior afflusso al Pronto Soccorso (PS) collocato in una sede esterna all'ospedale con l'obiettivo di contenere o ridurre gli accessi impropri al PS cittadino.

### **Osservazione breve intensiva (OBI) o Degenza Breve**

Sarà attivata presso l'ASMN un'unità di osservazione breve intensiva preposta all'assistenza di pazienti affetti da patologie che richiedono un tempo breve di valutazione o trattamento (oltre le 2 o 3 ore e non oltre le 24 ore) che costituirà un'estensione delle possibilità di diagnosi, stabilizzazione e trattamento che il servizio di PS può offrire, in alternativa al ricovero. Questo permetterà di migliorare la valutazione dell'efficacia delle cure iniziate o la necessità di nuove opzioni terapeutiche, di migliorare la scelta del reparto di destinazione, di ridurre i tempi in sala di attesa, di migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e ridurre le dimissioni ad alto rischio. Il modello della osservazione breve

intensiva è già stato attivato in via sperimentale presso gli ospedali di Montecchio e Scandiano da parte delle unità mediche internistiche; sarà progressivamente esteso agli altri ospedali del Presidio provinciale prevedendo una stretta integrazione con le strutture di Pronto soccorso.

### **Definizione di percorsi per l'urgenza chirurgica e traumatologica**

Si prevede l'individuazione di percorsi definiti e presidiati all'interno della rete ospedaliera provinciale per garantire una risposta sicura, tempestiva ed integrata all'urgenza chirurgica e traumatologica ed una migliore programmazione dell'attività di elezione.

A tal fine è necessaria una valutazione sulla possibilità di prevedere centri di riferimento specifici per la risposta all'urgenza secondo tipologia e/o complessità del paziente e le risorse disponibili, anche solo per determinate fasce orarie, salvaguardando spazi dedicati all'attività programmata. In tal caso l'erogazione dei servizi nei punti individuati potrebbe essere garantita dalla rotazione dei professionisti delle strutture interessate.

E' comunque prevista un'ampia collaborazione fra i vari presidi nel dare risposte integrate, in caso di criticità dovute all'eccessivo numero di urgenze traumatologiche minori afferenti alla stessa struttura. È necessaria una riorganizzazione in questo senso anche a fronte delle sempre maggiori difficoltà nel reperire sul mercato alcune professionalità (ortopedico, radiologo, anestesista), strategiche nell'ambito dell'organizzazione delle attività chirurgiche in urgenza.

#### **1. b) Area Medica**

Si prevede la definizione di percorsi integrati e presidiati, basati su linee guida condivise tra i professionisti interessati presenti nei diversi punti di afferenza della rete, al fine di migliorare la continuità degli interventi e l'appropriatezza dei ricoveri anche chiarendo i confini dell'acuzie

(seguendo e approfondendo le problematiche cliniche riferite agli indirizzi e vocazioni specifiche delle divisioni internistiche ospedaliere, in particolare dell'Azienda ospedaliera Arcispedale S. M. Nuova) e delle cronicità (rete delle cure primarie). Questo dovrà permettere un maggiore sviluppo delle vocazioni specifiche delle divisioni internistiche ospedaliere in particolare dell'ASMN (patologia trombo embolica venosa e della coagulazione, gastroenterologia con sviluppo dell'attività sulle malattie infiammatorie croniche intestinali e consolidamento dell'attività di termoablazione per i tumori del fegato, ipertensione secondaria, ecc...). Si prevede una ridefinizione delle attività di day service e day hospital con attenzione soprattutto alle patologie oncologiche e alla diabetologia, garantendo in particolare l'applicazione omogenea di protocolli e procedure condivise e validate. A questo scopo permane l'impegno di individuare profili di cura e linee guida basate sull'evidenza scientifica che migliorino e rendano maggiormente uniformi i percorsi diagnostico terapeutici, sia negli ospedali distrettuali che nell'Azienda ospedaliera S. M. Nuova, condivisi pertanto tra i vari specialisti in ambito provinciale.

E' necessario facilitare il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale sia nel percorso assistenziale intraospedaliero dei pazienti, soprattutto nelle fasi che precedono la dimissione, ed in particolare nei settori di lungodegenza, a garanzia della continuità delle cure, sia nella condivisione di protocolli di accesso alle prestazioni specialistiche urgenti. Per rendere più efficiente l'assistenza ai pazienti è importante inoltre consolidare ed estendere modelli organizzativi che prevedano la suddivisione delle degenze internistiche o delle strutture in settori distinti secondo l'intensità di cura. Punti di approfondimento e di sperimentazione in questo campo sono gli ospedali di comunità e i rapporti tra lungodegenza ed RSA.

### Dotazione e qualificazione di PL

E' noto che la transizione epidemiologica in corso nei paesi occidentali determinata dal progressivo invecchiamento della popolazione e dalla prevalenza di malattie cronicodegenerative ha profondamente modificato il fabbisogno e la qualificazione delle degenze. Contemporaneamente lo sviluppo di nuove tecnologie in particolare nell'area chirurgica (videolaparoscopia, endoscopia interventistica, chirurgia mininvasiva, nuove tecniche anestesologiche) e nuove modalità organizzative (chirurgia ambulatoriale, day surgery) hanno determinato la necessità di rivedere le dotazioni di PL con riduzione di quelli chirurgici e riconversione in PL dedicati al malato internistico in fase acuta o lungodegenza ed alla riabilitazione. Si tratta di un processo di ridefinizione continuo, che già intrapreso nel precedente PAL e negli anni successivi, deve essere portato a compimento secondo i limiti definiti nell'ambito dell'autosufficienza provinciale e secondo gli standard ottimali. In questa ottica si rende prioritario e strategico un utilizzo flessibile dei PL con un numero variabile nei periodi dell'anno che risponda ai bisogni a seconda della situazione epidemiologica (vedi epidemia influenzale e mesi invernali). Anche in questo senso si conferma la necessità di riorganizzare i moduli di degenza passando dall'assegnazione statica di PL per disciplina ad una riattribuzione dinamica e flessibile per intensità assistenziale. Essendo la dotazione di PL in ambito provinciale già nei limiti degli standard definiti dalla normativa vigente non appare necessario prevedere una ulteriore riduzione dei PL, ma occorre viceversa concentrarsi sulla loro riconversione e su un utilizzo più appropriato. Si prevede un adeguamento dell'offerta complessiva provinciale anche per i PL di **emodialisi**. In effetti i dati epidemiologici indicano un trend in aumento degli utenti legato al prolungamento della speranza di vita di questi pazienti. L'aumento dei casi è legato



pertanto all'invecchiamento della popolazione nonché alla riduzione della mortalità specifica; si determina che i nuovi casi incidenti siano superiori ai casi dimessi dalla terapia anche considerando la quota di pazienti che, sottoposti a trapianto renale, cessano il trattamento dialitico. Già nel recente passato, in concomitanza con l'adeguamento degli impianti tecnologici di osmosi, si è provveduto nelle sedi degli ospedali della provincia ad incrementare la dotazione di PL prevedendo moduli da 9 al posto dei precedenti 6. Si è passati progressivamente dai 27 PL previsti nel precedente PAL agli attuali 39 PL. L'unica sede che rimane ancora sottodotata è quella di Correggio per la quale è previsto, con il progetto di ristrutturazione, un ulteriore incremento di 3-6 PL. Nonostante questi provvedimenti per garantire un'adeguata risposta al trend epidemiologico, rimangono insolte le problematiche relative all'attività dialitica dell'ASMN che deve far fronte, oltre che ai pazienti uremici cronici del corrispondente bacino d'utenza anche agli acuti e ai frequenti rientri temporanei e definitivi per complicanze dai centri dialisi provinciali. L'attuale dotazione di 21 posti letto tecnici risulta già ora sottodimensionata e le risposte alle esigenze sono possibili solo grazie all'attivazione ormai stabile di turni dialitici aggiuntivi (3° turno serale). All'interno dell'ASMN è in programmazione una nuova collocazione dell'emodialisi ospedaliera che prevede un ampliamento di posti letto (5/6) che si concretizzerà operativamente nell'arco di un quadriennio. Nell'ambito del monitoraggio costante del fabbisogno di posti letto di dialisi, si valuterà anche la necessità di realizzare altre sedi di dialisi nell'ambito del distretto di Reggio Emilia.

### **Ospedale di comunità**

Si procederà con la sperimentazione di PL di ospedale di comunità, come moduli aggregati alle divisioni ospedaliere internistiche nel presidio

dell'Azienda USL, la cui gestione sarà affidata al personale infermieristico e la responsabilità clinica sarà a carico del medico di medicina generale. Si tratta di PL su cui ricoverare pazienti altrimenti non gestibili a domicilio e che attualmente si caratterizzano come ricoveri ad alto rischio di inappropriata (ricoveri sociali comunque presenti nel case mix attuale di ogni ospedale). Chiaramente questo modello non deve produrre costi aggiuntivi, ma consentire il recupero di risorse, in particolare mediche, da riorientare dall'attività per i degenti all'attività specialistica per gli esterni. Facilitare l'accesso del MMG in ospedale è assolutamente strategico per le strutture di piccole dimensioni caratterizzate da un forte legame con il territorio; favorisce il miglioramento dell'integrazione tra ospedale e cure primarie in un'ottica di complementarietà e continuità dei percorsi assistenziali.

### **Gestione internistica del paziente chirurgico**

Un altro approccio sperimentale di riorganizzazione delle degenze ospedaliere è quello che prevede la gestione pre e post operatoria del paziente chirurgico, in particolare ortopedico, a carico dell'internista. Infatti la cronica carenza sul mercato di specialisti ortopedici richiede di poter dedicare il tempo lavoro di questi specialisti prevalentemente alla sala operatoria. L'aumento dell'età media dei pazienti e la presenza frequente di patologie sistemiche associate richiede una evoluzione dell'assistenza verso specifiche competenze internistiche. Il percorso del paziente che deve effettuare un intervento chirurgico elettivo ortopedico, secondo questo modello organizzativo, prevede un percorso multidisciplinare pre e postoperatorio con la pianificazione di un intervento che nella fase pre-operatoria prevede la valutazione dell'anestesista e dell'internista e nella fase post-operatoria la pianificazione di interventi in consulenza



strutturata del medico internista per tutti gli aspetti di propria competenza, al di fuori degli aspetti specifici legati all'intervento (gli esami bioumorali, le condizioni generali, le eventuali complicazioni sistemiche, la profilassi antitrombotica e antibiotica, ecc..). Il modello che trova il gradimento degli specialisti ortopedici faciliterà la razionalizzazione di risorse professionali carenti e sviluppo di una adeguata clinical competence di ogni professionista grazie alla numerosità della casistica trattata.

### **Oncologia e cure palliative**

Si tratta notoriamente di un settore rilevante sia in termini statistici per la numerosità dei casi sia per l'impatto degli elevati costi sociali e sanitari. La patologia oncologica si presta come paradigma delle malattie croniche ad essere analizzata e gestita secondo le logiche del disease management, cioè attraverso le diverse fasi biologiche. In questo caso diviene di fondamentale importanza creare i presupposti per un approccio olistico alle esigenze del paziente che non trovano risposta solo negli interventi diagnostico terapeutici ospedalieri ma in tutta la rete dei servizi socio/assistenziali.

La complessità di questo percorso rende necessaria l'individuazione delle responsabilità delle singole fasi e della gestione dell'intero processo.

Si dovrà quindi procedere alla definizione dei percorsi intraospedalieri e all'analisi e integrazione con le interfacce territoriali con l'obiettivo di eliminare le zone grigie e il senso di mancata presa in carico del paziente che sente il bisogno di avere un chiaro punto di riferimento durante tutto il percorso.

Per quanto attiene allo screening mammografico l'obiettivo prioritario è garantire per le pazienti individuate una precoce presa in carico e trattamento secondo le indicazioni regionali, affinando e migliorando i percorsi diagnostico-terapeutici già attivi nelle diverse sedi ospedaliere. Per quanto attiene alle cure mediche si conferma

come modello organizzativo la scelta strategica di prevedere una unità di **day hospital/day service oncologico** in ogni struttura del presidio ospedaliero dell'Azienda USL strettamente integrata con le funzioni diagnostiche e terapeutiche di 2° livello dell'ASMN.

Oltre alle motivazioni epidemiologiche (incidenza e prevalenza crescenti di questo tipo di malattie nella popolazione) e tecnologiche (crescente numero di patologie per le quali trova indicazione una terapia farmacologica) si risponde ad un bisogno fondamentale del paziente: rimanere quanto più possibile vicino ai propri affetti, alla propria attività lavorativa, al proprio contesto sociale. Una volta garantita l'uniformità del trattamento (aspetto peraltro focalizzato in questa branca specialistica dall'applicazione di protocolli standardizzati) il paziente trae grandi vantaggi nel poter eseguire la terapia ciclicamente nella struttura di riferimento territoriale. La stretta integrazione con la struttura specialistica di 2° livello dell'Azienda ospedaliera S. M. Nuova è condizione necessaria per garantire equità nella qualità delle cure.

Si porrà maggiore attenzione agli aspetti di riabilitazione e alla assistenza psicologica al malato ed al supporto delle famiglie anche prevedendo forme di collaborazione con le diverse associazioni di volontariato che operano nel settore.

L'area oncologica richiede contestualmente allo sviluppo della parte ospedaliera in day hospital una forte integrazione operativa sul territorio ed in particolare con l'assistenza domiciliare integrata, con la rete delle cure palliative e le strutture di hospice. Per quanto attiene le cure palliative l'ospedale di Montecchio è individuato come sede di un Programma Aziendale di Cure palliative ed Oncologia con competenze per il presidio ospedaliero ed i servizi territoriali dell'Azienda USL. Nella stessa sede ospedaliera è previsto un ulteriore modulo di PL dedicati alle cure palliative inserito nella lungodegenza, secondo le indicazioni della normativa regionale.

Presso l'ASMN è previsto lo sviluppo dell'attuale funzione attraverso la realizzazione di un centro che consoliderà il servizio di cure palliative in previsione dell'attivazione di posti letto dedicati a pazienti oncologici terminali e/o che presentano situazioni di particolari criticità assistenziali.

Per quanto attiene le strutture di hospice si prevede l'attivazione di una seconda struttura dotata di 14 PL presso l'ospedale di Guastalla che va ad incrementare l'offerta in ambito provinciale sommandosi alla disponibilità di PL attualmente attivi presso l'hospice di Albinea, gestito dal privato sociale.

### **Terapia antalgica e ospedale senza dolore**

La Regione Emilia-Romagna è impegnata a sviluppare il Progetto "Ospedale senza dolore", attribuendo alla cura del dolore e della sofferenza non solo una valenza etica, ma anche una valenza strategica che mira a perseguire la progressiva qualificazione dei servizi sanitari. Le due aziende sanitarie hanno già provveduto ad istituire il Comitato ospedale senza dolore. E' necessario ora perseguire gli obiettivi di formazione, informazione dei professionisti sui principi del trattamento del dolore, sull'uso dei farmaci e sulle modalità di valutazione del dolore all'interno di ogni struttura ospedaliera e favorire l'implementazione delle linee guida e l'attivazione/consolidamento di percorsi integrati sui diversi livelli di intensità di cura creando i collegamenti con il territorio attraverso il sistema più complessivo delle cure palliative. Al proposito è stata ridefinita la costituzione del gruppo interaziendale Cure Palliative e Terapia del dolore che opererà per gli obiettivi sopra descritti.

#### **1 c) Area Materno infantile**

L'area materno infantile ha registrato negli ultimi anni alcuni fenomeni socioculturali, demografici e tecnologici che richiedono di ridefinire la rete complessiva dei servizi ospedalieri dedicati.

I principali fenomeni possono essere riassunti in:

1. aumento del tasso di natalità con inversione della

tendenza rispetto al trend negativo degli anni precedenti;

2. attrattività delle strutture provinciali nei confronti di utenti residenti in altre province;
3. riduzione dei tempi di degenza per il parto grazie alla dimissione precoce;
4. richiesta di ricondurre la nascita ad una dimensione fisiologica nel rispetto della sicurezza per madre e neonato (demedicalizzazione, umanizzazione dell'assistenza, promozione dell'allattamento naturale);
5. approccio interculturale legato ai fenomeni di immigrazione;
6. marcato aumento dell'attività ambulatoriale in urgenza in ambito pediatrico.

Le linee di sviluppo prevedono:

- conferma dei punti nascita e delle degenze ostetrico-ginecologiche nell'ambito del presidio ospedaliero dell'Azienda USL (Montecchio, Scandiano, Guastalla e Castelnovo né Monti) e dell'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia;
- integrazione con le strutture consultoriali del distretto sul percorso nascita a garanzia della continuità assistenziale della gravidanza nell'ambito di una più generale e coordinata interazione dei servizi territoriali e ospedalieri afferenti all'area materno-infantile (sviluppo del programma materno-infantile);
- percorsi integrati polispecialistici per la prevenzione e cura dell'handicap infantile presso l'Azienda ospedaliera Arcispedale S. M. Nuova (Neuropsichiatria Infantile ospedaliera, Riabilitazione 3° livello, Genetica Clinica) e l'Azienda USL (Neuropsichiatria Infantile, chirurgia funzionale, attività odontoiatrica complessa, Unità di valutazione Pediatrica Multidimensionale per l'assistenza domiciliare integrata in stretta collaborazione con i servizi territoriali socio-sanitari);
- presso l'ASMN si intende sviluppare in modo specifico il settore della oncologia ginecologica, perinatologia ed endoscopia ginecologica, terapia

intensiva neonatale (che è stata riconosciuta come struttura complessa), genetica clinica, malattie neurometaboliche, endoscopia ginecologica di 3° livello. Si intende inoltre dare applicazione al progetto sul congelamento degli ovociti;

- miglioramento del comfort alberghiero e assistenziale nell'ottica di una maggiore umanizzazione;
- messa in rete delle strutture per l'integrazione relativa all'offerta di prestazioni critiche (es. ecografia morfologica) finalizzata al raggiungimento di una autosufficienza provinciale;
- definizione dei percorsi clinico-assistenziali (trasferimento in utero, fisiopatologia pre-natale, donazione e bancamento dei cordoni ombelicali);
- sviluppo e potenziamento di competenze specialistiche nell'ambito della ginecologia ed ostetricia. In particolare consolidamento della uroginecologia di Montecchio che stante la riconosciuta esperienza e competenza clinica maturata negli anni si pone come riferimento provinciale hub di 2° livello in rete con gli altri ospedali; in tale contesto è prevista l'attivazione di un modello integrato con la chirurgia proctologica per lo sviluppo di un centro di riferimento territoriale per la chirurgia e la riabilitazione del pavimento pelvico. Presso l'ASMN verrà sviluppata un'attività di diagnosi e trattamento dell'incontinenza urinaria maschile e femminile che vedrà la partecipazione integrata delle strutture di urologia e ginecologia. Allo stesso modo per quanto attiene la ginecologia oncologica si identificano come riferimenti per il sistema di rete l'Azienda ospedaliera S. M. Nuova e l'ospedale di Guastalla e per quanto attiene la chirurgia mininvasiva e laparoisteroscopica la sede di Scandiano. Stante l'ormai assoluto livello di eccellenza riconosciuto nel contesto regionale e nazionale, testimoniato dalla importante mobilità attiva, si ribadisce il

ruolo fondamentale della fisiopatologia della riproduzione e fecondazione assistita dell'Azienda ospedaliera. Nella logica di rete provinciale secondo il modello hub e spoke si conferma inoltre l'Azienda ospedaliera come riferimento per la centralizzazione della gravidanza a rischio/patologica.

#### **1 d) Area Chirurgica**

Il sistema provinciale prevede lo sviluppo di un modello in rete che comprenda:

- funzioni di base e specifiche nelle varie strutture di ricovero;
- la garanzia di una risposta efficace di 2° livello nel contesto dell'Azienda ospedaliera S. M. Nuova sia all'interno delle chirurgie generali con lo sviluppo della videolaparoscopia maggiore e l'implementazione dell'attività chirurgica sulla grande obesità (in collaborazione con Endocrinologia) che nelle chirurgie dell'area specialistica (chirurgia toracica, chirurgia vascolare, urologia);
- l'implementazione e l'aggiornamento presso l'Azienda Ospedaliera delle nuove tecniche chirurgiche in particolare modo quelle riferite alle metodiche mininvasive e robotizzate (chirurgia oncologica, chirurgia d'urgenza e programmata) e all'attività ortopedica (traumatologia, attività programmata, ..);
- il consolidamento e lo sviluppo di forme nuove sia di offerta (day surgery), attività sui 5 giorni (chirurgia programmata), che di utilizzo integrato delle risorse logistiche, tecnologiche e professionali mediante la collaborazione e l'interscambio tra specialisti delle due aziende (sull'esempio di quanto già realizzato nelle sedi di Scandiano, Montecchio, Castelnovo né Monti e Guastalla).

#### **Day Surgery**

Incremento dello sviluppo della day surgery come valida alternativa alla concezione classica della

degenza ospedaliera ricercando l'attuazione, compatibilmente con i vincoli strutturali e organizzativi, di un modello di day surgery centralizzato di presidio, come già attuato nella sede ospedaliera di Correggio, che favorisca un'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse e una maggior flessibilità nell'uso dei posti letto. In quest'ottica il progetto di ristrutturazione dell'ospedale di Guastalla prevede l'ampliamento edilizio dell'area dipartimentale chirurgica destinata all'attività di day surgery e chirurgia ambulatoriale separata dall'area di degenza ordinaria.

I vantaggi della day surgery sono svariati e tutti importanti:

- 1) abbrevia il tempo di malattia riferito alla durata della degenza con beneficio psicologico per pazienti e famigliari;
- 2) contribuisce a ridurre le liste di attesa e quindi favorisce una maggiore disponibilità dei PL per interventi chirurgici più complessi;
- 3) razionalizza il costo della spesa chirurgica e quindi contiene la spesa generale sanitaria;
- 4) consente una migliore programmazione dell'attività chirurgica e quindi dei ricoveri ordinari.

Lo sviluppo della day surgery come setting operativo ottimale ed appropriato per una grossa parte della casistica è una costante dei sistemi sanitari avanzati; gli orientamenti internazionali sono stati ribaditi a livello nazionale dalla normativa contenuta nel decreto sui Livelli Essenziali di Assistenza che ha introdotto il concetto di DRG potenzialmente inappropriati se effettuati in regime di ricovero ordinario e quindi da ricondurre, salvo casi giustificati, in regime di day hospital. E' interessante notare come tra questi interventi chirurgici siano compresi alcuni con una consistente numerosità di casi negli ospedali provinciali (es. ernia inguinale, stripping venoso).

### **Chirurgia ambulatoriale**

Contestualmente alla day surgery e solo in conformità con gli aspetti normativi, va sviluppata

la chirurgia ambulatoriale in particolare per interventi ad alta frequenza e riconducibili a questo regime (cataratta, tunnel carpale). Questo consentirà una rivalutazione delle risorse con una maggiore disponibilità delle sale operatorie per la chirurgia programmata in regime di ricovero ordinario. I piani di ristrutturazione ed adeguamento degli ospedali provinciali già approvati prevedono allo scopo la costruzione di spazi dedicati alla chirurgia ambulatoriale secondo i requisiti previsti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture.

### **Chirurgia elettiva programmata**

E' ipotizzabile che nei prossimi anni si arrivi all'accreditamento regionale passando dalla attuale focalizzazione prevalentemente sugli aspetti strutturali ed organizzativi ad una maggiore attenzione, tra i requisiti specifici richiesti, per gli aspetti tecnici e professionali orientati alla eccellenza, introducendo concetti tipici dell'accreditamento professionale, qualità dell'assistenza e quality assurance. In questo modo diventeranno discriminanti la "clinical competence" dei professionisti pesata in particolare sulla numerosità della casistica e sugli indicatori di risultato. In questo scenario sarà strategico caratterizzare l'attività delle singole strutture secondo le potenzialità professionali, tecniche, strutturali disponibili continuando a mantenere e sviluppando presso l'ASMN attività di elevata complessità e orientare la produzione sulla specializzazione nelle strutture di piccole dimensioni. In un sistema di rete integrata provinciale si determinerà una tensione a sviluppare nuove forme di offerta in termini organizzativi (day surgery, degenza breve su 5 giorni) e qualitativi (chirurgia elettiva specialistica). E' necessario ripensare la produzione nell'ambito del presidio dell'Azienda USL con pianificazione dell'offerta su base provinciale (chi fa che cosa) in alternativa alla situazione storica generalista (facciamo tutti un poco di tutto). In un'ottica di stretta integrazione

con l'Azienda ospedaliera gli ospedali di Scandiano, Montecchio e di Castelnovo né Monti potrebbero configurarsi come sede decentrata di chirurgia elettiva per alcune specialità. Questa esperienza di stretta collaborazione tra le due aziende si è già consolidata nell'ospedale di Scandiano in un percorso strutturato per la chirurgia mammaria demolitiva e ricostruttiva. La chirurgia di Guastalla dovrebbe sviluppare nell'ambito della vocazione assunta nel tempo e confermata dalla casistica prodotta una chirurgia oncologica integrata polispecialistica. La chirurgia di Montecchio è stata identificata come centro di riferimento provinciale per la chirurgia del pavimento pelvico integrando le storiche competenze uroginecologiche con la chirurgia colon-proctologica. L'ospedale di Montecchio possiede inoltre le condizioni per sperimentare un modello di gestione diretta dipartimentale dell'attività chirurgica organizzato per livelli di intensità assistenziale che, superando i rigidi confini delle singole unità operative specialistiche, consenta una maggiore flessibilità nell'utilizzo delle sale operatorie e dei posti letto, orientando la produzione alla chirurgia programmata con l'utilizzo di specialisti anche consulenti esterni.

### **Chirurgia d'urgenza e traumatologia**

Una pianificazione provinciale della chirurgia elettiva comporta la necessità di individuare le strutture abilitate alla chirurgia in urgenza i cui costi sono elevati in considerazione della necessità di garantire dei livelli minimi strutturali ed organizzativi, casistica sufficiente a garantire il raggiungimento e il mantenimento di adeguati livelli di competenza clinica, efficacia nelle prestazioni erogate e sicurezza per il paziente. Nel contempo nell'azienda S. M. Nuova si dovranno costruire le condizioni per una organizzazione dell'attività traumatologica e chirurgica in urgenza che si integri efficacemente con l'attività ortopedica e chirurgica in elezione, ricercando anche modelli di integrazione tra

professionisti e sinergie tra le diverse strutture. L'ospedale di Guastalla è il riferimento per l'urgenza medica e chirurgica della bassa reggiana (Distretti di Guastalla e di Correggio) oltre che per una parte di utenza proveniente storicamente dalla Regione Lombardia.

### **Endoscopia digestiva**

Una trattazione a parte merita la endoscopia digestiva per la sempre maggiore rilevanza assunta da questa specialità sia in termini di casistica trattata che di sviluppo tecnologico e applicativo. Anche in previsione della possibile attivazione di uno screening per la diagnosi precoce del carcinoma colon-rettale è prioritario potenziare la integrazione in rete dei diversi servizi per garantire, oltre ad una adeguata offerta quantitativa di prestazioni, uno standard qualitativo orientato alla eccellenza e fondato sulla condivisione di protocolli e procedure operative concordati e applicati su tutto il territorio provinciale. E' già attivo un audit tra i professionisti delle due aziende che ha l'obiettivo di definire il percorso clinico del paziente in base ai criteri di efficacia, appropriatezza, sicurezza. L'obiettivo è quello di strutturare una stretta collaborazione tra i professionisti delle due aziende che consenta di pianificare l'attività di 1° e 2° livello, garantire al cittadino equità di accesso e trattamento, favorire lo scambio di esperienze e la crescita della clinical competence di ciascun professionista. E' importante mantenere i programmi di formazione e l'interazione con i Medici di Medicina Generale in relazione all'appropriatezza delle indagini endoscopiche e attivare momenti di verifica. Presso l'ASMN dovranno essere messe a regime e potenziate le attività di ecoendoscopia operativa (impiego di tecnologie di avanguardia come le minisonde ecografiche intracanalari), ernioplastica endoscopica e enteroscopia anche in previsione della ristrutturazione e rinnovamento degli ambienti della attuale struttura.



### **Terapia intensiva e rianimazione**

Un settore che presenta un indiscutibile trend di sviluppo progressivo legato al miglioramento della tecnologia nell'assistenza al paziente grave e complesso ed alla necessità di far fronte all'aumento del bisogno (es. traumatologia maggiore da incidentalità da traffico) è quello della terapia intensiva. L'attuazione di un nuovo modello organizzativo interaziendale per l'organizzazione dell'attività di Anestesia e Rianimazione presso l'Ospedale di Castelnovo Monti nell'ambito del Dipartimento di Area Critica dell'Azienda ospedaliera S. M. Nuova ha permesso l'attivazione di 2 PL di terapia semintensiva presso il Sant'Anna, potenziando l'offerta provinciale complessiva. La ristrutturazione dell'ospedale di Guastalla porterà ad un sostanziale potenziamento della dotazione con l'attivazione di 2 PL aggiuntivi di terapia intensiva e un modulo di 6 PL di terapia semintensiva. Si tratta di un investimento fondamentale per garantire: una adeguata risposta ai bisogni del territorio della bassa reggiana e un potenziamento dell'offerta complessiva della rete provinciale, a sollievo delle strutture dell'Azienda ospedaliera spesso in difficoltà per quanto attiene alla disponibilità di PL. Per garantire un efficiente utilizzo dei letti e la possibilità di effettuare dimissioni in tempi adeguati di pazienti stabilizzati si consolideranno i percorsi di continuità assistenziale con la riabilitazione neurologica e pneumologica di Correggio.

#### **1 e) L'attività riabilitativa.**

Si consoliderà la struttura di Correggio in particolare per quanto attiene la riabilitazione cardiopneumologica. In relazione alla esperienza già maturata ed alla analisi dei dati epidemiologici raccolti è necessario ridefinire il fabbisogno di degenze riabilitative in particolare per quanto attiene alla qualificazione tra PL di riabilitazione intensiva ed estensiva. E' strategico inoltre consolidare il sistema provinciale per orientare la domanda (riabilitazione intensiva) e lavorare in rete

(riabilitazione estensiva). In questo contesto troveranno risposta nella struttura di Correggio nuovi bisogni legati alla cronicità ed alla disabilità evolutiva, che non trovano attualmente completa risposta, sia in termini quantitativi che qualitativi in setting assistenziali specifici e dedicati (es. malattie neurologiche degenerative).

#### **1 f) Area dei servizi di diagnostica**

Il Dipartimento interaziendale provinciale di **diagnostica per immagini** ha sviluppato nell'ultimo periodo diversi progetti a potenziamento della costituzione della rete provinciale. Il collegamento informatico per la trasmissione delle immagini di radiologia tradizionale e di TAC in urgenza tra gli ospedali ha posto le basi per un più agevole confronto tra i professionisti e per l'applicazione di modelli organizzativi integrati: come ad esempio la guardia unica notturna e festiva sui presidi della provincia e la consulenza on line con l'ospedale ASMN per i casi più complessi.

La radiologia dell'ASMN, che verrà unificata nel nuovo edificio ospedaliero, ha iniziato l'applicazione di un percorso completamente digitale per l'archiviazione, la refertazione e la documentazione di tutte le immagini radiografiche (PACS) al quale dovrà essere collegato e integrato il PACS dell'Azienda USL di prossima attivazione. Dovranno essere sviluppate nuove tecnologie per la diagnostica vascolare e l'ecografia perfusionale e potenziata la diagnostica RM.

Dopo la **riorganizzazione della rete laboratoristica** che svolge attività chimico clinica con centralizzazione presso l'ASMN si dovrà porre particolare attenzione al monitoraggio e al mantenimento dei tempi di attesa per l'effettuazione dei prelievi, estendendo il sistema di accesso diretto alle strutture e dimensionando il numero delle sedi. Il laboratorio di analisi chimico cliniche dell'ASMN dovrà riorganizzare la propria attività a seguito del trasferimento nel nuovo edificio ospedaliero e



dell'utilizzo di nuovi sistemi robotizzati.

Si dovranno implementare e sviluppare le attività correlate e conseguenti al ruolo di hub regionale per la citogenetica.

Sono da attuare tutte le azioni necessarie alla centralizzazione di tutta la diagnostica relativa alla struttura di Anatomia Patologica presso l'ASMN e alla realizzazione del progetto che prevede l'attivazione di un centro spoke a Guastalla collegato con hub di ASMN.

## 2) Il livello specialistico

L'obiettivo su queste aree, dove è importante il continuo adeguamento e ammodernamento tecnologico, è di ottenere una condivisione strategica per lo sviluppo in singoli punti della rete con una visione provinciale e sovraprovinciale, delle singole specialità.

La competenza clinica necessaria per l'erogazione delle prestazioni richiede infatti la centralizzazione della casistica e l'attuazione di programmi specifici di formazione dei professionisti (secondo logiche di hub and Spoke).

**Nell'ambito della rete territoriale sarà necessario:**

- **nell'area cardiologica** potenziare l'integrazione delle strutture provinciali per mantenere la rete provinciale secondo il modello hub and spoke e sviluppare sistemi di valutazione delle attività provinciali ridefinendo il sistema di trasporto interospedaliero in emergenza dei pazienti con sindrome coronarica acuta al fine di rispettare le tempistiche di intervento descritte nelle linee guida nazionali ed internazionali e nel documento regionale di definizione dei percorsi per pazienti con infarto miocardico acuto.

Sviluppare e sperimentare sistemi di telemedicina. Rafforzare la struttura cardiologia di emodinamica presso l'ASMN anche in previsione della progettazione di nuove sale di diagnostica e

interventistica cardiovascolare.

Ridefinire l'attività ambulatoriale di primo livello per gli esterni considerando una diminuzione della partecipazione dei centri che garantiscono prestazioni di 2° e 3° livello e che sono continuamente coinvolti in attività strategiche nell'ambito della gestione del paziente critico e dell'emergenza urgenza provinciale.

- **in ambito neurologico**, considerata l'esperienza acquisita del trattamento con successo di oltre 30 pazienti con Ictus Ischemico mediante terapia fibrinolitica (3° centro italiano per arruolamento), si dovrà progettare la rete provinciale per il consolidamento di tale iter terapeutico. Si prevede che l'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia Romagna autorizzi centri dedicati per il trattamento fibrinolitico in possesso di specifiche caratteristiche (struttura di ricovero semi-intensiva per le prime 24 ore di degenza, accesso continuo aTC, Laboratorio di Analisi, consulenza cardiologica, rianimatoria e neurochirurgica).
- provvedere all'ampliamento e potenziamento della rete di ambulatori territoriali di **Endocrinologia e Reumatologia** con azione filtro sul primo livello delle prestazioni ed accentuazione del ruolo di hub delle strutture dell'ASMN. Si dovrà inoltre implementare l'attività ecografica interventistica del nodulo tiroideo anche introducendo nuove tecniche di trattamento.
- Attivare la **rete pneumologica provinciale** al fine di definire chiaramente il percorso del paziente e la funzione delle singole strutture, consolidando e sviluppando i principali sottosistemi nei quali si ancora la specialità: infettivologia e tisiologia, pneumologia interventistica ed endoscopia toracica, pneumologia oncologica, riabilitazione respiratoria ed OSAS, intensivologia respiratoria, fisiopatologia ed allergologia respiratoria, ambulatori per la lotta contro il tabagismo. Lo

sviluppo di questi sottosistemi permetterà non solo una migliore integrazione in rete tra l'ASMN e le altre strutture pneumologiche provinciali, e in particolare con la riabilitazione cardiopneumologica di Correggio, ma si aprirà a processi, programmi, sistemi organizzativi regionali ed extraregionali.

- **In ambito nefrologico** si prevede l'adesione e l'attuazione del progetto regionale PIRP (Prevenzione Insufficienza Renale Progressiva) finalizzato ad identificare precocemente i soggetti affetti o a rischio di insufficienza renale cronica (IRC) per mettere in atto misure atte a rallentare la progressione delle nefropatie verso la fase uremica-dialitica, identificando i fattori di comorbidità e riducendo l'entità delle complicanze proprie dell'IRC. Tale finalità sono raggiunte attraverso la collaborazione e l'interessamento diretto dei MMG e delle strutture sanitarie che seguono i pazienti a maggior rischio di sviluppare malattie renali (diabetologia, reumatologia, medicina, urologia, cardiologia...).
- **In ambito chirurgico** dovrà essere incrementata la chirurgia vascolare videolaparoscopica ed il trattamento endovascolare, l'attività urologica in videolaparoscopia e l'endourologia, l'attività di chirurgia toracica.  
Si dovrà inoltre considerare la necessità di sviluppare nuove tecniche nel trattamento della **patologia oculistica** con il completamento dell'introduzione del trattamento laser delle maculopatie e di parte delle neoformazioni coroidali, sviluppo ulteriore dell'attività chirurgica vitreo retinica e di trapianto di cornea.  
Si dovrà consolidare l'attività **di chirurgia ortopedica funzionale** rivolta ai pazienti seguiti dall'unità delle gravi disabilità dell'età evolutiva, anche in collaborazione con l'ospedale di Scandiano.  
Dovrà essere inoltre previsto un consolidamento e potenziamento dell'attività dell'ematologia riferita al trapianto autologo e allogenico anche a seguito

dell'attivazione della nuova sede presso il nuovo edificio ospedaliero (4 stanze a 2 posti letto) da utilizzare indifferentemente come stanze a bassa carica microbica e/o per attività di 2° livello. Particolare impegno sarà volto allo sviluppo delle tecniche radioterapiche complesse (PAM, IMRT) con implementazione della fusione delle immagini TC RM PET- piani di centratura radioterapici (utili per la verifica crociata dell'attendibilità diagnostica delle indagini eseguite e per l'impostazione dei piani radioterapici). Si dovrà provvedere al consolidamento dell'attività del ciclotrone che consente la produzione interna del radiofarmaco necessario per la diagnostica oncologica effettuata utilizzando la PET (tomografia ad emissione di positroni) e sviluppo di nuove metodiche per la produzione di nuovi radiofarmaci dotati di più elevata specificità attivi nella marcatura di determinati stati patologici.



### 3.1.1 Investimenti strutturali

Il programma di investimenti ha avuto ed ha questi obiettivi:

- riorganizzare le strutture sanitarie in termini logistici e funzionali adeguandole e conformandole alle scelte programmatiche dell'Azienda rispetto alla qualità e allo sviluppo dei servizi;
- elevare il comfort alberghiero ed adeguare le strutture alle normative in materia di superamento delle barriere architettoniche;
- adeguare le strutture sanitarie alle prescrizioni delle norme regionali per l'accreditamento;
- adeguare le strutture e gli impianti tecnologici in materia di prevenzione incendi ed in materia di sicurezza in generale;
- razionalizzare e recuperare l'uso delle strutture in proprietà al fine di rientrare dagli oneri finanziari di locazioni e/o consentire dismissioni ed alienazioni;
- prevedere e riqualificare spazi necessari per l'esercizio della libera professione.

Alcuni degli investimenti attuati o in corso di progettazione hanno un carattere generale e si concretizzano in interventi che interessano tutte le strutture ospedaliere:

- Adeguamento delle strutture e degli impianti alle norme di prevenzione incendi per l'ottenimento dei CPI (Scandiano, Montecchio e Guastalla).
- Rifacimento ed adeguamento normativo e dimensionale degli impianti di dialisi.
- Rifacimento ed adeguamento degli impianti di stoccaggio e distribuzione dei gas medicali.
- Realizzazione del cablaggio informatico delle strutture ospedaliere.
- Realizzazione di impianti per la sicurezza ed il controllo in area ospedaliera.
- Programma di adeguamento e sostituzione degli impianti ascensori sia nelle strutture ospedaliere che distrettuali.

In sintesi gli interventi per territorio:

Territorio		Eseguito o in esecuzione	In progettazione
Castelnovone Monti	OSPEDALE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizzazione dell'ampliamento ospedaliero contenente "I servizi di diagnosi e cura": pronto soccorso, radiologia, comparto operatorio, laboratori, direzione sanitaria.</li> <li>• Ristrutturazione e riorganizzazione funzionale del reparto di cardiologia e realizzazione di una unità di terapia intensiva.</li> <li>• Installazione di una apparecchiatura radiologica per tomografia assiale computerizzata (TAC).</li> <li>• Ristrutturazione e riorganizzazione funzionale delle cucine a servizio della struttura ospedaliera.</li> <li>• Lavori di adeguamento e messa in sicurezza ai fini dell'ottenimento del Certificato Prevenzione Incendi e delle certificazioni di conformità degli impianti.</li> <li>• Riorganizzazione logistica e funzionale dei percorsi, del piano terra, del dismesso piano operatorio e la realizzazione delle degenze per la libera professione.</li> <li>• Realizzazione in area ospedaliera di parcheggi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adeguamento delle strutture esistenti alle norme di accreditamento: pediatria, ostetricia, blocco parto, medicina, ortopedia, chirurgia, day hospital, riabilitazione.</li> </ul>
	DISTRETTO		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizzazione di un nuovo edificio comprendente i servizi di prevenzione: Igiene pubblica, Medicina del lavoro, Veterinaria ed un nuovo "Centro diurno polivalente per handicap".</li> </ul>

Territorio		Eseguito o in esecuzione	In progettazione
Correggio	O S P E D A L E	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ristrutturazione ed adeguamento degli impianti tecnologici e di condizionamento del comparto operatorio.</li> <li>Ristrutturazione dei reparti di ortopedia e chirurgia per la realizzazione di spazi per la riabilitazione.</li> <li>Ristrutturazione e riorganizzazione del pronto soccorso ed installazione di una apparecchiatura radiologica per tomografia assiale computerizzata (TAC).</li> <li>Realizzazione di un progetto di "Riassetto della struttura ospedaliera di Correggio per la formazione di un centro per la riabilitazione post-acuta".</li> <li>Ampliamento ed adeguamento delle nuove centrali tecnologiche.</li> <li>Recupero e ristrutturazione di un edificio da destinare al Servizio Diabetologico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ristrutturazione ed adeguamento normativo del Servizio Necrologico.</li> </ul>
	D I S T R E T T O	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ristrutturazione ed adeguamento della sede del Ser.T.</li> <li>Ristrutturazione di edificio da destinare ad una struttura residenziale per persone con patologie psichiatriche.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizzazione di un corpo ascensore a servizio dell'edificio dei poliambulatori</li> </ul>
Guastalla	O S P E D A L E	<ul style="list-style-type: none"> <li>Installazione di una apparecchiatura radiologica per tomografia assiale computerizzata (TAC).</li> <li>Opere di ampliamento e riorganizzazione dell'ospedale che comprendono i nuovi reparti del comparto operatorio, ostetricia ginecologia, radiologia e la realizzazione di un poliambulatorio specialistico.</li> <li>Realizzazione di una struttura "Hospice".</li> <li>Riorganizzazione e ristrutturazione dei percorsi e dei servizi a grande affluenza posti al piano terra dell'ex-area ambulatoriale: reception, accettazione, CUP-SAUB e centro prelievi.</li> <li>Realizzazione delle degenze e ambulatori per la libera professione.</li> <li>Ampliamento ed adeguamento delle nuove centrali tecnologiche.</li> <li>Installazione di una apparecchiatura radiologica per risonanza magnetica (RMN).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adeguamento di tutte le strutture esistenti alle norme di accreditamento e realizzazione di una struttura dedicata alla day surgery e alla chirurgia ambulatoriale/endoscopia.</li> <li>La ristrutturazione di un fabbricato, in area ospedaliera, da convertire ad uso del servizio necrologico.</li> <li>Adeguamento, riqualificazione e ristrutturazione della zona dei servizi generali: cucine, guardaroba, magazzino farmaceutico, spogliatoi per il personale.</li> </ul>
	D I S T R E T T O	<ul style="list-style-type: none"> <li>Struttura residenziale per tossicodipendenti: "La Mandria" – Boretto</li> <li>Palestra per servizio di recupero e rieducazione funzionale presso la sede della RSA</li> <li>Opere di adeguamento e miglioramento dell'edificio "L'Arca del fiume" struttura psichiatrica</li> <li>Manutenzione e miglioramento del comfort nel poliambulatorio Brescello</li> <li>Servizi distrettuali – ristrutturazione sede di Guastalla nell'ambito di un accordo di programma con il comune di Guastalla.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poliambulatori e attività di Sanità Pubblica Novellara - Realizzazione della nuova sede: nell'ambito di un accordo di programma con il comune di Novellara.</li> </ul>

Territorio		Eseguito o in esecuzione	In progettazione
Montecchio	O S P E D A L E	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Installazione di una apparecchiatura radiologica per tomografia assiale computerizzata (TAC).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliamento, riorganizzazione e riassetto funzionale della struttura ospedaliera comprendente: <ul style="list-style-type: none"> <li>- la riorganizzazione dell'accesso ospedaliero e dei servizi di immediata fruibilità: accettazione, CUP, punto di ristoro, fisiatria;</li> <li>- il miglioramento dello standard alberghiero delle degenze e loro adeguamento alle prescrizioni dell'accreditamento;</li> <li>- la realizzazione di un nuovo comparto operatorio con integrazione di funzioni di day hospital;</li> <li>- la ristrutturazione e riorganizzazione di spogliatoi, studi medici, locali di supporto.</li> </ul> </li> <li>• Razionalizzazione dei percorsi in area ospedaliera e dei parcheggi interni.</li> </ul>
	D I S T R E T T O	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ristrutturazione a S.Polo di un edificio per la realizzazione di una struttura intermedia per la psichiatria.</li> <li>• Ristrutturazione della palazzina "Ex-Croce Arancione" a sede degli uffici di Distretto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizzazione di una nuova sede per le attività distrettuali di Igiene pubblica, Veterinaria, Medicina del lavoro.</li> <li>• Realizzazione di un edificio adibito ad archivi e magazzini economici per le esigenze degli ospedali di Montecchio, Scandiano e Castelnovo Monti.</li> <li>• Realizzazione di una nuova struttura poliambulatoriale a S. Ilario.</li> </ul>
Scandiano	O S P E D A L E	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Installazione di una apparecchiatura radiologica per tomografia assiale computerizzata (TAC).</li> <li>• Intervento di consolidamento statico in relazione ai danni provocati dal sisma del 1996.</li> <li>• Realizzazione dell'impianto di condizionamento dei poliambulatori specialistici della struttura ospedaliera.</li> <li>• Opere di sistemazione dell'area esterna della struttura ospedaliera.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riorganizzazione funzionale e strutturale finalizzata: <ul style="list-style-type: none"> <li>- all'accreditamento, costituita dalla razionalizzazione dei percorsi orizzontali e verticali, dall'adeguamento, secondo standard alberghiero, dei reparti; dall'adeguamento impiantistico generale secondo gli standard normativi e di accreditamento;</li> <li>- alla realizzazione di degenze ed ambulatori per l'attività di libera professione intramuraria.</li> </ul> </li> </ul>
	D I S T R E T T O	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ristrutturazione del fabbricato denominato "Villa Valentini" per la realizzazione di una struttura residenziale per la psichiatria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Villa Valentini: ristrutturazione dell'edificio ex-stalla adiacente per ricavare alloggi per il DSM – psichiatria</li> <li>• Poliambulatori Rubiera- Realizzazione di un edificio, nell'ambito di un accordo di programma con il comune di Rubiera, che comprenderà la nuova sede per le attività di base, specialistiche ambulatoriali e di prevenzione.</li> </ul>
Reggio Emilia	D I S T R E T T O	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complesso MOREL in area S. Lazzaro: Opere di consolidamento strutturale a seguito del sisma dell'anno 1996.</li> <li>• Poliambulatori di Castelnovo di Sotto: Opere di consolidamento strutturale a seguito del sisma dell'anno 1996.</li> <li>• Riorganizzazione funzionale e ristrutturazione dei tre edifici denominati "Unità di abitazione e cura" in area S. Lazzaro per il DSM – psichiatria.</li> <li>• esecuzione impianti di condizionamento nel dipartimento di Sanità Pubblica e nella struttura psichiatrica di Via delle Ortolane.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizzazione della nuova sede per i Poliambulatori del Distretto.</li> <li>• Realizzazione di una nuova sede degli uffici amministrativi dell'Azienda USL.</li> <li>• Recupero e ristrutturazione del fabbricato Valsalva in area S. Lazzaro per la Direzione del DSM – psichiatria.</li> <li>• Realizzazione di una nuova struttura residenziale per la psichiatria</li> </ul>





L'Azienda USL è impegnata a mantenere alto il livello tecnologico raggiunto sia nell'acquisire tempestivamente le apparecchiature necessarie, sia nel sostituire quelle obsolete. L'impegno dell'azienda è sostenuto anche dalla sensibilità sociale che nel corso degli anni ha, attraverso donazioni, integrato le risorse pubbliche. Va sottolineata la ricerca continua delle sinergie con tutte le risorse del sistema curante provinciale per un utilizzo efficiente e integrato delle risorse.

• **Investimenti in apparecchiature e tecnologie nel periodo 1998-2002**

a) Potenziamento e aggiornamento tecnologico nella diagnostica per immagini

- Diagnostiche Radiologiche Telecomandate per le Radiologie di Montecchio, Castelnovo né Monti e Guastalla;
- Diagnostiche Ossee Veloci (3) per Guastalla e Castelnovo né Monti (n.2);
- Tac di ultima generazione e di elevate prestazioni per le Radiologie di Guastalla e Montecchio. Nel corso del 2002 è stata installata, grazie ad una donazione, la Tac anche presso la Radiologia di Correggio. In tal modo tutti gli ospedali della Provincia sono ora dotati di tale apparecchiatura;
- Acquisiti n.22 ecografi che hanno contribuito a favorire l'attività diagnostica in diverse discipline e contesti organizzativi (cardiologia, chirurgia, ostetricia-ginecologia, pronto soccorso, attività consultoriale); n.4 ecografi sono stati destinati all'attività ambulatoriale per la Salute Donna a Reggio Emilia, Correggio e Scandiano.

b) attività di endoscopia

L'attività di endoscopia è stata potenziata tecnologicamente con l'acquisto di Videogastroscoopi, Videocolonscoopi e Fibrobroncoscoopi.

c) Comparti Operatori

Sono state rinnovate le Sale Operatorie dell'Ospedale di Castelnovo né Monti.

Sono state rinnovate e adeguate le tecnologie per la videolaparoscopia, ortopedia, oculistica e elettrochirurgia.

Sono stati acquisiti nuovi sistemi per anestesia in tutti gli ospedali (totale 11 sistemi).

È stata potenziata la diagnostica per immagini in tutti gli ospedali con l'acquisto di portatili per radioscopia.

d) Pronto Soccorso ed Emergenza Urgenza

Nell'ambito del Dipartimento interaziendale sono state rinnovate le principali dotazioni di emergenza dei Pronto Soccorso e definito un programma in corso di esecuzione per sistemi di monitoraggio e ventilatori polmonari. L'Azienda si è inoltre dotata di n. 72 defibrillatori dislocati nei Pronto Soccorso e nei Reparti Ospedalieri.

È stato avviato un progetto provinciale (Progetto Blu Arcobaleno) per la defibrillazione precoce sul territorio che ha già la sua prima attuazione nel Distretto di Castelnovo né Monti con la dotazione dei defibrillatori.

• **Donazioni**

Le donazioni sono state numerose e coerenti con la programmazione aziendale: la TAC a Correggio, il mammografo a Montecchio, la RMN a Guastalla in fase di installazione, vari ecografi e eco-cardiografi, letti bilancia per la dialisi, facoemulsificatore a Castelnovo né Monti e molte altre di minore impatto economico ma rilevanti per la qualità dei servizi.

**I programmi per i prossimi anni**

L'impegno è orientato all'ammmodernamento delle apparecchiature di cui i tempi di obsolescenza sono molto veloci e all'adeguamento dell'attività

operatoria.

Sono in atto programmi per:

- Il completamento della dotazione tecnologica del comparto operatorio di Guastalla
- l'acquisto di ecografi per le Radiologie anche in relazione alle necessità di riduzione dei

tempi di attesa

- l'ammodernamento delle tecnologie radiologiche a Guastalla e Scandiano
- la realizzazione del sistema di gestione digitalizzato delle terapie (PACS).

È un altro settore strategico per garantire la realizzazione del sistema integrato in rete di offerta dei servizi che è uno dei principi guida della programmazione sanitaria del territorio provinciale, sia nell'ambito delle singole aziende che tra i servizi interaziendali.

È in esecuzione un programma condiviso tra le due aziende pubbliche in fase di avanzata progettazione e sperimentazione che ha come obiettivo quello di mettere in rete tutte le strutture e i professionisti, MMG, PLS e specialisti, per permettere l'accesso, nel rispetto delle normative sulla privacy e sulla sicurezza, ai dati clinici di interesse diagnostico e terapeutico per qualificare l'attività sanitaria e semplificare i percorsi dei cittadini.

Le scelte tecnologiche inoltre sono il frutto di un confronto e percorsi di analisi comune tra le due aziende.

- a) Principali investimenti completati o in fase di completamento supportati da dispositivi di sicurezza per l'accesso a garanzia della riservatezza:
- Il Centro Unico di Prenotazione e riscossione ticket con 120 sportelli già funzionante e in fase di revisione per i successivi adeguamenti tecnologici;
  - La rete informatica provinciale con oltre 1.800 postazioni;
  - L'informatizzazione dei Servizi di Laboratorio, Radiologia, Accettazione, dimissione e/o trasferimento, Pronto Soccorso;
  - Sistema di telerefertazione radiologica in emergenza-urgenza;
  - Informatizzazione del Dipartimento di Sanità Pubblica ed in particolare: registro tumori, sistema vaccinale, patenti speciali, pratiche per l'invalidità, anagrafe bovina legata all'anagrafe nazionale;
  - Sistema informativo per l'assistenza infermieristica domiciliare, sistema per la disabilità e la demenza;
  - Sistema informativo per la Psichiatria;
  - Gestione informatica delle attività amministrative

e di magazzino.

- b) Programmi per i prossimi anni per i quali in molti casi sono già in corso azioni e sperimentazioni:
- completa informatizzazione di tutte le Unità di degenza ospedaliere con l'adozione della cartella clinica elettronica;
  - gestione informatizzata digitalizzata delle immagini cliniche (Progetto PACS);
  - percorsi sicuri per l'accesso ai dati clinici, come già detto, nel rispetto della libertà del cittadino (consenso informato) e della sicurezza attraverso la realizzazione di una banca dati clinica (clinical data warehouse);
  - sviluppo e consolidamento dell'intranet aziendale;
  - utilizzo della rete internet come strumento per l'accesso ai Servizi rivolti a tutti i cittadini;
  - completamento della rete di cablaggio in tutte le strutture ospedaliere: è una delle condizioni per la diffusione dei dati clinici e della documentazione scientifica per garantire ai professionisti l'accesso alle banche dati internazionali, in funzione della qualificazione della decisionalità medica (medicina basata sulle prove).

### **Il quinquennio 1997/2002**

Nel quinquennio 1997/2002, sono proseguiti i lavori di Ampliamento e Ristrutturazione dell'Arcispedale, che beneficiano del finanziamento statale e regionale previsto dall'art. 20 della L. 67/1988 e che hanno avuto inizio nel 1996. Sono inoltre stati effettuati interventi edilizi ed impiantistici, eseguiti in attuazione del D.Lgs. 626/1994 ed in ottemperanza alle prescrizioni di adeguamento ai fini dell'Autorizzazione ed Accredimento della struttura ospedaliera. Questi in sintesi gli interventi principali effettuati:

- Ampliamento Arcispedale. Avanzamento lavori sottoposto agli effettivi finanziamenti erogati ex art.20 L. 67/88;
- Nuovo Padiglione Malattie Infettive, lavori ultimati nel 1999 con finanziamenti ex Legge 135/90;
- Restauro conservativo e recupero funzionale Palazzo Rocca Saporiti con finanziamenti Regionali e della Soprintendenza Beni Culturali ed Ambientali di Bologna ;
- Adeguamenti impianti elettrici, impianti meccanici e antincendio dei locali nel monoblocco S.Maria Nuova e nel padiglione "Spallanzani": lavori di sicurezza elettrica, prevenzione incendi, igiene ambientale;
- Realizzazione nuovo gruppo ascensori di servizio a Sale Operatorie e antincendio;
- Ristrutturazione ex Lavanderia da adibire a Cucina/Mensa, compreso ammodernamento tecnologico delle attrezzature;
- Fisiokinesiterapia: rifacimento vasca terapeutica, ampliamento e rifacimento spogliatoi, adeguamento normativo impianti elettrico e di condizionamento;
- Ristrutturazione atrio ingresso ospedale;
- Trasferimento centrale gas medicali a distanza di sicurezza dagli edifici ospedalieri;

- Potenziamento centrale frigorifera per climatizzazione ambienti;
- Interventi su strutture ed impianti del monoblocco esistente (manutenzione straordinaria);
- Ristrutturazione Servizio Necroscopico;
- Acquisizione terreni aree adiacenti per ampliamento Arcispedale.

### **I programmi del 2003 e per i prossimi anni**

- Ultimazione opere nuovo fabbricato di ampliamento ospedaliero e relativi collegamenti al monoblocco esistente;
- Realizzazione di nuovi parcheggi da adibire al personale dipendente;
- Completamento dell'ampliamento ospedaliero con la realizzazione delle progettate Ala-nord e Ala-sud ad integrazione dello stesso;
- Avvio delle ristrutturazioni all'interno dell'Arcispedale per il comfort alberghiero, come previsto ai fini dell'accreditamento;
- Ultimazione opere connesse alle centrali frigorifera e gas medicinali /tecnici e potenziamento della centrale termica esistente situata nella zona nord dell'area stessa;
- Trasferimento della cucina e della mensa aziendale dall'edificio ospedaliero a idoneo edificio separato;
- Costruzione di tunnel di collegamento della nuova cucina all'Ospedale per il trasferimento automatico carrelli di distribuzione pasti e del cunicolo tecnologico per il passaggio delle reti di trasporto fluidi dalla centrali termica e frigorifera;
- Proseguimento dei lavori in attuazione del D.Lgs. 626/94 ai fini della sicurezza e della messa a norma del fabbricato ospedaliero (completamento della compartimentazione antincendio, rifacimento degli impianti elevatori montalettighe, completamento impianti rilevazione incendi,

illuminazione di emergenza sul corpo anteriore del monoblocco);

- Realizzazione di isola ecologica;
- Acquisizione area per futura elisuperficie e magazzini.

Per il finanziamento delle opere sopra elencate è previsto, oltre al mutuo contratto nel corso dell'anno 2002 ed ai finanziamenti regionali, l'alienazione degli ospedali Spallanzani e Villa Marchi.



### ***Il quinquennio 1997/2002***

Lo sviluppo tecnologico è stato negli ultimi anni obiettivo di primaria importanza per l'Azienda. Gli interventi principali a cui si è data attuazione possono essere sintetizzati come di seguito specificato:

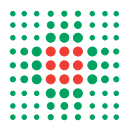
- informatizzazione delle unità operative per gestire l'intero iter del paziente e le attività dei reparti;
- acquisizione ed installazione di TAC spirale;
- acquisizione di Risonanza Magnetica;
- acquisizione del 2° acceleratore lineare per il servizio di Radioterapia ed aggiornamento del 1° acceleratore;
- acquisizione della Tomografia ad emissione di positroni (PET);
- collegamento telematico in rete di tutte le TAC attualmente presenti sulla provincia.
- Acquisizione di Ciclotrone per la produzione di isotopi per la tomografia con emissione di positroni con contributo della Fondazione Manodori;
- Acquisizione di Roentgen per Radioterapia con donazione di Ascma-Prora (225 mila x);
- Acquisizione dei TAC Simulatore (donazione di privato per 413 mila x)

### ***I programmi del 2003 e per i prossimi anni***

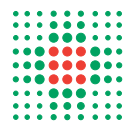
Le opzioni strategiche d'investimento richiedono processi di analisi e di scelta approfonditi ed articolati che comportano una continua valutazione della sicurezza-efficacia, dell'impatto sulle attività sanitarie e delle risorse necessarie. La metodologia di Technology Assessment sarà pertanto oggetto di progressivo e sistematico utilizzo nella programmazione aziendale. Ciò premesso il programma dei principali investimenti è il seguente:

- Attuazione del trasferimento nel nuovo edificio ospedaliero di diverse unità operative con relativi investimenti in ambito tecnologico, alberghiero ed informatico;
- Messa a regime del sistema di radiologia digitale;
- Acquisto di attrezzature TAC-PET e Risonanza magnetica da 1,5 tesla (compatibilmente con il reperimento di risorse finanziarie adeguate);
- Acquisizione di apparecchiatura per Diagnostica Vascolare ed interventistica, con contributo della Fondazione Manodori;
- Aggiornamento e potenziamento, assieme alla AUSL, del sistema CUP provinciale;
- Proseguimento del progetto di estensione ai reparti di degenza delle funzioni fondamentali del sistema informativo (percorso di specializzazione dei dati clinici);
- Messa a punto di tecnologie in grado di condividere le banche dati dell'Ospedale con i professionisti di altre strutture ospedaliere e territoriali;
- Ampliamento del servizio di telesorveglianza, integrazione della security con controllo accessi agli ambienti.

**CSST** CONFERENZA SOCIALE SANITARIA TERRITORIALE  
della Provincia di Reggio Emilia



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia