



## 3. Obiettivi e strategie aziendali

### Guida alla lettura

La sezione affronta in modo sistematico gli obiettivi di salute assegnati dalla Regione e dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) alle Aziende Sanitarie. In questa sezione sono dapprima esplicitati gli indirizzi del breve e medio periodo, i principali obiettivi e le strategie attraverso le quali l'Azienda interpreta i propri doveri istituzionali e concorre a realizzare le finalità del Sistema Sanitario Regionale (SSR). Dopo gli indirizzi, la programmazione e la pianificazione strategica, sono evidenziate le strutture, l'organizzazione, gli strumenti e le modalità attraverso le quali l'Azienda ha individuato, condiviso e perseguito i propri obiettivi. Da ultimo, ampio spazio è stato dedicato all'illustrazione delle azioni e dei risultati che, in coerenza con la programmazione aziendale, sono stati conseguiti nel corso del 2007.

I tre ambiti trattati:

- **linee strategiche aziendali ed obiettivi;**
- **sistema circolare di pianificazione e controllo e strategie per il perseguimento degli obiettivi;**
- **risultati conseguiti.**

In accordo con lo spirito del documento e le indicazioni regionali, la rendicontazione delle azioni promosse e dei risultati conseguiti per corrispondere ai propri obblighi nei confronti del sistema e dei cittadini è organizzata e rappresentata secondo quattro prospettive che "tagliano" trasversalmente le diverse aree tematiche (programmi avviati, prestazioni e servizi offerti). Al fine di evitare una eccessiva frammentazione degli argomenti e, conseguentemente, un notevole impegno richiesto al lettore nella sintesi, si è deciso di inserire le azioni messe in campo in una sola prospettiva e segnatamente quella che a giudizio aziendale risultava prevalente.

Le quattro prospettive di questa terza sezione:

- centralità del cittadino;
- partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria;
- universalità ed equità di accesso;
- qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale.

---

### Parole chiave

*accertamento della disabilità • accesso alle prestazioni • cup e il call center •  
fondo regionale della non autosufficienza • innovazione tecnologica • linee strategiche aziendali •  
partecipazione del cittadino • partecipazione degli enti locali •  
qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale • rete provinciale dell'offerta di prestazioni •  
semplificazione • sistema di pianificazione e controllo • umanizzazione dei servizi*

In questa sezione, dunque, sono evidenziate le decisioni, i percorsi, gli assetti organizzativi e le modalità di funzionamento attraverso le quali la nostra Azienda ha tradotto in pratica gli obiettivi peculiari della propria mission, garantendo ai cittadini e agli Enti locali trasparenza nelle scelte, partecipazione alla programmazione, coinvolgimento nell'analisi e verifica dei risultati, oltre a qualità delle prestazioni, universalità d'accesso e utilizzo razionale delle risorse.

Non manca, infine, una valutazione critica e "di prospettiva" di quanto realizzato; resta, infatti, sottinteso che i risultati raggiunti (ed inevitabilmente le criticità evidenziate), costituiscono il fondamento imprescindibile per la programmazione degli anni successivi (linee di indirizzo, di miglioramento e di ulteriore sviluppo). Il Bilancio di Missione dunque, risulta essere uno strumento preziosissimo per valutare e adeguare le linee di indirizzo aziendali; in sintesi uno strumento per il governo aziendale, nonostante questa non sia una affermazione unanimemente condivisa.

## **L'Azienda USL di Modena: valori, finalità e strategie**

### **Linee strategiche aziendali per l'anno 2007**

#### **Sistema circolare di pianificazione e controllo**

##### **Centralità del cittadino**

Partecipazione del cittadino alla definizione delle prestazioni, dell'organizzazione ed alla valutazione dei servizi

*L'Azienda USL ed il rapporto con i cittadini: il Sistema Comunicazione e Marketing*

*Ufficio Relazioni con il Pubblico*

*Cittadini e giudizio sui servizi erogati: l'esperienza dell'Audit Civico*

Impegno per l'umanizzazione dei servizi

*Progetto per lo sviluppo delle cure antalgiche nella provincia di Modena*

*Progetto Nascere insieme*

Innovazioni in tema di comunicazione (organizzazione/comunità, paziente/professionista)

*Carta dei Servizi*

*Scegliere di scegliere*

*Mamme Oltre il Blu*

##### **Partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria**

PPS (Piano Per la Salute)

PAL (Piano Attuativo Locale)

PAT (Piano delle Attività Locali) e PdZ (Piano di Zona)

##### **Universalità ed equità di accesso**

Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

Assistenza odontoiatrica

Interventi in tema di prevenzione

CUP (Centro Unico di Prenotazione) Provinciale

Call Contact Center

Semplificazione nell'accesso alle prestazioni

La rete provinciale dell'offerta (Ospedali, strutture residenziali, ambulatori e consultori)

Le prestazioni sanitarie sul territorio

Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) e Integrazione socio-sanitaria

Mediazione Culturale

L'accertamento della disabilità: la nascita di un nuovo sistema valutativo

##### **Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale**

Offerta Specialistica

Razionalizzazione della domanda

Riorganizzazione dei laboratori per aree sovra-aziendali

I risultati 2007 e il PAL

La "Salute" della nostra provincia (Salute Pubblica e Salute Mentale)

Farmaceutica

Screening

Sicurezza

Innovazione in Azienda

AVEN

### 3.1 L'Azienda USL di Modena: valori, finalità e strategie

In attesa dell'effettiva applicazione del Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 e del varo del nuovo Atto aziendale che, attraverso un ampio confronto tra professionisti tuttora in corso, rimetterà in discussione principi ispiratori e organizzazione dell'Azienda, anche per l'anno 2007 la cornice all'interno della quale l'Azienda USL ha inteso muoversi è sostanzialmente una riproposizione di quella ormai consolidata.

*"L'Azienda USL di Modena è un'Azienda con personalità giuridica pubblica, senza finalità di lucro, inserita istituzionalmente ed organicamente nel Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia Romagna con la finalità di proteggere, promuovere e migliorare la salute della popolazione" (Atto Aziendale).* L'Azienda conforma la propria azione a criteri di efficacia, equità distributiva, efficienza ed economicità dei servizi e di gestione mediante il buon uso delle risorse disponibili, sempre nel pieno rispetto dei diritti e della dignità della persona, principio-guida del proprio agire. È un sistema complesso di risorse - uomini, strutture e tecnologie - che basa le proprie scelte sui bisogni e sulla domanda di benessere della popolazione e le proprie valutazioni sui risultati di salute complessivi.

Ispira la propria azione al raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Emilia-Romagna e agli indirizzi della Conferenza Territoriale Socio Sanitaria (CTSS).

#### Idee guida

##### Centralità del cittadino, perché:

- la sua salute rappresenta la ragione d'essere e l'obiettivo delle attività aziendali;
- i suoi bisogni, le sue aspettative e la percezione di affidabilità dei servizi erogati costituiscono il punto di riferimento del buon funzionamento dell'Azienda.

Pertanto viene dedicato particolare impegno alla comunicazione, all'ascolto e alla partecipazione dei cittadini e delle loro rappresentanze.

L'integrazione interna (fra i propri servizi) ed esterna (con gli altri attori del sistema) è necessaria perché, accanto al sistema organizzato delle cure, la salute è influenzata da diversi fattori quali ambiente, caratteristiche socioeconomiche, stili di vita e utilizzo dei servizi.

L'obiettivo assistenziale ed organizzativo dell'Azienda è quello di sviluppare una rete di collaborazione con tutti gli "attori" della salute, dagli opinion leader e dai media alla società civile, per realizzare un sistema di alleanze finalizzato al benessere della popolazione.

#### Principi ispiratori

- Rispetto della dignità umana, equità ed etica professionale.
- Centralità della persona, intesa come singolo soggetto autonomo e costante riferimento alla comunità locale.
- Qualità clinico-assistenziale, appropriatezza, coinvolgimento e qualificazione continua delle risorse umane, da sostenere attraverso la formazione e il costante aggiornamento.
- Compatibilità tra le risorse disponibili e il costo dei servizi offerti, in funzione del soddisfacimento prioritario dei bisogni fondamentali di salute.
- Diffusione dell'assistenza di primo livello per assicurare in modo coordinato e capillare: la promozione della salute, la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie, la riabilitazione, l'assistenza alle persone sofferenti, a quelle disabili e a quelle in fin di vita. La collaborazione con gli Enti Locali consente di accentuare l'efficacia degli interventi, in particolare nel campo dei servizi socio-sanitari.
- Continuità assistenziale ed equa accessibilità ai servizi, facilitata anche dagli strumenti resi disponibili dall'innovazione tecnologica.
- Trasparenza.

#### Obiettivi politico-strategici

- Qualificazione dell'offerta di interventi di carattere preventivo e clinico-assistenziale, tramite lo sviluppo della capacità di identificare i bisogni di salute e di valutare gli esiti dell'azione svolta.
- Potenziamento dell'offerta clinico-assistenziale, secondo le priorità di salute della popolazione e compatibilmente con le risorse disponibili.
- Innovazione e differenziazione dell'offerta clinico-assistenziale, con l'attivazione di livelli di specializzazione crescenti dello stesso servizio e l'ampliamento della gamma delle tipologie di prestazione.

- Incremento costante della qualità clinico-assistenziale, attraverso la pratica della medicina basata sulle prove di efficacia e di appropriatezza.
- Affermazione della logica e della pratica della continuità clinico-assistenziale, adottando soluzioni organizzativo-gestionali di processo e favorendo, nella misura massima possibile, l'accessibilità ai servizi mediante la distribuzione dei punti di erogazione.
- Ampliamento e consolidamento delle reti di assistenza aziendali, interaziendali e interistituzionali, in particolare con gli Enti Locali, per qualificare e ampliare ulteriormente l'offerta di servizi al cittadino.
- Razionalizzazione del sistema dell'offerta, per migliorare l'efficienza dei processi produttivi-erogativi e per utilizzare in modo ottimale le risorse disponibili, finalizzandole ai bisogni prioritari di salute.
- Riduzione dell'ospedalizzazione e promozione di una deospedalizzazione precoce adeguatamente supportata da una rete consolidata di assistenza domiciliare, realizzata mediante programmi integrati con tutte le realtà assistenziali e con il privato profit e no profit.

### **Sistema assistenziale**

L'Azienda ha disegnato un sistema clinico-assistenziale finalizzato a rispondere in modo uniforme ed integrato ai bisogni di salute dei cittadini.

Ha rafforzato e qualificato ulteriormente le strutture periferiche, assegnando loro precise competenze decisionali, per incrementarne l'efficacia e la tempestività. Ha individuato nelle Cure Primarie il cardine del sistema di cura, di prevenzione delle principali patologie e di promozione della salute dei cittadini.

Sulla larga base del primo livello di assistenza si innestano servizi di crescente specializzazione, dedicati alla gestione di bisogni di salute ad elevata complessità.

L'Azienda soddisfa la domanda di benessere e di assistenza della popolazione organizzando direttamente o acquisendo presso altre strutture, pubbliche o private accreditate, le prestazioni sanitarie e i servizi necessari.

Il Piano Per la Salute, realizzato con il concorso di una molteplicità di soggetti, rappresenta lo strumento per promuovere il miglioramento dello stato di salute della popolazione intervenendo, prima ancora che sullo sviluppo dei servizi, sui principali determinanti (stili di vita, condizioni ambientali e socioeconomiche).

### **Coinvolgimento degli operatori**

L'Azienda sostiene le proprie scelte strategiche valorizzando le proprie risorse umane attraverso il coinvolgimento diretto degli operatori nella definizione degli obiettivi e delle azioni aziendali nonché nella valutazione delle attività realizzate.

## **3.2 Linee strategiche aziendali per l'anno 2007**

Dopo questo breve inquadramento, si richiamano le **linee strategiche aziendali** che hanno definito gli ambiti di sviluppo delle attività per l'anno 2007. Tali indirizzi sono stati elaborati in conformità con le azioni prioritarie trasmesse dalla Regione nel corso della concertazione e, prima ancora, con i contenuti della **DGR n. 686/2007** "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2007".

La programmazione 2007 si è posta, dunque, in una dimensione di sostanziale continuità di obiettivi e di azioni rispetto a quella degli anni precedenti, ed è stata integrata da un lato dagli elementi di novità derivati dall'ambito regionale, quali gli indirizzi di sostegno alla manovra finanziaria e gli elementi di novità sul piano legislativo e finanziario, e, dall'altro, dalle peculiarità locali,

ovvero, principalmente dalle implicazioni legate al consolidamento dei due nuovi ospedali ed alla conseguente "definitiva" evoluzione della rete.

### **Introduzione**

Pur ponendosi in logica di stretta **continuità con le precedenti**, le linee strategiche per il 2007 non possono prescindere dagli elementi di novità legati, da un lato, al processo di **trasformazione della rete ospedaliera provinciale** iniziato con l'avvio dei due nuovi ospedali, e dall'altro, alle **indicazioni in tema di assetto e di programmazione sanitaria introdotte dalle recenti normative**.

**I nuovi ospedali**, attivati nel corso del 2005, sono chiamati entro il 2008 a raggiungere il loro assetto definitivo, acquisendo quella funzione catalizzatrice dell'evoluzione verso una rete inte-

grata di ospedali distribuiti sul territorio che ha rappresentato la sfida programmatoria di fine anni '90. Nel prossimo triennio, infatti, dovrà completarsi la definizione delle mission produttive delle diverse strutture che costituiscono la rete provinciale e, soprattutto, si dovrà dare piena operatività alle soluzioni di adattamento e consolidamento del network individuando in maniera adeguata e puntuale ruoli e responsabilità dei diversi nodi della rete.

**L'integrazione ospedale-territorio** ha allargato i propri confini ed è entrata in una dimensione più ampia che pone in **stretta connessione fra loro l'offerta sociale e quella sanitaria**: gli stessi Assessorati Regionale e Provinciale alla Sanità, hanno assunto una denominazione che amplia il loro raggio d'azione alle politiche sociali, affermando anche in questo modo l'inscindibilità dei due momenti. Tale indirizzo è confermato, tra l'altro, dalla ormai prossima ufficializzazione del primo Piano Sociale e Sanitario Regionale. In questa prospettiva assume particolare rilievo la costituzione di un Fondo regionale per la non autosufficienza, che contribuirà a definire con maggiore puntualità obiettivi, competenze e responsabilità in materia.

**Il nuovo ruolo di governo prefigurato dalla legislazione regionale per i Distretti** non si limita ad innalzarne la funzione, ma ne sancisce una forte evoluzione, rendendoli elemento imprescindibile del processo di integrazione socio-sanitaria.

Venendo agli aspetti economico-finanziari, dopo un **lungo periodo di pareggio e di equilibrio di bilancio**, la gestione economico-finanziaria registra un disavanzo costi/ricavi da ricondurre prevalentemente a un non completo finanziamento del S.S.N. e al contestuale avvio delle nuove strutture, con il sorgere di rilevanti costi di start-up. Ciò esige, da una parte, **il governo rigoroso ed efficiente delle risorse**, il quale rappresenta un imprescindibile vincolo nella gestione – finalizzata al conseguimento degli obiettivi di sistema – delle singole macroarticolazioni. Dall'altra parte c'è il continuo impegno finalizzato al **puntuale perseguimento degli obiettivi previsti dal piano interaziendale delle azioni**.

Le indicazioni emerse con la "Direttiva alle Aziende Sanitarie per l'adozione dell'Atto Aziendale" approvata con DGR n. 30/2006 indurranno **cambiamenti significativi nell'impianto aziendale** che si è consolidato in questi anni. Ciò richiederà un rinnovato **impegno nella definizione degli assetti e dei modelli organizzativi** e, al tempo stesso, una mutata partecipazione delle componenti aziendali al loro consolidamento (vd.

Collegio di Direzione quale organo dell'Azienda, attribuzioni in capo ai Dipartimenti).

Si rafforza la necessità di mettere a punto **un sistema di rendicontazione (accountability) strutturato** (certificazione di bilancio e bilancio di missione), affinché le Aziende possano assumere ed esercitare pienamente quella funzione di responsabilità sociale propria del ruolo che rivestono.

Per effetto del processo di trasformazione del welfare regionale conseguente alla riforma del Titolo V della Costituzione, culminato nella L.R. n.29/2004, che detta "Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale" e del Piano Sociale e Sanitario, i principi e i valori che hanno fino ad oggi guidato la programmazione sanitaria sono ora integrati da quelli intrinsecamente connessi all'evoluzione e all'innovazione che contraddistinguono il Sistema Sanitario Regionale e Provinciale. La nuova legge regionale delinea infatti una prospettiva in cui il Sistema Sanitario sviluppa pienamente le sue prerogative di strumento di protezione sociale, integrando fortemente gli interventi socio-sanitari e sviluppando ulteriormente le forme di partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria ed al governo del sistema. Dunque un **nuovo e più ampio ruolo degli Enti locali nelle relazioni con la Regione e con le aziende sanitarie** per quanto attiene ai poteri in materia di nomina, verifica e revoca dei Direttori Generali, partecipazione alla definizione dei Piani Attuativi Locali, sviluppo di strategie e interventi volti alla promozione della salute e alla prevenzione, partecipazione dei Consigli Comunali e Provinciali alle più significative attività della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, competenze della Conferenza e del Comitato di Distretto nell'individuazione dei Distretti, localizzazione delle strutture, programmazione delle attività. Oltre al rinnovato ruolo degli Enti locali, **acquisisce, poi, rilevanza la posizione del cittadino utente**, titolare del diritto alla salute, al quale l'ordinamento regionale riconosce un ruolo attivo di partecipazione alla definizione delle prestazioni, dell'organizzazione dei servizi e della loro valutazione. Il rinnovato ruolo dei cittadini e degli operatori, attraverso la valorizzazione della loro funzione e delle loro competenze, conferma la validità del processo di aziendalizzazione. Al tempo stesso delinea Aziende con caratteristiche diverse da quelle del 1994, diverse per autonomia di mezzi e responsabilità dei fini, per la collaborazione con professionisti ed operatori nella definizione delle strategie azien-

dali e nell'organizzazione dei servizi, per ruolo di indirizzo e valutazione sui risultati di salute esercitato dagli Enti Locali. L'organizzazione è pertanto chiamata a garantire trasparenza nei confronti dei cittadini, degli utenti e delle loro rappresentanze organizzate.

## Obiettivi

Sulla base delle premesse appena formulate riportiamo di seguito le principali linee di lavoro che hanno rappresentato, per il 2007, l'alveo all'interno del quale tutte le macroarticolazioni aziendali si sono mosse. Ne sono derivate proposte di azioni concrete e elementi per il monitoraggio delle stesse al fine di esercitare un reale supporto all'attività di governo, attraverso un controllo dei principali indicatori e degli eventuali scostamenti significativi che si dovessero rilevare. Tali azioni devono necessariamente essere dirette innanzitutto ad un pieno rispetto dei LEA.

Una precisazione doverosa riguarda il finanziamento delle attività. Nel ribadire che occorre muoversi comprendendo bene i vincoli di bilancio (a tal proposito l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliero – Universitaria hanno prodotto un piano di rientro nel novembre del 2007, rivisto ed ampliato in sede di predisposizione dei documenti programmatori 2008-2010), è altresì importante ricordare che non rappresentano il principale criterio attraverso il quale pensare alle azioni e alle attività da realizzare per offrire un buon servizio ai cittadini. Occorre infatti aver chiaro l'ottica aziendale per comprendere che:

- la responsabilità nella conduzione delle singole macroarticolazioni non può prescindere da una sostanziale integrazione con le altre realtà aziendali;
- è obiettivo di questa direzione incentivare la realizzazione di nuovi progetti che abbiano scopi chiari, misurabili, con una ricaduta effettiva sulla qualità dei servizi offerti ai cittadini;
- a partire dalle considerazioni appena fatte diventa fondamentale la comune decisione sulle priorità nella realizzazione dei progetti che potrebbe portare in certi casi ad escluderne alcuni, in altri a richiedere uno sforzo comune nel reperimento di fondi aggiuntivi (fund raising).

## Assistenza Ospedaliera

È obiettivo di questa Azienda il **consolidamento della rete ospedaliera provinciale**, da realizzarsi attraverso:

- una reale integrazione intra ed interaziendale (tra Azienda USL di Modena, Azienda Ospedaliero – Universitaria, privati accreditati) che contribuisca alla costruzione di un servizio provinciale efficace ed efficiente in grado di soddisfare tutti i bisogni della popolazione di riferimento;
- ridefinizione degli accordi e dei contratti di fornitura con il privato accreditato che tenga conto della nuova rete di offerta provinciale derivante dall'attivazione di due nuovi ospedali, delle conseguenti potenzialità e dei nuovi rapporti di partnership con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

Inoltre sono obiettivi prioritari di quest'Azienda:

- la presa in carico globale dei pazienti (sul modello della breast unit) con particolare riferimento ai pazienti con ictus;
- la partecipazione al progetto "Registro regionale implantologia protesica ortopedica";
- il monitoraggio degli accessi in Pronto Soccorso con l'obiettivo di migliorare i livelli di appropriatezza degli stessi;
- il proseguimento della sperimentazione gestionale del Nuovo Ospedale di Sassuolo monitorando semestralmente l'andamento delle attività;
- il funzionamento corrente dei singoli ospedali (con particolare riferimento ai temi delle infezioni ospedaliere, del buon uso del sangue e degli emoderivati, del prelievo e dell'utilizzo di organi e tessuti).

Ancora, con riferimento all'intera rete provinciale pubblica e privata si ricordano:

- il consolidamento dei risultati raggiunti nel trattamento dello STEMI (ST elevation myocardial infarction) e la definizione di quelli relativi al NSTEMI (non-ST elevation myocardial infarction) il cui tasso di mortalità non si è modificato negli anni, con particolare riferimento alla necessità di uniformare i trattamenti farmacologici e la tempistica di trattamento;
- l'avvio del programma di assistenza allo stroke.

Infine si pone l'attenzione sul contributo che il **Presidio** dovrà dare nella realizzazione degli obiettivi 2007 previsti dal piano delle azioni di recupero, che, di seguito, vengono elencati.

- Definizione della mission delle nuove strutture e dell'intera rete ospedaliera provinciale;
- messa in campo di azioni tese al governo della mobilità passiva e aumento dell'attività legate all'avvio di Baggiovara e alla definizione della mission dell'intera rete;
- piena attivazione del Laboratorio Unificato di Baggiovara (BLU): riorganizzazione dell'offerta e della produzione su base provinciale con l'obiettivo di ottimizzare l'investimento concentrando presso tale sede l'attività per esterni della provincia (compreso il privato accreditato) e l'attività per interni oggi garantita presso altre sedi;
- riorganizzazione generale dell'offerta e della produzione di prestazioni dei servizi di diagnostica per immagini della provincia con pieno utilizzo delle risorse tecnologiche e di personale. In tale ottica è stato elaborato un piano per la collocazione delle Risonanze Magnetiche sul territorio provinciale che prevede l'installazione di macchine per RM nel distretto di Mirandola, Pavullo e una a Castelfranco o Vignola;
- razionalizzazione delle richieste di diagnostica presso terzi;
- completamento dei progetti gestionali per la riorganizzazione dell'emergenza-urgenza provinciale, compresa l'attivazione degli OBI (Osservazione Breve Intensiva) presso gli ospedali di Mirandola, Carpi, Pavullo e Vignola. Riorganizzazione che prevede anche la valorizzazione, ai fini di una riduzione degli accessi inappropriati in P.S., dei punti di primo intervento, dei nuclei di cure primarie e dell'associazionismo tra MMG;
- attenzione ai ricavi (File F e tickets). Tale attività dovrà tradursi anche in un controllo sulle esenzioni per reddito (15% degli aventi diritto) e patologia (10% degli aventi diritto);
- svolgere un ruolo di coordinamento, in uno sforzo congiunto con il Dipartimento Farmaceutico, nel raggiungimento degli obiettivi di "politica del Farmaco";
- sviluppo dell'offerta Ortopedica su base provinciale in collaborazione con gli Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna.

#### **Assistenza distrettuale**

Le linee strategiche dell'anno passato hanno fornito una definizione puntuale dello scenario che si veniva a creare a proposito del nuovo ruolo richiesto dalla L.R. 29/2004 ai Distretti che in sinergia con la Direzione Aziendale:

"sviluppano un'azione di committenza a livello locale, programmando e monitorando il processo erogativo dei servizi e delle attività attraverso le diverse articolazioni organizzative pubbliche e private accreditate ed integrandosi con gli Enti Locali per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale. Il pieno esercizio di questa funzione passa ovviamente attraverso il consolidamento, nei singoli territori, di obiettivi di presa in carico, di continuità, di governo dei processi di cura e di assistenza, di integrazione con l'ente locale e le rappresentanze dei cittadini e del volontariato, di potenziamento della cultura del servizio e del ruolo dirigenziale in capo ai singoli attori."

In particolare in tema di Assistenza distrettuale sono obiettivi di questa Azienda:

- consolidare la definizione del ruolo dei Distretti in ambito non solo di erogazione ma anche di committenza anche attraverso la ridefinizione formale del ruolo degli stessi all'interno del nuovo atto aziendale;
- sviluppare l'integrazione socio-sanitaria attraverso l'implementazione di strumenti di gestione integrata che, nel solco tracciato dal Piano sociale e sanitario regionale, mirino al superamento della separazione fra problematiche di carattere sanitario e quelle di carattere sociale. In questa prospettiva si colloca la sperimentazione del FRNA (Fondo Regionale per la Non Autosufficienza), che nel 2007 avrà un ulteriore impulso e sviluppo. Per perseguire gli obiettivi del FRNA sarà necessario attivare **due momenti di programmazione**: uno provinciale promosso dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, che preveda la presenza dei rappresentanti **della Azienda USL, della Provincia e dei Comuni capidistretto**, con lo scopo di realizzare un'analisi complessiva dei bisogni socio sanitari e definire un piano triennale - finalizzato al riequilibrio della offerta dei servizi - di ripartizione delle risorse sul territorio provinciale e un piano distrettuale che, promosso dal Comitato di Distretto d'intesa con il Direttore di Distretto, traduca in linee operative le indicazioni della programmazione provinciale per un consolidamento e una ridefinizione dell'offerta dei servizi per la non autosufficienza, che vede nel tema della domiciliarità un punto di riferimento obbligato nel piano strategico;

- rafforzare i percorsi terapeutico-assistenziali integrati ospedale/territorio e la gestione delle dimissioni protette per garantire la continuità delle cure. (vedi anche Assistenza Ospedaliera: "La presa in carico globale dei pazienti...").

In particolare si pone attenzione su:

- **assistenza domiciliare:** partendo dall'assunto che la residenza è la casa del paziente dove lo stesso può e deve permanere in presenza di patologia non acuta, occorre ragionare sulla strutturazione di una sequenza di interventi integrativi per sviluppare progetti che vedano l'assistenza domiciliare come una scelta strategica rivolta al paziente con patologie croniche, al fragile, al paziente con disagio psichico e al diversamente abile;
- **residenzialità e nuclei ad alta intensità assistenziale:** l'aumento delle patologie che per la loro complessità necessitano di livelli assistenziali elevati (tracheostomizzati, pazienti in ventilazione invasiva, comi di difficile gestione, gravi handicap post traumatici in giovani adulti), la difficoltà della rete familiare a garantire in determinate situazioni una risposta a domicilio, nonché le carenze nell'attuale rete dei servizi sociosanitari, impongono di continuare nell'ambito della residenzialità la progettazione di punti qualificati in grado di diversificare gli interventi e garantire livelli assistenziali più elevati e appropriati. Tutto questo è possibile grazie alla strutturazione di nuclei ad hoc per i quali deve essere previsto l'idoneo supporto tecnico e professionale e l'integrazione dei professionisti ad essi dedicati;
- rafforzare il processo di progressiva caratterizzazione dei **Nuclei di Cure Primarie (NCP)** come sede di riferimento, che favorisca l'integrazione delle diverse professionalità in esso contenute (MMG, PLS, Servizio Infermieristico, servizi di base dei Dipartimenti di Sanità Pubblica e di Salute Mentale). Inoltre questa Azienda intende incentivare tutte le azioni intraprese per un'effettiva integrazione ospedale-territorio attraverso la realizzazione di progetti sperimentali congiunti tra NCP e Presidio. In particolare per il 2007 l'Azienda USL di Modena prevede di promuovere l'evoluzione dei Nuclei di Cure Primarie, così come individuata nell'Accordo Regionale della Medicina Generale, privilegiando in particolare lo sviluppo della capacità dei MMG di lavorare in un contesto ad orga-

nizzazione aziendale, mantenendo la propria autonomia e salvaguardando il proprio ruolo di responsabili terapeutici.

#### Da garantire in tutti i NCP

- Continuità assistenziale (h.12), articolata attraverso un sistema di triage per far fronte alle richieste di urgenza ambulatoriale nelle fasce orarie in cui il MMG non è in studio. Tali richieste sono affrontate creando una risposta completa al paziente che comprenda anche il percorso successivo, con particolare riferimento all'approfondimento diagnostico (tramite la sperimentazione di un modello per la gestione delle chiamate, urgenti e non, negli ambulatori dei Medici di Medicina Generale e impiegando infermieri che, attuata un'analisi, effettuano una valutazione e forniscono la risposta più adeguata);
- ambulatori per patologia (diabete, scompenso cardiaco, TAO, patologie psichiatriche minori, ecc.): è da prevedere il coinvolgimento degli specialisti convenzionati, interni e ospedalieri.
- Ambulatorio infermieristico:
  - prestazioni effettuate nell'ambito della gestione della cronicità;
  - prestazioni effettuate al di fuori della gestione della cronicità (triage, gestione dei presidi, brevi cicli di prestazioni).

#### Attività di prevenzione che si possono effettuare nei NCP

- educazione a stili di vita salutari;
- educazione terapeutica (in collaborazione con i MMG);
- screening aziendali: sensibilizzazione degli assistiti, monitoraggio;
- promozione di vaccinazioni per soggetti a rischio (es.: antipneumococcica in soggetti nefrosici e asplenic);
- sorveglianza (diagnosi, terapia-follow up, prevenzione contatti) malattie infettive (es. TB);
- altro.

#### Tappe di sviluppo dei NCP

Per ognuna delle attività da garantire comunque all'interno dei NCP si possono prevedere diversi livelli di sviluppo, in relazione alle caratteristiche locali (territorio, disponibilità di sedi, di risorse aziendali - economiche e organizzative -, disponibilità dei MMG) e secondo scadenze temporali determinate (a breve, medio e lungo termine, che, nella fattispecie, si intendono comprese nel periodo 2007-2009).

I compensi previsti dall'accordo devono intendersi erogati:

- per il 2006 = per la semplice adesione (come, peraltro, previsto dall'accordo regionale);

- per gli anni successivi = graduandoli in rapporto al raggiungimento degli obiettivi secondo una logica riassunta nello schema seguente:

GRADUAZIONE dei COMPENSI	NCP di base		NCP intermedio		NCP evoluto (modello "Casa della salute")	
	Attività	Compensi	Attività	Compensi	Attività	Compensi
Organizzazione	Da realizzare nel periodo 2007-2008		Da realizzare nel periodo 2007-2008		Da sperimentare nel periodo 2007-2008	
Orario delle attività						
Prestazioni						
PDT						
Integrazione con altre figure						

#### Altri obiettivi in area distrettuale sono i seguenti:

- assicurare la completa implementazione di tutte le azioni previste dalla DGR n. 2068/2004 relativa all'attuazione del sistema delle reti integrate per le persone con gravissime disabilità acquisite. Di fondamentale importanza sarà la forte sinergia tra Comuni e Azienda USL per consentire la permanenza della persona presso il proprio domicilio, la continuità assistenziale e l'adeguatezza degli interventi a supporto del malato, della famiglia e/o di altre persone che dovessero farsi carico del paziente;
- realizzare quanto previsto dal Programma regionale G. Leggieri sul trattamento integrato dei disturbi mentali nell'ambito della medicina generale;
- rafforzare il Programma aziendale relativo all'assistenza odontoiatrica. L'ultimo rapporto Regionale inerente i Programmi odontoiatrici (Rapporto n° 1051643 del 22 Novembre 2006) inquadra i risultati del 1° semestre 2006 evidenziando per la nostra Azienda alcuni punti critici che la posizionano al di sotto della media regionale. Obiettivo, quindi, sarà quello di rafforzare tali Programmi al fine di rientrare almeno nei parametri di media regionale;
- contribuire a garantire il rispetto dei tempi d'attesa in ambito provinciale, secondo quanto indicato dal Documento approvato in Conferenza Stato-Regioni in data 28 marzo 2006 e nel rispetto della DGR n.1532/2006 attraverso una piena corresponsabilizzazione ed integrazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria e il privato accreditato, per quanto concerne le attività di ricovero e ambulatoriali previste, ivi compresa la parte relativa all'assistenza ospedaliera;

- ultimare il processo di semplificazione dell'accesso ai percorsi di approfondimento diagnostico nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale, ponendo particolare attenzione al riassetto complessivo dell'attività stessa in un'ottica di continuità assistenziale;
- incrementare le attività di day service ambulatoriale, riconvertendo l'attività di day hospital;
- consolidare le strutture organizzative a sostegno dello svolgimento delle attività (Punti di Accoglienza, Centro Servizi Ambulatoriali);
- proseguire le azioni di miglioramento del percorso nascita, attraverso la promozione del ruolo del consultorio per incrementare la percentuale di donne prese in carico e la continuità dell'assistenza, nonché la messa in atto di modalità di ricerca attiva indirizzata alla popolazione in condizioni di svantaggio socio-economico - tra cui la popolazione immigrata - tramite la promozione di linee guida per l'assistenza e indicazioni per la promozione dell'allattamento al seno.

#### **Multietnia e medicina delle migrazioni**

La rinnovata struttura della popolazione impone una maggiore attenzione ai problemi di accesso ai servizi degli immigrati (gap generati dalla multietnia) e la necessità di individuare in modo organico soluzioni atte a superare le disuguaglianze che si sono create. Importante la ricognizione e la messa a sistema delle diverse iniziative avviate sul tema e l'individuazione di un coordinamento delle attività e dei servizi socio-sanitari rivolti ai cittadini stranieri. In tal senso si intende proseguire l'attività della Commissione Immigrati Aziendale.

## **Bilancio di Missione**

Tale strumento, che nasce nel 2004, vuole essere una rendicontazione socio-sanitaria delle attività svolte, al fine di avere una visione più globale e con trend temporali delle azioni e degli sforzi messi in campo dall'Azienda nel suo complesso. Obiettivo per il 2007 è stata una revisione dello strumento (anche sulla base delle indicazioni fornite dalla lettura critica del gruppo regionale) per poi diffonderne l'utilizzo ai diversi stakeholder ed in particolare presso i Comitati di Distretto.

## **Politiche del farmaco**

Sono obiettivi di questa Azienda:

- monitorare e concorrere al mantenimento del tetto di spesa farmaceutica, che dovrà attestarsi entro il 16% rispetto alla spesa sanitaria complessiva;
- promuovere l'appropriatezza prescrittiva tramite l'informazione e la formazione dei medici prescrittori;
- promuovere e incentivare l'uso dei farmaci generici e la prescrizione per principi attivi.

## **Ricerca e Innovazione**

Sono obiettivi di questa Azienda:

- favorire lo sviluppo a livello regionale delle piattaforme tecnologiche e informative rilevanti ai fini del potenziamento delle capacità di ricerca, garantendo il mantenimento e lo sviluppo di quei database clinici/registri di patologia o di procedure/interventi;
- garantire la partecipazione alle iniziative progettuali sviluppate nell'ambito del Programma Ricerca e Innovazione (PRIER) coordinato dall'Agenzia Sanitaria Regionale;
- sviluppare e consolidare l'infrastruttura aziendale per il governo della ricerca e l'innovazione;
- consolidare la partecipazione, attraverso la presentazione di diversi progetti, ai bandi di finanziamento europei.

## **Sanità pubblica**

Per l'ambito della Sanità Pubblica vengono definiti i seguenti obiettivi.

### **Screening Oncologici**

- Garantire il rispetto della progressione delle chiamate dei tre programmi di screening oncologici attivi, con particolare riferimento allo screening dei tumori del colon-retto sul quale Modena ha accumulato un grave ritardo; contemporaneamente, dovrà essere curato il mantenimento dei livelli di adesione raggiunti e favorita la partecipazione dei gruppi di popolazione più svantaggiata;

- screening mammografico: definizione di un piano di recupero e sviluppo;
- assicurare la continuità dei percorsi diagnostico-terapeutici conseguenti alla positività del test di screening, migliorando l'andamento dei tempi intercorrenti fra le diverse fasi del percorso diagnostico-terapeutico, al fine di raggiungere gli "standard desiderabili" definiti a livello regionale;
- garantire la partecipazione alle iniziative di controllo di qualità, adottando le eventuali misure correttive necessarie;
- avviare gli interventi sulla familiarità per quanto riguarda i tumori colon-rettali come da contratto di fornitura con l'Azienda Ospedaliero Universitaria.

## **Malattie Infettive**

- Assicurare la sorveglianza delle malattie infettive e gli interventi di controllo conseguenti, prendendo parte anche al sistema regionale di segnalazione rapida di eventi epidemici e di eventi sentinella nelle strutture sanitarie e nella popolazione generale.

## **Vaccinazioni**

- Garantire il mantenimento dei livelli già raggiunti di copertura vaccinale per l'infanzia e migliorare le coperture vaccinali nei gruppi a rischio, compresi gli operatori di assistenza;
- garantire il corretto funzionamento dell'anagrafe vaccinale informatizzata, in modo da rispondere compiutamente alle informazioni richieste a livello regionale.

## **Infortuni e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro**

- Assicurare lo sviluppo di adeguati programmi per la gestione del rischio, con particolare riferimento alla prevenzione e alla protezione dal rischio biologico e al miglioramento della tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, in una visione integrata rispetto all'utenza, ai professionisti e all'organizzazione;
- garantire, compatibilmente con le risorse, la prosecuzione del programma di adeguamento delle strutture aziendali a destinazione sanitaria a quanto previsto dalla L.R. 34/98 e successiva DGR n. 327/04;
- garantire le attività di vigilanza e assistenza finalizzate alla riduzione degli infortuni sul lavoro con particolare riferimento al comparto edilizio e al settore delle grandi opere infrastrutturali.

### Altri obiettivi della Salute Pubblica

Collaborare al raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano Regionale della Prevenzione, in particolare:

- prevenzione dell'obesità e la promozione di stili di vita sani;
- prevenzione delle complicanze del diabete. In Emilia-Romagna dal 2001, è stato istituito un panel per l'elaborazione di linee guida per il management del diabete mellito di tipo 2. Tale gruppo era chiamato ad effettuare una revisione sistematica delle linee guida nazionali e internazionali sul diabete mellito e a identificare i criteri principali di un accordo per la gestione integrata del diabete mellito. Successivamente sono state concordate le raccomandazioni cliniche e gli indicatori di monitoraggio (circolare RER 14/2003). L'esperienza di Modena rappresenta la punta avanzata di questo importante progetto regionale e il progetto pilota di disease management del Distretto di Modena ha portato alla elaborazione di dati di monitoraggio e alla individuazione di indicatori di processo e di esito. Nel 2007 l'esperienza del Distretto di Modena verrà portata a sistema;
- la nuova modalità di concedibilità in regime SSN degli ipolipemizzanti ha introdotto il concetto di rischio cardiovascolare globale: la Regione Emilia-Romagna ha sollecitato i MMG all'adozione delle Carte del Rischio. In tale direzione la nostra provincia ha provveduto a:
  - contestualizzare le carte del rischio sulla popolazione italiana così da fornire un supporto ai MMG nella comprensione sia del fenomeno che dell'approccio metodologico ad esso;
  - reclutare i MMG (circa 97) per promuovere il progetto;
  - produrre materiale informativo da fornire in copia all'assistito contenente i consigli per l'adeguata riduzione del rischio cardiovascolare;
  - fornire una prima formazione sul campo ai professionisti.  
Occorre, per il 2007, proseguire nell'attività di prevenzione delle recidive a seguito di eventi ischemici coronarici attraverso la diffusione e applicazione operativa della carta del rischio cardiovascolare così come della raccolta e analisi dei dati che da tale programma emergeranno;
- incidenti stradali e domestici e infortuni sul lavoro;

Per l'Area della Sanità Pubblica Veterinaria, l'Azienda dovrà:

- dare piena attuazione alle disposizioni normative in tema di sicurezza alimentare contenute nei Regolamenti Comunitari 852, 853, 854, 882/2004 e successive modifiche e integrazioni. In particolare dovranno essere rispettate le disposizioni riguardanti i controlli ufficiali sull'intera filiera di produzione degli alimenti destinati all'uomo e all'alimentazione degli animali ad uso zootecnico, in ottemperanza alle linee guida regionali di volta in volta emanate;
- mantenere l'efficacia e l'efficienza dei sistemi di gestione delle emergenze veterinarie epidemiche.

### Salute Mentale

L'Azienda si pone l'obiettivo di:

- consolidare la struttura del Dipartimento di Salute Mentale nella sua capacità di erogare servizi di salute mentale di comunità, attraverso il perfezionamento dell'articolazione intradipartimentale delle discipline afferenti sia extra dipartimentale, particolarmente nei confronti dei Distretti Sanitari; sviluppare programmi specifici dedicati a popolazioni target portatrici di bisogni emergenti o straordinari;
- programmare il riordino dell'attività dei Presidi ospedalieri di Diagnosi e Cura provinciali e di risposta all'emergenza-urgenza psichiatrica;
- completare il circuito delle residenze e semiresidenze dei settori di psichiatria e neuropsichiatria infantile del DSM, in particolare attraverso l'individuazione di risposte adeguate alle esigenze socio-sanitarie specifiche, anche attraverso la ricollocazione di risorse attualmente dedicate all'assistenza in regime di degenza;
- sviluppare ulteriormente l'integrazione tra attività assistenziale, di ricerca e di formazione nel rapporto con i titolari di insegnamenti universitari relativi all'area della Salute Mentale convenzionati.

Tali azioni saranno sintetizzate in un Piano psichiatrico provinciale da sottoporre alla CTSS.

### Governo aziendale

Nell'ambito della gestione delle risorse umane la Direzione Generale dell'Azienda USL di Modena intende perseguire obiettivi articolati secondo le direttrici seguenti:

#### Governo dei costi

L'Azienda governerà la spesa del personale garantendo che la gestione degli organici avvenga

in coerenza con gli obiettivi fissati dalla Regione in applicazione delle norme finanziarie nazionali. A tal fine, cura particolare sarà prestata affinché le misure orientate all'attivazione del nuovo ospedale di Baggiovara siano adottate nell'ambito di sistemi pianificati atti a garantirne il controllo e la trasparenza, oltre che la sostenibilità sotto il profilo economico. Tutto ciò sarà realizzato garantendo percorsi coordinati rispetto alle correlative dinamiche in essere presso l'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Modena.

### **Orientamento degli istituti dei CCNL agli obiettivi aziendali e qualità della contrattazione integrativa aziendale**

L'utilizzo degli istituti contrattuali da parte dell'Azienda avverrà secondo un'ottica strategica rispetto agli obiettivi aziendali, orientandone l'applicazione al fine di costituire le migliori condizioni di gestione dei rapporti di lavoro per l'attuazione dei programmi e lo sviluppo dei sistemi organizzativi.

In tal senso anche la contrattazione integrativa si svilupperà in coerenza delle scelte effettuate a livello regionale nelle linee di indirizzo per i CCNL ed in materia di sviluppo delle risorse umane del SSR tenuto conto della sostenibilità del sistema.

### **Valorizzazione delle risorse professionali e degli strumenti di sviluppo**

La ricchezza dei sistemi professionali aziendali sarà valorizzata ed integrata secondo i principi stabiliti dalla L.R. n. 29/2004 e secondo le direttrici fissate nel nuovo Atto aziendale elaborato nell'ambito delle linee guida fissate dalla Regione.

In tale contesto particolare rilevanza assumerà:

- la messa a regime dei sistemi di valutazione aziendali quali strumenti utili al miglioramento della gestione e alla crescita delle risorse umane, a supporto dei percorsi di riorganizzazione aziendale;
- il miglioramento continuo dei sistemi di incentivazione del personale dirigente e del comparto, tramite un tendenziale incremento delle quote di risorse assegnate sulla base di obiettivi e programmi formalmente definiti, a cui consegua – dopo l'effettiva verifica del conseguimento dei risultati prestabiliti - la corresponsione delle relative quote di retribuzione premiante.

L'Azienda, inoltre, si impegna a:

- rispettare i tempi di attuazione degli interventi previsti nell'Accordo di Programma ex art. 20 Legge n. 67/88, nel Programma "Libera professione intramuraria" ex D. Lgs. 254/2000,

nel Programma regionale di investimenti in sanità di cui alla DGR n. 483/2003 e successive integrazioni e nel Programma "Hospice" ex lege n. 39/1999;

- garantire l'integrazione con il sistema informativo dell'Azienda Ospedaliero Universitaria anche per il monitoraggio della mobilità sanitaria e degli accordi di confine;
- migliorare il sistema informativo della salute mentale;
- sviluppare il sistema informativo per l'area dell'integrazione socio-sanitaria;
- migliorare la rilevazione della specialistica ambulatoriale, necessaria anche per la valutazione dei tempi d'attesa, del day-service ambulatoriale, dei programmi di screening, e dell'attività in libera professione intramoenia;
- contribuire allo sviluppo del Progetto SOLE con un'attiva collaborazione e un'azione coordinata con l'Azienda Ospedaliero Universitaria; a tal fine è necessario informatizzare e rendere disponibile al sistema SOLE la documentazione clinica.

### **AVEN (Area Vasta Emilia Nord)**

In un sistema che si pone l'obiettivo di mantenere e salvaguardare le autonomie aziendali, è stato indispensabile rafforzare la prospettiva sovraziendale come dimensione ottimale finalizzata ad effettuare operazioni di acquisizione di beni e servizi e per le funzioni di logistica. Il tutto senza precludersi il perseguimento di obiettivi di efficienza mediante economie di scala. Nel corso del 2007, si è dato corso ad iniziative volte a consolidare i brillanti risultati già raggiunti, allargando il raggio d'azione alle aree dei dispositivi e dei devices, più onerose sul piano della gestione delle singole procedure perché prive di una specifica letteratura di riferimento e molto condizionate dalle abitudini dei professionisti. L'adesione dei professionisti alle indicazioni emerse dai gruppi di lavoro interaziendali, nonché a quanto definito con le gare, risulta una priorità. Nel contempo, con il progressivo consolidamento delle attività di Intercent-ER sono state promosse specifiche gare a valenza regionale.

### **Risk Management**

Potenziare e proseguire nell'attività che l'Azienda USL di Modena ha avviato da alcuni anni. Si sono già realizzati, infatti, nel tempo progetti che, percorrendo strade diverse e lavorando su ambiti apparentemente distinti, si sono orientati ad un comune obiettivo: la gestione del rischio e della sicurezza nelle organizzazioni sanitarie,

inquadrata nella logica del governo clinico, in coerenza con il percorso dell'accreditamento istituzionale. Come esito di questo lavoro si è diffusa la consapevolezza che la sicurezza dei pazienti si determina non solo come risultato di una pratica clinica ed assistenziale efficace, conforme agli standard professionali, ma anche per effetto della sicurezza degli ambienti di lavoro e delle pratiche di protezione adottate dai lavoratori. Occorre proseguire nel solco del lavoro già condotto in alcune Unità Operative sul tema dell'incident reporting, con la messa a punto di procedure specifiche nella gestione e manutenzione delle

strutture e degli impianti, l'utilizzo del sistema di rilevazione dei reclami come strumento di relazione e comunicazione con i cittadini per prevenire il contenzioso, attivando - se possibile e attraverso lo sviluppo di tecniche di mediazione dei conflitti e di conciliazione - soluzioni stragiudiziali del momento risarcitorio. Tutto ciò costituisce un patrimonio importante di esperienze, strutturato nel contesto della responsabilità complessiva della produzione aziendale e del governo dei processi, i quali sono finalizzati ad incrementare i livelli di sicurezza all'interno dell'organizzazione sanitaria per i pazienti e gli operatori.

### 3.3 Sistema circolare di pianificazione e controllo (e strategie per il perseguimento degli obiettivi)

Dopo questa rapida descrizione dei macro-obiettivi che, in coerenza con la pianificazione regionale e gli indirizzi territoriali, testimoniano l'impegno dell'Azienda verso l'innovazione e il rafforzamento delle azioni intraprese per il miglioramento dei servizi garantiti alla popolazione, si illustrano - preliminarmente alla descrizione dei risultati conseguiti nel corso del 2007 - le strategie adottate per il perseguimento degli obiettivi medesimi. Il modello teorico/concettuale di riferimento e le varie fasi del processo di programmazione e controllo di seguito descritti, sono tratti dal Documento di programmazione e pianificazione approvato con Delibera del Direttore Generale del 21.09.2004.

#### 3.3.1 Il modello di pianificazione e controllo

L'Azienda utilizza la cultura e la pratica del governo per obiettivi, adottando un sistema diffuso di pianificazione e controllo "circolare", top-down e bottom-up, che coinvolge tutti i livelli di responsabilità. Tale sistema è incardinato sull'incontro e sull'integrazione fra gli indirizzi generali provenienti dalla Regione, dalle comunità locali e dalla Direzione, propri della funzione di "committenza", e le proposte tecnico-operative provenienti dai nuclei produttivi, a partire dai livelli di responsabilità di base, propri delle funzioni di "produzione". L'incontro fra i due flussi programmatori ha lo scopo di mettere a punto e di realizzare una programmazione aziendale a doppia congruenza, in quanto in linea sia con le politiche sanitarie nazionali e re-

gionali, sia con i bisogni specifici della popolazione e con i suggerimenti e le proposte tecniche e organizzative dei professionisti e degli operatori. Prevede il raccordo e la compatibilizzazione degli obiettivi, delle azioni e delle risorse delle strutture interdipendenti, che - per massimizzare i livelli di qualità e di efficienza produttiva - devono operare in sintonia e in sinergia reciproca. Al suo interno, il piano operativo in particolare rappresenta il punto di riferimento per la definizione delle risorse necessarie (budget) per realizzare gli obiettivi e le azioni previste in un quadro fondato sul binomio competenze autonome-responsabilità sui risultati, che caratterizza le relazioni fra la Direzione ed i dirigenti/professionisti. Il modello proposto si sostanzia in due fasi rilevanti e distinte, una discendente (top-down) e



un'altra ascendente (bottom-up), poste in stretta e organica connessione fra di loro.

Il processo prende l'avvio con la fase discendente il cui punto di partenza è costituito dalla definizione e presentazione agli operatori delle linee strategiche annuali, che debbono indicare le priorità che l'Azienda si impegna a perseguire per il periodo di riferimento relativamente agli ambiti di attività che le competono.

Le linee strategiche formulate dalla Direzione Aziendale sono il frutto di una pluralità di incontri/confronti. Con gli operatori interni, come momento di ascolto preliminare, utile ad individuare, condividendone la rilevanza, le principali criticità presenti in Azienda, con i cittadini singoli ed associati, e, soprattutto, con i soggetti istituzionali chiamati a rappresentarli per una definizione congiunta delle priorità da perseguire, tenuto conto sia degli aspetti tecnici (appropriatezza) che dei bisogni rilevati.

La dimensione aziendale, coincidente con l'ambito provinciale, può rendere opportuna una contestualizzazione di tali linee strategiche compiuta dai livelli organizzativi inferiori alla Direzione Aziendale, proprio per sottolineare e specificare alcuni aspetti e "criticità" tipicamente locali.

In altri termini, nella **fase discendente** del processo di programmazione, quella top-down, ciascun livello organizzativo - individuando gli aspetti più critici e rilevanti e presentandoli come elementi di riferimento - è chiamato, in primis, ad orientare le proposte delle unità afferenti e, successivamente, a creare le condizioni migliori affinché le Unità Operative producano analisi, valutazioni, idee e programmi il più possibile efficaci, congruenti e razionali.

La **fase ascendente** parte dalla costruzione dei Piani di Unità Operativa.

Il Piano rappresenta la dimensione annuale della programmazione aziendale ed identifica le modalità concrete attraverso le quali realizzare le strategie aziendali.

Esso definisce per ciascuna Unità Operativa i risultati attesi (obiettivi), le azioni opportune per il concreto perseguimento di tali obiettivi, e individua le risorse necessarie per perseguire compiutamente obiettivi ed azioni.

Il Piano di Unità Operativa, elaborato in modo partecipato, rappresenta per tutti i livelli di responsabilità il punto di riferimento per la definizione e la negoziazione del budget.

Il processo negoziale di budget non si sviluppa in modo aprioristico focalizzandosi su obiettivi e azioni di contenuto sanitario e organizzativo, bensì per-

mette di aprire un confronto negoziale sul terreno "clinico", ossia vicino agli interessi e alla cultura dei professionisti, ponendo le basi per indirizzare ogni Unità Operativa verso gli obiettivi fissati.

È attraverso il processo negoziale fra Unità Operativa e Macroarticolazione organizzativa che, queste ultime, elaborano e mettono a punto il proprio Piano, la cui configurazione rappresenta una sommatoria/sintesi dei Piani delle diverse Unità Operative gerarchicamente afferenti, integrato ed eventualmente completato con obiettivi/azioni particolari di respiro più generale e trasversale.

L'approvazione dei Piani ai diversi livelli organizzativi chiude il processo di programmazione e avvia quello di realizzazione, che, a sua volta, presuppone l'attivazione di un adeguato sistema di monitoraggio, definito contestualmente all'individuazione di obiettivi e azioni all'interno di ciascun piano.

Nell'ambito del processo circolare descritto, ad ogni livello organizzativo, ciascun obiettivo/azione dovrà essere accompagnato dall'individuazione di un sistema di misurazione, anch'esso concordato, in grado di segnalare in modo tempestivo eventuali criticità, intese come scostamenti dai risultati attesi.

### 3.3.2 I livelli e gli strumenti di pianificazione e programmazione

Gli ormai noti strumenti della programmazione hanno rappresentato gli elementi fondamentali della pianificazione e programmazione anche per il 2007, mentre sono prevedibili sostanziali modifiche a partire dal 2008 a seguito dell'effettiva introduzione del Piano Sociale e Sanitario 2008-2010, che tende a superare diversi strumenti attualmente in uso e a fissarne dei nuovi, frutto anche dell'accorpamento degli attuali. Essi sono rappresentati dal Piano Per la Salute, dal Piano Programmatico, dal Bilancio Pluriennale di Previsione e dal Piano Attuativo Locale (PAL); avendo invece come riferimento il breve periodo, gli strumenti utilizzati sono il Bilancio Economico Preventivo, il Budget e, a livello distrettuale, i Piani di Attività (PAT), strumenti su cui non si ritiene di declinare tempi e contenuti in quanto ampiamente noti.

Dopo avere illustrato le linee strategiche, le modalità e i modelli attraverso i quali l'Azienda persegue le proprie finalità, si riportano, di seguito, i risultati attesi e quelli conseguiti, supportati, ove possibile, da parametri quantitativi e da valutazioni sullo stato d'avanzamento. In ultima battuta si trovano alcune note sulle prospettive e sulla programmazione futura secondo le prospettive sopra citate.

### 3.4 Centralità del cittadino

L'ordinamento regionale riconosce al cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute, un ruolo attivo nella partecipazione alla definizione delle prestazioni, dell'organizzazione dei servizi ed alla loro valutazione.

*L'Azienda "conforma la propria azione a criteri di efficacia, equità distributiva, efficienza ed economicità dei servizi e di gestione, mediante il buon uso delle risorse disponibili, sempre nel pieno rispetto dei diritti e della dignità della persona, principio-guida del proprio agire. L'Azienda assume come idea guida la centralità del cittadino perché la sua salute rappresenta la ragione d'essere e l'obiettivo delle attività aziendali, ed i suoi bisogni, le sue aspettative e la percezione di affidabilità dei servizi erogati costituiscono il punto di riferimento per il buon funzionamento aziendale" (Atto aziendale dell'Azienda USL di Modena).*

La centralità del cittadino è dunque un principio ispiratore dell'intera attività aziendale. Allo scopo di dare piena applicazione a questo principio, nella convinzione che non ci possa essere reale e proficuo coinvolgimento senza la conoscenza che deriva da una corretta informazione, l'Azienda ha potenziato il sistema delle relazioni esterne, dotandosi di una struttura, il Sistema Comunicazione e Marketing, finalizzata alla messa a punto di strategie e politiche di comunicazione con i cittadini. Definire quali canali usare e di quali strumenti dotarsi perché la gestione delle relazioni con la comunità sia efficace richiede un lavoro integrato fra i diversi servizi del Sistema Comunicazione e tutte le Unità Operative territoriali ed ospedaliere dell'Azienda. Il Sistema Comunicazione e Marketing ha, quindi, il compito di coordinare, integrare e sviluppare le iniziative e le strutture in atto nel campo dell'informazione, della comunicazione e dell'educazione alla salute (Delibera del Direttore Generale n. 232/2000).

#### 3.4.1 Partecipazione del cittadino alla definizione delle prestazioni, dell'organizzazione ed alla valutazione dei servizi

I temi trattati nel paragrafo:

- l'Azienda USL ed il rapporto con i cittadini: il Sistema Comunicazione e Marketing;
- Ufficio Relazioni con il Pubblico;
- cittadini e giudizio sui servizi erogati: l'esperienza dell'Audit Civico.

Nell'ottica di un cittadino che, titolare del diritto di salute, è chiamato a svolgere un ruolo attivo di partecipazione nell'organizzazione e nella valutazione del servizio sanitario, rivestono particolare importanza gli interventi posti in essere dall'Azienda al fine di garantire la partecipazione dei cittadini alla progettazione, condivisione e valutazione dei servizi. La partecipazione dei cittadini, infatti, incidendo sul sistema dei valori, dei bisogni e delle aspettative, induce l'organizzazione a rispondere al meglio alla sua missione.

#### **L'Azienda USL e il rapporto con i cittadini: il Sistema Comunicazione e Marketing**

L'impegno volto a rendere trasparente il rapporto con i propri interlocutori, ponendoli al centro del proprio operare, e la realizzazione di percorsi di comunicazione efficaci per la promozione della salute e in grado di raggiungere l'intera popolazione, senza esclusione delle fasce più deboli, sono stati gli obiettivi dell'Azienda e del Sistema Comunicazione nell'anno 2007.

Collante di tutte le iniziative e strategie volte alla promozione del corretto rapporto fra Sanità e Cittadino è, infatti, il Sistema Comunicazione e Marketing, che integra le diverse competenze aziendali e - attraverso innovativi progetti di marketing sociale - si apre a nuove modalità d'integrazione con diversi settori della società. I diversi Servizi che afferiscono al Sistema Comunicazione gestiscono differenti modalità relazionali con i cittadini:

- il Laboratorio per il Cittadino Competente, attraverso il coinvolgimento diretto dei cittadini e con la collaborazione degli operatori sanitari, costruisce progetti per rendere le persone capaci di promuovere/tutelare la propria salute;

- L'Ufficio Relazioni con il Pubblico, contribuisce a facilitare l'accesso dei cittadini ai servizi, garantisce un'informazione chiara ed accessibile a tutti, individua i bisogni dell'utente (funzione di ascolto), valuta la soddisfazione degli utenti (coordinamento dei Comitati Consultivi Misti);
- L'Educazione alla Salute\*, garantisce un'ampia attività grazie a professionisti sanitari che operano nella scuola, negli ambienti di lavoro ed in altri contesti di aggregazione sociale;
- L'Ufficio Stampa e Media\*, gestisce i rapporti con gli organi d'informazione, (predisposizione di articoli giornalistici, comunicati stampa, organizzazione conferenze stampa, ecc.).

[\*questi ultimi due punti verranno trattati nella sezione 5 dedicata alla Comunicazione]

Al Laboratorio per il Cittadino Competente, più in particolare, spetta il compito dell'alfabetizzazione sanitaria e dell'"empowerment" (acquisizione di competenza e consapevolezza) del cittadino. "È necessario informare e formare il cittadino per sostenere il processo di costruzione di opinioni sulla salute".

Per fare in modo che il cittadino "acquisisca la capacità di", nel corso dell'anno 2007 sono stati realizzati incontri di formazione con operatori sanitari, incontri di formazione con i cittadini (rappresentanti di Associazioni di volontariato, pensionati anziani), ed è stato elaborato materiale informativo con il coinvolgimento dei cittadini sui temi della promozione di sani stili di vita. Si sottolinea, in particolare, che i materiali informativi prodotti sono stati sottoposti "ai cittadini" per una validazione dei contenuti allo scopo di testarne la comprensibilità; da ultimo, sono stati progettati materiali per l'educazione terapeutica.

Le finalità, le strategie, le iniziative e gli strumenti prodotti ed adottati dall'Azienda nel tempo per favorire il rapporto con l'esterno e promuovere il coinvolgimento del cittadino troveranno maggiore spazio nella sezione 5, dedicata in modo specifico alla comunicazione. Di seguito sono proposti solo alcuni brevi cenni e la descrizione delle iniziative proprie del 2007.

### **Ufficio Relazioni con il Pubblico**

Si intende, in questa sede, dare rilevanza all'attività dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), la struttura deputata a garantire i rapporti diretti fra i cittadini e l'Azienda USL di Modena. Tenuto conto dell'ampiezza del territorio di competenza e della pluralità dei punti di accesso con migliaia di utenti, il modello URP modenese è stato messo

a punto sulla base del concetto di "**amministrazione vicina al cittadino**"; è operativo su tutta la provincia già da diversi anni e prevede una rete di cui fanno parte, oltre all'Ufficio Relazioni con il Pubblico centrale, con funzioni di coordinamento aziendale, 7 URP decentrati presenti in ogni comune capoluogo di Distretto, un ufficio presso il Nuovo Ospedale S. Agostino Estense di Baggiovara e circa 90 punti informativi, presso le portinerie delle diverse sedi sanitarie. L'URP provinciale assicura un'informazione chiara e riservata sulle attività e sui servizi, sulla struttura organizzativa dell'Azienda, sulle modalità di accesso alle prestazioni e sui tempi di attesa. L'URP esercita principalmente una funzione di ascolto e di individuazione del bisogno dell'utente e, su questa base, fornisce le informazioni necessarie per accedere ai servizi. In stretto raccordo con gli altri componenti del Sistema Comunicazione, il sistema URP collabora alle diverse campagne di comunicazione promosse dal Ministero della Salute, dalla Regione o dall'Azienda, fornisce indicazioni informative sui contenuti della campagna e definisce il piano di distribuzione dei materiali informativi; contribuisce, inoltre, a promuovere gli eventi pubblici di maggior rilievo e d'interesse pubblico con altri Enti. Fra i temi delle campagne di comunicazione, una costante è rappresentata dalla promozione della donazione d'organi, che dall'estate del 2000 trova negli URP distrettuali il punto di riferimento per la raccolta delle dichiarazioni e per le informazioni a queste connesse (raccolta della dichiarazioni di volontà attraverso l'immissione dei dati nel sistema, con sottoscrizione ed archiviazione).

**Nel corso del 2007 sono state realizzate diverse campagne di comunicazione** (screening colon retto, donazione del cordone ombelicale, donazione organi, donazione sangue, giornata del sollievo, contraccezione, mammografia e pap-test, vaccinazione antirosolia, vaccinazione antinfluenzale, AIDS, Tel&prenota, Carta dei servizi. Nel complesso sono stati circa **763.000 i materiali informativi diffusi.**

### **Gestione delle segnalazioni dei cittadini (reclami, rilievi, suggerimenti ed elogi)**

In tema di acquisizione della valutazione della soddisfazione dei servizi sanitari da parte del cittadino-utente, non si possono tralasciare i risultati delle indagini condotte attraverso gli strumenti regionali previsti per il monitoraggio della soddisfazione dei servizi sanitari (assistenza ospedaliera in regime di ricovero, assistenza domiciliare,

assistenza specialistica, assistenza ambulatoriale, assistenza ai malati cronici). Rimandiamo, per un dettaglio che illustri quantitativamente e qualitativamente, le segnalazioni alla sezione 5 specificatamente dedicata alla Comunicazione.

#### **Cittadini e giudizio sui servizi erogati: l'esperienza dell'Audit Civico**

Per quanto attiene, poi, al coinvolgimento dei cittadini nella valutazione dei servizi erogati, un'iniziativa particolarmente rilevante condotta nel corso del 2005 è stata la partecipazione dell'Azienda USL di Modena al **progetto regionale Audit Civico**, una metodologia di valutazione del grado di adesione aziendale ai principi che riguardano la centralità del cittadino. Tale iniziativa è proseguita anche per **l'anno 2007**, dove ci si è principalmente concentrati sul consolidamento dell'esperienza e sulle aree di miglioramento.

Il progetto **Audit Civico**, nato dall'esperienza del Tribunale per i diritti del Malato (Cittadinanzattiva) per rispondere all'esigenza di dare una forma concreta alla "centralità del punto di vista del cittadino", assume come coordinate di riferimento tre processi essenziali:

- lo sviluppo della partecipazione civica e della tutela dei diritti dei cittadini, i quali richiedono in misura crescente spazi di interlocuzione con le Aziende Sanitarie;
- un costante orientamento della legislazione che dal d.lgs. 502/1992 all'art. 118 U.C. della Costituzione, riconosce un ruolo attivo dei cittadini anche in ambito valutativo;
- lo sviluppo delle metodologie connesse alla "valutazione della percezione dei cittadini" superando il concetto di customer satisfaction.

**Audit Civico.** Analisi e valutazione dell'azione delle Aziende Sanitarie relativamente a dimensioni significative per i cittadini, condotte da organizzazioni civiche insieme alle Aziende Sanitarie medesime. La rilevazione è condotta dai cittadini (appartenenti generalmente ai CCM) e da operatori e professionisti dell'Azienda, attraverso situazioni strutturate di intervista, osservazione sul campo ed analisi dei documenti prodotti dall'Azienda stessa.

Dal punto di vista metodologico, l'Audit Civico prevede la conduzione di esperienze di valutazione da parte di cittadini (anche non del volontariato) e professionisti, attraverso il reperimento di dati oggettivi (documenti cartacei, on-line, segnaletica, strutture, arredi). I dati e le informazioni vengono raccolti mediante interviste alla Dire-

zione ed ai Responsabili dei Servizi, osservazioni sul campo ed analisi di documenti. L'obiettivo è quello di mettere in evidenza le aree di "eccellenza" dell'organizzazione e le aree di "miglioramento", su cui promuovere specifici progetti d'intervento. Il progetto è promosso dall'Agenzia Sanitaria Regionale e da "Cittadinanza attiva" (movimento di cittadini per lo sviluppo della partecipazione pubblica), con la collaborazione dei Comitati Consultivi Misti (gli organismi costituiti in ciascuna Azienda Sanitaria proprio per dare voce e peso al punto di vista degli utenti). Il progetto investe temi di grande portata, quali la condivisione di linguaggi e prassi valutative fra professionisti e cittadini, la possibilità per i cittadini di esplorare aspetti organizzativi generalmente riservati agli "addetti ai lavori", occasioni di confronto sui cosiddetti "fattori di qualità". Si tratta in sostanza di un percorso che ha caratteristiche tecnico-metodologiche specifiche e definite, ma che contemporaneamente offre la possibilità di alimentare il confronto e la condivisione fra i cittadini ed i professionisti delle Aziende Sanitarie.

**L'Audit Civico**, nato dall'esperienza del Tribunale per i diritti del malato al fine di rispondere all'esigenza di dare una forma concreta alla "centralità del punto di vista del cittadino", assume in modo concomitante come criteri essenziali per la valutazione dei servizi sanitari i seguenti tre processi: a) lo sviluppo della **partecipazione civica** e della tutela dei diritti, azionata direttamente dai cittadini che richiedevano nuovi spazi di interlocuzione fra questi ultimi e le Aziende Sanitarie; b) un costante orientamento della legislazione che, dal D.lgs. n. 502/1992 all'art. 118 U.C. della Costituzione, ha riconosciuto che la **valutazione** comporta un **ruolo attivo dei cittadini**; c) lo sviluppo disciplinare delle metodologie della qualità percepita ed il **superamento dei limiti della customer satisfaction**. La progettazione dell'Audit Civico ha preso le mosse da tre domande poste dai cittadini, semplici e cruciali, rappresentative di altrettanti aspetti della loro esperienza:

1) Il primo aspetto è quello del **cittadino come utente** dei servizi, coinvolto, per problemi propri o di famiglia, in un processo di prevenzione, diagnosi, cura o riabilitazione. La domanda, a questo proposito, è: "quali sono le azioni elementari che le Aziende Sanitarie stanno conducendo per facilitare l'accesso ai servizi per i pazienti ed i loro familiari?"

2) Il secondo aspetto riguarda il **cittadino in quanto malato** affetto da patologie gravi o croniche e provoca il seguente quesito: *“quale attenzione pongono le organizzazioni sanitarie a problemi emergenti quali: assistenza ai cronici, controllo della sicurezza, alleviamento del dolore?”*

3) Il terzo aspetto riguarda **l'esercizio dei diritti di cittadinanza** e rimanda alla necessità di chiedersi *“in che modo i cittadini possono partecipare all'attività di progettazione e di governo dei servizi loro destinati”*.

Nel 2005 il progetto ha assunto una valenza regionale, configurandosi come occasione concreta di **analisi e valutazione dell'azione delle Aziende sanitarie relativamente a dimensioni significative per i cittadini**, condotte da organizzazioni civiche insieme alle aziende sanitarie, attraverso un processo di rilevazione di dati ed informazioni. Audit Civico è stato realizzato nei Distretti e Stabilimenti ospedalieri del territorio di **Pavullo, Castelfranco Emilia e di Vignola**, coinvolgendo le unità operative distrettuali ed ospedaliere.

Le rilevazioni sono state condotte da un'equipe di valutazione composta da cittadini appartenenti ad Associazioni di volontariato attive sul territorio in ambito socio-sanitario (non necessariamente componenti del CCM) e da professionisti ed operatori dell'Azienda, attraverso occasioni strutturate di intervista, osservazione sul campo ed analisi di documenti aziendali.

In generale, così come affermato dai componenti dell'equipe di valutazione, l'esperienza dell'Audit Civico ha consentito ai cittadini di conoscere più in profondità aspetti organizzativi e di funzionamento dei percorsi sanitari generalmente considerati interni alle organizzazioni sanitarie ed ha consentito di attivare momenti strutturati di confronto tra il punto di vista dei cittadini e quello dei professionisti, giungendo a situazioni condivise di analisi ed interpretazione dei dati.

Le rilevazioni effettuate nel 2006 hanno mostrato una situazione di **generale adesione** dell'Azienda ai principi ed aspetti considerati rilevanti nel modello regionale e di **sostanziale rispetto** dei criteri oggetto di valutazione.

Infine nel 2007, relativamente al Progetto Regionale Audit Civico, è stata condotta un'analisi dei dati attraverso il contributo di Cittadinanzattiva, arrivando alla pubblicazione di un report regionale, che ha promosso la realizzazione di iniziative tese al miglioramento delle criticità evidenziate

poi introdotte nella programmazione annuale di sviluppo delle strutture coinvolte.

La prosecuzione del progetto a livello aziendale riguarderà un'integrazione dei criteri e dei fattori di qualità individuati dal modello di accreditamento regionale, in accordo con il Sistema Qualità e l'Agenda Regionale Socio-Sanitaria.

### 3.4.2 Impegno per l'umanizzazione dei servizi

I temi trattati nel paragrafo:

- progetto per lo sviluppo delle cure antalgiche nella provincia di Modena;
- Nascere insieme.

L'impegno per "l'umanizzazione" dei servizi rappresenta da tempo uno degli obiettivi più rilevanti dell'Azienda. Al di là dei pur considerevoli aspetti di natura strutturale - evitando di proposito in questa sezione di sottolineare gli evidenti benefici introdotti con l'avvio delle due nuove strutture ospedaliere di Baggiovara e Sassuolo - si intende richiamare l'attenzione sugli aspetti relativi al percorso previsto e sui progetti avviati per una sanità più a misura d'uomo. Sono interventi a favore dell'umanizzazione le iniziative volte a facilitare l'accesso ai servizi, per merito dei quali la persona non si sente "smarrita", come pure gli interventi indirizzati a qualificare il rapporto con gli operatori sanitari. Umanizzazione è il riconoscimento, a tutti i livelli, della dignità della persona malata.

#### **Il progetto per lo sviluppo delle cure antalgiche nella provincia di Modena**

Dar sollievo dal dolore al malato è un tema importante per l'assistenza sanitaria, sia ospedaliera che territoriale. Il dolore oncologico, tipico di alcune patologie giunte allo stadio terminale, non è l'unico nostro obiettivo. Anche il dolore legato a patologie croniche (es. artrosi) o il dolore acuto legato a particolari e specifici momenti (es. postchirurgico) è, e deve essere, al centro dell'attenzione del percorso assistenziale. Nel 2006, tramite un progetto aziendale a potenziamento dell'attenzione nei confronti del dolore dei pazienti, l'Azienda ha consolidato una maggiore integrazione fra le unità operative e i professionisti che si occupano di attività algologiche, individuando competenze e definendo i percorsi con le componenti territoriali (servizio domiciliare e residenziale) ed ospedaliere.

Il progetto interessa lo sviluppo dei trattamenti antalgici nei pazienti affetti da dolore cronico secondario a malattie neoplastiche o a sindromi a carattere benigno. Sono esclusi i trattamenti per il controllo del dolore acuto post traumatico e post operatorio che restano in carico al servizio di anestesia dei singoli ospedali e che sono oggetto di un ulteriore progetto specifico: "Ospedale senza dolore".

Riportiamo di seguito i principali dati di attività e i trend temporali.

Nel 2007 sono state visitate e messi in terapia circa 1300 pazienti trattati sia con terapie ambulatoriali che con terapie complesse eseguite in Sala.Operatoria

Ogni paziente accede al servizio per terapie e visite di controllo mediamente 5 volte, mentre le prestazioni in D.H. nel 2007 sono state circa 1500.

I pazienti afferenti al Centro sono persone affette da dolore cronico che non risponde ai comuni trattamenti medici antalgici. Tra queste patologie, le più frequenti sono:

- sciatalgie sostenute da ernie o protrusioni discali non responsive ai trattamenti comuni antalgici;
- degenerazioni artrosiche;
- patologie reumatiche;
- neuropatie di varia eziologia: diabetiche, da Herpes. Z.;
- dolore oncologico di vario tipo;
- esiti di lesioni midollari in trattamento con baclofen intratecale;
- esiti di ictus con conseguente spasticità in trattamento con baclofen intratecale;
- trattamento delle forme dolorose della colonna lombare e AA.II da esiti cicatriziali post interventi sulla colonna;
- altre forme dolorose.

Gli interventi che si eseguono con più frequenza sono:

- posizionamento di cateteri peridurali con port;
- posizionamento di cateteri subaracnoidei con port;
- impianti di Pompe totalmente interiorizzate con catetere subaracnoideo;
- impianti di elettrocateri 4 o ottopolari, semplici o doppi provvisori e definitivi;
- blocchi delle faccette articolari;
- blocchi peridurali selettivi;
- vari blocchi di prova con anestetici o con morfina;
- periduroscopie;
- NeuroModulazione Pulsata a vari livelli delle radici spinali o su n. periferici.

Le sedute operatorie sono 2 settimanali, escluso i periodi di chiusura delle S.Op. di Castelfranco Emilia. Nel 2007 sono stati eseguiti circa 350 interventi in sala operatoria di varia complessità.

### **Progetto NASCERE INSIEME**

Si tratta di un progetto ideato e avviato nel 2007 presso l'U.O. di Ostetricia-Ginecologia, Ospedale di Carpi, i cui obiettivi sono così sintetizzabili:

- conoscere e comprendere le esigenze, i bisogni, le necessità, i vissuti, le rappresentazioni e le aspettative delle gravide rispetto al travaglio/parto e alla gestione del neonato, all'assistenza offerta e all'organizzazione del reparto;
- far conoscere alla mamma/coppia l'organizzazione, la struttura, le dinamiche e la "filosofia" del reparto prima del ricovero, al fine di favorire l'adattamento, la "familiarizzazione", attraverso un adeguato sostegno informativo;
- analizzare e valutare il gradimento della mamma/coppia;
- migliorare l'assistenza modificando-integrando le pratiche tecniche e relazionali del Reparto con le esigenze-bisogni delle mamme/coppie.

Le attività si sostanziano in incontri con cadenza settimanale (sabato) con le ostetriche e il personale del Nido rivolti alle mamme/coppie che prevedono la visita del reparto e delle Sale Nascita con l'ausilio di materiale video e cartaceo.

### **3.4.3 Innovazioni in tema di comunicazione (organizzazione/comunità, paziente/professionista)**

Le aree di approfondimento:

- Carta dei Servizi;
- Scegliere di scegliere;
- Progetto Mamme Oltre il Blu, rivolto al superamento del disagio post-parto.

Appare di un certo rilievo, in questa sede, citare l'attività legata a sperimentazioni o progetti produttori di innovazioni o di approfondimenti di natura relazionale e comunicativa: saranno citate esperienze a livello macro, ovvero interfaccia organizzazione/comunità, ma anche micro, ovvero interfaccia paziente e professionista.

## **Carta dei Servizi**

**Nel corso del 2007 è stata pubblicata la seconda edizione della Carta dei Servizi.** La Carta è stata costruita attraverso un lavoro di discussione, di coinvolgimento e di responsabilizzazione degli operatori dell'Azienda, un percorso condiviso anche con i Comitati Consultivi Misti che, fin dalla prima edizione, hanno collaborato alla progettazione e alla verifica degli impegni assunti.

La Carta prosegue il dialogo con i cittadini avviato già dal 1998 ed è stata elaborata tenendo conto dei contenuti espressi dalla Carta Europea dei diritti del malato. È innanzitutto uno strumento di informazione e comunicazione per rendere più fruibili ed accessibili i servizi offerti, ma anche strumento "proattivo" per favorire la partecipazione e la valutazione, per rendere noti gli impegni prioritari, condivisi dai rappresentanti dei cittadini. Tali impegni devono essere assicurati e mantenuti a livello aziendale e periodicamente verificati.

Gli obiettivi del progetto si sono rivolti verso tre direttrici principali:

- ridefinire gli impegni e i relativi indicatori, gli standard e gli strumenti di verifica individuati a livello generale e dipartimentale;
- garantire informazioni aggiornate ed omogenee da parte della rete informatica dedicata (circa 400 professionisti) che interviene su un unico software (banca dati Athena);
- predisporre un piano di comunicazione della Carta dei servizi, interno ed esterno, con esplicitati contenuti, strumenti, canali e tempi, in relazione ai diversi destinatari.

**Il Numero Verde Aziendale per la prevenzione dei tumori del colon retto.** Dal 21 marzo 2005 è iniziato il programma di screening in tutta la Regione Emilia Romagna. Si rivolge a tutta la popolazione in età compresa tra i 50 e i 65 anni attraverso una lettera inviata dall'Azienda USL al domicilio del cittadino con l'invito ad eseguire il test di screening. Tutto il percorso di diagnosi e cura è gratuito. L'Azienda USL di Modena ha istituito un apposito Numero Verde 800300315 collegato all'URP aziendale per rispondere ai quesiti informativi dei cittadini modenesi. **Dal 1/01/2007 al 31/12/2007 sono state ricevute n° 7733 telefonate.**

In considerazione dell'importante lavoro compiuto nell'opera di revisione della Carta dei Servizi, il gruppo di redazione del Bilancio di Missione ha ritenuto opportuno un'illustrazione più approfondita dell'argomento nel Capitolo 7, che approfondisce temi di particolare interesse o rilevanza.

## **Scegliere di scegliere**

Si tratta di un progetto di aiuto per le donne che stanno affrontando una gravidanza inattesa, indesiderata e/o problematica. Il progetto è nato all'interno del Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Carpi, con l'originaria intenzione di riflettere sul tema delle "Norme sulla tutela sociale della maternità e sulla interruzione volontaria della gravidanza" (Legge 194/1978), insieme a tutte le realtà presenti sul territorio. Si è costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare che ha coinvolto sia gli operatori sanitari (medici e ostetriche dell'Ospedale e del consultorio familiare, Medici di Medicina Generale, Laboratorio per il Cittadino Competente) che i rappresentanti delle Associazioni di volontariato che si occupano di queste problematiche, il consultorio familiare diocesano e il Comune (sia attraverso i servizi sociali che la commissione pari opportunità). Il gruppo si riunisce mensilmente e questo ha reso consueto il confronto fra posizioni a volte aspramente distanti, e ha aperto la strada alla costruzione del progetto.

### **Scegliere di scegliere: i risultati**

Il lavoro svolto da questo gruppo così eterogeneo per attività, formazione ed orientamento di valori ha prodotto:

- un opuscolo informativo per le donne in difficoltà, con le informazioni utili per poter accedere ai servizi, pubblici e privati, presenti sul territorio;
- un opuscolo informativo per gli operatori dei diversi servizi, per facilitare la comunicazione e la risposta alla donna in difficoltà;
- la formazione degli operatori al lavoro in rete;
- una scheda di monitoraggio per la rilevazione della modalità di gestione dei casi;
- l'impostazione del lavoro sperimentale di "raccolta di storie", per interpretare il percorso attivato sia dal punto di vista della donna che dal punto di vista degli operatori sanitari, sociali e del volontariato.

### **Mamme Oltre il Blu**

Il progetto Mamme Oltre il Blu è nato con l'obiettivo di dare assistenza, sostegno e aiuto alle donne (e alle coppie) nel delicato periodo post partum, tramite la rilevazione e la risoluzione del disagio che può vivere la neomamma. È stato promosso da Consultorio di Carpi, Distretto e Commissione Pari Opportunità. In considerazione dell'interesse suscitato, nel 2006 è stato esteso a tutta la provincia. Una delle modalità usate per comprendere i veri bisogni delle puerpere è stato l'uso della

metodica del focus group.

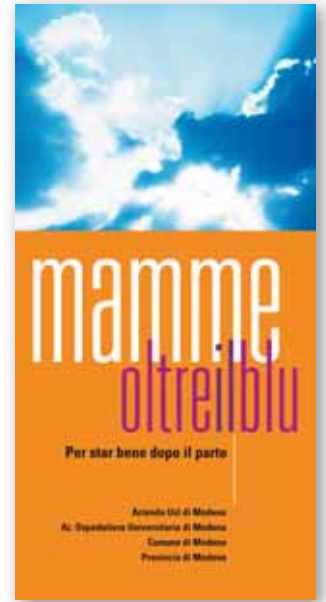
I focus group sono stati condotti con la collaborazione del Laboratorio per il Cittadino Competente del Sistema Comunicazione e Marketing sociale.

I dati che emergono dall'attività svolta e sulla tipologia di frequentatori del servizio nell'anno 2007 (i dati disponibili si fermano al 30 novembre) sono così sintetizzabili:

- sono afferite al Servizio **83 donne o coppie** con richiesta di consulenza o presa in carico di tipo psicologico e la maggior parte aveva un'età compresa tra i 33 e i 45 anni. Quasi tutte sono residenti in provincia di Modena e le straniere sono state 13 (16%);
- la formazione scolastica è risultata essere nel complesso alta (61 donne hanno almeno il diploma di maturità e tra queste 24 sono laureate);
- le professioni svolte dalle assistite sono le più

variegate e la percentuale più elevata si è riscontrata tra le impiegate (28 in totale, pari al 34%);

- la grande maggioranza delle donne è coniugata (50, pari al 60%) e quasi tutte hanno almeno un figlio;
- molte sono state inviate da un consultorio (33) oppure si sono presentate spontaneamente (28) e la maggior parte delle prese in carico si è verificata nel periodo successivo al parto;
- nel complesso sono state effettuati 337 colloqui, in maggioranza individuali (305, oltre il 90%), mentre solo 36 sono stati di coppia.



## 3.5 Partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria

Nell'ambito dell'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale, gli Enti Locali sono chiamati ad esercitare un ruolo peculiare nella programmazione e nella verifica dei risultati di salute ottenuti dalle Aziende Sanitarie. La legislazione regionale prevede il concorso degli Enti Locali alla definizione di politiche integrate fra i diversi settori della vita sociale e, in particolare, in materia di politiche sociali, sanitarie, educative e formative, oltre che del lavoro, culturali, urbanistiche ed abitative.

La Legge Regionale n.29/2004 definisce un nuovo e più ampio ruolo degli Enti Locali nelle relazioni con la Regione e con le Aziende Sanitarie, per quanto riguarda:

- poteri in materia di nomina, verifica e revoca del Direttore Generale;
- partecipazione alla definizione dei documenti di programmazione;
- sviluppo di strategie ed interventi volti alla promozione della salute ed alla prevenzione;
- partecipazione dei Consigli comunali e provinciali alle più significative attività della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria - CTSS (Legge Regionale n. 2/2003);

- competenze della Conferenza e del Comitato di Distretto nell'individuazione dei Distretti, localizzazione delle strutture, programmazione delle attività.

Nelle pagine che seguono sono citati alcuni importanti strumenti previsti dalla normativa ancora vigente in tema di partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria; in questa sezione, oltre ad illustrarne il significato, si renderà conto in particolare del lavoro dell'ultimo anno.

Per quanto riguarda la programmazione, il ruolo degli Enti Locali è esercitato attraverso tre strumenti specifici, di cui due di ambito provinciale:

- **il Piano Per la Salute (PPS);**
- **il Piano Attuativo Locale;**

e uno di ambito distrettuale:

- **il Piano delle Attività Territoriali (e il Piano di Zona).**

Il Piano Per la Salute è elaborato e redatto da una pluralità di attori, coordinati dal governo locale, che impegnano risorse umane e materiali allo scopo di migliorare la salute della popolazione intervenendo sui determinanti che la condizio-



nano (DGR 321/200). Esso definisce le modalità di collaborazione fra i diversi attori coinvolti nell'opera di intervento e miglioramento dello stato di salute della popolazione provinciale, e identifica - partendo dallo stato di salute rilevato e tenendo conto degli indirizzi provenienti dai livelli nazionale e regionale - sia gli obiettivi di salute della popolazione sia gli obiettivi di integrazione fra interventi sanitari e di natura sociale.

Il PPS rappresenta l'esplicitazione della funzione di programmazione locale e di indirizzo generale assegnata alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e è elaborato in collaborazione con gli Enti Locali. È la sede del patto di solidarietà per la salute in cui gli attori coinvolti assumono impegni e responsabilità nel raggiungimento degli obiettivi di salute selezionati come prioritari per la popolazione del territorio di riferimento.

**Il PPS è elaborato in due tempi:** l'individuazione degli obiettivi di salute per la popolazione della provincia - che rappresenta la fase di avvio del processo di programmazione e controllo aziendale - e la redazione di un piano di azioni con cui ciascuno degli attori coinvolti si assume impegni e responsabilità per raggiungere gli obiettivi di salute selezionati come prioritari.

Avviato ufficialmente a gennaio 2001, il percorso del Piano Per la Salute della provincia di Modena, nel corso del 2007, è stato caratterizzato dalla prosecuzione e dall'implementazione della fase operativa con la realizzazione di numerose attività di promozione della salute e il rafforzamento delle reti di soggetti coinvolti a livello sia provinciale che distrettuale. Occorre però rimarcare che - in attesa dell'applicazione del Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 che prevede il superamento e la semplificazione di parte degli strumenti elencati in questa sottosezione - il PPS si trova nel 2007 alla sua naturale scadenza. Sarà interessante nella rendicontazione del 2008, ma ancor più in quella del 2009, quando l'esperienza sarà più consolidata, fare paragoni tra i diversi strumenti previsti dal nuovo Piano. Sarà infatti possibile osservare come questi, una volta rafforzati e partecipati, abbiano influito sulle dinamiche di "accorpamento" nel processo di pianificazione dei due piani, sanitario e sociale.

A supporto del PPS, il cui sviluppo è guidato da Provincia e Comuni tramite la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, l'Azienda USL ha svolto le seguenti funzioni:

- ha riorientato le proprie attività istituzionali di prevenzione, diagnosi e assistenza in rapporto al raggiungimento degli obiettivi del PPS;
- ha partecipato, in qualità di responsabile o partner, alla messa in atto delle azioni previste nei Programmi PPS distrettuali;
- in coerenza con la pianificazione approvata dalla CTSS nella seduta dell'1 dicembre 2005, ha coordinato e sviluppato il Programma "Promozione della salute" per garantirne un'attuazione uniforme a livello provinciale e in linea con le indicazioni del Piano Nazionale della Prevenzione nonché con il relativo Piano regionale dell'Emilia-Romagna. Parallelamente ha collaborato con i Comuni per la definizione e l'attuazione di percorsi locali di promozione della salute.

A tal proposito si citano il supporto per: la divulgazione del sito del PPS del Comune di Modena; la pubblicazione dei documenti "Promozione della salute nel distretto di Mirandola" (aprile 2006) e "Prevenzione e promozione della salute nel distretto di Carpi" (luglio 2006); la diffusione della conoscenza del Programma "Minori" e dei report con le verifiche 2006 dei Programmi "Sicurezza stradale" e "Salute anziani" del distretto di Vignola; la realizzazione delle attività di promozione della salute e prevenzione nei Distretti di Pavullo, Sassuolo e Castelfranco;

- ha contribuito alla promozione del PPS e delle sue attività in ambito distrettuale, provinciale ed extraprovinciale, attraverso lo sviluppo di un piano di comunicazione che ha portato a:
  - la pubblicazione di articoli sulla stampa locale e nazionale;
  - il restyling e l'aggiornamento continuo del sito del PPS della provincia di Modena;
  - la presentazione a convegni e a corsi di formazione;
  - la partecipazione a fiere specialistiche di rilievo nazionale;
  - la distribuzione di materiali del PPS;
- ha potenziato ed ampliato la rete di collaborazione con partner locali, soprattutto per quanto riguarda il Terzo Settore, i soggetti economici (associazioni di imprese e del commercio, aziende, grande distribuzione commerciale, ristorazione collettiva), i mass media e il mondo dello sport (Modena F.C.).

Per quanto concerne il PAL, in attesa della stesura del nuovo documento, l'ultimo ha rappresentato ancora la direttrice per l'anno 2007.

Il PAL rappresenta il documento strategico di medio periodo mediante il quale l'Azienda definisce la struttura dell'offerta provinciale (tipologica, natura, dimensioni, distribuzione sul territorio) e il sistema delle relazioni infra ed extra aziendali. Il contributo dei professionisti, anche di quelli esterni alle strutture sanitarie provinciali, è stato garantito dalla loro partecipazione agli specifici gruppi di lavoro costituiti nel 2002. Il documento è elaborato dalla Direzione Sanitaria, che lo costruisce con il contributo fornito dalla struttura gestionale e professionale "alta" dell'Azienda USL, dell'Azienda Policlinico e dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. Come detto il PAL 2003-2005 è stato realizzato grazie all'impegno di 21 gruppi di lavoro ai quali hanno partecipato oltre 300 fra professionisti ed operatori delle due Aziende Sanitarie modenesi, dell'Università e degli Enti Locali. Preme sottolineare, in questo ambito, che i gruppi di lavoro che hanno stilato il PAL 2003-2005 hanno avuto come riferimento, nel corso dei propri lavori, gli indirizzi relativi all'integrazione fra gli Ospedali Policlinico e Baggiovara, approvati dalla Conferenza Sanitaria Territoriale CST (in data 19.12.2001) e dal Consiglio Regionale (in data 30.09.2002).

In tema di partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria, è di rilievo descrivere il percorso "storico" che ha portato alla stesura e all'approvazione dell'ultimo PAL.

#### **PAL: percorso istituzionale**

Con l'indirizzo trasmesso alle Aziende il 24 settembre 2001, l'Esecutivo e la Conferenza Sanitaria Territoriale, nell'ambito delle competenze ad essi attribuite dai documenti di programmazione regionale (P.S.R.) ed in ottemperanza a quanto previsto in termini di obiettivi dal Piano delle Azioni regionali per l'anno 2001, ha invitato le Aziende Sanitarie di Modena a predisporre una proposta di revisione del PAL 1997/99, il cui primo adempimento fosse rappresentato dalla redazione, entro il 31.10.2001, di un progetto di integrazione fra l'Ospedale di Baggiovara ed il Policlinico, che aggiornasse i contenuti del documento già approvato dall'Esecutivo e dalla Conferenza dei Sindaci nel corso del 1998 (documento Zappi). In particolare, gli indirizzi per la formulazione del nuovo PAL, trasmessi alle Aziende dall'Esecutivo della Conferenza Sanitaria Territoriale, esplicitavano l'esigenza di redigere preliminarmente e coerentemente - con la Delibera del Consiglio Regionale n. 737, con i documenti attuativi del

PSR 1998-2001 e con le previsioni del documento di programmazione del 1998 - un progetto d'integrazione fra Policlinico e Baggiovara.

Il primo contributo alla stesura del PAL, ovvero il progetto di integrazione fra gli Ospedali Policlinico e Baggiovara, è stato approvato, come detto, dalla CST in data 19.12.2001 e dal Consiglio Regionale in data 30.09.02. Poi, il 10.07.2003, la CST e l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia hanno approvato il Documento attuativo del Progetto di integrazione. Contestualmente la CST ha preso atto della sottoscrizione di due accordi fra l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia e l'Azienda USL di Modena relativi alla formazione teorico-pratica degli studenti iscritti ai corsi di laurea e di specializzazione della Facoltà di medicina e chirurgia.

Nel paragrafo di seguito riportato, sono richiamati, in modo sintetico, gli obiettivi dell'ultimo PAL pienamente operativi anche per l'anno 2007.

#### **Integrazione Policlinico-Baggiovara: obiettivi**

- Garantire un miglior livello di coerenza fra le diverse vocazioni attribuite ai due ospedali: individuazione delle funzioni specialistiche in essi presenti e superamento di potenziali sovrapposizioni nella struttura dell'offerta; massimo livello di integrazione fra i due ospedali (anche tenuto conto del ruolo assegnato al Policlinico di ospedale di alta specialità con funzioni di insegnamento, didattica e ricerca);
- ottimizzare la collocazione delle diverse funzioni fra i due ospedali, al fine di garantire elevati livelli di qualità e il migliore utilizzo degli spazi e degli investimenti, razionalizzando i costi di gestione, evitando le duplicazioni, limitandole alle funzioni indispensabili all'autosufficienza dei singoli stabilimenti rispetto alle Unità Operative che vi troveranno collocazione;
- completare l'approfondimento già previsto dal documento tecnico del 1998 riguardo al Dipartimento di Emergenza-Urgenza e a quello di Psichiatria;
- completare la programmazione degli ospedali con una compiuta articolazione dei servizi diagnostici e di supporto;
- aggiornare l'assetto degli ospedali rispetto ai più recenti documenti di programmazione nazionale e regionale, tendendo ad elevati livelli di umanizzazione e di presa in carico dei pazienti. Massima attenzione è prestata a temi quali socialità, innovazione tecnologica ed organizzativa, formazione;

- garantire la compatibilità con il mantenimento di una rete di ospedali diffusa sul territorio provinciale e coerente con l'indirizzo di programmazione, già da tempo affidato alle Aziende, di mantenere elevati livelli di efficienza senza compromettere l'attuale assetto. Quest'ultimo, infatti, assicura in modo soddisfacente il principio di un equo accesso della popolazione ai servizi.

Per ulteriori approfondimenti, si rimanda al box seguente, che reca una parte del documento PAL 2003–2005.

#### **Dal PAL 2003–2005**

*“L'approfondimento sopra delineato circa l'assetto futuro degli Ospedali Baggiovara e Policlinico doveva fisiologicamente inserirsi nella più ampia programmazione che discende dall'applicazione dei documenti regionali nel contesto locale. Infatti, il Piano Sanitario Regionale 1999-2001 ed i relativi documenti attuativi, per quanto attiene sia alla rete ospedaliera (autosufficienza, reti cliniche integrate, hub & spoke), che all'assistenza distrettuale ed al Dipartimento di Sanità Pubblica, costituiscono il riferimento per la formulazione di un nuovo Piano Attuativo Locale. A differenza del precedente PAL, l'attuale documento interessa anche l'area dell'offerta extra-ospedaliera, soprattutto per quanto attiene alle funzioni che consentono di realizzare compiutamente gli obiettivi prioritari dell'integrazione ospedale/territorio e della presa in carico. Tale impostazione determina evidentemente una prevalente attenzione della programmazione ai modelli organizzativi ed assistenziali da adottare, volti a garantire elevati livelli di efficienza, appropriatezza ed efficacia, più che sull'individuazione di elementi meramente strutturali (ad esempio il numero di posti letto). Il PAL 2003-2005 si connota pertanto per la preliminare individuazione dei fabbisogni e dei modelli organizzativi da cui far discendere le modalità erogative e le dotazioni strutturali in grado di assicurare, con adeguati livelli di efficienza, il decentramento e la capillarità dell'offerta assistenziale. In tale ambito, particolare attenzione è stata posta agli aspetti relativi alle modalità mediante le quali rendere accessibili ai cittadini, in modo equo, le competenze professionali e le strutture sanitarie, evitando duplicazioni e sovrapposizioni non indispensabili. Tale approccio ha permesso di rafforzare il percorso già avviato in provincia di Modena di*

*formale individuazione delle principali attribuzioni specialistiche delle varie Unità Operative e delle diverse sedi erogatrici, diversificandone i livelli di competenza e completando il quadro di una rete di strutture e di servizi integrata, che consenta di minimizzare la mobilità dei pazienti, ferma restando la necessità di garantire adeguati livelli di qualità e sicurezza delle prestazioni ed un uso efficiente delle risorse. Per quanto attiene alla programmazione ospedaliera, il riferimento ai contenuti del documento regionale “autosufficienza” ha imposto di tenere in debito conto le specificità locali e l'incomprimibilità di alcuni fenomeni di mobilità e dell'attuale tasso di ospedalizzazione, che già risulta allineato con gli obiettivi del Sistema Sanitario Regionale. Infatti, i maggiori elementi di novità introdotti dall'ultimo Piano Sanitario Regionale derivano da un'impostazione che vede una programmazione sanitaria non focalizzata sugli aspetti strutturali ma tesa ad individuare modelli organizzativi e di funzionamento in grado di assicurare un'adeguata risposta a specifici bisogni assistenziali locali, da individuare senza ricorrere a standard predefiniti valevoli per tutta la Regione ma partendo dalle attività “appropriate” storicamente svolte a favore della popolazione considerata. In tal senso, il Piano Per la Salute rappresenta il termine di riferimento fondamentale per individuare le principali linee evolutive del sistema sanitario provinciale rispetto agli obiettivi di salute specifici della provincia di Modena, ed il PAL 2003–2005 è volto ad assicurare condizioni strutturali ed organizzative in grado di contribuire al loro conseguimento (ovviamente, per quanto attiene la parte sanitaria)”. Il nuovo PAL si è posto in termini di assoluta continuità con il precedente per quanto attiene al significato ed al ruolo attribuito dalla programmazione sanitaria alla rete ospedaliera provinciale.*

Questo è un presupposto indispensabile per sviluppare correttamente un modello basato su **reti cliniche integrate**: così si prevengono duplicazioni, si assicura l'accessibilità, si ottimizzano gli investimenti, si qualificano le risorse, si valorizzano le competenze e si assicura la processualità.

Gli assetti realizzati e gli obiettivi raggiunti in ambito ospedaliero negli anni compresi fra il 1997 ed il 2002 - Presidio unico provinciale e Dipartimenti ospedalieri aziendali, riqualificazione ed integrazione di numerosi ospedali,

tasso di ospedalizzazione inferiore alla media regionale, elevati indici di utilizzo della risorsa posto letto, consistenti livelli di autosufficienza provinciale e di dipendenza della popolazione dalle strutture - avevano, infatti, creato le condizioni per favorire un inserimento fisiologico ed equilibrato di Baggiovara e del Policlinico nella rete provinciale. Quest'ultima - sviluppando crescenti livelli **d'integrazione** con l'offerta sanitaria e socio-sanitaria territoriale ed orientando la sua mission ai principi della **gradualità** (hub & spoke), dell'**accessibilità**, dell'**appropriatezza**, della **continuità** e della **compatibilità** complessiva del sistema sanitario provinciale - mantiene la sua originaria e diffusa articolazione. Trattandosi, pertanto, di un documento di continuità rispetto agli assetti prefigurati e realizzati dal precedente, il PAL ha sviluppato aspetti relativi, **non tanto alla struttura numerica dell'offerta ospedaliera** (intesa come numero di posti letto), **quanto piuttosto ai suoi contenuti**, ai modelli organizzativi chiamati a tradurre, nell'operatività quotidiana, i principi d'integrazione che l'hanno ispirata. In sintesi, il PAL 2003-2005 non ha avuto, come il precedente, la finalità di ridefinire il numero di posti letto delle singole strutture ospedaliere, ma si è proposto - ispirandosi ai principi dell'**integrazione**, della **flessibilità organizzativa**, dell'**accessibilità**, della **sostenibilità** e della **compatibilità** - come punto di riferimento per il **consolidamento dell'intera offerta sanitaria** provinciale (ospedaliera e territoriale), in chiave di individuazione degli ambiti di responsabilità e di attività dei singoli attori e delle singole strutture. I principali obiettivi di programmazione di medio periodo, esplicitati nel Piano Programmatico Triennale 2003-2005, hanno lo scopo di dare coerenza alle riorganizzazioni previste. Ci si riferisce, innanzitutto, all'obiettivo prioritario di promozione/tutela della salute della popolazione, mediante l'organizzazione e l'erogazione di servizi e di attività efficaci, appropriati, accessibili. Tutto ciò avviene nel rispetto delle compatibilità economiche e dei vincoli posti dalla programmazione regionale e nazionale, ispirando l'azione organizzativa/gestionale ai principi-guida della nostra Azienda.

Tornando agli altri strumenti attraverso i quali gli Enti Locali esercitano il ruolo di programmazione, dopo il Piano Per la Salute ed il Piano Attuativo Locale, entrambi a valenza provinciale, prendiamo ora in esame l'ambito distrettuale con il Programma delle Attività Territoriali (PAT) ed il Piano di Zona (PdZ).

**Il Programma delle Attività Territoriali (PAT)**, rappresenta il documento elaborato dal Distretto per rappresentare gli obiettivi e le azioni che, in considerazione delle risorse assegnate, le strutture ed i servizi che operano sul territorio di riferimento (Cure Primarie, Salute Mentale, Sanità Pubblica e Stabilimento Ospedaliero), adottano per garantire i servizi alla popolazione. Il Distretto rappresenta il punto di sintesi fra i programmi e l'azione dell'intero sistema locale di assistenza e fra quest'ultimo ed il sistema dei servizi degli Enti Locali. La parte socio-sanitaria dei Programmi delle Attività Territoriali approvati rappresenta il contributo dell'Azienda Sanitaria ai Piani di Zona di pertinenza dei Comuni.

Come detto, il PAT definisce la struttura dell'offerta, ovvero il dimensionamento della struttura erogativa intesa come tipologica, natura, dimensioni, distribuzione sul territorio dei servizi e delle prestazioni. Il PAT definisce anche il sistema delle relazioni dentro e fuori l'Azienda.

La Legge Regionale prevede inoltre che il Comitato di Distretto disciplini le **forme di partecipazione e di consultazione** delle assemblee elettive e della popolazione riguardo alla definizione del più significativo atto di programmazione del Distretto, il Piano delle Attività Distrettuali.

#### **I PAT dell'anno 2007**

Al fine di garantire il migliore livello di omogeneità e secondo uno schema condiviso a livello aziendale, anche nel corso dell'anno 2007 i Programmi delle Attività Territoriali (PAT) sono stati predisposti dai **singoli Distretti** sulla base dei dati demografici e epidemiologici forniti dagli specifici servizi aziendali (Servizio di Epidemiologia, Sistema Comunicazione e Marketing). La descrizione delle attività previste ha riguardato tutte le Unità Operative presenti nel singolo Distretto, indipendentemente dal Dipartimento di afferenza (Cure Primarie, Salute Mentale, Sanità Pubblica). Particolare attenzione è stata posta nell'individuazione di aree di interesse comune, nelle quali fare convergere una progettualità fortemente orientata all'integrazione (particolarmente evidente nei seguenti ambiti: *domiciliare, dimissioni protette, categorie deboli - anziani, demenza, disabili, salute mentale*

- salute donna ed infanzia). Ove possibile, sono state indicate anche le collaborazioni con l'area socio-sanitaria, più esplicitamente rappresentate nei corrispondenti Piani di Zona. Come previsto dal Decreto Legislativo 229/1999, i programmi delle attività territoriali sono stati adottati formalmente con decisione dei Direttori dei Distretti e presentati ai relativi Comitati di Distretto.

I documenti presentano sostanzialmente i seguenti capitoli: il percorso della concertazione, i servizi, gli interventi e le attività del sistema distrettuale delle cure alla persona in chiave di interazione con le altre Macrostrutture aziendali, le risorse assegnate, per aree di intervento, nell'ambito della pianificazione aziendale, gli strumenti e le modalità di verifica.

Venendo alle modalità con le quali si sono sviluppati, sotto il profilo delle procedure e delle reciproche responsabilità, i rapporti fra Azienda ed Enti Locali per le principali attività ad alta integrazione quali assistenza programmata a domicilio ed assistenza sanitaria e socio-sanitaria in favore di particolari fasce di popolazione (persone e/o famiglie con problemi psichici, malati terminali, anziani, persone affette da AIDS, ecc.), preme evidenziare il punto d'incontro - a livello programmatico - fra l'Azienda USL e gli Enti Locali per quanto riguarda l'attività di integrazione socio sanitaria, ovvero la costruzione dei **Piani di Zona**.

Gli obiettivi generali individuati per i Piani di Zona 2005–2007 sono:

- sviluppo e rafforzamento della coesione sociale;
- promozione dell'agio e del protagonismo di bambini, ragazzi e giovani;
- sostegno alla non autosufficienza ed alla domiciliarità;
- sostegno alle responsabilità familiari ed al lavoro di cura, alla condivisione di tali responsabilità, con particolare riferimento al ruolo delle donne.

I Piani di Zona, attraverso accordi di programma, sono stati sottoscritti da:

- Comuni, singoli o associati, che al loro interno hanno individuato il Comune capofila e che devono gestire obbligatoriamente nell'ambito della Zona sociale (corrispondente al Distretto) tutta la programmazione complessiva dei servizi sociali e socio sanitari. Per questo motivo, hanno istituito l'Ufficio di Piano quale strumento tecnico a supporto dello svolgimento dell'insieme di queste funzioni;

- Provincia, con un ruolo di coordinamento ed attivazione del processo programmatico attraverso le Conferenze provinciali, coinvolgendo tutti i soggetti istituzionali e del Terzo Settore, raccordando i vari Uffici di Piano con tavoli tecnici di ambito provinciale, supportando il sistema informativo;
- Azienda USL, il cui ruolo nella costruzione dei Piani di Zona si è realizzato attraverso un'attiva partecipazione dei Distretti, nella figura del Direttore, per quanto riguarda la firma degli Accordi di Programma e la responsabilità complessiva degli impegni assunti. Per quanto riguarda la partecipazione ai diversi gruppi di lavoro settoriali, invece, hanno partecipato gli operatori dei diversi servizi sanitari.

L'Azienda USL, attraverso i Distretti, è un partner cruciale nella costruzione, gestione e valutazione dei Piani di Zona, soprattutto per i contenuti socio sanitari dei Piani stessi al fine di realizzare un'effettiva integrazione socio-sanitaria. Gli obiettivi settoriali sui quali l'Azienda USL pone particolare attenzione, sia per le indicazioni della Regione che per le analisi e valutazioni interne ai Servizi, sono riportati nel box che segue.

Per quanto riguarda gli interventi socio-sanitari, il Programma dei PAT assume le previsioni dei Piani sociali di Zona e comporta la ricerca del più alto livello d'integrazione nei seguenti ambiti:

- l'assistenza domiciliare;
- la salute mentale;
- la procreazione responsabile;
- le demenze senili, e più in generale gli anziani;
- i disabili;
- il percorso delle dimissioni protette.

#### **Obiettivi Area anziani**

Gli obiettivi specifici sono stati:

- ridisegnare i servizi residenziali e semiresidenziali della rete, sperimentando soluzioni innovative di residenzialità protetta ed incrementando la diffusione e l'utilizzo dei Centri diurni;
- sostegno della domiciliarità e valorizzazione del lavoro di cura, attraverso l'innovazione e la qualificazione dei servizi domiciliari, il consolidamento dello strumento Assegno di cura, lo sviluppo dei ricoveri temporanei e di sollievo ed un sostegno ai familiari e caregivers attraverso consulenze e gruppi di sostegno e/o di mutuo aiuto;
- continuazione del progetto "Fragilità" con un maggiore coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e delle Assistenti socia-

li, quali responsabili del caso, per sviluppare quegli interventi così detti "leggeri" che possono ritardare l'insorgere della non autosufficienza.

### Obiettivi Area disabili

Obiettivi specifici:

- qualità dell'integrazione scolastica;
- domiciliarità, vita indipendente ed inserimento lavorativo;
- disabilità acquisite: su questo tema la Regione ha previsto un progetto specifico per sviluppare una rete di servizi integrati sanitari e sociali per dare una risposta adeguata e tempestiva ai bisogni di questi utenti particolarmente complessi;
- il "Dopo di noi", per favorire, ove necessaria, un'uscita serena e programmata del disabile dal suo nucleo familiare, garantendo un numero adeguato di posti residenziali organizzati secondo gli specifici bisogni di questi utenti.

### L'Ufficio di Supporto alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria

L'art.5, comma 5, della Legge Regionale n. 29/2004, prevede la possibilità di istituire un Ufficio di supporto alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS); tale struttura rappresenta un sostegno all'attività di indirizzo e controllo previ-

sta dalla normativa vigente: "per lo svolgimento dei compiti e delle funzioni proprie, la Conferenza può istituire un apposito ufficio, avvalendosi anche delle risorse delle Aziende Sanitarie interessate.

L'organizzazione ed il funzionamento di tale ufficio è disciplinato dalla Conferenza, di concerto con le Aziende Sanitarie interessate per le risorse di loro competenza".

In altre parole, allo scopo di potenziare la propria funzione di indirizzo e di controllo nei confronti dell'Azienda, la Conferenza può istituire un'apposita struttura tecnica di supporto alla sua attività. Tale Ufficio di supporto, stante l'ampiezza e la varietà delle competenze attribuite dalla normativa all'Ufficio di Presidenza e alla CTSS, risponde, organizzativamente, a due esigenze complementari:

- avere una composizione plurispecialistica, ovvero essere composto da figure professionalmente in grado di assicurare conoscenze e competenze nelle diverse aree soggette alle funzioni di indirizzo e controllo, sia della CTSS che dell'Ufficio di Presidenza;
- ricondurre ad una matrice unitaria l'attività svolta, che, in considerazione della pluralità e dispersione delle competenze richieste, soddisfi i bisogni informativi della Conferenza e dell'Ufficio di Presidenza nonché le complesse esigenze connesse alle relazioni con gli Enti Locali, con le Aziende Sanitarie e con la Regione.

Nella nostra provincia l'Ufficio è stato costituito al termine del 2005 ed è composto da 3 membri, tra i quali è stato individuato il coordinatore.

## 3.6 Universalità ed equità di accesso

Lo Stato e le Regioni hanno il dovere di garantire ai cittadini, in un sistema solidale, universalità ed equità di accesso. Per garantire tali principi, l'Azienda USL di Modena ha adottato una serie di interventi volti ad assicurare a tutti gli assistiti i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), rimuovendo eventuali ostacoli alla piena esigibilità dei diritti garantiti dai livelli stessi.

I temi trattati nel paragrafo:

- Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- assistenza odontoiatrica;
- interventi in tema di prevenzione;
- CUP (Centro Unico di Prenotazione) Provinciale;
- Call Contact Center;

- semplificazione nell'accesso alle prestazioni;
- la rete provinciale dell'offerta (Ospedali, strutture residenziali, ambulatori e consultori);
- le prestazioni sanitarie sul territorio;
- Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) e Integrazione socio-sanitaria;
- Mediazione Culturale;
- l'accertamento della disabilità: la nascita di un nuovo sistema valutativo.

Rientrano, in questa parte del documento, gli interventi sulla struttura dell'offerta di servizi per conseguire l'omogeneità rispetto agli standard regionali (LEA, autosufficienza, hub & spoke, etc.), le azioni di sostegno all'accesso dei disabili e d'in-

tegrazione sociosanitaria per aree con maggior disagio (fragilità, fasce deboli, mediazione culturale), le varie modalità di accesso ai servizi (CUP, Call Contact Center, etc.) i programmi di sorveglianza e tutela nei casi di maggiore necessità (es: assistenza domiciliare) e la gestione degli assegni di cura secondo criteri di omogeneità ed equità.

### **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**

In ottemperanza a quanto previsto dal D.P.C.M. 29 novembre 2001 ed ai relativi provvedimenti applicativi regionali, **l'Azienda USL di Modena ha promosso, anche per il 2007, un panel di azioni finalizzate a rendere l'allocazione delle risorse coerente con i livelli e gli ambiti previsti dal D.P.C.M stesso.** Il predetto D.P.C.M. esclude dai LEA le prestazioni inserite nell'allegato A (Medicina fisica riabilitativa ambulatoriale, prestazioni in ambito dermatologico e chirurgico ambulatoriale) anche se in tal senso l'Azienda ha attivato i necessari adattamenti organizzativi. Di seguito, si riportano gli interventi promossi per razionalizzare i livelli assistenziali erogati ed uniformarli ai criteri di qualità, efficacia ed efficienza gestionale. Per una più approfondita analisi si rimanda alla sezione II nella quale, in ordine ai LEA, vi è una disamina approfondita anche con riferimento al contesto Regionale. Tale paragrafo, in una trattazione più ampia, verrà modificato nel Bilancio di Missione dell'anno 2008 nel quale saranno riportati gli aggiornamenti derivanti dalla pubblicazione del D.P.C.M. del 23 Aprile 2008 che identifica i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza.

### **Assistenza odontoiatrica**

Nel corso del 2006, l'Azienda ha proceduto al consolidamento dell'attività odontoiatrica ai sensi della D.G.R. n. 2.678/2004; tale revisione dei modelli erogativi era, peraltro, già stata avviata negli anni precedenti.

### **L'assistenza odontoiatrica in provincia di Modena prima della D.G.R. n. 2.678/2004.**

Per quanto attiene alle prestazioni parzialmente escluse dai LEA (allegato 2 B al D.P.C.M.) ed, in particolare, a quanto realizzato per l'assistenza odontoiatrica, coerentemente col dettato del D.P.C.M. sui Livelli Essenziali di Assistenza, già prima delle indicazioni regionali, l'Azienda ha sviluppato un piano di intervento tendente ad assicurare l'universalità ed l'equità d'accesso alla salute odontoiatrica in primo luogo in età pediatrica, oltre che al trattamento dell'urgenza odontoiatrica e all'assistenza odontoiatrica e protesica a favore delle fasce "deboli".

L'assistenza ambulatoriale odontoiatrica in provincia di Modena è attualmente organizzata nei settori di attività evidenziati di seguito.

### **Odontoiatria ed ortodonzia in età evolutiva per il trattamento delle malocclusioni.**

È attivo un servizio di odontoiatria ed ortodonzia per bambini con età dai 6 ai 14 anni che garantisce cicli di cure odontoiatriche e di prevenzione (fluoroprofilassi, sigilli occlusali e conservativa) e terapie ortodontiche per bambini affetti da malocclusioni in cura sia con terapia rimovibile che terapia fissa. Tali tipologie di prestazioni vengono attualmente erogate in tutti e sette i Distretti sanitari della provincia di Modena, in libero accesso a prenotazione CUP per la prima visita e successivi ritorni in continuità terapeutica ed in autogestione (attualmente sono in carico 1.200 bambini), con presa in carico esclusivamente per fasce I.S.E.E. e con malocclusioni gravi in fascia I.O.T.N. di grado 4 e 5. Viene rispettata la presa in carico entro i 6 mesi dalla valutazione dello specialista ortodontista.

### **Odontoiatria per pazienti disabili/non collaboranti.**

Allo scopo di garantire adeguata assistenza odontoiatrica ai portatori di handicap e pazienti non collaboranti, sono stati attivati due specifici ambulatori, uno in area sud (Distretto di Sassuolo) ed uno in area nord (Distretto di Mirandola), con personale medico e non medico opportunamente formato, in grado di trattare il maggior numero di pazienti a livello ambulatoriale e lasciare in anestesia o sedazione cosciente solo la quota minore che per mancanza di collaborazione viene erogata in day surgery. *La collocazione di questi ambulatori consente un più agevole accesso da parte dei pazienti dei rispettivi Distretti.* L'area centro (Distretti di Modena e Castelfranco) è "storicamente" servita dall'ambulatorio per pazienti non collaboranti attivo da anni presso l'Azienda Ospedaliera Policlinico.

### **Attività protesica per anziani e adulti con interventi a valenza sociale.**

Da anni è presente nei sette Distretti aziendali il servizio odontoiatrico di protesi sociale rivolto ad anziani ed invalidi con invalidità pari o superiore al 75% rientranti nei parametri reddituali stabiliti (da € 7.500,00 a € 15.000,00).

### **Attività protesica a favore di pazienti oncologici del distretto maxillo-facciale.**

È attivo dal 2003, presso l'Ospedale di Carpi, un ambulatorio odontoiatrico dedicato alla riabilitazione protesica di pazienti affetti da patologie cance-

rose del cavo orale o traumi facciali, che hanno subito demolizione/ricostruzione dei mascellari, e che hanno necessità anche dell'ausilio di impianti endossei a sostegno.

**Attività odontoiatrica riservata a tossicodipendenti in carico al SerT provinciale.** L'ambulatorio di odontoiatria per pazienti ad alto rischio del SerT provinciale, situato a Modena e attivo dal 1994, segue mediamente 400 pazienti ospiti nelle comunità terapeutiche residenziali e semi-residenziali. In questo servizio vengono erogate cure odontoiatriche in continuità terapeutica ed autogestita (igiene orale, conservativa, chirurgia orale e riabilitazione protesica).

**Attività odontoiatrica riservata per gli ospiti dell'istituto di pena Sant'Anna.** Attività svolta presso l'ambulatorio odontoiatrico delle carceri di Sant'Anna per gli ospiti della struttura con specialista dell'Azienda USL. In questo ambulatorio con due appuntamenti settimanali vengono erogate prestazioni di conservativa, chirurgia, igiene e protesi, per lo più a pazienti tossicodipendenti.

**Attività chirurgica.** Da giugno 2001 è attivo presso i Distretti sanitari di Modena, Carpi, Sassuolo, Pavullo e Mirandola un programma di chirurgia ambulatoriale oromaxillofaciale e di Day Surgery in anestesia locale o generale con sedute programmate presso gli Ospedali di Carpi, Mirandola, Sassuolo e dall'ottobre 2007 l'attività di Carpi è stata trasferita presso il N.O.C.S.E. di Baggiovara. Vengono eseguiti interventi di rimozione di cisti mascellari, chirurgia oncologica, dismorfica ed ortognatica e traumatologica.

**Urgenza odontoiatrica.** È garantito il trattamento dell'urgenza odontoiatrica con presa in carico del paziente fino alla cessazione del trattamento sintomatico e portando a termine la cura canalare dell'elemento dentale in continuità terapeutica e autogestione. Viene inoltre garantito il trattamento dell'urgenza traumatologica, di ascessi e flemmoni e delle emorragie postestrattive. I letti di appoggio per i pazienti più complessi sono in totale 9 (3 presso l'Ospedale di Carpi, 3 presso l'Ospedale di Sassuolo, 3 presso l'Ospedale di Mirandola).

Le attività di cui sopra vengono garantite anche grazie al contributo dell'Azienda Ospedaliera di Modena.

#### **Stima dei destinatari del programma regionale (con popolazione al 31.12.2006)**

Applicando alla popolazione modenese (670.167 unità al 31/12/2006) le percentuali di vulnerabilità sociale della Regione Emilia Romagna, i pazienti modenesi che dovrebbero beneficiare del programma previsto dalla Delibera sono:

- situazione di esclusione sociale (ISEE  $\leq$  7500): 4.4% - 29.487,
- situazione di povertà (7500  $\leq$  ISEE  $\leq$  12500): 16% - 107.226,
- situazione di reddito medio basso (12500  $<$  ISEE  $\leq$  15000): 11% - 73.718,
- totale 210.431.

Assumendo che solo il 25% della popolazione ricorra alle cure odontoiatriche (sulla base dei dati risultanti dalla multiscopo ISTAT, "studio argento", ecc.), si attesta su circa **51.000** il numero teorico dei cittadini modenesi che beneficerebbero del programma previsto. La tabella esposta in precedenza, mostra la stima dei pazienti che potrebbero fare ricorso alle cure odontoiatriche (esclusi i casi di vulnerabilità sanitaria), sulla base delle percentuali fornite dall'Assessorato, divisi per Distretto.

Per fare una stima dei pazienti in condizione di vulnerabilità sanitaria potenziali beneficiari del programma è stata utilizzata la banca dati della SAUB.

Il numero teorico di soggetti vulnerabili destinatari del programma è pertanto **superiore ai 50.000** assistiti ed il numero di **prestazioni teoriche** annuali si attesta intorno **alle 151.000**.

L'organizzazione dell'assistenza odontoiatrica nell'Azienda USL di Modena ha, dunque, finalizzato i propri sforzi a **garantire priorità e semplificazione d'accesso** e sono stati sviluppati programmi finalizzati all'erogazione di **prestazioni a favore di fasce di popolazione particolarmente svantaggiate:**

- tutela della salute odontoiatrica in età pediatrica ed evolutiva (Progetto "Sorrìdi alla prevenzione");
- ampliamento del progetto di cattura attiva con "Oltre il Sorrìdi alla prevenzione", progetto finalizzato al raggiungimento di pazienti presso case protette per anziani, Caritas per disabilità e comunità terapeutica per tossicodipendenti;
- trattamento dell'urgenza odontoiatrica con relativo completamento;
- attività protesica per **adulti ed anziani con interventi a valenza sociale;**

- cure ortodontiche in età pediatrica per il trattamento delle malocclusioni;
- presa in carico, a livello ospedaliero, degli interventi che riguardano **pazienti portatori di handicap e pazienti non collaboranti**.

Gli interventi garantiti dall'assistenza odontoiatrica nella provincia di Modena, risultano pertanto rivolti all'**età evolutiva** (compresi gli interventi di prevenzione collettiva della patologia cariosa) ed ai pazienti in condizioni di particolare **vulnerabilità sanitaria o economica**.

### Il progetto "Sorrìdi alla prevenzione"

Nasce nell'anno scolastico 1994/1995 con la finalità di promuovere comportamenti di igiene orale ed alimentari adeguati per la prevenzione della carie e delle malocclusioni. La fascia d'età prescelta fa riferimento ai bambini nei quali è ancora presente la dentizione decidua ed inizia la permanente, per i quali l'aspetto preventivo acquista un'importanza strategica: il progetto coinvolge quindi tutti gli alunni di prima e seconda elementare.

Il progetto si basa sulla convinzione che la scuola, i servizi sanitari, la famiglia, ciascuno per le proprie competenze, svolgano un ruolo di primo piano nell'azione preventiva.

Il progetto è frutto della collaborazione fra diversi professionisti dell'Azienda USL di Modena quali Pediatri, Assistenti Sanitari (n. 15), Odontoiatri, Igienisti, Dietisti, Sociologi (n. 2). Il progetto prevede supporto e consulenza agli insegnanti, in particolar modo ai referenti dei progetti salute, lezioni in classe con i bambini tenute dalle Assistenti Sanitarie del Servizio Salute Infanzia, lezioni presso l'ambulatorio dentistico tenute dagli odontoiatri per i pazienti in carico, incontri, se richiesti, fra genitori ed esperti, visite guidate presso gli ambulatori odontoiatrici, diffusione di strumenti informativi e didattici multimediali (quaderni per bambini, dispense per pediatri, dispense per insegnanti e genitori, cd formativi per i bambini) e verifiche di apprendimento con attestati finali.

Inoltre, dal 2003 il Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) ha completato il progetto avviando una ricerca sui comportamenti alimentari presso alcune scuole materne che è proseguita nei successivi anni scolastici.

L'esperienza condotta dal 1995 ad oggi, che ha visto coinvolti circa 30.000 bambini in oltre 1.500 iniziative della durata media di 5-6 ore l'una (mediamente 150 interventi all'anno), ha consentito di raggiungere alcuni importanti obiettivi: i bimbi in questa fascia di età fanno esperienza della progressiva caduta dei denti: il progetto contribuisce a far comprendere loro l'evento ed a superare ansie e paure;

- il messaggio educativo mediato dalla scuola, e "rinforzato" dall'esperto, incide sui bambini in modo rilevante;
- diversi genitori riferiscono come l'esperienza contribuisca in modo significativo all'acquisizione di comportamenti salutari;
- il coinvolgimento del pediatra gli consente di acquisire una maggiore conoscenza delle tecniche di prevenzione odontoiatrica ed ortodontica.

Tutti i concetti che vengono presentati nel corso delle lezioni, inoltre, vengono poi riproposti e richiamati ai bambini ed ai genitori che accedono al servizio di ortodonzia.

Oltre alle numerose iniziative avviate per l'informazione ai cittadini sulle nuove modalità di assistenza, allo scopo di "intercettare" i possibili beneficiari del programma in condizioni di vulnerabilità sanitaria (per i quali è previsto l'accesso al servizio tramite percorsi agevolati), saranno avviati contatti con le strutture sanitarie, assistenziali e/o residenziali di riferimento presenti sul territorio provinciale. Importante è stato anche l'impegno **per assicurare ai cittadini l'informazione** sulle nuove modalità di assistenza e, conseguentemente, d'accesso.

### Informazione sulle modalità di accesso all'odontoiatria ed equità d'accesso

Oltre alla pubblicazione di uno specifico articolo sul periodico dell'Azienda USL "La nostra salute", destinato a tutte le famiglie della provincia, sono stati realizzati momenti informativi per la cittadinanza tramite trasmissioni sulle televisioni locali. Prendendo a riferimento quanto emerso dal gruppo regionale "Informazione e Comunicazione in Sanità" è stato predisposto e pubblicato un Comunicato Stampa riassuntivo delle novità introdotte dalla Delibera n. 2678 e delle modalità applicative a livello provinciale. È stato predisposto un foglio informativo, che riassume i requisiti di accesso alle cure odontoiatriche, che verrà distribuito al Pronto Soccorso odontoiatrico dell'Azienda Ospedaliera e in allegato a tutte le prenotazioni di visita odontoiatrica (sia programmabile che urgente) effettuate al CUP.

Si è realizzato un pieghevole che sintetizza i nuovi requisiti e le modalità di accesso alle cure odontoiatriche, che è stato messo a disposizione degli utenti nelle diverse strutture delle Aziende USL ed Ospedaliera (ambulatori, ospedali, CUP, PdA, URP, ecc.) e nei principali luoghi di aggregazione, oltre che nei CAF e nelle sedi dei sindacati.

Infine i dati di attività per l'anno 2007: circa 18.000 pazienti sono stati trattati ambulatorialmente 85 casi di particolare complessità sono stati gestiti tra Day Surgery e ricoveri ordinari. Importante ricordare anche i valori di mobilità attiva che si attestano intorno ad un 5%. Si sottolinea, infine, che l'Odontoiatria è oggetto di un riassetto organizzativo e strutturale che si completerà tra il 2008 e il 2009 e che porterà sia ad un incremento dei volumi di attività complessiva sia ad un incremento della mobilità attiva.

#### Interventi in tema di prevenzione

Tipicamente, sono gli interventi legati alla prevenzione che hanno come requisito fondamentale la necessità di garantire un'ampia diffusione e l'universalità di accesso; quest'ultima, poi, risulta particolarmente impegnativa per determinate fasce di popolazione (minori, anziani, disabili, immigrati o soggetti che presentano gravi disabilità acquisite).

#### Controllo e prevenzione delle malattie infettive

Il controllo delle malattie infettive è finalizzato ad acquisire tempestivamente la conoscenza sui casi di malattie infettive, sia per approfondire le informazioni sui fattori di rischio, sia per arginare la diffusione potenziale della stessa patologia verso altre persone suscettibili.

Contribuisce al controllo anche l'informazione di ritorno, relativa all'andamento epidemico in un territorio, rivolta ai medici segnalatori.

**Tabella 1 - Indagini epidemiologiche: numero casi e numero persone intervistate**

	2004		2005		2006		2007	
	numero casi	n. persone intervistate	numero casi	n. persone intervistate	numero casi	n. persone intervistate	numero casi	n. persone intervistate
Carpi	102	386	81	325	91	382	72	902
Mirandola	79	443	78	458	68	364	46	477
Modena	217	1.251	223	1.409	249	1.018	239	1.080
Castelfran.	92	408	97	459	77	349	85	397
Sassuolo	134	361	106	522	136	657	132	632
Pavullo	66	232	67	210	61	293	87	221
Vignola	78	244	49	386	60	195	55	281
<b>Totale</b>	<b>768</b>	<b>3.325</b>	<b>701</b>	<b>3.769</b>	<b>742</b>	<b>3.258</b>	<b>716</b>	<b>3.990</b>

Le indagini riguardano tutte le patologie infettive-diffusive che si presentano sotto forma di focolai, oltre a quelle che si presentano singolarmente, ma che sono caratterizzate da rilevante diffusività o pericolosità. Hanno lo scopo di approfondire la conoscenza sulle modalità di diffusione di quello specifico caso e di individuare eventuali persone ulteriormente a rischio, cui proporre le misure preventive specifiche.

Sul totale delle indagini, più numerose sono risultate quelle relative alle malattie esantematiche infantili, seguite da casi di salmonellosi non tifo-

dee e scabbia e, in numero decrescente, di tubercolosi, epatiti virali acute e sifilide.

Per un dettaglio maggiore e una relazione completa sulle Malattie Infettive nella provincia di Modena, rimandiamo all'indirizzo:

[http://www.ausl.mo.it/dsp/sipcrb/MIF/2006/Mif\\_Provincia\\_2006.pdf](http://www.ausl.mo.it/dsp/sipcrb/MIF/2006/Mif_Provincia_2006.pdf).

Riguardo al **controllo della malattia tubercolare**, è aumentata l'attività di esecuzione dello screening dell'infezione mediante intradermoreazione di Mantoux.

**Tabella 2 - Esecuzione e controllo mantoux (provincia)**

Esecuzione e controllo mantoux (provincia)	2004	2005	2006	2007
numero	1.186	1.869	1.709	1.978

Sono stati realizzati incontri con la popolazione immigrata, sia mediati dal Centro stranieri del Comune di Modena, sia organizzati nell'ambito del Centro Territoriale Permanente di formazione. Complessivamente sono state raggiunte in modo diretto, anche con l'ausilio di mediatori culturali, circa 150 persone.

Riguardo alla prevenzione dell'AIDS e delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) nella popolazione straniera, nell'ambito del piano aziendale finanziato anche dalla Regione, è prevista l'attivazione di procedure informative rivolte a stranieri che vengono incontrati perché viaggiatori, oppure perché positivi ad HBsAg.

A questi soggetti viene fornita, col supporto di un medico appositamente incaricato, la consulenza per la prevenzione dell'AIDS e delle classiche malattie sessualmente trasmesse.

Nel 2007 sono state complessivamente fornite 20 consulenze a soggetti che presentavano all'anamnesi situazioni considerabili a rischio, mentre i prelievi effettuati direttamente, per la determinazione della condizione rispetto a HIV, sono stati 6. Tutti hanno avuto esito negativo: di questi, due erano di nazionalità straniera.

Nel corso dell'estate-autunno si è partecipato attivamente alla sorveglianza straordinaria relativa alla febbre Chikungunya, registrando alla fine del periodo 10 segnalazioni di caso sospetto di malattia, tutte risultate negative agli approfondimenti successivi. Inoltre si è svolta su tale tematica un'articolata azione di coordinamento all'interno e all'esterno dell'Azienda USL, in particolare con la Provincia, i Comuni e le Aziende ex municipalizzate attive sul territorio, fornendo il supporto tecnico-scientifico ai Comuni per l'attuazione coordinata e corretta delle indicazioni regionali in materia di interventi straordinari per la lotta alla zanzara tigre.

## Prevenzione delle malattie infettive e medicina del viaggiatore

La prevenzione delle malattie infettive trova nelle vaccinazioni agli adulti e nelle consulenze per i viaggiatori internazionali alcuni fra i suoi strumenti più efficaci. In ordine numerico decrescente, le principali tipologie di vaccinazioni sono relative a richiami per la difterite e il tetano, le epatiti A e B, il tifo, la febbre gialla e la meningite.

Riguardo alla vaccinazione antipneumococcica, nel corso dell'anno si è ulteriormente sollecitata l'attenzione delle persone splenectomizzate, individuate attraverso le SDO 2005-2006 ed invitate tramite lettere personalizzate; inoltre, sono continuate le prestazioni nei confronti di altre categorie ritenute a rischio, come i dializzati, gli immunodepressi, i cardiopatici cronici e gli pneumopatici cronici; oltre 190 le dosi somministrate ad adulti a rischio direttamente dal Servizio di Igiene Pubblica.

L'intensificazione del rapporto con alcuni reparti del Policlinico, avviato in tema di trapianti di midollo e vaccinazioni, ha indotto nel corso del 2007 ad aprire anche un percorso di vaccinazione preventiva, in fase di programmazione di splenectomia, che ha coinvolto 7 pazienti.

Riguardo all'offerta attiva delle vaccinazioni raccomandate alle persone a rischio, è proseguita l'attenzione sui trapiantati di midollo a seguito di richiesta del Servizio di Ematologia del Policlinico. In applicazione dei protocolli definiti in collaborazione con i clinici l'ambulatorio specificamente avviato a Modena ha continuato la sua attività. In tale contesto sono state trattate 19 persone con la somministrazione di 83 dosi complessive di vaccino; si sono aggiunti 2 pazienti con trapianto solido, ai quali sono state somministrate 7 dosi di vaccini vari.

Per quanto riguarda gli anziani istituzionalizzati, essi continuano a rappresentare la categoria a più elevato livello di copertura.

**Tabella 3 - Vaccinazioni eseguite**

	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Carpi</i>	2.921	2.945	2.781	2.983	3.238
<i>Mirandola</i>	3.857	3.519	3.591	3.495	3.644
<i>Modena</i>	6.359	7.103	6.494	6.385	6.021
<i>Castelfranco</i>	822	940	1.126	986	1.202
<i>Sassuolo</i>	2.428	2.497	2.613	2.404	2.714
<i>Pavullo</i>	735	814	1.000	1.018	1.003
<i>Vignola</i>	1.819	2.007	2.313	2.480	2.677
<b>Totale</b>	<b>18.941</b>	<b>19.825</b>	<b>19.918</b>	<b>19.751</b>	<b>20.499</b>

Riguardo alla **vaccinazione antinfluenzale**, nel corso degli anni si è assistito ad un progressivo incremento della copertura vaccinale degli anziani ultrasessantatrenni, superiore al 75% ormai da diversi anni: con la campagna vaccinale

2003-2004 si è raggiunto il target nazionale e regionale del 75%, fino al 78% della campagna 2005-2006, che si è assestata sul 77,7% dell'autunno 2006.

I dati definitivi del 2007 non sono ancora disponibili.

**Tabella 4 - Tasso vaccinale antinfluenzale anziani oltre 65 anni (obiettivo nazionale 75%)**

	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
<i>Carpi</i>	71,8%	74,7%	74,04%	77,01%	78,47%
<i>Mirandola</i>	66,1%	66,5%	69,13%	71,65%	70,25%
<i>Modena</i>	75,7%	77,3%	78,76%	80,72%	81,64%
<i>Castelfranco</i>	77,4%	79,2%	79,23%	80,96%	79,96%
<i>Sassuolo</i>	77,1%	77,9%	78,03%	80,34%	79,37%
<i>Pavullo</i>	75,6%	78,6%	70,83%	78,37%	76,12%
<i>Vignola</i>	77,2%	76,6%	77,14%	74,59%	72,72%
<b>Totale</b>	<b>74,4%</b>	<b>75,9%</b>	<b>75,64%</b>	<b>78,04%</b>	<b>77,71%</b>

**Ai viaggiatori** che si recano **in paesi esteri, per motivi lavorativi o per vacanze**, viene offerta informazione aggiornata relativamente alla tipologia dei rischi per la salute che quelle specifiche destinazioni presentano e riguardo le misure più adeguate per la prevenzione dei danni correlati. Al fine di aumentare la sensibilizzazione e le conoscenze sulle opportunità di prevenzione delle malattie offerte dalle vaccinazioni nei viaggiatori

è continuata la presenza nelle scuole che ne hanno fatto richiesta (vedi Capitolo 5).

La collaborazione instaurata con l'associazione "SOS Turista" ha consentito di sviluppare un percorso "informativo" cogestito nei confronti delle agenzie di viaggio, che si è concretizzato in una serie di incontri realizzati in tutta la provincia, con i quali sono stati coinvolti 61 operatori in rappresentanza di 42 agenzie.

**Tabella 5 - Consulenze ai viaggiatori internazionali**

	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Carpi</i>	257	250	292	269	339
<i>Mirandola</i>	361	321	353	272	263
<i>Modena</i>	875	1.001	885	970	941
<i>Castelfranco</i>	63	54	46	73	31
<i>Sassuolo</i>	248	237	312	278	230
<i>Pavullo</i>	44	30	29	30	112
<i>Vignola</i>	224	190	190	166	122
<b>Totale</b>	<b>2.072</b>	<b>2.083</b>	<b>2.107</b>	<b>2.058</b>	<b>2.038</b>

#### **CUP Provinciale**

L'Azienda USL di Modena ha sempre posto, fra i suoi obiettivi primari, quello della facilitazione dell'accesso ai servizi. L'ambito più importante nel quale tale obiettivo viene perseguito è quello della prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, dal momento che il CUP - divenuto provinciale nel novembre 2001 - rappresenta

per il cittadino la principale porta di accesso al percorso diagnostico e terapeutico.

Allo scopo di collocare nella giusta dimensione il problema si riportano, di seguito, alcuni dati. Nel 2007, in provincia di Modena, le prenotazioni sono state 2.068.874, suddivise fra 1.212 diverse tipologie di prestazioni sanitarie. Gli 86 sportelli CUP dislocati su 34 sedi nei 7 Distretti sanitari del

territorio rappresentano la via d'accesso più utilizzata per la prenotazione delle prestazioni. Il sistema di gestione informatizzata delle prenotazioni consente di prenotare, da qualunque sportello CUP, la maggior parte delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, anche in un Distretto sanitario diverso da quello in cui si risiede o si esegue la prenotazione. Nel corso del 2007, proprio grazie alla provincializzazione della prenotazione, circa 201.338 persone (il 10% di coloro che si sono rivolti al CUP), hanno fruito di prestazioni in Distretti diversi da quello di residenza; tale sistema consente di ovviare ad eventuali criticità locali garantendo, al contempo, anche equità d'accesso. È importante sottolineare che il sistema di prenotazione rende visibile l'intera offerta provinciale di specialistica ambulatoriale: sia quella erogata direttamente dall'Azienda USL attraverso i suoi professionisti, sia quella acquisita ricorrendo a specifici accordi di fornitura. Tramite il CUP è possibile, infatti, accedere anche alle prestazioni erogate dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria, dal Nuovo Ospedale di Sassuolo e dalle strutture private accreditate (da metà del 2007).

### **CUP provinciale**

#### **Modalità di funzionamento**

Quando ci si rivolge ad uno sportello CUP della provincia, l'operatore dell'Azienda USL verifica in quale data si può accedere alla prestazione richiesta, valutando inizialmente una struttura del Distretto sanitario di appartenenza; se la prima disponibilità nel proprio Distretto non soddisfa il richiedente, l'operatore CUP estende la ricerca alle strutture disponibili sull'intero territorio provinciale. Occorre precisare che gli operatori dei diversi centri di prenotazione provinciale considerano, al fine di una maggiore libertà di scelta del cittadino e di integrazione dell'offerta di prestazioni, anche le agende dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e del Nuovo Ospedale di Sassuolo.

Complementare al sistema prenotazioni è il call center per le disdette, attivo 7 giorni su 7, 24 ore su 24, per consentire ai cittadini di annullare telefonicamente le prenotazioni che non possono o non intendono più utilizzare. La mancata disdetta è, infatti, un fenomeno assolutamente negativo che riguarda circa il 10% delle prenotazioni e ne causa uno spreco. Queste, infatti, se disdette a tempo debito, potrebbero essere utilizzate a favore di altri cittadini in attesa. Le disdette registrate nel corso del 2007 sono state oltre 60.000.

### **Prenotatori esterni**

L'obiettivo di facilitare l'accesso per i cittadini al servizio di prenotazione è stato perseguito anche rafforzando e perfezionando progressivamente la rete provinciale di prenotazione, rendendola sempre più capillare, grazie al coinvolgimento di altre strutture che si sono affiancate ai tradizionali sportelli CUP. Importanti esempi in questo senso sono rappresentati dagli accordi con le Farmacie e con il patronato EPACA (Coldiretti).

Questo sviluppo è stato favorito dalla realizzazione di una versione particolare del programma di prenotazione, utilizzabile anche presso strutture esterne all'Azienda tramite il web: il CUP-WEB.

### **Cup-Web**

Il progetto, che rappresenta l'evoluzione del primo tentativo - avviato nel 1998 - di rendere possibili le prenotazioni presso le farmacie, si basa sull'adozione di un nuovo e più evoluto programma utilizzabile via internet, il quale consente di estendere anche a strutture esterne all'Azienda, le principali funzioni presenti presso i normali sportelli di prenotazione CUP. Il nuovo sistema, infatti, permette di prenotare la quasi totalità delle prestazioni disponibili presso strutture pubbliche o private convenzionate, anche esterne al Distretto di appartenenza, sulla base delle effettive disponibilità. L'operatore può consultare l'elenco delle prestazioni prenotabili presso i diversi erogatori direttamente dal suo computer ed effettuare la prenotazione basandosi sulle stesse informazioni utilizzate dai CUP Distrettuali. Dopo la registrazione dei dati necessari, avviene la prenotazione e al cittadino viene consegnato il consueto modulo stampato per effettuare la prestazione e, qualora previsto, per pagare il ticket.

Le **farmacie private e comunali modenesi** rappresentano, dal 1998, un importante complemento del sistema di prenotazione aziendale, grazie alla loro distribuzione capillare su tutto il territorio provinciale e agli estesi orari di apertura garantiti quotidianamente. Si sottolinea che il ruolo svolto dalle farmacie è particolarmente significativo per i cittadini residenti in zone lontane dalle sedi dei CUP distrettuali, in quanto permettono di ridurre la necessità di spostamenti. Nel corso del 2007, presso le 152 farmacie della provincia sono state effettuate 459.286 prenotazioni (oltre il 22% del totale) con un forte incremento rispetto alle 358.037 dell'anno precedente. Un possibile e ulteriore sviluppo del rapporto di collaborazione

con le farmacie potrebbe essere quello relativo alla riscossione del ticket: con un unico accesso, il cittadino ha la possibilità di completare l'intero ciclo amministrativo della prenotazione.

Dall'aprile del 2005, anche presso le tre sedi **EPA-CA**, il patronato della Coldiretti per i servizi alle persone, di Serramazzoni, Finale Emilia e Palagano, possono essere prenotate - sempre tramite il CUP-WEB - visite e prestazioni specialistiche. Questi sportelli effettuano un limitato numero di prenotazioni, ma sono comunque funzionali all'utenza che risiede nei luoghi maggiormente disagiati.

Un ulteriore ampliamento dei canali di accesso alle prestazioni è costituito dall'attivazione, all'inizio del 2007, del servizio di prenotazione (o disdetta) telefonica tramite il Call center **Tel&prenota**. Questo servizio, che consente di accedere alla maggior parte delle prestazioni prenotabili tramite CUP, ha garantito, nel corso del primo anno di attività, l'effettuazione di oltre 65.000 prenotazioni.

Recentissimo è l'accordo fra **l'Azienda USL e COOP Estense**, grazie al quale visite e prestazioni specialistiche sono prenotabili anche presso i corner farmaceutici di 2 ipermercati (a Modena e Vignola), con le stesse modalità utilizzate presso le farmacie. Entro l'estate tale attività verrà estesa ad altri 6 punti vendita (a Carpi, Mirandola, Modena, Castelfranco Emilia, Sassuolo, Formigine). Sempre nell'ambito della collaborazione con COOP Estense, da giugno 2008 si è avviata la sperimentazione di una soluzione particolarmente innovativa: l'installazione presso due punti vendita, di totem multimediali attraverso i quali i cittadini potranno provvedere direttamente alla prenotazio-

ne delle prestazioni prescritte. Si tratta di sportelli virtuali, attraverso i quali il cittadino potrà mettersi in contatto audio-video con un operatore di call center che, verificata l'impegnativa del medico, effettuerà la prenotazione, i cui moduli saranno stampati direttamente dalla postazione.

#### **Call Contact Center**

Il servizio di Call Center Tel&prenota ha visto l'immediato e crescente gradimento da parte della popolazione modenese registrando, al 31 dicembre 2007, oltre 135.000 chiamate telefoniche entranti a cui è stata data risposta nel 91% dei casi (circa 124.000 chiamate)

Il dato conferma il raggiungimento delle finalità che avevano portato all'avvio del servizio:

- dare alla cittadinanza un punto d'accesso unico e comodamente raggiungibile;
- alleggerire la pressione sulla rete degli sportelli CUP territoriali;
- offrire uno strumento di corretto indirizzamento a fronte della complessità delle diverse modalità d'accesso alla specialistica ambulatoriale.

La qualità raggiunta dal servizio è riscontrabile sia in relazione alla percentuale di telefonate risposte entro 60 secondi, quasi il 77%, sia in relazione al basso numero di reclami e di segnalazioni di errori evidenziati da parte della cittadinanza o della rete degli sportelli CUP.

#### **Dati di attività**

Nel 2007 le telefonate ricevute sono state 135.861 mentre le telefonate risposte (i contatti) sono state 123.679, pari al 91,03%, del totale delle chiamate ricevute.



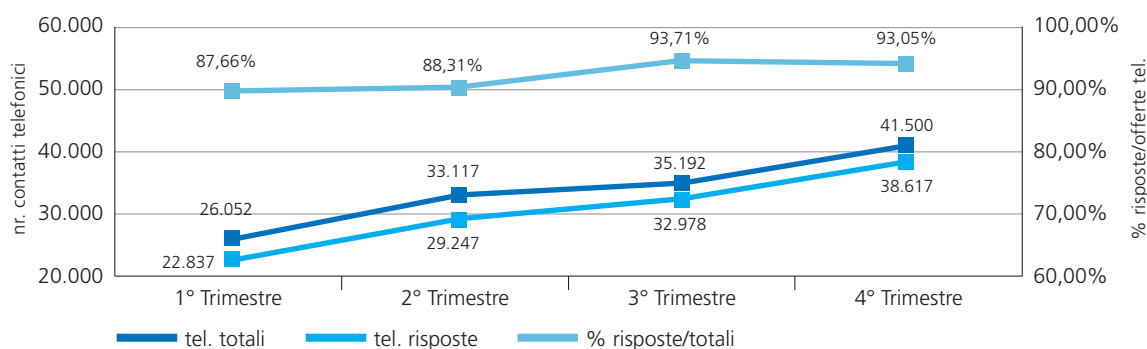
**Tabella 6 - Dati telefonici 2007 per trimestre e totali**

DATI	2006	Anno 2007				2007
	DICEMBRE	1° Trim.	2° Trim.	3° Trim.	4° Trim.	
Tel. Totali	4.227	26.052	33.117	35.192	41.500	135.861
Valori %	-	19,2%	24,4%	25,9%	30,5%	100,0%
Tel. Risposte	4.026	22.837	29.247	32.978	38.617	123.679
Valori %	-	18,5%	23,6%	26,7%	31,2%	100,0%
% Risposte/Totali	95,24%	87,66%	88,31%	93,71%	93,05%	91,03%
Risposte medie giornaliere	249	326,2	432,4	467,8	567,9	447,9
Variazione sul trimestre precedente n.a.	-	+ 77,6	+ 106,1	+ 35,4	+ 100,1	-

La crescita media di telefonate risposte per trimestre è stata di 5.260, con valori più alti tra 1° e 2° trimestre, e inferiori tra 2° e 3° trimestre (il

3° trimestre comprende agosto, normalmente il periodo con minore attività).

**Grafico 1 - Tel&Prenota: dati attività per trimestre - dic. '06 - nov. '07**



La costante crescita per trimestre viene ribadita anche a livello di telefonate medie giornaliere risposte, passando da 326,2 risposte medie giornaliere del primo trimestre a 567,9 risposte medie giornaliere dell'ultimo trimestre, pari ad un incremento del 74%.

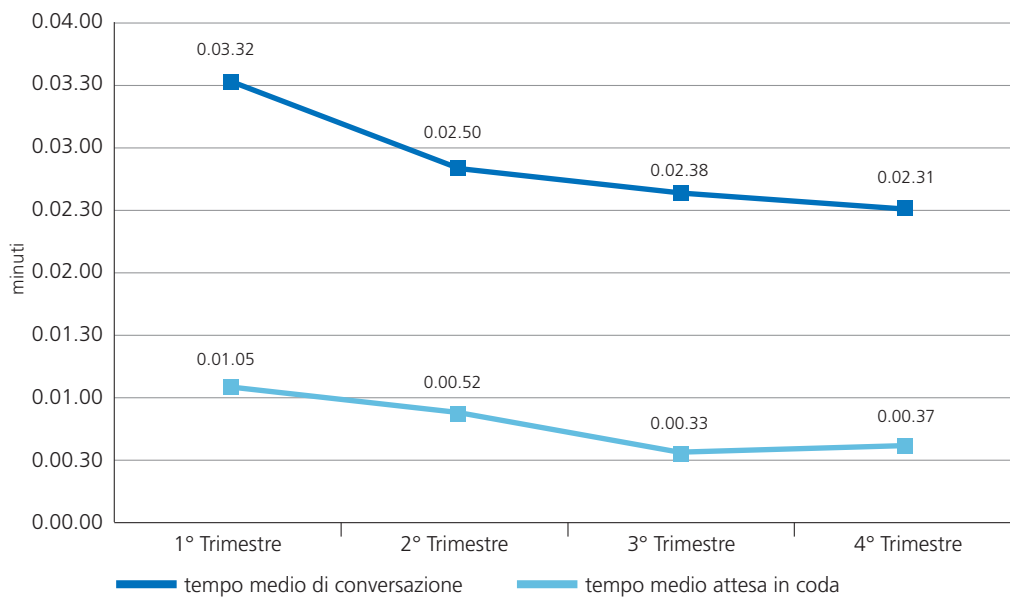
Il tempo medio d'attesa nell'anno 2007 è stato di 45 secondi considerando, però, che nel primo trimestre è stato di 1'05" e che nell'ultimo trimestre è stato di 37 secondi, pari ad una riduzione del 42%.

Sensibili i miglioramenti anche nel raffronto tra trimestri in merito al tempo medio di conversa-

zione (TMC) considerando che la durata media nel 2007 è pari a 2'49" passando da una durata media di 3' 32" nel primo trimestre ad un valore di 2' 31" nell'ultimo trimestre, pari ad una riduzione del 29%.

Il miglioramento continuo del Tempo Medio di Conversazione è stato confermato nonostante le 4 fasi di crescita che hanno richiesto l'inserimento di nuovo personale in prenotazione e ad presentarsi tra questi ultimi di un significativo fenomeno di turnover.

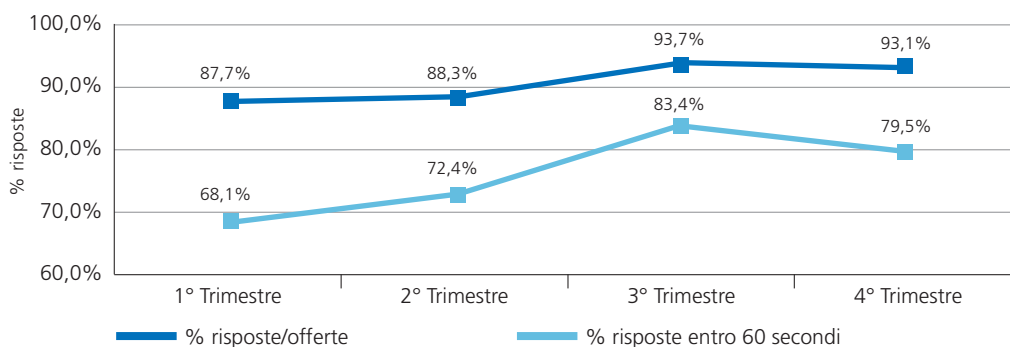
**Grafico 2 - Tel&Prenota: report tempi medi - anno 2007**



Tra le chiamate risposte su base annua quasi il 76,8% sono state risposte dall'operatore entro un minuto. In particolare nel settembre 2007 tali

risposte sono state addirittura il 91,7%, mentre ad agosto e dicembre l'84% circa.

**Grafico 3 - Tel&Prenota: % di telefonate risposte e risposte entro 60 sec. - anno 2007**



È ulteriormente interessante il raffronto con i **dati riferiti a Gennaio 2008:**

- 16.101 telefonate risposte su circa 17.168 chiamate totali (93,8% di chiamate risposte sul totale delle telefonate ricevute);
- 870 telefonate risposte giornaliere il 7 gennaio;
- 672 telefonate risposte medie giornaliere.

#### Proiezione annua

I dati d'attività possono essere forniti esclusivamente in merito all'attività telefonica (telefonate risposte, ecc.). Non esiste attualmente la possibilità tecnica di verificare quante operazioni (prenotazioni, disdette, cambio appuntamento) ha effettuato il personale di Call Center. La stessa difficoltà è comune anche alla restante rete dei punti CUP. L'unico dato tracciato, elaborato con

un applicativo separato da quello di prenotazione, è il numero di prenotazioni.

È in merito all'attività di risposta telefonica, i contatti risposti, che viene calcolata l'attività del Call Center e gli eventuali scaglioni di incremento su proiezione annua. Il dimensionamento del servizio avviene, dal mese successivo, in conseguenza del superamento di scaglioni di 20.000 contatti nella proiezione annua. Il servizio Tel&prenota ha superato 4 scaglioni d'incremento nei primi 6 mesi del 2007 ed uno scaglione nel gennaio 2008.

In sintesi, la proiezione di contatti annui risposti è passata da 71.000 contatti circa nel gennaio 2007 a 189.000 contatti nel gennaio 2008, pari ad un incremento del 166%.

**Tabella 7 - Contatti risposti e curva annua**

Mesi	Curva annua tipica	Dati mensili Contatti risposti	Proiezione Annua Contatti risposti
Dicembre '06	7,6%	4.026	53.053
Gennaio '07	8,5%	6.019	70.902
Febbraio '07	8,5%	7.145	84.410
Marzo '07	9,3%	9.673	104.387
Aprile '07	8,9%	8.179	91.553
Maggio '07	9,0%	9.970	110.247
Giugno '07	7,7%	11.098	144.589
Luglio '07	6,8%	10.976	161.027
Agosto '07	5,8%	9.031	156.127
Settembre '07	9,9%	12.971	130.813
Ottobre '07	9,3%	14.962	160.425
Novembre '07	8,7%	13.477	154.908
Dicembre '07	7,6%	10.178	134.097
Gennaio '08	8,5%	16.101	189.647
<b>Totale</b>	<b>100,0%</b>		

### Servizi aggiuntivi nel 2008

I dati d'attività raggiunti nel 2007 rappresentano una spia delle potenzialità rispetto al 2008 dove nel primo semestre sono già stati avviati e previsti i seguenti ulteriori sviluppi:

- prenotazione delle impegnative SOLE per le prestazioni prenotabili dal Call Center (operativo da marzo 2008);
- correzione della quantità di prestazioni nelle prenotazioni radiologiche su richiesta dei privati accreditati (operativo da marzo 2008);
- prenotazione delle Vaccinazioni per adulti (operativo da aprile 2008);
- prenotazione delle MOC (operativo da aprile 2008);
- outbound per la prenotazione di Risonanze Magnetiche Neuroradiologiche (operativo da aprile 2008);
- prenotazione delle vaccinazioni a pagamento per il tumore al collo dell'utero (HBV);

- prenotazione tramite sportelli "Totem";
- prenotazione delle impegnative SOLE di Laboratorio Analisi e delle Mammografie;
- trasferimento del servizio Telecup sul servizio Tel&prenota;
- prenotazione della Libera Professione Allargata;
- estensione della chiusura pomeridiana alle ore 20.00 dal lunedì al venerdì;
- attivazione del servizio di Help desk per gli sportelli CUP presso i corner dei centri commerciali della COOP Estense e per le farmacie.

La conferma dell'avvio di questi servizi viene accompagnata da una specifica campagna informativa verso la cittadinanza o gli utenti del sistema CUP interessati affinché ne vengano tratti immediatamente tutti i benefici possibili.

Si stima che il raggiungimento dell'avvio di questi servizi potrà portare agli incrementi d'attività di risposta telefonica riportati nella tabella seguente.

### 3. Obiettivi e strategie aziendali

Stima Attività 2008	Mese avvio	Totali 2008	Media mensile	Media gg	Sudd. %
Attività CUP attuale	Gen.-Dic.	187.534	15.628	695	74,5%
MOC+Vaccinazioni	Aprile	1.102	138	6	0,7%
Totem	Maggio	3.459	432	19	2,1%
HD	Maggio	8.070	1.009	45	4,8%
LPA	Giugno	8.409	1.201	53	5,7%
Chiusura ore 20.00	Giugno	3.754	536	24	2,6%
Sole LAB+Mammo	Settembre	6.280	1.570	70	7,5%
Telecup	Ottobre	1.350	450	20	2,1%
<b>Contatti Totali Stimati</b>		<b>219.958</b>	<b>20.964</b>	<b>932</b>	<b>100,0%</b>

Rispetto al 2007, quindi, è previsto un incremento di oltre il 77% rispetto ai volumi effettivi di contatti risposti, da 124.000 a 219.000, considerando che potranno essere superati altri 5 scaglioni d'attività in merito alla proiezione annua,

passando da 187.000 a Gennaio 2005 a oltre 280.000 a Novembre 2008 (incremento del 50% rispetto a Gennaio 2008).

La previsione potrà essere mantenuta qualora si confermi il seguente programma di avvii.

Calendario avvii	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SETT	OTT	NOV	DIC	% d'avvio/attività	
Attività CUP attuale	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
MOC+Vaccinazioni	33%	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		
Totem		10%	67%	74%	74%	81%	93%	100%	100%		
Impegnative Sole LAB. Analisi +Mammo						10%	13%	18%	22%		
LPA			33%	50%	100%	100%	100%	100%	100%		
HD			13%	25%	50%	50%	75%	100%	100%		
Telecup							100%	100%	100%		
Chiusura ore 20.00 (LU-VE)			50%	67%	100%	100%	100%	100%	100%		

Le condizioni perché questo programma si completi sono le seguenti:

- la prenotazione delle MOC e delle Vaccinazioni per adulti a regime da giugno in poi; la previsione non comprende il servizio per la vaccinazione del collo dell'utero (HBV);
- totem: si prevede la piena operatività solo dopo alcuni mesi di sperimentazione da parte della cittadinanza. Stando ai test effettuati sembra risulti necessaria l'adozione dell'applicativo nella versione WEB. È quindi necessario l'addestramento di tutto il personale all'uso di entrambe le versioni dell'applicativo;
- prenotazione delle impegnative SOLE di Laboratorio Analisi e delle Mammografie: per l'avvio di quest'attività di prenotazione da parte del Call Center è necessaria un'attività di standardizzazione delle agende. È probabile che non sia consentita la prenotabilità tramite Tel&prenota prima di settembre 2008. Pur-

troppo ciò ha dirette conseguenze sull'avvio del servizio di Help Desk alle farmacie;

- libera Professione Allargata (LPA): l'avvio è stato spostato a Giugno nell'ultimo incontro di revisione del calendario d'attivazione;
- Telecup: la chiusura del Telecup è collegata alla prenotabilità delle impegnative SOLE di Laboratorio e delle Mammografie da parte del Call Center;
- chiusura posticipata alle ore 20.00 dal lunedì al venerdì. È prevista in relazione all'avvio della prenotazione della LPA in quanto prevede il riconoscimento di 2 risorse di Call Center aggiuntive per l'assorbimento, fino al superamento di due scaglioni telefonici su base annua, dell'attività aggiuntiva;
- HD farmacie: è il supporto - da parte di personale esperto - ai farmacisti rispetto all'uso dell'applicativo CUP WEB. Aiuta ad applicare correttamente la normativa, a ricercare delle soluzioni

opportune di prenotazione per lo svolgimento di attività precluse al personale delle farmacie, come ad esempio l'inserimento di nuovi assistiti, la prenotazione corretta di più prestazioni presenti sulla stessa impegnativa dal punto di vista del calcolo del ticket, lo spostamento di appuntamenti. Si propone un avvio graduale in termini qualitativi e quantitativi nonostante l'impossibilità alla prenotazione delle prestazioni di laboratorio. Il piano proposto vedrebbe l'opportunità di un avvio contestuale al servizio Help Desk per i Corner presenti nei centri commerciali della Coop Estense a partire da Maggio 2008 quale supporto aggiuntivo (non sostitutivo) a quelli già previsti per le farmacie e rispetto a quanto già prenotabile con il CC. In prima battuta potrebbero essere coinvolti 2 o 3 distretti, pari ad un quarto delle farmacie totali come attività CUP. A Giugno altri 2-3 distretti ed a Luglio completare l'avviamento con le farmacie del distretto di Modena. La chiusura completa degli altri servizi di supporto alle farmacie, potrebbe essere programmata a Settembre in seguito al raggiungimento della prenotabilità delle impegnative Sole di laboratori, nonché delle Mamografie da parte del Call Center.

Affinché questo programma sia rispettato appare necessario il supporto degli uffici dell'Azienda USL competenti in merito:

- al coordinamento e alla standardizzazione dell'attività di prenotazione (CSA) e ufficio libera professione;
- alla realizzazione degli interventi di normalizzazione e predisposizione delle agende CUP (UGR e UGRI);
- all'implementazione delle componenti tecnologiche necessarie per il normale funzionamento del servizio ed agli adeguamenti della dotazione, in riferimento all'incremento di complessità del servizio per quantità e qualità degli operatori coinvolti. Ci si riferisce a:
  - tecnologie di call center;
  - configurazione postazioni di Call Center.

Da un punto di vista organizzativo, l'avvio dei nuovi servizi prevederà l'attivazione di una nuova tipologia di operatore, il supporto Help desk, come figura intermedia rispetto alle due presenti attualmente: l'operatore di Call Center/Totem e il Supervisore del servizio.

È necessario che la configurazione delle dotazioni strumentali sia coerente con questa nuova articolazione del personale addetto alla risposta telefonica e possa essere gestita in modo flessibile ed autonomo.

Parimenti - in merito al coordinamento e alla standardizzazione delle nuove attività oggetto d'erogazione da parte del Call Center - occorre la programmazione delle risorse.

Il mancato avvio del servizio di Help Desk alle farmacie nel corso del 2007, infatti, è da riferirsi principalmente alla necessità di revisione del modello organizzativo dell'offerta sanitaria, attività sfociata nella definizione e costituzione dell'UGRI. Quest'ultimo soggetto è stato avviato nell'aprile 2008.

In particolare, la principale preoccupazione è verso l'attivazione del servizio Help Desk, quello che - rispetto al semplice supporto alla prenotazione delle farmacie e al servizio Telecup - garantisce il maggior recupero di risorse interne all'Azienda USL da poter dirottare verso nuovi e più importanti settori d'attività.

### **Semplificazione nell'accesso alle prestazioni**

Se risulta fondamentale il buon funzionamento del sistema di prenotazione che costituisce la principale porta di accesso ai percorsi diagnostico-terapeutici, non meno importanti sono i percorsi successivi alla prenotazione. In seguito alla DGR 2142/2000 sulla Semplificazione dei percorsi di accesso alla specialistica ambulatoriale, è attivo dalla fine del 2001 un gruppo di lavoro interaziendale che coordina lo sviluppo e l'applicazione su tutto il territorio provinciale del progetto. Quest'ultimo vede coinvolti i medici di famiglia, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ospedalieri e territoriali, responsabili organizzativi e operatori delle Aziende sanitarie. Si è provveduto all'introduzione di una modulistica standardizzata ed uguale per tutti; sono stati definiti i percorsi per le visite di controllo, la continuità diagnostica con presa in carico del paziente da parte dello specialista, le prestazioni di pre e post ricovero; sono state realizzate molteplici iniziative di informazione nei confronti dei cittadini, con la collaborazione dei Comitati Consultivi Misti e del Tribunale per i diritti del malato. Ora si sta lavorando, in parallelo ad uno specifico gruppo che è stato riattivato a livello regionale, sulla predisposizione di modelli organizzativi dedicati ai percorsi più complessi nell'ambito della specialistica ambulatoriale, come quello relativo al Day Service. Il Day Service è un percorso preferenziale, alternativo al ricovero ed al day hospital, che lo specialista può attivare e gestire direttamente nel caso di patologie complesse.

È da sottolineare che presso tutti i Distretti sono stati definiti **specifici percorsi dedicati alle urgenze: in molti casi questi percorsi prevedono il**

**contatto diretto fra il medico curante che prescrive la prestazione e lo specialista erogatore** della stessa, al fine di garantire l'individuazione della soluzione più appropriata – clinicamente e temporalmente - rispetto al problema del paziente.

#### Ottimizzazione dell'offerta

Questo obiettivo si realizza attraverso l'uso pieno e razionale del patrimonio tecnologico - massimizzando, in termini di risultato, gli investimenti in attrezzature, rete informatica e telemedicina. Inoltre l'obiettivo si avvicina garantendo la continuità e una sufficiente proiezione dei calendari di prenotazione, con la differenziazione degli accessi per priorità clinica (prestazioni urgenti, programmabili, controlli) e tramite la definizione di percorsi clinico-organizzativi che prevedano la presa in carico del paziente (continuità diagnostica terapeutica, day service, follow-up).

#### Potenziamento dell'offerta

Si tratta di un intervento finalizzato al superamento delle principali criticità rilevate e si realizza acquisendo prestazioni da fornitori interni o esterni all'Azienda. L'esperienza a livello nazionale ed internazionale dimostra comunque che - ad un aumento della disponibilità - fa seguito inevitabilmente un ulteriore aumento della domanda. Questo tipo di intervento, da solo, non è in grado di garantire risultati duraturi. Razionalizzare il sistema e garantire prestazioni sempre più appropriate ed in tempi congrui, rappresenta, dunque, un obiettivo primario per la nostra Azienda.

Nella tabella sottostante è riportato l'importo della spesa per la specialistica ambulatoriale negli ultimi anni per l'acquisto di prestazioni da fornitori esterni (Policlinico, specialisti convenzionati interni, strutture private); sono pertanto escluse le prestazioni erogate direttamente dal Presidio ospedaliero.

Spesa	Anno 2001	Anno 2002	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007
acquisto prestazioni (€ x 1.000)	33.288	38.284	41.320	44.827	51.764	60.877	64.273
incremento		15%	8%	8%	15%	18%	6%
attività ambulatoriale ospedaliera (€ x 1.000)	44.895	51.126	60.231	62.971	66.373	75.034	82.500
incremento		14%	18%	5%	5%	13%	10%
<b>Totale generale</b>	<b>78.183</b>	<b>89.410</b>	<b>101.551</b>	<b>107.798</b>	<b>118.137</b>	<b>135.911</b>	<b>146.773</b>

#### La rete provinciale dell'offerta (Ospedali, strutture residenziali, ambulatori e consultori)

**La diffusione dell'offerta attestata dalla rete provinciale di strutture e servizi** (si vedano al proposito anche gli indicatori del Capitolo 2) è l'obiettivo ormai acquisito di un percorso iniziato nove anni fa.

Sono presenti **otto ospedali pubblici**, di cui uno oggetto di una **sperimentazione gestionale pubblico-privata per un totale di 1.612 posti letto** (compresa la Sassuolo S.p.A), e **cinque ospedali privati accreditati** (548 posti letto), nonché **un'Azienda ospedaliero-universitaria, il Policlinico di Modena**, con 775 posti letto.

Tale dotazione provinciale porta il tasso **complessivo di posti letto ad un valore intorno ai 4,4 per 1.000 abitanti** (0,65 per 1.000 abitanti per quanto attiene la riabilitazione e la lungodegenza).

Oltre all'ingente investimento di risorse finanziarie, la realizzazione della rete provinciale di strutture e servizi ha necessitato di un complesso lavoro volto alla definizione di quegli accordi e di

quelle intese fra le istituzioni e gli enti, necessari per integrare in modo reale ed efficace i molteplici nodi della rete. Ciò ha significato che, parallelamente alla costruzione delle nuove strutture, si è operato intensamente anche per il potenziamento e il miglioramento dell'esistente, mettendo a punto modelli e strumenti di miglioramento dell'offerta.

Certo, il modello a rete costa, ma razionalizzando l'organizzazione ed innovando, si è voluto puntare più su qualità, sicurezza, varietà dell'offerta, accessibilità, equità ed infine efficienza. I risultati sono già documentati dal miglioramento dell'offerta ospedaliera provinciale, distrettuale e socio-sanitaria (cfr paragrafo 2.3 LEA).

**L'accessibilità**, in particolare, è stata migliorata in tutta la provincia, anche indipendentemente dal luogo in cui determinate attività si svolgono, sfruttando gli investimenti informatici e telematici (si vedano più avanti i capitoli specifici e i paragrafi relativi all'innovazione tecnologica).

Di seguito, una breve rassegna della **rete dell'offerta provinciale** a cominciare dagli ospedali,

tutti interessati da lavori di ristrutturazione e potenziamento e dotati di attrezzature tecnologiche che li mettono in rete l'uno con l'altro e con i rispettivi territori.

Sono stati inaugurati, nel 2005, **tre nuovi pronto soccorso**, a Baggiovara, Sassuolo e Vignola che, nel corso del 2006 e del 2007 hanno contribuito al consolidamento della rete provinciale di assistenza alle tre grandi emergenze: *politrauma, ictus e infarto miocardico*.

Rimanendo agli ospedali, presso tali strutture sono **previsti ed attivi tutti i modelli assistenziali, dalla degenza ordinaria al Day Hospital, dal Day Surgery all'osservazione breve intensiva (OBI) e alla chirurgia ambulatoriale**.

I tempi di attesa per interventi chirurgici sono stati sensibilmente ridotti: ad esempio, l'88,4% dei pazienti con tumore del colon retto viene operato entro i 30 giorni; la percentuale si attesta oltre l'83% per il tumore al seno, ed ancora, il 95,4% dei pazienti neoplastici è avviato alla chemioterapia entro 30 giorni.

Tutti gli **ospedali** (sia i nuovi che altri interessati da diverse ristrutturazioni in corso o programmate a breve) offrono, non solo un **comfort elevato, ma una gamma completa di attività e modalità di erogazione** tali da garantire l'autosufficienza.

Significa quindi che i modenesi avranno sempre meno bisogno di andare al di fuori del territorio provinciale perché "vicino a loro" possono

trovare ottime strutture e professionalità e ciò è confermato anche dall'**"Indice di dipendenza della popolazione dalle strutture"** (numero delle persone che si rivolgono a strutture nella propria provincia) che è dell'86,46%, valore più alto della regione dopo l'area metropolitana.

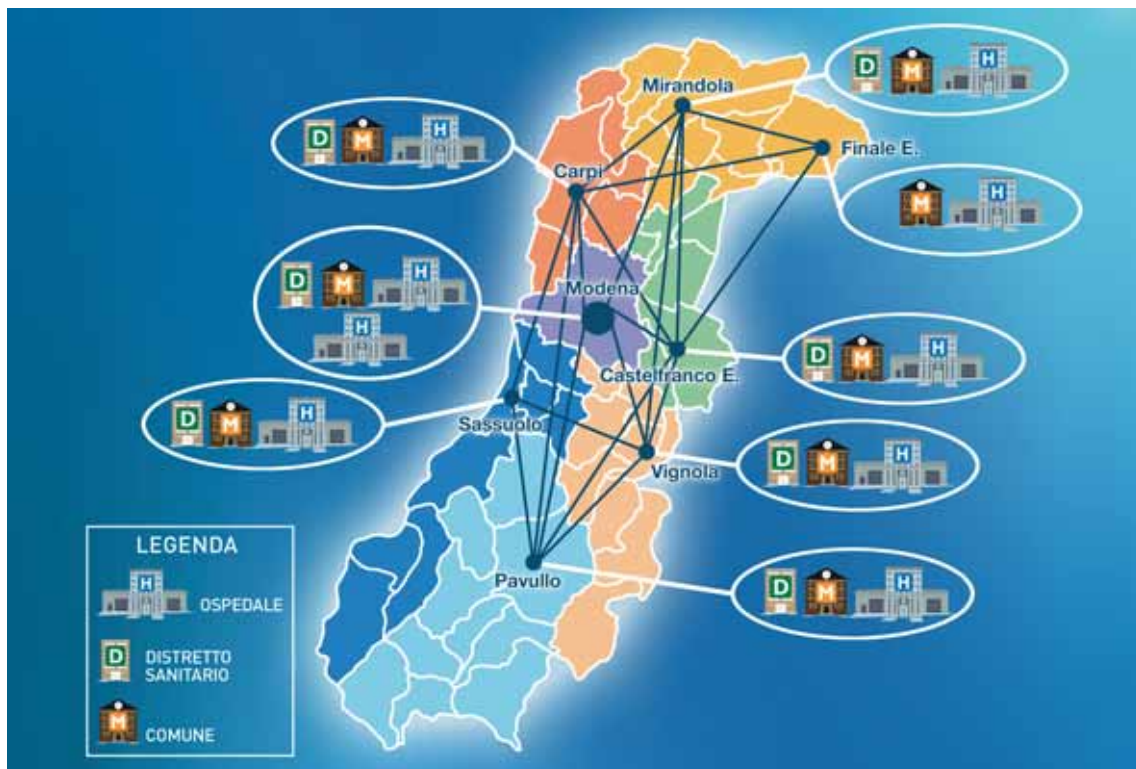
Inoltre, Modena registra uno dei migliori indici standardizzati di consumo ospedaliero (comprensivo di mobilità passiva extraregionale) della regione: 189,95, segno di un elevato livello di appropriatezza nell'utilizzo della risorsa ospedaliera.

**Emergenza-urgenza:** nel 2007, sono stati 160.471 gli accessi ai pronto soccorso (della sola Azienda USL).

Come accennato sopra, la provincia dispone oggi di quattro nuovi pronto soccorso (se a Baggiovara, Sassuolo e Vignola aggiungiamo anche il Policlinico), che **migliorano l'accessibilità alle prestazioni urgenti**, grazie anche ai collegamenti telematici relativi alla diagnostica per immagini ed alla telecardiologia di emergenza cardio-cerebrovascolare.

**La rete provinciale di assistenza a politrauma, ictus e infarto miocardico** consolida e accresce i livelli di sicurezza per i cittadini con ampie garanzie di tempestività, efficacia degli interventi, professionalità degli operatori, qualità e dotazione delle strutture.

Sono attivi 6 posti letto di area semi-intensiva di assistenza all'ictus a Baggiovara, oltre agli 8 letti di neuroranimazione sempre collocati nello stabilimento di Baggiovara.



**Attività chirurgica:** la provincia di Modena può vantare un'offerta chirurgica in grado di soddisfare, sotto il profilo qualitativo della diffusione e della tempestività della risposta, gli interventi chirurgici in tutte le discipline.

**I tempi d'attesa** sono in linea con le indicazioni regionali e, pur registrando liste più numerose in alcuni ambiti o presso alcuni professionisti, i cittadini possono ottenere tutte le prestazioni con attese mediamente inferiori alle altre realtà regionali (cfr. Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale in questo stesso capitolo).

#### **Le prestazioni sanitarie sul territorio**

Ancor più visibili i cambiamenti per quanto riguarda l'offerta di **prestazioni sanitarie sul territorio:** oggi esiste una rete capillare ed ampia per l'assistenza ai pazienti cronici; parimenti ampia è l'offerta di posti letto residenziali, semi-residenziali ed in centri diurni.

**Diabete:** 431 medici di famiglia aderiscono al progetto di presa in carico ed assistono oltre 9.000 diabetici, in integrazione con i centri diabetologici con risultati statisticamente significativi di riduzione delle principali complicanze cardiovascolari e neurologiche e con un modello assistenziale considerato "di riferimento" a livello nazionale.

**Demenza:** 9 (su un totale di 47 in regione) sono - fra Consultori e Centri esperti/delegati - i centri attivati in provincia di Modena. Le ore di attività sono 6572 di geriatra e neurologo e 5096 quelle degli psicologi, mentre 1.740 sono i pazienti presi in carico nel 2007 (oltre il 90% dei pazienti visitati) per problematiche cognitive; 7 i centri diurni specialistici e 3 i nuclei residenziali attivati. Da ultimo, chiudendo questa breve carrellata sui servizi alla demenza, si evidenzia che si sono svolti nel 2007, 47 eventi formativi rivolti alla popolazione e agli operatori sanitari e sociosanitari; si sono attivati oltre 100 gruppi di auto-aiuto per le fa-

miglie di persone dementi.

Le persone oltre i 65 anni **assistite a domicilio** sono più di 11.292, **i posti convenzionati in case protette, Rsa e centri diurni sono cresciuti** - da 1.644 del 1997 a 2.601 alla fine del 2007).

**I disabili assistiti a domicilio**, in attività educativa territoriale, in formazione e riabilitazione professionale/inserimento lavorativo sono 808.

**I posti letto per disabili in centri socio-riabilitativi residenziali, gruppi appartamento, semiresidenze e laboratori protetti sono 652.**

Nel complesso, i pazienti assistiti a domicilio sono stati **14.726:** di questi, 12.189 erano ultra settantacinquenni, assistiti nelle diverse forme di ADP, ADI-Assistenza Domiciliare Integrata e NO-DO-Nucleo Operativo Domiciliare Oncologico, e 6092 con prevalenza infermieristica.

**La percentuale dei cittadini assistiti a domicilio nelle diverse forme di assistenza è pari a 22 per 1.000 abitanti, l'incidenza sulla popolazione >75 anni è risultata pari al 169,8 per 1.000 abitanti.** Nel 2007, il 68% (1.335 casi) dei deceduti per tumore nella provincia di Modena era assistito a domicilio.

Le dimissioni protette del 2007 sono risultate pari a 3.396.

Per quanto riguarda le azioni di sostegno all'accesso ai servizi per le persone con grave disabilità acquisita, attualmente (31.12.2007) sono in carico 107 persone, 48 a domicilio e 29 già in residenza.

#### **Rete servizi demenza senile**

L'epidemiologia della demenza rimane di fatto ancorata alle stime già note almeno per quanto attiene gli aspetti percentuali, mentre in valore assoluto tende ad un'espansione per la crescita continua dei grandi vecchi. La durata media della malattia dementigena, dal suo esordio clinico all'exitus, copre un arco di tempo che mediamente è superiore ai dieci anni.

Studio ILSA	Regione Emilia Romagna	Azienda USL di Modena
Casi attesi	49.248	7.050
Nuovi casi anno	8.595	1.232

### Lo studio Argento ed il dimensionamento dei disturbi cognitivi

Condotto nel 2002 in dodici regioni italiane, lo studio Argento evidenzia una percentuale di positività allo screening per i disturbi cognitivi che si attesta intorno al 18% della popolazione. Nella fascia 65-74 anni, l'11% denuncia qualche difficoltà con la memoria, mentre, oltre i 75 anni, la percentuale sale al 25%. La presenza di deficit cognitivi è inversamente collegata alla scolarità: quanti più sono gli anni di scolarità del soggetto tanto minore è il riscontro della patologia cognitiva, ad indicare un effetto protettivo dell'attività intellettuale sul decadimento cerebrale. In questo senso, recenti articoli (2005) indicano come un ambiente sociale ed intellettuale stimolante e l'attività fisica, riducano la deposizione di amiloide a livello cerebrale in animali da esperimento con indotta patologia degenerativa. Questa osservazione si correla al mantenimento di una capacità di apprendimento che per contro si perde ove siano assenti questi stimoli.

In tutta la regione, i **Centri di valutazione** di 2° livello dedicati alla diagnosi e ad un progetto terapeutico sono **47**; nella nostra Provincia sono 9 (il 19% di quelli regionali) pur con diversi volumi di attività. I dati complessivi delle prime visite, aggiornati al 31.12.2007, sono state 2.337.

I dati mostrano ormai una certa costanza dell'attività e della segnalazione di casi. Il numero dei soggetti inseriti nel progetto Cronos è in diminuzione anche per la risposta non sempre ottimale che deriva da questa terapia. Si segnala, inoltre, che il differenziale fra pazienti presi in carico e prime visite tende nel tempo a ridursi indicando una maggiore appropriatezza d'invio. A livello regionale, l'invio dei pazienti avviene per l'80% attraverso il MMG mentre il dato di Modena si attesta oltre l'85%.

All'interno dei Centri, le figure professionali presenti sono essenzialmente geriatri, neurologi, psicologi ed infermieri. In tutti i Centri, a partire dal 2002, si è stabilizzata la presenza della figura dello psicologo a sostegno della famiglia: tale funzione è garantita sia con incontri personali ai caregivers, sia attraverso lavori di gruppo. Nel 2002 gli psicologi dei Centri hanno erogato 1.250 prestazioni, nel 2003 sono state garantite 1.335 consulenze individuali e sono stati organizzati oltre 40 gruppi di auto-aiuto.

**Nel 2007 le consulenze degli psicologi alle famiglie nei Centri sono state 1.899.** A questi dati, vanno aggiunte le attività dei gruppi di auto-aiuto. Questo trend indica un maggiore orientamento degli interventi su chi ha maggiormente bisogno di supporto.

**Tabella 8 - Progetto Cronos - attività**

Periodo	Pazienti in carico	Controlli	Inseriti nel progetto Cronos
2000/2001	1.662	3.421	643
2002	1.628	4.445	489
2003	2.130	4.248	654
2004	2.298	5.471	833
2005	2.111	6.276	509
2006	2.740	6.664	535
2007	2.182	6.742	451
<i>Totali</i>	<i>14.751</i>	<i>30.610</i>	<i>4.114</i>

**La rete dei servizi:** nella tabella che segue sono indicati i Centri dedicati, attivi a livello provincia-

le, per la gestione dei pazienti affetti da demenza (la situazione è quella rilevata al 31.08.2005).

**Tabella 9 - Centri dedicati**

Distretto	Centro Diurno	Nucleo redidenziale	Nucleo opsedaliero
Mirandola	23 posti + 2 di centro notturno		
Carpi	30 posti residenziali dedicati all'IPAB CISA		
Modena	20 + 25 + 25 posti di centro diurno + 8 di centro notturno	20 posti di nucleo residenziale	17 posti reparto per acuti a Villa Igea (valenza sovra distrettuale)
Sassuolo	progetto per 5/10 posti di CD 2008		
Vignola	10 posti di centro diurno	9 posti nucleo dementi (privati con progetti dei Distretti)	
Castelfranco	6 posti di centro diurno		
<b>Totale</b>	<b>119 (di cui 34 non convenzionati)</b>	<b>59</b>	<b>17</b>

A questa significativa dotazione di Centri specialistici, va aggiunto un numero consistente di persone affette da demenza già da tempo seguite perché presenti nella rete ordinaria dei servizi residenziali e semiresidenziali.

#### Assistenza domiciliare

In questa direzione si è mosso il lavoro svolto per incentivare **l'assistenza domiciliare**, sia tutelare che infermieristica. **I pazienti affetti da demenza seguiti dal servizio domiciliare sono stati 1.274 (l'8.7% di tutti i pazienti seguiti)**. A questi pazienti vanno aggiunti i **casi seguiti solo dall'assistenza domiciliare dei comuni** che, complessivamente, sono stati circa **600**.

#### L'esperienza del Centro diurno Aster

Si segnala l'esperienza del centro Diurno e Notturno Aster di Modena, che ha predisposto un progetto interamente basato sul sollievo alla famiglia caratterizzato da un'alta flessibilità. Questo approccio appare essere molto gradito dalle famiglie in quanto risponde alle esigenze anche immediate di assistenza sia diurna che notturna; emerge sempre di più l'esigenza di assicurare la "tenuta" della famiglia con un impegno di risorse contenuto e molto duttile.

**Tabella 10 - Pazienti Assistiti a Domicilio. Anni 2001/2007. Percentuale sulla popolazione**

Anno	Totale Pazienti assistiti a domicilio	Incid. sulla popolaz. x 1.000 abitanti	di cui: Pazienti assistiti a domicilio con età >75 anni	Incid. sulla popolaz. >75 anni x 1.000 abitanti
2001	10.982	17,4	8.114	134,6
2002	11.423	17,9	8.757	141,3
2003	11.699	18,2	9.029	141,4
2004	12.182	18,7	9.594	147,0
2005	13.396	20,3	10.608	159,3
2006	14.061	21,1	11.226	164,6
2007	14.726	22,0	11.845	169,8

È proseguito il progetto di formazione delle assistenti famigliari con i progetti Serdom e Madreperla: in tutta la provincia, sono state alcune centinaia le assistenti che hanno usufruito di tutoraggio per la formazione.

Un supporto alle famiglie viene anche **dall'assegno di cura** che, per le persone affette da demenza, prevede la quota più alta di erogazione giornaliera.

Questa monetizzazione del lavoro di cura consente a molti di poter far fronte ad un'assistenza domiciliare non professionale o di colmare almeno in parte il mancato guadagno.

Anche in questo caso, **la gestione dell'assegno di cura avviene secondo criteri di omogeneità ed equità, condivisi anche a livello regionale.**

In tutti i Distretti sono presenti i **centri di ascolto**, in parte autonomi ed in parte collegati ai centri di valutazione.

Il compito loro assegnato viene svolto in stretta collaborazione con le Associazioni di famigliari che possono offrire un approccio basato sull'esperienza e sull'empatia, nonché favorire l'emergere di problematiche che spesso i congiunti di un soggetto affetto da demenza tengono nascoste, in quanto le difficoltà che la presenza del paziente crea nel caregiver sono spesso di una certa consistenza.

È storicamente molto stretto il dialogo con le Associazioni di famigliari, che a livello provinciale sono cinque (l'Associazione di Vignola si occupa anche di Pavullo) e partecipano attivamente all'attività dei gruppi di lavoro del Servizio Assistenza Anziani sul tema delle demenze ed anche, a pieno titolo, all'elaborazione dei progetti su base distrettuale. In alcuni Distretti sono le Associazioni stesse a gestire i servizi alle famiglie, esercitando un ruolo di tutto rilievo (vedi a Modena, Carpi e Sassuolo). Anche a Castelfranco si sta costituendo un'Associazione.

**Questa collaborazione ha trovato uno spazio definito nel percorso sviluppato all'interno dei Piani per la Salute e dei Piani di Zona, con la formalizzazione di protocolli d'intesa.** Nel corso degli ultimi due anni, ha assunto maggior rilievo il ruolo delle Associazioni, con una maggiore presenza sul piano della formazione delle famiglie, con corsi per la gestione del familiare malato e per la crescita dei gruppi di auto-aiuto. Si segnala, a titolo esemplificativo, l'esperienza del **"Caffè Alzheimer"** (luogo di discussione e convivialità fra familiari) e di **"Un the per te"** (momenti di compresenza fra famiglie

e malati con qualche spunto formativo) portato avanti dall'Associazione G.P. Vecchi di Modena.

Per quanto attiene al progetto **"Ore di sollievo"** proposto dalle Associazioni, in alcuni Distretti sono state attivate delle collaborazioni per mantenere o incrementare questa attività (Vignola, Sassuolo, Carpi e Modena). A Castelfranco sono le stesse istituzioni che portano avanti questo progetto.

Sono continuate nel 2007 le iniziative rivolte alla cittadinanza per la sensibilizzazione sul tema demenze. Sono stati organizzati molti eventi; per gli operatori sociosanitari e per i MMG, invece, si sono già svolte diverse iniziative, tra le quali si segnala quella denominata **"I giardini della memoria"**, inaugurata a Modena nel settembre 2004 ma che si è protratta anche per il 2005/2006).

L'iniziativa prevede una serie di attività volte a rafforzare le capacità cognitive e mnesiche. Questo progetto, che ha avuto una lunga gestazione, è stato stimolato anche dai nuovi dati della ricerca, che sembrano indicare con maggior forza che l'attività intellettuale ha un effetto preventivo sull'insorgere della sindrome dementigena.

L'Azienda ha attivato un gruppo di lavoro per l'attuazione della Delibera regionale che mette a disposizione delle Aziende fondi per l'attivazione di percorsi formativi atti a preparare operatori che possano effettuare la riabilitazione cognitiva. Attualmente si è strutturato un percorso formativo per poter preparare un adeguato numero di operatori disponibili anche per altri distretti. Sono state già svolte parecchie edizioni di corsi sulla riabilitazione cognitiva con la partecipazione di un centinaio di operatori che vi hanno preso parte grande soddisfazione e gradimento.

### **Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) e Integrazione socio-sanitaria**

La scelta della domiciliarità sta alla base delle linee di indirizzo e delle azioni previste dal **Fondo per la non autosufficienza**. Occorre infatti dare un segnale particolarmente forte alle famiglie che si fanno carico dell'assistenza delle persone non autosufficienti. Nel 2007, gli anziani ultra 75enni risultano essere 69.752 (in tutta la provincia) e sono state seguite a domicilio, secondo le diverse modalità di assistenza socio sanitaria, 11 mila persone, per la maggior parte anziane. Le risorse del FRNA nel 2007 sono state suddivise in base al numero di anziani >75 anni residenti; per ogni anziano che manifesta un bisogno si tratta di sta-

bilire un progetto che tenga conto sia della persona che del contesto familiare, delle criticità e delle azioni possibili.

All'interno del Fondo sono ricomprese le attività storiche rispetto alla popolazione anziana come *le case protette, RSA, centri diurni, assegno di cura, l'assistenza domiciliare tutelare ma anche le scelte più innovative come la formazione delle assistenti familiari private, la progettazione di particolari supporti anche economici alle famiglie, l'incremento della socializzazione e della prossimità anche da parte di associazioni di volontariato*. Nel 2007, sono continuate alcune sperimentazioni di rapporto e di prevenzione nei confronti di persone che vivono a domicilio e che, per mantenere questa capacità, richiedono un aiuto soprattutto sul versante della socializzazione. L'area della fragilità diventa sempre di più un luogo dove poter investire risorse per procrastinare il più possibile il peggioramento delle condizioni di salute e di capacità di vita autonoma. Il Fondo 2007, con un sostanziale incremento di risorse a disposizione, ha potuto dare un impulso efficace in questo senso. La programmazione di tutti gli interventi prevede una progettazione ed una gestione integrata con gli Uffici di Piano dei Comuni capidistretto, con l'incentivazione di una logica di effettiva integrazione anche strategica per far fronte alle sfide del futuro.

Dall'analisi dei Piani Attuativi del FRNA dei diversi Distretti emergono i seguenti elementi comuni:

- in tutti si è cercato di fare un'analisi approfondita dei dati quantitativi e qualitativi degli utenti e soprattutto un'indagine sui nuovi bisogni per poi individuare le risposte più adeguate;
- nella programmazione dei servizi si è cercato di consolidare quella che è la rete storica dei servizi residenziali e semiresidenziali anche per consolidare l'obiettivo minimo previsto dalla Regione del 3% di posti convenzionati nelle Case protette / RSA rispetto agli anziani > 75 anni: nel triennio 2007-2009 si è previsto di attivare a livello provinciale 195 posti nuovi di residenzialità;
- tutti i Distretti hanno previsto uno sviluppo dei servizi di accesso ed accoglienza e soprattutto dei servizi a supporto della domiciliarità in tutte le sue diverse articolazioni.

All'interno della categoria delle persone svantaggiate vanno inserite quelle che, in età diverse ma prevalentemente giovane o adulta, presentano una **gravissima disabilità permanente e progressiva**. Queste persone sono andate

umentando in questi ultimi anni, sia in relazione alle tecniche di rianimazione che hanno una diffusione sempre maggiore e che, a volte, esitano in stati vegetativi, sia per la progressività di patologie croniche neurologiche. Nel 2007 si è iniziata la sperimentazione dell'attribuzione dell'assegno di cura (n. 44 assegni a livello provinciale) alle persone a domicilio con queste caratteristiche di gravità. Abbiamo inoltre iniziato la sperimentazione di piccoli nuclei di residenza per dare risposta a quanti non hanno un tessuto familiare in grado di sostenere l'assistenza a casa. Complessivamente si tratta di un numero di persone sicuramente contenuto rispetto ad altri campi, ma l'impegno assistenziale, la complessità che deve essere messa in atto sia a domicilio che a livello residenziale, l'impatto emotivo particolarmente destabilizzante che le famiglie sperimentano, fanno sì che siano necessari una particolare attenzione ed un investimento di energie (non solo economiche) per rendere fattibile la continuità di cura e di presa in carico. Nel 2007 è stato completato il censimento di questa utenza che ha dato i seguenti risultati:

- 107 utenti censiti di cui:
  - 48 assistiti al domicilio;
  - 29 ricoverati in residenze socio sanitarie;
  - 30 ancora ricoverati in strutture sanitarie in attesa di un progetto di dimissioni protette.

Visti i dati quantitativi sarà necessario, oltre ad un aumento del numero di persone che usufruiscono dell'assegno di cura e dell'integrazione di varie attività a livello domiciliare, anche **l'incremento della disponibilità di soluzioni residenziali** per ricoveri definitivi, oppure di poter godere di brevi periodi di sollievo per coloro che, disponendo di un supporto familiare, scelgono di tenere a casa il proprio congiunto.

#### **Mediazione culturale**

Tornando alla disuguaglianza/diversità che può costituire il punto d'avvio per un sistema volto ad una maggiore equità di offerta, si riportano qui di seguito, le esperienze promosse dall'Azienda in risposta al mutato "profilo di comunità". Infatti, tenuto conto che, nel corso degli ultimi anni, il numero di **stranieri** che ha stabilito la propria residenza in provincia di Modena, è progressivamente aumentato fino a rappresentare circa **l'8,3% della popolazione**, l'Azienda USL di Modena ha ritenuto utile consolidare il servizio di **mediazione culturale**.

Tale servizio ha il compito di favorire - talvolta rendere possibile - la comunicazione fra gli operatori

dei servizi sanitari ed i pazienti appartenenti alle diverse etnie; preziosa la collaborazione anche in occasione della traduzione, per iscritto, di documenti o pubblicazioni che illustrano le modalità di accesso ai vari servizi (iniziative di prevenzione, vaccinazioni, salute donna, utilizzo dei farmaci, ecc.).



**Il "Progetto Dune",** attraverso l'organizzazione di seminari - **completamente rinnovati nei contenuti nell'anno 2007** - promuove fra le diverse etnie, ormai da anni, il delicatissimo e rilevante tema del prendersi cura.

Inoltre l'Azienda USL ha collaborato, con i propri professionisti del Servizio di Epidemiologia del Dipartimento di Sanità Pubblica, alla stesura del Rapporto 2007 dell'Osservatorio sull'immigrazione della Provincia di Modena che ha analizzato la situazione degli immigrati sotto differenti aspetti tra cui quello sanitario, utile nelle valutazioni e nel miglioramento dei servizi offerti ai cittadini stranieri.

Si segnala ancora il progetto **"Parliamoci"** messo a punto già da diversi anni presso il reparto ortopedia dell'Ospedale di Pavullo. Un gruppo di operatori locali ha consentito di elaborare un sistema informatico in grado di colloquiare in più lingue con i pazienti stranieri ricoverati. **Il dispositivo è stato predisposto per rendere possibile e più agevole il dialogo operatori-pazienti sui temi relativi ai bisogni primari e più elementari.** In genere, questi temi non sono al centro dell'attenzione delle strutture e dei professionisti, dimenticando che, troppo spesso, **al di là dei problemi clinici, sono proprio queste le prime importanti barriere lungo il percorso di cura.**

Ulteriore sviluppo di tale iniziativa - che ha visto una progettualità nel 2006 e che verrà presto implementata - è quella che riguarda la traduzione in diverse lingue del piano terapeutico affidato al paziente. Da un lato, permette una piena comprensione del piano in caso di affidamento a persone straniere (es: anziano seguito da badante straniera), dall'altro, nel caso il cittadino si rechi all'estero per diversi motivi, contribuisce ad una

maggiore sicurezza in quanto avrebbe con sé la traduzione del suo piano terapeutico nella lingua del paese ospitante (tipo di farmaco, modalità di somministrazione, posologia, ecc.).

### **L'accertamento della disabilità: la nascita di un nuovo sistema valutativo**

L'emergenza di una sempre maggiore complessità dei bisogni socio-sanitari dei soggetti con "disabilità" e la necessità di dover fornire risposte sempre più differenziate e "personalizzate", ha orientato, negli ultimi anni, gli sforzi della Regione Emilia-Romagna e di tutte le parti coinvolte nel sistema complessivo di protezione sociale, all'elaborazione di un rinnovato sistema di accertamento della disabilità, la cui valutazione rappresenta una tappa fondamentale della presa in carico della persona con disabilità.

L'Azienda USL di Modena, segnatamente con l'attività certificativa collegiale svolta dalle commissioni di accertamento dello stato di invalidità, cecità e sordità civili, dell'handicap (ai sensi della L. 104/92 e s.m.i.) e per il collocamento mirato al lavoro delle persone con disabilità (ai sensi della L. 68/99 e del DPCM 13 gennaio 2000), afferenti all'U.O. di Medicina Legale, riveste dunque un'importanza strategica nell'integrazione sociale e sanitaria delle persone con disabilità oltre che nella loro presa in carico.

In particolare nel settore valutativo dell'invalidità civile e dell'accertamento dell'handicap ai sensi della L. 104/92, nel corso del 2007, sono stati effettuati ben 19.840 accertamenti, con un trend in costante incremento negli ultimi cinque anni, in relazione all'aumento progressivo del numero delle domande.

La "magnitudo" quali-quantitativa della suddetta attività contribuisce a delineare abbastanza chiaramente la portata socio-sanitaria del problema a cui, con lo strenuo impegno di tutti gli attori coinvolti, si è tentato di dare un'interpretazione innovativa nei contenuti e nelle prestazioni garantite ai cittadini. Frutto di questo lungo lavoro e di una impegnativa concertazione è stata la Legge n. 4/2008 recante la "Disciplina degli accertamenti della disabilità. Ulteriori misure di semplificazione ed altre disposizioni in materia sanitaria e sociale" e pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna il 19 febbraio 2008. L'Azienda USL di Modena ha fornito un notevole contributo alla formulazione di questa legge nei primi cinque articoli, anche grazie al coordinamento dei medici legali della Regione e la messa a punto dell'informatizzazione in rete

di tutti gli enti coinvolti, coordinando il progetto RURER (Repository Unico Regionale dell'Emilia-Romagna).

Lo spirito che ha condotto a un ottimo risultato è quello che pone l'ottica valutativa in cui è doveroso muoversi, non nel mero accertamento del tipo e dell'entità delle menomazioni e dei loro riflessi negativi sulla vita delle persone con disabilità e delle loro famiglie, ma **nell'evidenziazione dei bisogni, l'individuazione delle possibili soluzioni e dei servizi da erogare.**

L'obiettivo è quello di utilizzare le indicazioni fornite da parte dell'OMS con la pubblicazione, già nel 2001, dell'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), classificazione proposta come standard internazionale per descrivere e misurare salute e disabilità, che classifica gli "stati di funzionamento" delle persone e rappresenta una profonda innovazione nell'approccio conoscitivo della disabilità. Essa, infatti, recepisce l'idea base che la disabilità non è una situazione che riguarda singole persone rispetto al gruppo maggioritario di "non disabili", ma riguarda tutte le persone in quanto componenti di un gruppo sociale, considerando la correlazione fra stato di salute e ambiente. Nell'ottica dell'ICF gli strumenti di accertamento costituiscono un "modulo integrato" bio-psico-sociale che, partendo dall'accertamento delle condizioni di salute delle persone osservate, si estendono all'interazione con i fattori ambientali, nella convinzione che non ci possa essere definizione di disabilità se non attraverso la valutazione del modo di interagire dell'individuo con il contesto ambientale in cui vive. L'obiettivo di lungo periodo è che tutti gli operatori possano essere formati all'uso – in forma semplificata - dell'ICF, assicurando così che in tutte le procedure di accertamento e verifica dello stato di disabilità di una persona, sia utilizzata una medesima metodologia di valutazione. Ne deriva che l'accertamento **non può che configurarsi come un processo di valutazione**

**multidisciplinare** ed è il presupposto fondamentale per la definizione di progetti individualizzati che hanno come obiettivo *l'autonomia personale, l'istruzione, la formazione e l'integrazione nel mondo del lavoro e l'assistenza.* In buona sostanza, si tratta di definire il processo unitario di presa in carico, nel quale la valutazione dello stato di salute della persona deve essere finalizzata alla quantificazione e qualificazione dei bisogni, delle abilità e quindi alla redazione del progetto individuale. Perciò, il processo valutativo deve restare incardinato nella rete locale dei servizi pubblici (sanitari, sociali e socio-educativi), attraverso una maggiore correlazione tra le istituzioni che - in ciascuna delle fasi di vita della persona - sono chiamate ad intervenire.

Sarà dunque necessario implementare in forma semplificata, un compiuto sistema unitario di accertamento globale, basato sulla nuova classificazione della disabilità ICF ove potranno essere individuate due fasi di valutazione:

- la prima riguarderà l'accertamento medico-legale della menomazione, vale a dire l'apprezzamento della compromissione funzionale e l'analisi delle capacità della persona;
- la seconda fase coinciderà con la presa in carico della persona a cui fornire strumenti di sostegno idonei a contrastare le difficoltà.

La presa in carico implicherà un sostegno continuativo e non solo iniziale, con interventi specifici a seconda delle attività: sostegno alla mobilità, all'inserimento scolastico, all'inserimento lavorativo, sostegno che deriva dalla collaborazione continuativa fra i vari attori coinvolti nel sistema (Azienda USL, Scuola, Regione, Comuni e Provincia).

Per la corretta applicazione del disposto normativo occorrerà potenziare le sinergie già esistenti a livello aziendale (sia a livello di ospedale, sia di servizi territoriali), sviluppandone altre, laddove possibile, oltre che sensibilizzare la fattiva collaborazione di tutti i professionisti del Servizio Sanitario Regionale e dei Comuni.

## 3.7 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale

Gli interventi istituzionali, per il perseguimento della qualità e dell'efficienza gestionale, devono essere differenti e complementari, devono abbracciare l'organizzazione e l'insieme delle attività garantite ed essere declinati secondo diversi aspetti quali: accessibilità, appropriatezza clinica (trattamenti in grado di dare effettivo beneficio) e organizzativa (percorsi innovativi ed adeguati a necessità e risorse), efficienza (uso ottimale delle risorse), efficacia (effetti e risultati ottenuti) e sicurezza (assenza di rischio).

Di seguito si evidenziano le tematiche che saranno oggetto di rendicontazione nella presente sezione:

- offerta specialistica;
- razionalizzazione della domanda;
- riorganizzazione dei laboratori per aree sovra-aziendali;
- i risultati 2007 e il PAL;
- la "Salute" della nostra provincia (Salute Pubblica e Salute Mentale);
- farmaceutica;
- screening;
- sicurezza;
- innovazione in Azienda;
- AVEN.

### **Offerta specialistica**

Il **tempo di attesa** è la differenza in giorni fra la data di erogazione di una prestazione e la data di prenotazione della stessa. Essa dipende dal rapporto fra la domanda, cioè il numero di richieste per una determinata prestazione (in costante aumento nel tempo) e l'offerta, vale a dire il numero di prestazioni che il sistema riesce a mettere a disposizione. La Regione Emilia-Romagna prevede una rilevazione trimestrale dei tempi di attesa da parte delle Aziende Sanitarie, da effettuare secondo modalità definite che precisano: l'elenco delle prestazioni da monitorare, il calendario di rilevazione, le modalità di calcolo ed i tempi massimi previsti (30 giorni per una visita, 60 giorni per una prestazione diagnostica, 7 giorni per una prestazione urgente). Il risultato di questo tipo di rilevazione non indica l'andamento complessivo dei tempi di attesa, ma rappresenta l'esatta fotografia della situazione esistente nel momento in cui viene effettuata. La rilevazione dei tempi di attesa è un'operazione particolarmente complessa, ma assolutamente indispensabile per la

trasparenza: riguarda oltre 500 strutture erogatrici, appartenenti ad Aziende diverse (Azienda USL, Policlinico, nuovo Ospedale di Sassuolo Spa e privati accreditati), che hanno diverse dimensioni e caratteristiche organizzative, sono in parte informatizzate ed in parte ancora gestite manualmente e, soprattutto, presentano condizioni continuamente variabili nel tempo. L'Azienda USL, inoltre, ha consolidato nel corso del 2006 il sistema di monitoraggio che consente la rilevazione sistematica e continua dei tempi di attesa per la maggior parte delle prestazioni erogate, in modo da poter disporre di informazioni oggettive e costantemente aggiornate. A tal fine, mensilmente, viene calcolata la media dei tempi di attesa rilevati per tutte le prestazioni effettuate nel mese precedente da ciascun erogatore. Il tempo di attesa minimo registrato è quello riferito all'erogatore che, nel periodo considerato, ha registrato il tempo di attesa medio più basso. Tale modalità viene utilizzata per tutte le prestazioni prenotabili attraverso il CUP; per le altre, data la mancanza di un sistema informatizzato, continua ad essere utilizzato il sistema della rilevazione mensile in un giorno indice.

In ordine alla evidenza dei tempi effettivi di attesa si fa rimando alla seconda sezione ed in particolare alla sottosezione dedicata ai Livelli Essenziali di Assistenza.

Come già accennato più volte, **il Servizio Sanitario deve sviluppare la capacità di soddisfare - con modalità e tempi adeguati - i bisogni assistenziali dei cittadini, secondo i principi dell'equità d'accesso alle prestazioni, dell'efficienza, dell'efficacia e della trasparenza.** La sfida, a cui il Sistema è chiamato, per ridurre liste e tempi di attesa è "fare la cosa giusta al momento giusto". Il raggiungimento di questo obiettivo è evidentemente condizionato da numerosi fattori, per cui è assolutamente necessario intervenire contemporaneamente su diversi fronti.

### **Razionalizzazione della domanda**

Lavorare per il miglioramento dell'**appropriatezza** clinica nella prescrizione di visite ed esami specialistici, costituisce l'unico intervento in grado di produrre risultati efficaci e duraturi sui tempi di attesa. Infatti, è ancora alta la quota di prescrizio-

ni inappropriate dal punto di vista clinico e ciò ha effetti pesanti sulla formazione delle liste di attesa. Il fatto che la popolazione residente nel distretto di Modena, che è storicamente quello con la più ampia offerta di prestazioni, sia anche quella che presenta i consumi più elevati della provincia lascia supporre che una quota importante della domanda sia indotta non dal bisogno effettivo, ma dall'abbondanza dell'offerta. Una maggiore capacità dei Servizi Sanitari di valutare ed identificare le richieste inappropriate e di orientare l'offerta in funzione delle reali necessità consentirebbe, a parità di prestazioni, una riduzione dei tempi di attesa. È necessario dunque, proseguire con i programmi già avviati di coinvolgimento dei medici di medicina generale, degli specialisti ospedalieri e di quelli convenzionati, non tralasciando adeguate iniziative informative nei confronti dei cittadini. Ambiti su cui già da tempo si sta lavorando sono quelli dell'*ecodoppler, della MOC, del laboratorio*. Recentissima è la definizione di un protocollo condiviso fra medici di medicina generale e specialisti, relativo all'"Appropriatezza della diagnostica per immagini nel dolore lombare non traumatico". L'obiettivo di quest'ultima iniziativa è quello di favorire un appropriato ed efficiente utilizzo delle risorse diagnostiche disponibili, limitando il numero di esami non indispensabili o non appropriati, evitando così al paziente l'inutile esposizione a radiazioni e campi magnetici e garantendo una tempistica di esecuzione adeguata alle esigenze cliniche.

#### **Riorganizzazione dei laboratori per aree sovra-aziendali**

La presenza di una nuova rete ospedaliera con due nuovi ospedali, l'evoluzione delle tecnologie e lo sviluppo complessivo della Medicina di Laboratorio hanno accelerato il processo di modernizzazione dei servizi di diagnostica di laboratorio dell'Azienda. Il Piano Attuativo Locale della Provincia di Modena per il 2003-2005 e i documenti di programmazione sanitaria locale hanno definito gli obiettivi previsti con l'entrata in funzione del nuovo ospedale di Baggiovara e l'attivazione del Laboratorio Centralizzato a valenza provinciale nello stesso ospedale. I documenti approvati dalla CTSS pianificano di eseguire, presso il progettato nuovo laboratorio di Baggiovara, tutte le attività per interni degli ospedali di Baggiovara, Sassuolo, Vignola e Castelfranco Emilia e di concentrare nello stesso laboratorio le attività per esterni di tutta la provincia modenese ad eccezione del Distretto di Pavullo che mantiene inalterato il suo assetto produttivo.

Il progetto, ora in via di completa realizzazione, prevede che il nuovo laboratorio dell'Ospedale S. Agostino Estense esegua tutti gli accertamenti di diagnostica per i pazienti ricoverati presso i 4 ospedali di area modenese (il Nuovo Ospedale Civile S. Agostino Estense di Modena a Baggiovara, il Nuovo Ospedale di Sassuolo, gli Ospedali di Castelfranco Emilia e Vignola) sia in emergenza-urgenza che in routine. Nello stesso laboratorio si concentrano tendenzialmente tutte le attività di diagnostica per i pazienti esterni della provincia di Modena. Si prevede un volume di attività che progressivamente raggiungerà 8 milioni di test per anno, mentre ad oggi il laboratorio BLU esegue circa 6.5 milioni di esami anno.

Oltre all'aspetto quantitativo è da considerare come nel nuovo laboratorio provinciale, siano state implementate le nuove tecnologie per permettere lo sviluppo di nuove attività diagnostiche, quali la tossicologia, la biologia molecolare, le "omics" - ovvero la farmacogenomica, la proteomica, la genomica integrate alle attività cliniche, anche di ricerca - presenti negli ospedali di riferimento per portare ad un consolidamento dei laboratori, anche universitari, quando presenti nella struttura ospedaliera, come nel caso del laboratorio universitario di neurologia, ora integrato nel nuovo laboratorio. Rimangono attivi e configurati come laboratori tradizionali, quelli già esistenti presso gli Ospedali di Mirandola, Carpi e Pavullo nel Frignano con la finalità di garantire le prestazioni per interni e attività assimilabili, quali day-service e ambulatoriali ai pazienti afferenti. In parallelo, negli ospedali ove non è presente un laboratorio tradizionalmente inteso, è attivata la rete dei PoCT ossia la presenza di strumentazioni utili all'esecuzione - in tempi rapidissimi e nelle immediate vicinanze del paziente - di accertamenti di laboratorio utili nella gestione clinica dell'emergenza anche per ridurre e gestire il rischio clinico.

La **rete provinciale** della diagnostica ipotizzata a regime si articola nei seguenti snodi organizzativi:

- attività di diagnostica decentrate attivate in tutti i punti della provincia ove vi è la necessità di eseguire accertamenti in urgenza ed in loco con brevissimi tempi di attesa (PoCT);
- i laboratori di Carpi e Mirandola hanno come mission quella di servire gli ospedali di riferimento di Carpi, Mirandola e Finale Emilia;
- il laboratorio di Pavullo soddisfa invece le esigenze sia dell'ospedale che del territorio montano;
- infine si ha il laboratorio provinciale a Baggiovara ove confluiscono tutti i campioni esterni della provincia e gli interni dei 4 ospedali di

Baggiovara, Vignola, Sassuolo e Castelfranco Emilia, per l'esecuzione di circa 8 milioni di esami ed è caratterizzato anche da una forte valenza specialistica, per la quale risulta essere l'unico punto di esecuzione.

Sulla base delle esigenze sopra descritte, l'Azienda USL di Modena, dopo un'approfondita indagine di mercato, **ha bandito una gara pubblica mediante procedura di "appalto concorso" per la progettazione, completamento, fornitura, delle tecnologie e reagenti e mantenimento del laboratorio provinciale aggiudicata per un importo complessivo di 44.000.000 di euro (IVA esclusa) per 7 anni di fornitura.** Tale fornitura, per il numero di test, articolazione dei servizi richiesti ed area territoriale, è sicuramente una delle più significative ed importanti gare nazionali.

I dati riportati, relativi ai risultati conseguiti in termini di concentrazione, consolidamento e servizio reso, sono da leggersi come trend dell'andamento progressivo avutosi dal 2005 al 2007 ed in prospettiva nel 2008, ove è da tenersi in conto come le attività riportate rappresentino talvolta l'aggregazione di diverse e nuove attività, anche in relazione all'acquisizione di accertamenti dell'Azienda ospedaliera di Modena.

### **Le tappe della concentrazione delle attività**

Nel 2004 il Dipartimento di Patologia Clinica, articolato su 5 laboratori ha eseguito circa 7.2 milioni di esami nelle aree della Patologia Clinica, Microbiologia, Citologia ed Anatomia Patologica, rispondendo alle esigenze di diagnostica di tutti gli 8 ospedali presenti nell'area provinciale e dei cittadini della provincia di Modena, circa 680.000 abitanti con 900.000 accessi. Il carico di lavoro dei vari laboratori variava da un minimo di circa 700.000 esami ad un massimo di circa 3.011.000 milioni di esami (2.100.000 per esterni e 992.000 per interni) per il laboratorio di Modena, configurando quindi una rete di laboratori di medie e/o piccole dimensioni secondo le classificazioni internazionali. Nel 2005-2006 è avvenuta la concentrazione e fusione dei laboratori di Modena, Vignola, Castelfranco Emilia e Sassuolo per le attività di interni ed esterni, quindi nel 2006, rispetto al totale di 7.984.000 ne sono stati eseguiti al laboratorio centrale a valenza provinciale 4.644.000 (58% del totale dipartimentale, rispetto al 41% dell'anno precedente); nel 2007 è proseguito il processo di consolidamento con l'acquisizione dalla periferia delle attività di Carpi e Mirandola che su 8.300.000 eseguiti su

base provinciale, vede il permanere in periferia di circa 1.600.000 esami, ovvero sono eseguiti 6.700.000 esami nel laboratorio provinciale, pari al 80% degli esami totali. Nel 2008 terminerà il definitivo consolidamento di tutte le attività previste nel laboratorio provinciale, il quale, andando a regime i prelievi esterni dell'Azienda ospedaliera già trasferiti nel corso 2007, produrrà circa 7.300.000 esami.

### **Opportunità di maggiori concentrazioni**

Nel 2007 il Centro Prelievi dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena è entrato a fare parte della rete dei Centri Prelievo dell'Azienda USL di Modena, trasferendo al Laboratorio Unificato dell'ospedale di Baggiovara le attività per circa 500.000 esami. È in atto la riorganizzazione dei percorsi diagnostici di laboratorio per determinare un'allocazione ottimale, condivisa fra Azienda USL e Azienda Ospedaliera di Modena, ove sia definita un'unica sede delle attività diagnostiche di endocrinologia, tossicologia, autoimmunità, allergologia, microbiologia e virologia. Lo scopo è di raggiungere una migliore efficienza produttiva associata a percorsi diagnostici completi, orientati a dare una risposta completa alle esigenze del paziente.

### **Qualità del Servizio**

Oltre agli usuali parametri di qualità analitica e di processo monitorati secondo le indicazioni regionali, contenuti nei requisiti di accreditamento esplicitamente conseguiti, è da segnalarsi come tutte le richieste di diagnostica di laboratorio siano processate - conseguendo il principio di equità - con identiche modalità, tendenzialmente in tutta la rete: gli stessi esami, negli stessi tempi, con la stessa qualità per tutti i cittadini serviti dal sistema sanitario.

### **Miglioramento dell'efficienza**

Le attività di produzione hanno visto un aumento del 7.1% nel 2006 (7.456.938 vs 7.984.849) rispetto al 2005, con un incremento della valorizzazione delle prestazioni del 12.6% pari a 3.044.733 euro (27.248.124 vs. 24.203.391). A fronte dell'aumento della produzione, vi è stata una diminuzione dell'assorbimento delle risorse e una diminuzione nei beni di consumo pari a -6.8%. Inoltre, i ricavi medi per dipendente, sono aumentati del 18.4%, l'incidenza % dei beni di consumo sui ricavi è diminuita del 17.2% passando dal 30% del 2005 al 24.43% del 2006, allo stesso modo l'incidenza % dei costi diretti sui ricavi è diminuita del 19.5% passando dal 66% del 2005 al 52.88% del 2006.

**Relativamente alle efficienze attese con l'allargamento della centralizzazione**, è in atto l'estensione della gara di tecnologie e diagnostici, già acquisite per il laboratorio provinciale, ai laboratori periferici con un possibile miglioramento di efficienza sia per i costi, sia per l'allocazione di nuove tecnologie produttive. La revisione delle attività con l'Azienda Ospedaliera con la tendenziale pianificazione dell'esecuzione degli accertamenti in un'unica sede sono ulteriore elemento di maggiore efficienza del sistema integrato. L'allineamento delle infrastrutture informatiche è pianificato per ottenere maggiore capacità produttiva nelle scelte di consolidamento ed integrazione dei processi nell'ambito della diagnostica e della gestione delle informazioni.

Si rimanda al paragrafo *"L'innovazione in Azienda"*, presente più avanti in questa stessa sezione, l'esplicitazione del patrimonio tecnologico e i dettagli di tipo informatico per un lettore che dovesse essere interessato ad approfondire gli aspetti tecnici e quelli informatici del laboratorio.

#### **I risultati 2007 e il PAL**

I primi risultati indicati nei documenti regionali relativamente all'applicazione dei "criteri dell'autosufficienza" su Modena confermano, rispetto alle attività storicamente erogate in regime di ricovero ordinario e di Day Hospital - per residenti e non residenti - la bontà dell'attuale dotazione di posti letto complessiva della provincia di Modena, anche in una prospettiva di medio periodo.

**L'indice di dipendenza dell'anno 2007 della popolazione dalle strutture ospedaliere (IDPS)**, ovvero il valore che esprime, percentualmente, a quali strutture/aziende una data popolazione si rivolge per l'assistenza ospedaliera, ci pone con il 52,35 (solo strutture aziendali) tra le prime aziende territoriali ed al secondo posto, dopo l'area metropolitana, come provincia (86,46 rispetto ad una media regionale di 81,74).

Ovviamente, ciò non significa non dover programmare, per il prossimo futuro, un intervento di riorganizzazione complessiva dell'offerta ospedaliera, conseguente sia all'avvio dei nuovi ospedali, sia alla necessaria e più puntuale ridefinizione delle "missioni produttive" di tutti gli ospedali della rete, che vengono confermati. Bisognerà, invece, prevedere interventi sui modelli di funzionamento più puntuali ed in sintonia con i mutati tempi, sulle relazioni fra punti Hub e punti Spoke nelle diverse discipline, sulle rispettive competenze di "copertura" territoriale, (moduli residenziali per pazienti ad alta intensità, dimissioni protette).

#### **Attività realizzate**

**Autosufficienza** - L'apertura dei nuovi ospedali e la ristrutturazione avviata, o in corso, negli altri, ha già consentito elevati livelli di autosufficienza rispetto alle attività di degenza ordinaria e diurna presso le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate della provincia.

Il numero di **posti letto complessivi** (ospedali pubblici e privati) è pari a **1.612** - 1.433 per gli ordinari e 116 per la degenza in regime diurno (fonte flussi HSP anno 2007); inoltre vi sono **63 posti letto di day-surgery**: ne deriva un valore di 4,4 posti letto per 1.000 abitanti (3,7 per i soli acuti), mentre la dotazione di letti per 1.000 abitanti relativa alla riabilitazione è pari a 0,65. Come detto il numero delle persone che si sono rivolte a strutture nella propria provincia è stato, nel 2007, superiore all'86%.

**Emergenza urgenza** - Oltre 160.000 (160.471) gli accessi ai Pronto Soccorso degli Ospedali di Carpi, Mirandola, Finale, Modena (Baggiovara), Pavullo, Vignola e Castelfranco, in diminuzione rispetto al 2006 di 1.555 pazienti, corrispondente al - 1%.

Il dato provinciale di variazione nei confronti dell'anno precedente mostra che in provincia gli accessi variano dal - 21,4% di Castelfranco al + 5,7% (+ 2.139) del Nuovo Ospedale S. Agostino Estense di Modena.

Per quanto attiene alla suddivisione per tipologia (codici), si riscontra una flessione dei codici bianchi che scendono a 24.570 (- 19,8%) rispetto all'anno precedente, in leggero aumento i verdi (+ 1,8%), in aumento i gialli (+ 12,4%) e soprattutto i rossi (+ 22,6%).

L'analisi effettuata presso la nostra Azienda ha evidenziato che:

- il **trend dei codici rossi** ha visto una progressiva e costante diminuzione nei diversi ospedali della provincia e un contemporaneo aumento presso il trauma center di riferimento (N.O.C.S.E);
- la **rilevazione dei volumi di attività, dei tempi di attesa e prestazione per codice colore**, ha evidenziato come le diverse strutture deputate a garantire la risposta all'emergenza abbiano progressivamente acquisito caratteristiche e risposte più consone alla loro vocazione. In particolare, sono aumentati i casi (codici rossi e parzialmente i gialli) che afferiscono correttamente al DEA di II° livello e i tempi dedicati dalla struttura dell'emergenza alla gestione del caso. Sono invece diminuiti i codici bianchi. La riduzione dei tempi pre-

stazione (necessari a trattare il malato) per i codici rossi registrati in alcuni punti provinciali (Pavullo, Finale e Vignola) testimoniano che il paziente, una volta stabilizzato, viene correttamente trasferito alle strutture più idonee nel più breve tempo possibile;

- dopo l'avvio del nuovo Ospedale di Baggiovara (NOCSE) anche la casistica che afferisce al P.S. del Policlinico di Modena risulta modificata. L'andamento risulta però in controtendenza ovvero ha sicuramente ridimensionato, in maniera adeguata, la casistica più complessa, ma ha anche acquisito un numero maggiore di codici bianchi. Tale acquisizione è in parte giustificabile da aspetti di natura logistica. La realizzazione di un secondo polo ospedaliero per la città di Modena che però si colloca nella prima periferia a Sud ha fatto sì che, soprattutto nel primo periodo di apertura, i pazienti preferissero - per ragioni storiche e di comodità - recarsi presso il Policlinico situato invece nel centro della città;
- ultimo dato interessante sugli accessi in P.S. è il rispetto dei tempi di attesa prima della chiamata per i codici gialli. In tutto il territorio provinciale viene rispettata una indicazione regionale che prevede la chiamata in ambulatorio per l'effettuazione della visita entro 10 ( $\pm$  10 e quindi in totale al massimo 20) minuti dal momento dell'attribuzione del codice colore. In caso, quindi, di pazienti classificati come a rischio dalle procedure di triage, l'intervento si dimostra tempestivo.

Nel 2006 e nel 2007, si è lavorato inoltre per migliorare la qualità delle prestazioni che è garantita anche grazie ai collegamenti telematici impiegati nell'ambito della diagnostica per immagini della telecardiologia, e dell'emergenza cerebrovascolare.

La rete provinciale di assistenza alle tre principali emergenze, ovvero politrauma, ictus ed infarto miocardico, si è pertanto arricchita di una rete in grado di accrescere i livelli di sicurezza per i cittadini con ampie garanzie di tempestività, efficacia degli interventi, professionalità degli operatori, qualità e dotazione delle strutture.

**Attività chirurgica** - Sotto il profilo qualitativo e della tempestività della risposta, la provincia di Modena può vantare un'offerta chirurgica completa in tutte le discipline.

Nel 2007, presso l'Azienda USL, **il 100% dei pazienti con cataratta** è stato operato entro i 180 giorni dall'inserimento nella lista; per l'intervento di **protesi d'anca**, la percentuale di operati a 180 giorni dalla diagnosi è pari al **81,3%**, mentre il **100%** dei pazienti che hanno avuto bisogno di una **coronarografia** l'hanno ottenuta entro 30 giorni.

In ambito oncologico, la risposta chirurgica è tempestiva e qualificata. Oltre l'88% dei pazienti con neoplasia del colon e l'83,2% delle donne affette da tumore della mammella viene sottoposto all'intervento entro 30 giorni dalla diagnosi. L'82% delle donne affette da tumore all'utero è operato entro 30 giorni, tale valore sale al 90% a 60 giorni. Il 95,4% dei pazienti neoplastici viene avviato al trattamento chemioterapico entro 30 giorni dalla prescrizione.

**I tempi d'attesa** sono nel complesso relativamente in linea con le indicazioni regionali, ad eccezione delle attese presso strutture particolari o singoli professionisti.

Sempre in tema di **attività di ricovero** (compresi i non residenti), l'analisi dei dati 2007, conferma la coerenza dell'impostazione produttiva con gli indirizzi strategici e programmatori individuati dalla Regione e dall'Azienda, ovvero:

- appropriatezza clinica ed organizzativa delle attività assistenziali;
- ricerca di un sempre maggiore equilibrio fra efficienza ed efficacia;
- promozione del governo clinico;
- integrazione funzionale fra le diverse unità operative afferenti ai dipartimenti, finalizzata alla promozione di elevati livelli di autosufficienza territoriale.

Tenuto conto del consolidamento delle attività di neuroscienze, medicina metabolica, endocrinologia, chirurgia senologica e riabilitazione e dell'implementazione di funzioni già storicamente garantite presso le vecchie strutture del S Agostino ed Estense, i **ricoveri effettuati nel 2007** in regime ordinario, se confrontati con i valori dell'anno 2006, sono aumentati di 1004 unità corrispondenti al +2,4% circa (da 41.803 a 42.807); anche i ricoveri in *regime di day hospital* sono aumentati da **11.661 a 12.208 (+547 ovvero il 4,7%)**.

Parallelamente, la **complessità della casistica** espressa in termini di peso medio del DRG è passata, limitatamente al regime ordinario, da un valore di 0,98 del 2001 ad un valore di 1,03 del 2004 per salire progressivamente all'1,06 nel 2005, all'1,13 nel 2006 e a 1,17 nel 2007.

La **durata media della degenza** è aumentata dai 7,70 del 2004 ai 7,88 del 2005, fino agli 8,24 del 2006 e a 8,44 nel 2007, a testimonianza dell'aumento della complessità della casistica e della maggior attenzione alla dimissione protetta. L'anno 2007 ha registrato i seguenti volumi per quel che riguarda i **ricoveri ripetuti**: 282 ricoveri ripetuti 0-1 giorno; 209 ricoveri 2-7 giorni e 441 ricoveri 8-30 giorni.

Complessivamente, i ricoveri ripetuti sono quindi stati solamente 932 contro i 2.072 del 2006 e i 1.645 del 2005.

In ottemperanza alle indicazioni regionali, gli interventi per **cataratta e tunnel carpale** sono definitivamente transitati al regime ambulatoriale.

Infine, tenuto conto della rilevante immissione di nuovi reparti e funzioni, gli andamenti sopra descritti sono coerenti con il **riorientamento dell'offerta assistenziale** richiesta che, in accordo con le indicazioni regionali ed aziendali, ha visto il trasferimento a regimi organizzativamente più appropriati, (Day Hospital, Day Service o ambulatoriale) della casistica precedentemente trattata in regime ordinario o di day hospital.

**L'ampliamento, la diversificazione e la diffusione delle prestazioni** di chirurgia offerte sul territorio, della **day surgery chirurgica**, oculistica, urologica ed O.R.L. si è definitivamente consolidato; l'odontoiatria rimane limitata ai Distretti di Sassuolo e Mirandola, mentre l'attività di Carpi è transitata, come da progetto aziendale, nel Nuovo Ospedale Civile Sant'Agostino Estense di Baggiovara.

Una sempre maggiore attenzione è stata dedicata **all'integrazione dei servizi ospedalieri, fra loro e con il territorio**, perfezionando la chiusura del circuito assistenziale fra degenza ospedaliera ordinaria, degenza diurna ed assistenza domiciliare.

A testimonianza di quanto sopra, le **dimissioni protette**, elemento di unione e di continuità fra l'assistenza ospedaliera e quella territoriale, sono passate dalle **2.694 del 2004 alle 3.096 del 2005 (+ 15%) fino alle 3.139 del 2006 (ulteriore 1,5%)**.

**Nel 2007, l'andamento si è confermato, infatti le dimissioni protette sono salite a 3.396 (+8,2%)**.

Inoltre, si sono consolidati gli aspetti organizzativi basati su modalità di lavoro integrato fra i Servizi (Dipartimento/Unità di Cure Primarie, Ospedale e Servizi Sociali dei Comuni), coinvolgimento delle varie professionalità e condivisione dei protocolli operativi, unica sede organizzativa distrettuale.

**Tabella 11 - Dimissioni ospedaliere protette anno 2007 suddivise per tipologia e per Distretto**

Tipologia di dimissione protetta	Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Castelfranco	Totale azienda
Sanitaria con attivazione ADI	367	243	574	124	131	87	136	1662
Socio - sanitaria c/o strutture extraospedaliere	178	238	484	266	296	182	90	1734
<b>Totale</b>	<b>545</b>	<b>481</b>	<b>1058</b>	<b>390</b>	<b>427</b>	<b>269</b>	<b>226</b>	<b>3396</b>

**I Contratti di fornitura.** Valutato in una dimensione provinciale, il contratto di fornitura, con il Presidio ospedaliero aziendale e con i restanti produttori pubblici (Policlinico e nuovo Ospedale di Sassuolo) e privati, rappresenta lo strumento di regolamentazione delle attività (in termini di omogeneità, compartecipazione dei singoli attori agli obiettivi assistenziali e qualità), e consente il pieno inserimento dei diversi produttori (Presidio compreso) nella rete provinciale dell'offerta. In aggiunta agli aspetti sopra evidenziati, l'attività del Presidio Ospedaliero Provinciale ha continuato ad integrarsi organicamente con quella del

nuovo Ospedale di Sassuolo, dell'Azienda Ospedaliera, degli Ospedali privati accreditati e con i servizi del territorio, attraverso l'elaborazione e l'attuazione di protocolli organizzativi comuni, per garantire omogeneità organizzativa e di risposta nonché favorire la necessaria continuità assistenziale.

Nel corso del 2007, il consolidamento della attività nella nuova struttura di Baggiovara ha permesso di dare continuità al processo **d'integrazione** fra la stessa ed il Policlinico di Modena secondo quanto previsto nei documenti programmatori. **Il completamento della rete ospedaliera provinciale**

ha quindi consentito il consolidamento e l'implementazione di percorsi organizzativo - assistenziali relativi all'assistenza del paziente con trauma "trauma system provinciale" e trauma della gravida, emergenze vascolari, percorso IMA.

### **La "Salute Pubblica" della nostra provincia**

Nel 2007 l'attività di controllo nei diversi ambiti di competenza del Dipartimento di Sanità Pubblica è stata indirizzata verso le principali priorità di rischio, mantenendo in linea di massima i livelli complessivi di vigilanza consolidati.

Per quanto riguarda la tutela della salute e sicurezza sul lavoro la **vigilanza è stata mirata ai settori tradizionalmente a maggior rischio infortunistico**, tra i quali si cita in particolare l'edilizia. In questo ambito sono state effettuate due campagne di vigilanza coordinata in area vasta e un'azione, coordinata con la Direzione Provinciale del Lavoro, facente parte del Piano nazionale straordinario di vigilanza - operazione "10.000 cantieri": complessivamente sono stati controllati 710 cantieri, di cui 105 afferenti alle Grandi Opere (TAV compresa).

La vigilanza è stata mirata inoltre agli altri comparti tradizionalmente a maggior rischio infortunistico (agricoltura, metalmeccanica) e ad alcuni rischi di **tipo igienistico** come quello da agenti fisici (rumore, microclima e vibrazioni), da agenti chimici, da cancerogeni e da movimentazione manuale dei carichi.

Complessivamente nel 2007 sono state controllate 1.796 unità locali.

**Il Servizio Impiantistico Antinfortunistico** ha effettuato complessivamente 7.976 verifiche su apparecchi ed impianti, mirando alle tipologie a maggior rischio.

**L'attività della Commissione Legge 34/98** ha mantenuto elevati livelli di attività, esprimendo 220 pareri finalizzati all'autorizzazione, di cui 155 relativi alle domande di autorizzazione degli studi odontoiatrici pervenute a seguito della DGR 2520/2004.

**Il Servizio di Igiene Pubblica** ha concentrato l'attività di controllo in alcune strutture a maggior rischio: sono stati controllati tutti gli impianti natatori esistenti (73 strutture), alcune strutture recettive e scolastiche ed altre tipologie, effettuando complessivamente 2.205 sopralluoghi. Inoltre ha mantenuto una intensa attività di mo-

nitoraggio ed informazione in relazione al raddoppio del termovalorizzatore del Comune di Modena ed ha partecipato alle conferenze provinciali per il rilascio di Autorizzazione Integrata Ambientale sui maggiori insediamenti produttivi (circa 30 impianti).

Sul versante della sicurezza alimentare il Servizio Veterinario e il SIAN hanno realizzato le azioni previste dalla Regione per l'adeguamento ai nuovi regolamenti comunitari (predisposizione di piani di controllo sulla base della valutazione del rischio, effettuazione di audit interni sull'attività di controllo ufficiale, registrazione e rendicontazione dell'attività secondo le nuove modalità, effettuazione dei piani di campionamento previsti) e partecipato al 2° anno del corso di formazione coordinato dal DSP di Parma per lo "Sviluppo di competenze valutative sui controlli ufficiali secondo criteri di gestione ed assicurazione qualità riferiti alla norma UNI CEI EN 45004": in tale ambito 4 operatori hanno acquisito la qualifica di "auditor su operatori del settore alimentare", 10 operatori lo hanno iniziato, 2 operatori stanno concludendo il corso per auditor sui SIAN e SVET e 35 operatori hanno effettuato il corso di formazione per ispettori su operatori del settore alimentare.

È proseguito il coordinamento tra il Servizio Veterinario e il SIAN.

Il SIAN ha controllato complessivamente 2.743 strutture, di cui 2.200 a maggior rischio, corrispondenti a circa il 36% del totale.

È stato garantito il controllo annuale di tutte le strutture di ristorazione collettiva per utenze sensibili (253).

Riguardo alla **sanità animale**, il Servizio Veterinario ha predisposto ed implementato i piani per fronteggiare le emergenze epidemiche, in particolare per influenza aviaria, tubercolosi, leucosi, malattia vescicolare dei suini, Blue Tongue, salmonellosi).

Relativamente alla **profilassi delle malattie infettive** sono state condotte ulteriori azioni di sensibilizzazione per l'attuazione dei programmi vaccinali, in particolare:

- per mantenere la copertura della vaccinazione antinfluenzale, sia negli anziani ultrasessantacinquenni (77,7% di copertura vaccinale nella campagna 2006-2007), sia in altre categorie a rischio;
- per rafforzare l'offerta attiva della vaccinazione antipneumococcica ad alcuni soggetti a rischio: splenectomizzati, dializzati, trapiantati di midollo osseo.

È stata implementata l'attività di screening per la prevenzione della TBC nelle popolazioni a rischio.

Infine, anche nel 2007 sono state realizzate **numerosissime iniziative informative e formative** nei diversi ambiti di competenza del DSP, mirate soprattutto alle tematiche oggetto di modifiche legislative o nell'ambito di specifici progetti e piani mirati; complessivamente sono stati raggiunti circa 22.000 destinatari. Si evidenziano, in particolare, le iniziative realizzate nell'ambito di Ambiente Lavoro 2007 sui temi dell'igiene e sicurezza del lavoro e la 4a edizione della Convention nazionale "SicurA" sui temi della sicurezza alimentare.

Relativamente alla promozione di corretti stili di vita sono state effettuate iniziative soprattutto sui temi dell'alimentazione e dell'attività motoria; si segnalano anche alcune iniziative su "Stili di vita e doping", "Alcol e lavoro" e "Fumo negli ambienti di lavoro".

#### **La "Salute Mentale" della nostra provincia**

Nel corso del 2007 il Dipartimento si è mosso secondo le direttive definite nelle varie delibere regionali sul tema. In particolare, riportiamo di seguito le principali attività che hanno riguardato l'anno 2007.

#### **Il settore di Psicologia Clinica**

- Attraverso i Centri Adolescenza, opera in stretto raccordo con gli Spazi Giovani del Consultorio Familiare per rispondere a situazioni di disagio psico-relazionale e a problematiche relative ad affettività e sessualità, con interventi in rete con scuole e associazioni;
- i Centri Adolescenza accolgono, in libero accesso, i giovani dai 14 ai 19 anni, con finalità di prevenzione delle patologie psichiche. Nel 2007 l'utenza dei soli Centri è stata di circa 700 individui. Gli interventi di prevenzione svolti a livello provinciale nelle scuole superiori nei diversi progetti proposti: Affettività-Sessualità, MST e AIDS, Adolescenza e Alimentazione, Prevenzione alle Dipendenze-Sert, ha visto coinvolti 11.548 studenti. Nel Depliant distribuito ai giovani dai 14 ai 19 anni della provincia di Modena, sono descritti i servizi messi a disposizione dagli Spazi giovani e dai Centri Adolescenza dell'Azienda USL di Modena;
- sono stati attivati gli sportelli di ascolto del progetto "OLTRE IL BLU" e diffusa la brochure informativa. La finalità del progetto è sostenere le donne in gravidanza nel periodo immediatamente successivo al parto per ac-

cogliere e interpretare gli indicatori di disagio psico-relazionale. Sono coinvolti: il Settore di Psicologia Clinica e i Consultori Familiari, in collaborazione con i Servizi Sociali dei Comuni per le gravidanze multiproblematiche. Il progetto è già operativo nei Comuni di Pavullo, Vignola, Sassuolo, Carpi e Modena;

- le attività psicologiche sono, inoltre, presenti nel Servizio Handicap Adulti dell'Azienda Sanitaria, nei distretti di Carpi, Mirandola, Pavullo, Vignola e Modena. Si tratta di un servizio coordinato dal Settore, ad alta integrazione socio-sanitaria, con un articolato lavoro di rete tra servizi i cui obiettivi e attività vengono definiti nei piani di zona;
- all'interno dei Presidi Ospedalieri di Carpi, Mirandola, Modena e Castelfranco Emilia gli psicologi operano in stretta integrazione con il personale dei reparti. Gli interventi sono rivolti sia ai degenti sia al personale, per particolari patologie croniche e invalidanti. Il totale degli utenti nel 2007 è stato di 1463;
- nel presidio di Baggiovara sono previsti raccordi tra il settore di Psicologia e il settore Psichiatria;
- l'Unità operativa Tutela Minori del Settore Psicologia Clinica opera in integrazione con i Servizi Sociali dei Comuni e delle loro Associazioni in tutti i Distretti dell'Azienda. In ogni distretto sono stati sottoscritti accordi di programma che governano gli impegni dei Comuni e dell'Azienda in tema di tutela e promozione dell'infanzia, genitorialità e famiglia;
- all'interno di tali accordi "La rete delle équipes psico-sociali costituisce un ambito organizzativo integrato, che si avvale delle risorse professionali del Servizio Sociale e del Settore di Psicologia dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena per le rispettive competenze;
- le attività delle équipes psico-sociali territoriali comprendono sia prestazioni erogate direttamente ai cittadini utenti, sia prestazioni indirette, rivolte ad agenzie, istituzioni, associazioni; prevedono la progettazione di interventi che comportano l'attivazione di risorse professionali o volontarie e azioni di supporto a quegli stessi interventi; azioni di tutela; valutazioni in raccordo con l'autorità giudiziaria; interventi in attuazione di provvedimenti della Magistratura";
- l'attività in integrazione con i Comuni, comprende il programma di formazione e valutazione delle coppie che si rendono disponibili all'adozione nazionale o internazionale e gli interventi di sostegno e vigilanza rivolti alle coppie e ai minori nel periodo successivo l'adozione;

- in riferimento alle situazioni che necessitano di una presa in carico multiprofessionale, richiedono competenze proprie di più servizi e hanno carattere di particolare complessità sono previsti negli accordi in ogni distretto sanitario momenti di raccordo tra servizio sociale, settore psicologia clinica e settore neuropsichiatria infanzia e adolescenza;
- il Progetto "Leggeri": Il protocollo "Giuseppe Leggeri" è stato attivato nei distretti di Modena e Castelfranco. Nell'Area Sud nel corso del 2007 e primi mesi del 2008 sono stati effettuati incontri di formazione congiunta con i MMG. Nel 2007 è stato effettuato un evento formativo sul protocollo aziendale. A Vignola e a Pavullo, gli incontri congiunti hanno portato alla definizione degli psichiatri e degli infermieri referenti per i nuclei di cure primarie. Dagli indicatori risulta che gli invii da parte MMG avvengono con modalità più consona alla funzione dei servizi e le situazioni più complesse vengono prese in carico con un coinvolgimento da parte degli stessi. Nel Distretto Sanitario di Modena si sta concludendo un progetto sperimentale di collaborazione fra n. 2 nuclei di cure primarie, MMG e Centro di psicologia clinica adulti, allo scopo di individuare percorsi specifici di trattamento su fascia di popolazione tardo adolescente e giovani adulti con problematiche di disturbo d'attacco di panico con o senza agorafobia non cronicizzato.

### **"Disagio Transculturale"**

La Direzione del DSM ha costituito il Gruppo di lavoro "Disagio Transculturale", composto dallo statistico del DSM e da operatori sanitari di tutti i settori che si trovano in "prima linea" nel fornire assistenza sanitaria - riferibile alla salute mentale - alle popolazioni migranti. Obiettivo del gruppo è di individuare nuove modalità di accoglienza ed intervento che possano far fronte in maniera efficace alle problematiche degli immigrati. Fin dal 2006, il gruppo di lavoro tematico (team di operatori) della NPIA, denominato L.I.P. (Linguaggio, Immagini, Pensiero), con partecipazione multiprofessionale da tutte le equipe distrettuali, continua l'impegno nell'individuazione di percorsi di facilitazione all'accesso delle famiglie straniere e nella definizione di attività specifiche rivolte all'utenza Extracomunitaria. Nel 2007 e nei primi cinque mesi del 2008, il gruppo dipartimentale si è incontrato periodicamente. Tra gli obiettivi vi è l'organizzazione di una giornata seminariale prevista per l'autunno 2008. In questa giornata saranno presentati e discussi i dati relativi all'utenza afferente al DSM (dati 2007).

L'evento intende essere l'occasione per un confronto tra operatori del DSM, del Comune e del Dipartimento Cure Primarie sulle problematiche transculturali. Attraverso i dati quantitativi sul fenomeno di esperienze peculiari e significative si cerca di migliorare la conoscenza e quindi la competenza degli operatori coinvolti.

### **Il settore Dipendenze Patologiche**

Il Settore Dipendenze Patologiche (SERT, Centri Alcologici e Centri Antifumo presenti in tutti 7 Distretti sanitari dell'Azienda USL), nel periodo indicato (fine 2006-2007-primi sei mesi 2008), ha sostanzialmente consolidato la riorganizzazione avviata nel 2005 con la apertura dei servizi dipendenze patologiche nel Distretto di Castelfranco Emilia e del Centro Alcologico-Centro Antifumo nel Distretto di Modena in una sede distinta da quella del SERT: entrambi questi interventi hanno favorito l'accesso degli utenti, con un progressivo aumento dei casi in carico in entrambi i servizi. Inoltre, alla utenza principale rappresentata da tossicodipendenti, alcolisti e tabagisti, si sono aggiunti dal 2007 anche i giocatori d'azzardo, ampliando pertanto la offerta assistenziale. I primi dati di cui disponiamo per il 2007 indicano un aumento degli utenti in carico: tossicodipendenti (n. 1485) ed alcolisti (n. 882). L'obiettivo più importante raggiunto nel 2007 è stato l'accreditamento della rete dei servizi del Settore Dipendenze Patologiche (7 SERT, il Centro Alcologico di Modena, il Centro Diurno Colombarone di Formigine), e il contestuale accreditamento delle strutture dei tre enti ausiliari della provincia, (L'Angolo, Centro di Solidarietà e Libera Associazione Genitori), con un percorso portato avanti insieme da SERT ed enti ausiliari. Inoltre, nel 2007, è stata organizzata la "Giornata Nazionale del Respiro" e la "Giornata Mondiale senza Fumo". Sia nel 2007 che nel 2008 è stato organizzato il Concorso a premi per diventare non-fumatori "SCOMMETTI CHE SMETTI", progettato dall'Azienda USL di Modena in collaborazione con la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, l'Associazione "Gli Amici del Cuore" e numerosi partner locali. L'iniziativa si è avvalsa anche del supporto dei Medici di Medicina Generale (cfr paragrafo 5.3.1).

### **Diagnosi e cura: riassetto provinciale**

Il Piano Attuativo Locale della provincia di Modena prevedeva la costruzione presso il Nuovo Ospedale Civile S. Agostino Estense di 2 SPDC con complessivi 40 posti letto comprensivi di 10 posti letto di Day Hospital, allo scopo di trasferire

re in quella sede gli attuali reparti SPDC collocati presso l'Azienda Ospedaliera Policlinico.

Tale destinazione era stata considerata idonea alle necessità di adeguamento strutturale dei due reparti psichiatrici e la soluzione era peraltro accreditata come in grado di facilitare alcune sinergie organizzative.

La stessa destinazione sembrava anche congruente con le necessità del policlinico di riutilizzare gli ambienti attualmente destinati ai reparti SPDC.

Il progetto preliminare è stato modificato in quanto:

- i locali destinati nel NOCSE sono stati valutati inidonei a consentirvi la collocazione di un reparto psichiatrico - di dimensioni abnormi rispetto alle indicazioni nazionali e regionali - in particolare sotto il profilo della realizzazione di adeguati spazi accessori alla degenza;
- è stato valutato come insufficiente il decentramento delle attività psichiatriche ospedaliere rispetto al territorio provinciale e necessaria l'attivazione di tre punti di risposta all'urgenza ospedaliera;

Per questi motivi si è avviata una complessa e lunga fase di istituzione di un SPDC (10 pl) presso l'Ospedale civile di Carpi, che ha iniziato la propria attività assistenziale il 26/5/08.

Contemporaneamente, è progredita la stesura e la realizzazione della seconda fase attuativa del nuovo Ospedale di Sassuolo che prevedeva il trasferimento in quella sede del reparto SPDC dedicato all'area Sud.

Si sono realizzate le condizioni negoziali con l'Azienda Ospedaliera per ristrutturare, all'interno del complesso del policlinico di Modena, un reparto di 20 posti letto comprensivi di tre posti letto per Centro crisi e 2 posti letto dedicati a interventi speciali per minori.

Sono stati completamente integrati nella rete ospedaliera psichiatrica i Servizi Psichiatrici Ospedalieri (SPOI) resi disponibili dalla ristrutturazione - che nella provincia di Modena è stata particolarmente tempestiva - resa operante dall'accordo AIOP - RER.

#### Il sistema informativo della Salute Mentale

Il gruppo di lavoro "Sistema Informativo", del Settore Psichiatria Adulti, sta svolgendo una serie di azioni che hanno l'obiettivo di manutenzione e sviluppo del sistema informativo della psichiatria "Infoclin".

La seguente tabella elenca le percentuali di utenti trattati, presi in carico e ricoverati nelle diverse aree distrettuali dell'Azienda USL di Modena nell'anno 2007.

Anno 2007	Pazienti trattati	Pazienti in carico	Pazienti ricoverati (che producono SDO)
Nord	28,5%	27,9%	20,4%
Centro	36,6%	36,7%	46,0%
Sud	34,9%	35,5%	33,6%
<b>Totale</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Si sono calcolati alcuni indicatori che mettono in rapporto tra loro i pazienti trattati, i pazienti presi

in carico e quelli ricoverati.

Anno 2007	% carico/trattati	% ricoveri/trattati	% ricoverati/carico
Nord	81,9%	9,4%	11,4%
Centro	83,8%	16,4%	19,6%
Sud	84,9%	12,5%	14,8%
<b>Totale</b>	<b>83,6%</b>	<b>13,0%</b>	<b>15,6%</b>

L'ottica dell'analisi è stata mirata sugli individui ricoverati nell'anno 2007, i ricoveri che si sono

considerati sono tutti quelli che producono delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Di seguito sono riportate alcune tabelle che illustrano le principali caratteristiche socio-demografiche dei pazienti ricoverati.

GENERE	NORD	CENTRO	SUD	TOTALE
Femminile	53,0%	57,2%	54,8%	55,5%
Maschile	47,0%	42,8%	45,2%	44,5%
<b>Totale</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Emerge una prevalenza in tutte le aree di individui di genere femminile, in particolare nell'area centro, il genere femminile è presente in più del 57% dei casi.

ETÀ	NORD	CENTRO	SUD	TOTALE
Al più 25 anni	10,7%	5,6%	7,0%	7,1%
tra i 26 ed i 35 anni	19,4%	16,8%	19,7%	18,3%
tra i 36 ed i 45 anni	27,7%	19,6%	23,8%	22,7%
tra i 46 ed i 55 anni	19,0%	16,7%	18,8%	17,8%
tra i 56 ed i 65 anni	10,7%	17,2%	14,2%	14,9%
più di 65 anni	12,6%	24,0%	16,6%	19,2%
<b>Totale</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Andando ad analizzare le strutture per età degli individui ricoverati nelle tre aree distrettuali emerge che per l'area Nord e Sud la struttura per età è più "giovane" di quella dell'area Centro. Infatti nelle tre classi di età più giovanili le percentuali dell'area Centro sono inferiori a quelle delle altre due aree. Situazione opposta si presenta nelle classi di età più avanzata.

NUMERO DI RICOVERI PER INDIVIDUO	NORD	CENTRO	SUD	TOTALE
un ricovero	73,1%	71,8%	69,2%	71,2%
due ricoveri	19,0%	18,1%	19,5%	18,7%
tre ricoveri	4,7%	5,8%	7,0%	6,0%
più di tre ricoveri	3,2%	4,4%	4,3%	4,1%
<b>Totale</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Le situazioni che emergono andando a contare il numero dei ricoveri per ogni individuo sono abbastanza omogenee nelle tre aree. Uniche considerazioni degne di nota sono una leggera prevalenza di individui che hanno avuto "un ricovero" nell'area Nord ed una leggera prevalenza di individui con "tre ricoveri" nell'area Centro.

Si sono svolte altre analisi spostando la concentrazione sui singoli ricoveri. Queste analisi hanno lo scopo di descrivere la durata delle degenze, il periodo di dimissione ed il tipo dei ricoveri effettuati dall'Azienda USL di Modena nell'anno 2007. Nella tabella che segue sono elencati le percentuali dei ricoveri nelle tre aree distrettuali nell'anno 2007.

	NORD	CENTRO	SUD	TOTALE
numero di ricoveri	19,6%	46,1%	34,3%	100,0%

### 3. Obiettivi e strategie aziendali

Come detto in precedenza, nelle tabelle che seguono, si descrivono la durata delle degenze, i

periodi di dimissione e le tipologie di ricoveri nelle tre aree dell'Azienda USL Modena.

GIORNATE DI DEGENZA	NORD	CENTRO	SUD
al più 10 giorni	22,0%	30,9%	25,0%
tra gli 11 ed 20 giorni	24,8%	19,1%	25,5%
tra i 21 ed i 30 giorni	24,0%	21,9%	22,2%
più di 30 giorni	29,2%	28,1%	27,3%
<b>Totale</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Nell'area Nord, come nell'area Sud, emerge una prevalenza dei ricoveri che durano più di un

mese, mentre per l'area centro la durata modale dei ricoveri è "al più 10 giorni".

TRIMESTRE DI DIMISSIONE	NORD	CENTRO	SUD
Gennaio-Marzo	23,1%	24,3%	23,4%
Aprile-Giugno	23,4%	25,5%	25,0%
Luglio-Settembre	29,8%	25,3%	24,4%
Ottobre-Dicembre	23,7%	24,8%	27,1%
<b>Totale</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

In tutte le tre aree si evidenzia una distribuzione abbastanza omogenea, in particolar modo per l'area Centro. Per l'area Nord e Sud i trimestri di

dimissioni con frequenze più alte sono rispettivamente il terzo ed il quarto.

TIPO RICOVERO	NORD	CENTRO	SUD
Non valorizzato	3,3%	19,4%	9,9%
Programmato	41,5%	33,8%	71,1%
D'urgenza	45,7%	41,1%	8,5%
T.S.O.	9,2%	5,3%	10,5%
T.S.V.	0,3%	0,4%	0,0%
<b>Totale</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Andando ad analizzare le tipologie di ricovero emergono delle realtà diverse nelle tre aree distrettuali.

Per quanto riguarda l'area Nord si evince una grande maggioranza di ricoveri in urgenza, tipologia di ricovero presente in quasi il 46% dei casi.

Nell'area Centro si ha la maggior percentuale di ricoveri non valorizzati, quasi il 20% dei casi totali dell'area e la più bassa percentuale di Trattamenti Sanitari Obbligatorii (TSO).

Infine, per l'area Sud più del 71% degli individui ricoverati ha avuto un ricovero programmato ed inoltre, si registra, tra le tre aree, la percentuale più alta dei ricoveri TSO.

#### Farmaceutica

L'anno 2007 è stato caratterizzato dalla ridefinizione degli ambiti di assistenza farmaceutica territoriale ed ospedaliera con l'attribuzione dei

relativi nuovi tetti di spesa; in particolare, alla composizione della nuova spesa farmaceutica territoriale concorrono, oltre alla classica spesa farmaceutica convenzionata: la spesa per la distribuzione diretta dei farmaci, la spesa per la Distribuzione per conto, quella per l'assistenza nelle strutture residenziali, semiresidenziali e diurne, quella per le dipendenze patologiche e la salute mentale, la spesa per le carceri e quella per l'assistenza domiciliare.

La Regione nel corso dell'anno ha richiamato l'attenzione delle Aziende Sanitarie sulla necessità di operare in un'ottica di governo provinciale della farmaceutica. **Le azioni volte al miglioramento dell'efficacia clinica, dell'efficienza organizzativa e dell'appropriatezza** (senza trascurare equità d'accesso e corretta informazione dell'utenza), **sono pertanto state indirizzate allo sviluppo di questa nuova visione provinciale.**

Anche nel corso del 2007 sono state portate avanti le attività, in parte già intraprese negli anni precedenti, che hanno consentito di mantenere e migliorare i risultati ottenuti e di tendere al raggiungimento di obiettivi di crescente appropriatezza e di razionalizzazione dei consumi e della spesa farmaceutica utilizzando alcuni **strumenti per il governo clinico: Linee Guida, aggiornamento del prontuario terapeutico ospedaliero, Audit Clinici.**

### **Sviluppo di Linee Guida**

Al fine di ricercare maggiore appropriatezza d'uso in alcune categorie di farmaci in cui si è registrato un notevole incremento di consumo e di spesa non solo in ambito aziendale ma anche provinciale sono stati effettuati incontri con l'Azienda Ospedaliera di Modena e costituiti gruppi di lavoro.

In particolare è stata effettuata l'implementazione della nuova scheda per la prescrizione dell'albumina, elaborata nel corso della giornata di studio organizzata a livello provinciale sul corretto utilizzo dell'albumina, ed è stato riattivato il Gruppo Oncologico Provinciale con l'obiettivo di sviluppare un progetto integrato tra le Aziende modenesi e per il monitoraggio dei farmaci oncologici innovativi.

Sono stati costituiti gruppi di lavoro per la revisione delle L.G. sulla profilassi antibiotica perioperatoria in chirurgia ed in ortopedia.

Con i MMG stanno proseguendo con buoni risultati: l'impegno e la collaborazione sulla patologia diabetica, con l'implementazione delle Linee Guida e con attività di Audit sui consumi; l'aggiornamento delle linee guida per il trattamento del dolore per l'introduzione di nuovi farmaci e le modifiche legislative intervenute; lo sviluppo del progetto regionale sulla prevenzione del rischio cardiovascolare. Prosegue l'impegno dei PLS nel progetto regionale ProBa.

### **Integrazione Ospedale-Territorio**

Nel corso del 2007, l'integrazione fra i professionisti delle Aree ospedaliere e territoriali è stata ricercata lavorando congiuntamente su alcuni argomenti specifici in particolare sugli anziani e sulle dimissioni protette.

In quasi tutti i Distretti i gruppi di lavoro multidisciplinari (Medici di Medicina Generale, specialisti, farmacisti ed infermieri) si sono occupati della terapia del dolore e delle cure palliative.

### **Iniziative formative**

L'Azienda USL di Modena già da qualche anno si è attivata negli accordi stipulati con le organizzazioni mediche, ed in particolare attraverso gli accordi

con i NCP, per inserire tra gli obiettivi il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e tra i temi della Formazione quei progetti di livello nazionale che rientrano fra gli obiettivi strategici dell'Assessorato Politiche per la Salute (ad es: la prevenzione del rischio cardiovascolare, la promozione di corretti stili di vita, le dipendenze patologiche, il progetto diabete, lo sviluppo delle cure palliative). Nel corso del 2007 sono proseguiti gli incontri (accreditati ECM) svolti dai farmacisti del Servizio Farmaceutico Territoriale cui è stato affidato il compito di portare avanti l'esperienza del "farmacista facilitatore". In particolare, il 2007 ha visto la partecipazione dell'Azienda USL di Modena, insieme ad altre della Regione, allo studio Infant, promosso dal CeVEAS e finanziato dall'AIFA, basato sulla precedente esperienza modenese. Oltre all'illustrazione dei pacchetti informativi, prodotti dal CeVEAS, fornita in modo randomizzato ai Nuclei di Cure Primarie della provincia, durante gli incontri sono stati illustrati anche i report di prescrizione.

Gli argomenti trattati dai pacchetti informativi che le farmaciste territoriali hanno diffuso ed illustrato, in collaborazione con i Referenti dei NCP soprattutto per la discussione dei casi clinici, nel primo semestre sono stati: "Ipertrofia Prostatica Benigna Benefici e rischi dei farmaci disponibili" e "Osteoporosi e Fratture Ossee Strategie e trattamenti preventivi". Negli incontri del secondo semestre sono stati illustrati altri due pacchetti: "Collocare un farmaco in una classe. L'esempio dei chinoloni fluorurati" e "Scegliere un farmaco in una classe. L'esempio dei calcio-antagonisti". Nel corso del 2007, le farmaciste territoriali hanno effettuato in ogni Distretto gli incontri accreditati ECM anche con i Pediatri di Libera Scelta, organizzati nelle Unità Pediatriche Distrettuali. Analogamente a quanto già avviene con i Medici di Medicina Generale, nel corso degli incontri sono stati presentati i report aziendali ed individuali sui consumi e la spesa farmaceutica territoriale e sono state fornite informazioni aggiornate sulle varie normative. Con la collaborazione dei pediatri referenti dell'UPD che avevano partecipato al Progetto ProBa regionale sono state illustrate le Linee Guida sulla faringotonsillite e l'otite media in età pediatrica.

### **I consumi farmaceutici territoriali**

Nel 2007 la spesa farmaceutica convenzionata netta è diminuita dell'1,75% rispetto al 2006. Le manovre di ripiano introdotte dall'AIFA nel 2° semestre 2006 hanno permesso di contenere lo sfondamento previsto ad inizio anno per controbilanciare l'aumento dei consumi.

	numero ricette	Importo lordo	ticket + sconti vari	importo netto	spesa netta pro capite
<i>genn.-dic. 2007</i>	5.406.496	120.018.690,58	6.943.637,00	113.075.053,58	168,74
<i>genn.-dic. 2006</i>	5.150.827	121.289.692,14	6.198.668,17	115.091.023,97	173,00
<i>scarto % 2007 vs. 2006</i>	4,96	- 1,05	12,01	- 1,75	- 2,46
<i>media regionale</i>	4,68	- 2,25		- 2,98	

Con l'obiettivo di garantire ai cittadini maggiore sicurezza farmacologica sono stati effettuati **controlli sulla prescrizione farmaceutica territoriale dei MMG, dei PdLS e dei medici ospedalieri**.

È da sottolineare, inoltre, che grazie alla distribuzione diretta effettuata dal Dipartimento farmaceutico aziendale tale attività viene in larga parte effettuata in modo capillare all'origine della prescrizione e non dopo che i farmaci sono stati prescritti sul territorio.

Attraverso la distribuzione diretta dei farmaci da parte dei farmacisti si può realizzare:

- un'effettiva continuità terapeutica ospedale territorio;
- l'informazione ed il counselling al paziente;
- la verifica del consiglio/prescrizione da parte dei medici ospedalieri e degli specialisti;
- il controllo ed il monitoraggio dei piani terapeutici in relazione alla compilazione da centri autorizzati, al rispetto delle indicazioni terapeutiche registrate e delle note AIFA ed alla loro durata;
- la verifica della compliance;
- il possibile scambio di informazioni in rete sulle terapie effettuate dai pazienti e loro consegnate.

È proseguita nel corso del 2007 la collaborazione con i NAS e con i Funzionari del Ministero delle Finanze per la verifica delle prescrizioni farmaceutiche territoriali.

Al fine di favorire l'adesione **ai sistemi di erogazione diretta da parte dei cittadini**, in considerazione della vastità del territorio aziendale e conseguentemente del possibile disagio degli assistiti, sono stati potenziati i punti di distribuzione diretta dei farmaci in tutte le sedi dell'Azienda e sono stati resi omogenei gli orari di apertura.

#### Farmaci Equivalenti

L'incremento della prescrizione dei farmaci equivalenti costituisce ormai da diversi anni un obiettivo assegnato dalla Regione alle Aziende Sanitarie. L'utilizzo di questi farmaci consente infatti di liberare risorse per i farmaci innovativi, per la terapia delle malattie rare etc. Nell'Azienda USL

di Modena la percentuale di farmaci con brevetto scaduto prescritti dai MMG ha raggiunto il 32,8% del totale di tutte le DDD prescritte e tale percentuale è la più alta di tutta la Regione (Fonte dati RER sui primi 9 mesi del 2007).

In concomitanza con la commercializzazione dei farmaci equivalenti di alcuni principi attivi molto prescritti (ad es. simvastatina ed amoxicillina + acido clavulanico) è stato effettuato un incontro con il Collegio di Direzione del Presidio Ospedaliero ed incontri con alcuni dei Dipartimenti Clinici dell'Azienda per sollecitare al massimo la prescrizione del farmaco equivalente.

#### Sistemi di formazione e di informazione

Per quanto riguarda la reportistica ed i pacchetti informativi importanti per la lettura critica valutativa di quanto proposto dall'informazione scientifica si è già detto sopra.

Nel corso del 2007, è proseguita la collaborazione fra il Servizio farmaceutico, il Servizio di Comunicazione e Marketing e i rappresentanti dell'ordine dei farmacisti e delle Associazioni di categoria dei farmacisti pubblici e privati per attività di educazione sanitaria rivolte ai cittadini.

Relativamente alla richiesta regionale di inserire **gli obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di valutazione dei consumi** negli accordi stipulati con le organizzazioni mediche, l'Azienda si è già da qualche anno attivata, in particolare attraverso gli accordi con i NCP; sono stati infatti inclusi negli obiettivi assegnati ai medici, sia il contenimento della spesa farmaceutica entro quella annualmente fissata dalla Regione per l'Azienda stessa, sia gli obiettivi di appropriatezza d'uso di alcune categorie di farmaci fra quelle individuate dalla Regione ed oggetto di interventi informativi/formativi da parte dell'Azienda stessa.

#### I consumi farmaceutici ospedalieri

Dal 2003 è stata messa a punto, e viene mantenuta aggiornata, una reportistica ospedaliera, disponibile anche sul sito aziendale, che riporta sinteticamente tutte le informazioni utili ai clinici, ai fini di un'autovalutazione della propria attività

prescrittiva, e riesce anche a dettagliare le aree di consumo di farmaci più critiche in ambito ospedaliero (ad es. antineoplastici ed antinfettivi).

### **Erogazione Diretta**

L'attività di distribuzione diretta è continuata nel corso dell'anno: alla fine del 2007 le persone che hanno avuto **accesso alle strutture distributive aziendali sono state in totale 242.701.**

### **Erogazione dei farmaci in dimissione da ricovero e da visita specialistica**

È proseguita nel corso del 2007 **la distribuzione del 1° ciclo terapeutico alle dimissioni ospedaliere, attivata in tutti gli ospedali della provincia;** questa attività, effettuata nel rispetto del prontuario terapeutico aziendale, offre garanzia di continuità assistenziale, assicura le necessarie informazioni al paziente sulla terapia da effettuare a domicilio ed in accordo con i Medici di Medicina Generale. La quantità e qualità dei medicinali consegnati viene riportata su un modulo che i pazienti sono invitati a consegnare al medico di famiglia in tempi brevi.

Per la valutazione dell'adesione al progetto aziendale delle diverse Unità Operative degli stabilimenti ospedalieri è stata effettuata l'analisi di tutte le lettere di dimissione nel periodo 1-15 ottobre 2006; questo ha permesso di ricalcolare l'indicatore ottenuto con l'analisi svolta precedentemente. L'analisi delle lettere di dimissione ha anche consentito di monitorare il rispetto del prontuario terapeutico aziendale e la prescrizione secondo il principio attivo.

**La distribuzione del 1° ciclo terapeutico a seguito di visita specialistica ambulatoriale** è stata, e viene effettuata, prevalentemente per i pazienti dializzati, oncologici, trapiantati, in trattamento con ciclosporina, con morbo di Alzheimer inseriti nel progetto CRONOS, diabetici seguiti dai Centri Diabetologici, in trattamento con eparine a basso peso molecolare, parkinsoniani, epilettici, con glaucoma, con ipertrofia prostatica benigna. In alcuni casi, per alcune categorie di pazienti, viene effettuata la presa in carico relativamente alla terapia farmacologica, in accordo con i MMG ed in seguito alla presentazione di un **programma/schema terapeutico** dagli stessi compilato. I pazienti che possono essere inviati direttamente dai medici con uno schema terapeutico per la presa in carico sono:

- assistiti dializzati;
- assistiti trapiantati;
- assistiti in terapia con farmaci del gruppo L (antineoplastici, ciclosporina);
- assistiti seguiti dalle UVA;
- assistiti in terapia con farmaci antiepilettici;
- assistiti in terapia con farmaci per il morbo di Parkinson;
- assistiti in terapia con farmaci per il glaucoma;
- assistiti in terapia con farmaci per l'ipertrofia prostatica benigna;
- assistiti in terapia con insulina o in terapia mista con insulina ed antidiabetici orali in applicazione dell'accordo aziendale sul diabete.

Fin dall'inizio dell'attività di distribuzione diretta dei farmaci in dimissione da ricovero e da visita specialistica si è collaborato con l'Azienda Ospedaliera per il perseguimento di comportamenti ed obiettivi identici.

### **Erogazione diretta dei farmaci soggetti a note CUF e piani terapeutici**

L'attività di distribuzione diretta delle categorie di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente è proseguita nel 2007.

L'attività di distribuzione diretta dei farmaci soggetti a note CUF e piani terapeutici ha consentito di:

- effettuare un attento controllo dei piani terapeutici, in particolare di verificare la redazione degli stessi da parte di Centri autorizzati regionali ed extraregionali e la congruenza nella prescrizione con le Note CUF, quando presenti, o con le indicazioni terapeutiche registrate;
- consegnare ai pazienti la quantità di farmaco strettamente necessaria alla terapia con eliminazione di potenziali sprechi ed una verifica della compliance alla terapia stessa;
- migliorare la qualità dell'informazione fornita all'assistito e raccogliere informazioni di tipo epidemiologico e di farmacovigilanza su alcune categorie di farmaci (nuove molecole, Legge n.648, farmaci H).

La quantità e la spesa dei farmaci distribuiti vengono imputate ai centri di costo appositamente istituiti per consentire il monitoraggio costante dell'attività erogata, della spesa sostenuta e del risparmio effettuato.

La tabella seguente riporta i dati di spesa ospedaliera relativi alle distribuzioni dirette effettuate dall'Azienda USL di Modena.

Distribuzione diretta	2006	2007	diff. Ass.	diff. %
Strutture per anziani	1.272.531	1.303.917	31.386	2,47
Strutture per anziani non convenzionate	232.111	235.729	4.618	2
Farmaci Alto Costo e L. 405/2001	20.300.399	23.907.335	3.606.936	17,77
Farmaci in dimissione, H ed esteri	3.256.248	4.092.094	835.846	25,67
Salute mentale DSM	2.088.324	2.106.187	17.863	0,86
Distribuzione Per Conto		294.622	294.622	
<b>Totale distribuzione diretta</b>	<b>27.148.613</b>	<b>31.939.884</b>	<b>4.791.271</b>	<b>17,65</b>

#### Distribuzione Per Conto

Nel corso dell'aprile 2007, secondo le indicazioni regionali, sono stati realizzati i corsi formativi ECM propedeutici all'attivazione della Distribuzione Per Conto. Ai corsi hanno partecipato circa 300 farmacisti titolari/direttori/collaboratori convenzionati. Successivamente, è stata avviata la fase attuativa del progetto sperimentale di Distribuzione Per Conto (DPC) che coinvolge le farmacie convenzionate e i distributori intermedi. Oggetto dell'accordo, entrato in vigore dalla metà di settembre 2007, sono state alcune molecole (buserelina, goserelina, leuprorelina, triptorelina, bicalutamide e flutamide) comprese nel Prontuario Ospedale Territorio (PHT), cui seguiranno altri farmaci, fatto salvo il mantenimento in carico del paziente complesso politrattato e polipatologico.

In attesa che la Regione provveda a **disciplinare l'informazione scientifica**, la pubblicità presso tutti gli operatori sanitari e la consegna dei campioni e dei prodotti promozionali, l'Azienda sta portando avanti il programma di informazione indipendente sui farmaci avviato nel 2001 con la produzione e la diffusione dei pacchetti informativi a tutti i prescrittori.

All'interno delle Unità Operative vengono effettuate, a cura delle Direzioni di Stabilimento, periodiche visite ispettive volte anche a verificare l'assenza di campioni gratuiti dalle strutture deputate all'assistenza ai pazienti.

La Commissione Terapeutica di Modena ha mantenuto rapporti con la CRF. Il fine è quello di permettere un opportuno coordinamento in ambito regionale, all'interno del quale ottimizzare l'uso delle risorse disponibili. Si vuole inoltre favorire un sistema di scambio dei lavori prodotti dalle singole CTP per condividere il contributo dei

singoli gruppi di lavoro ed evitare così la conduzione di valutazioni ed approfondimenti paralleli su tematiche analoghe. Per meglio garantire la collaborazione e la condivisione delle scelte con la CRF il coordinatore della segreteria della CTP ha partecipato agli incontri stabiliti dal Coordinamento delle segreterie delle Commissioni Terapeutiche Locali con la CRF.

Nella seconda parte dell'anno, è stato attivato anche un coordinamento delle Commissioni provinciali del farmaco delle Aziende dell'Area Vasta Emilia Nord con l'obiettivo di perseguire la maggiore omogeneità possibile nei diversi PTP e favorire ulteriormente la conduzione delle gare d'acquisto dei farmaci.

Nell'ambito della gestione del rischio e della sicurezza nell'uso dei farmaci il Dipartimento farmaceutico ha preso contatti con ditte specializzate nella produzione di macchine per la realizzazione della somministrazione dei farmaci in dose unitaria ed ha proposto alcune soluzioni organizzative che, a causa della indisponibilità delle risorse economiche necessarie, non hanno potuto essere portate a termine. Nel corso del 2007 sono stati valutati anche i progetti per l'installazione di programmi informatici nelle Unità Operative per la prescrizione personalizzata.

Sono state adottate le procedure per la corretta gestione delle soluzioni concentrate di potassio. Oltre che in ambito ospedaliero sono state realizzate esperienze pilota sulla prevenzione del rischio nelle strutture sanitarie territoriali (ADI, Consultori, Strutture residenziali).

Nel corso del 2007 è stato sviluppato un progetto di ricerca con l'obiettivo di definire delle priorità di intervento in termini di gestione del rischio clinico nei servizi sanitari territoriali adottando come metodologia l'applicazione dell'analisi FMEA/FMECA per l'individuazione e l'analisi semi-quantitativa dei rischi nell'ambito delle cure primarie.



## Screening

Dopo l'avvio ed il consolidamento avvenuto nel corso degli scorsi anni delle campagne di screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero e della mammella, nel mese di marzo 2006, ha preso l'avvio il programma di prevenzione del tumore del colon-retto. La strategia messa a punto dall'Azienda USL di Modena, allo scopo di semplificare ed agevolare l'accesso della popolazione target (oltre 158.000 assistiti fra uomini e donne di età compresa fra i 50 ed i 69 anni), merita di essere sottolineata in quanto si tratta **di un percorso studiato in modo specifico per superare le disuguaglianze e facilitare l'accesso al servizio.**

Il modello organizzativo adottato dall'Azienda USL di Modena per lo screening del colon-retto è volto, innanzitutto, a facilitare l'accesso. Il percorso prevede che gli assistiti siano invitati, attraverso una specifica comunicazione postale, ad un primo semplice accertamento, costituito dalla determinazione del sangue occulto nelle feci. Si tratta di un unico esame di laboratorio che viene condotto su un campione di feci che l'assistito potrà raccogliere direttamente al proprio domicilio. A questa prima comunicazione postale, infatti, ne segue una seconda, grazie alla quale l'assistito riceve, direttamente a casa, il kit per partecipare allo screening: trattasi di provetta ed istruzioni per la raccolta del campione di feci, questionario anamnestico ed elenco dei centri prelievi presso i quali riconsegnare il materiale raccolto.

## Il percorso dello screening del tumore colon-retto in provincia di Modena

Come accade anche per gli altri due screening (tumore della mammella e tumore del collo dell'utero), già da anni avviati su tutto il territorio provinciale, gli inviti ad aderire al programma di diagnosi precoce del tumore del colon-retto sono gestiti direttamente dall'Azienda USL di Modena. Nell'arco di due anni, tutti gli assistiti di età compresa fra i 50 ed i 69 anni ricevono per posta, a domicilio, un dépliant che illustra la campagna di screening. Allo scopo di semplificare i percorsi ed agevolare l'adesione dei cittadini, in luogo dell'invito a ritirare il necessario per aderire all'iniziativa presso una specifica sede (ambulatorio del MMG, Farmacia, ambulatorio od altra sede del Distretto), l'Azienda USL di Modena ha ritenuto che anche il kit per la raccolta del campione di feci (provetta, istruzioni ed elenco dei centri per la riconsegna) potesse essere recapitato agli assistiti attraverso il servizio postale. Dopo pochi giorni dalla prima comunicazione, infatti, i destinatari del primo avviso ricevono una seconda busta con:

- l'invito ad aderire allo screening;
- il kit per la raccolta delle feci, consistente in una provetta con istruzioni allegate;
- il questionario anamnestico (da compilare con l'eventuale aiuto del proprio medico di fiducia) con alcune domande utili per individuare patologie od altri stati che controindichino l'esecuzione del programma di screening o suggeriscano l'attivazione di altri percorsi;
- le istruzioni per la consegna (entro 3 giorni dalla raccolta) del campione di feci e del questionario ad uno dei centri di raccolta della provincia.

Si sottolinea che tutti i centri prelievi della provincia, pubblici e privati (sono oltre 40), presentano una capillare presenza sul territorio provinciale ed aderiscono all'iniziativa con grossa semplificazione e facilità di accesso al programma di screening. I cittadini possono avere maggiori delucidazioni sui percorsi da adottare telefonando al numero verde gratuito 800.300315 o scrivendo all'indirizzo mail: [infocolonretto@ausl.mo.it](mailto:infocolonretto@ausl.mo.it).



#### I risultati 2007

Per migliorare l'adesione allo screening del colon-retto, nel 2007 l'Azienda USL di Modena, ad integrazione della campagna regionale, ha attivato uno specifico piano di comunicazione. Si è trattato di una serie di iniziative a valenza provinciale e distrettuale che hanno preso avvio il 27 giugno 2007 con una conferenza stampa di presentazione.

A livello provinciale sono stati realizzati: oltre 350 passaggi radiofonici; 4 inserzioni su quotidiani locali; distribuzione mirata di materiali in occasione del Festival della Filosofia; implementazione delle pagine web di approfondimento per i cittadini e attivazione di un'area riservata per i tecnici sul sito [www.ausl.mo.it/pps](http://www.ausl.mo.it/pps).

A livello distrettuale si è dato vita alle seguenti iniziative: ciclo di incontri in collaborazione con Federfarma Modena, Associazioni di consumatori e Sindacati Pensionati; attività di sensibilizzazione (info-point e conferenze) in alcuni grandi centri commerciali insieme a Coop Estense e FIMMG; allestimento di punti informativi nell'ambito del programma "Acquista in Salute" (settimana europea per la prevenzione oncologica); inserimento di

messaggi sullo screening all'interno di maxi-schermi collocati in piazze e strade di alcuni Comuni del Distretto di Mirandola; iniziative in occasione di eventi locali (Sagra del Tortellino, Festa di San Nicola a Castelfranco Emilia, tavola rotonda a Mirandola nell'ambito del convegno della Società Italiana di Terapie Integrate Locoregionali in Oncologia); progettazione, produzione e distribuzione mirata di materiali informativi (totem, dispenser, poster ecc.); articoli sulla stampa locale.

#### Copertura popolazione

Il primo round organizzativo attivato nel marzo 2005 prevedeva la completa copertura della popolazione bersaglio entro marzo 2007.

Pur avendo implementato le azioni di copertura da un 10% nel 2005 ad un 87% per gli invitabili nell'anno 2006, non è stato possibile concludere il round nei tempi previsti.

Nel marzo 2007 è stato intrapreso un progetto di recupero con l'obiettivo di esaurire il primo round entro marzo 2008 e contemporaneamente attivare e completare il 2° round entro marzo 2009 come da programma.

**Tabella 12 - Estensione copertura 1° round a Dicembre 2007**

	Da invitare	Invitati	Estensione	Estensione teorica
Popolazione bersaglio totale round biennale	162.224	147.127 (Mar 2005-Dic 2007)	91%	100%

Nel distretto di Pavullo si è potuto procedere con gli inviti relativi al 2° round.

#### Adesione all'invito

Nella tabella sono evidenziate le % di adesione della popolazione all'invito nei diversi periodi:

	2005	2006	1° Round marzo 2005- dic 2007
Inviti	8481	69071	147127
Fobt consegnati	4164	32973	62669
Adesione	49.1%	47.7%	43%*

\* percentuale sottostimata: da rivalutare successivamente al completamento invii solleciti e della possibile risposta ancora in corso agli ultimi lotti di inviti del 2007.

#### Approfondimenti (Colonscopie)

Per l'anno 2006 sono risultati positivi al FOBT 1905 cittadini (il 6.7% di coloro che hanno aderito).

Per l'anno 2007 sono risultati positivi al FOBT 1624 cittadini (6.4% dei test eseguiti) cui è stata offerta la colonscopia. Ha accettato di sottoporsi all'esame di approfondimento circa l'85% degli invitati, cui è regolarmente garantito l'eventuale follow up. È in corso di definizione una revisione del progetto di recupero e delle colonscopie necessarie per la provincia per i prossimi due anni.

#### Informatizzazione

Alla fine del 2006 si è passati all'utilizzo, consolidato e implementato (anche se non completamente) durante il 2007, di un diverso software per la gestione informatizzata dei dati, per la elaborazione statistica dei dati di produzione e per il monitoraggio degli indicatori di qualità del servizio.

Il sistema di integrazione dati cartella endoscopica/ programma Screening è diventato operativo a ottobre 2007 per la Endoscopia di Baggiovara e Carpi; prossimo alla attivazione a Sassuolo e Pavullo.

Il debito informativo relativo alle attività di 2° e 3° livello antecedente ad ottobre 2007 e la cui gestione è del tutto manuale non è al momento a regime ma si prevede di completarlo nel corso del 2008.

Si sono inoltre stabilizzate le attività periodiche di pulizia (flusso dati da Banca dati Registro Tumori e Anatomia Patologica) delle liste per le esclusioni all'invito.

### **Progetto familiari**

Per poter attivare l'offerta screening ai familiari dei casi incidenti di carcinoma, come indicato e richiesto dalla Regione è stata fatta una verifica delle condizioni necessarie in termini di impegno, risorse umane e strumenti operativi idonei ed è in corso la pianificazione per l'avvio dell'intervento nel 2008.

Si ricorda che l'Azienda collabora già da diverso tempo con il Prof. Ponz de Leon e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria in un progetto di screening per cancro colon rettaie nei parenti di primo grado di pazienti affetti da neoplasie del colon retto, riscontrati dal 1996 al 2003 e rilevati dal Registro Tumori di Modena.

### **Sicurezza**

Nelle organizzazioni sanitarie, l'attenzione nei confronti del tema della sicurezza risulta assolutamente fondamentale e trasversale a tutti i processi di cura; pertanto, deve essere resa evidente tramite l'adozione di sistemi - struttura, risorse, procedure, strumenti - idonei a promuoverla e a gestire i rischi. L'Azienda, in particolare, ha previsto una specifica struttura che supporta la Direzione per le problematiche connesse alla gestione del rischio. Tale struttura, denominata gestione del rischio, coordina i servizi che si occupano della tutela degli operatori negli ambienti di lavoro, Fisica Sanitaria, Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale, Sorveglianza Sanitaria degli operatori; inoltre, imposta e coordina il programma aziendale risk management, coinvolgendo le strutture aziendali impegnate nella promozione della sicurezza di ambienti, impianti, tecnologie, nonché le strutture cui compete la diffusione e la realizzazione delle attività connesse ai progetti ed ai programmi orientati alla sicurezza dei pazienti ed alla gestione del rischio clinico.

### **Gestione del Rischio e del contenzioso**

L'implementazione di un approccio integrato al problema della qualità dell'assistenza sanitaria continua a realizzarsi attraverso una gestione sistemica della pluralità dei rischi cui i diversi ambiti assistenziali possono esporre pazienti, operatori

e visitatori. Il panorama delle conseguenze negative degli eventi indesiderati, resta una criticità di assoluta rilevanza verso cui, l'Azienda USL di Modena, segnatamente con l'Unità Operativa di Medicina Legale e Gestione del Rischio, ha orientato l'attività multidisciplinare di un gruppo di professionisti sia in senso "proattivo", sia di gestione del contenzioso in senso stretto. Attività che, privilegiando l'informazione, la comunicazione e la formazione, si prefigge di stabilire un'interazione positiva fra cittadino e struttura sanitaria e fra paziente e professionista della salute, cercando di recuperare quella relazione empatica il cui progressivo deteriorarsi è "il" problema alla base di molta della conflittualità e anche del contenzioso in ambito sanitario.

L'esperienza pratica, maturata in diversi anni di lavoro nell'ambito dell'attività di valutazione dei sinistri e di gestione dei conflitti in senso lato, ha abbastanza chiaramente delineato le cause radice di gran parte degli errori umani e di sistema, individuando nell'imperfetta comunicazione tra gli operatori sanitari e fra questi e il paziente e/o i suoi familiari, l'antecedente causale più frequente dell'errore. L'imperfetta comunicazione implica altresì la scarsa "difendibilità" dell'operato dei professionisti coinvolti in procedimenti giudiziari oltre che dell'Azienda "chiamata" - attraverso la compagnia di assicurazione - al ristoro dei danni provocati all'utente, sia in ambito giudiziale, sia extra-giudiziale.

Tale convincimento continua a essere supportato dai dati raccolti in esito all'approfondita disamina dei reclami, classificati secondo un sistema di "triage" che attribuisce un codice colore rispetto alla gravità del loro contenuto, confermando come la maggioranza delle segnalazioni e delle richieste di risarcimento danni, nonché degli esposti-denuncia e delle querele in ambito penale, traggono origine da uno scadente rapporto interpersonale fra i professionisti ed il paziente e/o i suoi cari. Dal punto di vista di questi ultimi, il vissuto di una insoddisfacente "attenzione" sul piano comunicativo-relazionale da parte degli operatori sanitari, non può far altro che amplificare la percezione di eventuali inadeguatezze tecnico-professionali, le quali - alla luce di una relazione interpersonale medio-bassa - non vengono tollerate dal cittadino-utente, sebbene esse non siano state oggettivamente la causa di un vero e proprio effetto peggiorativo sul suo stato di salute.

Nel perseguire l'ormai consolidato orientamento alla diffusione e alla promozione di una cultura della sicurezza mirata alla prevenzione dei danni e dei conflitti, attraverso la modifica dei percorsi

assistenziali e la formazione del personale, già a partire dal 2006 e per tutto il 2007, l'Azienda USL di Modena ha precipuamente finalizzato i propri sforzi su tre versanti:

- la corretta tenuta della documentazione sanitaria ed in particolare della cartella clinica, delineatasi come il momento critico dell'imperfetta comunicazione tra i professionisti sanitari impegnati nel processo di cura e tra questi e il paziente; l'intento è stato quello di ottenere un impegno fattivo degli operatori a far sì che la cartella clinica diventi effettivamente uno strumento di cura, caposaldo del miglioramento della qualità assistenziale;
- la promozione dell'utilizzo del supporto informatico al fine di ridurre gli errori connessi a una scarsa o inadeguata compilazione e tenuta della documentazione sanitaria;
- le corrette modalità di acquisizione del c.d. "consenso informato", rivelatosi uno degli aspetti critici della comunicazione con il paziente, con l'intento di trasmettere ai professionisti il concetto di "qualità" e "centralità" del momento informativo rivolto al paziente e alle persone da lui designate, nonché dell'importanza non solo formale, ma anche sostanziale, della documentazione in cartella clinica di tale momento, fondamentale nel processo di cura e dei suoi esiti.

Tali criticità, emerse con la medesima frequenza e significatività dal confronto delle varie esperienze a livello regionale, condivise all'interno di un gruppo di lavoro istituitosi nel 2006 in tema di "Gestione extragiudiziale del contenzioso nelle organizzazioni sanitarie" nell'ambito di un progetto di ricerca finalizzata - cofinanziato dal Ministero della Salute e di cui l'Azienda USL di Modena rappresenta l'unità operativa capofila - si ritrovano peraltro alla base dell'impossibilità di poter compiutamente difendere la posizione delle Aziende e dei loro dipendenti, anche quando ve ne potrebbero essere gli estremi. Questo accade in quanto, non infrequentemente, la prestazione sanitaria oggetto di contenzioso non è inadeguata, bensì una prestazione inadeguatamente documentata.

In tal senso e sulla base di questi presupposti si è dunque precipuamente orientata l'attività formativa ed informativa dell'Azienda USL di Modena culminata con l'elaborazione di indicazioni operative sulla corretta tenuta della documentazione sanitaria ed in particolar modo sulla compilazione, tenuta, conservazione ed archiviazione delle cartelle cliniche.

Le fondamenta delle modalità di gestione del rischio e del contenzioso, poste in essere dall'Azienda USL di Modena, si confermano punti di forza dell'attività sia in senso preventivo, sia correttivo:

- l'implementazione di un osservatorio aziendale dei sinistri, ovvero dei fatti oggetto di richieste di risarcimento danni e/o di citazioni in giudizio, denunciati alla Compagnia di Assicurazione;
- la segnalazione spontanea di eventi avversi;
- la raccolta tempestiva di report sull'accaduto;
- l'analisi approfondita delle cause degli accadimenti;
- la collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale con professionisti sanitari terzi agli accadimenti nella valutazione degli aspetti clinici delle vicende oggetto di contenzioso;
- il rafforzarsi dell'attività di mediazione dei conflitti in ambito sanitario, la cui finalità esula dall'intento di favorire una composizione stragiudiziale del contenzioso attraverso il "ristoro economico", proponendosi invece di ristabilire una relazione di fiducia tra il cittadino-utente "danneggiato" ed il professionista e la struttura, individuati dalle persone come causa di danno e di sofferenza, facendo sì che l'esperienza umana negativa - vissuta dal paziente e/o dai suoi familiari - a causa del processo di cura, possa fruire di una sorta di "risarcimento virtuale";
- la formulazione di una valutazione medico-legale del caso oggetto di contenzioso, con garanzia di onestà verso i cittadini per una composizione equa e tempestiva della vicenda;
- il consolidarsi di una cogestione amministrativa, medico-legale ed assicurativa del contenzioso, favorendo, quando possibile e indicato, una composizione stragiudiziale della vicenda che si rivela, nella maggior parte dei casi, ben accetta al cittadino-utente e vantaggiosa per l'immagine dell'Azienda e del professionista, oltre che finalizzata al contenimento dei costi assicurativi.

Nella gestione del rischio si iscrive peraltro l'attività di consulenza con reperibilità telefonica sulle 24 ore, relativamente a questioni di precipuo carattere medico-legale per tutti i professionisti dell'Azienda e dei Medici di Medicina Generale. La medesima attività viene anche svolta nei confronti di utenti esterni, ma usualmente rispetto a tematiche che per lo più esulano dall'ambito della gestione del rischio. Nell'anno 2007, in modo pressoché sovrapponibile al 2006, sono state effettuate complessivamente 1.130 consulenze,

delle quali circa 800 relative a problematiche medico-legali connesse con la gestione del rischio. Nel corso del 2007, si è peraltro favorevolmente consolidato il tanto auspicato "lavoro di squadra", non solo tra i professionisti afferenti alle aree già coinvolte nella gestione del rischio con il coordinamento dell'U.O. di Medicina Legale e Gestione del Rischio, in staff alla Direzione Sanitaria aziendale, ma anche e soprattutto tra i professionisti che - coinvolti a vario titolo e con differenti responsabilità in vicende oggetto di contenzioso - comprendono sempre più l'importanza di uno spirito collaborativo nell'individuare le criticità presenti all'interno del loro contesto e/o del loro modo di operare. L'intento è quello di apporre, laddove possibile, dei correttivi.

La sicurezza è garantita anche attraverso il complesso sistema **dell'autorizzazione e accreditamento**.

**La Legge Regionale n. 34/98** ha previsto, per le strutture sanitarie, l'obbligo dell'autorizzazione all'esercizio quale presupposto per rientrare fra "i Presidi direttamente gestiti dalle Aziende Sanitarie", di cui le Regioni si avvalgono per garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza. Il provvedimento è rilasciato dall'Autorità Sanitaria, a seguito della dimostrazione del possesso dei requisiti (strutturali, impiantistici, di sicurezza e organizzativi) individuati nella D.G.R. n. 125/99. La normativa imponeva, pertanto, l'adeguamento agli standard in caso di mancata conformità, ammettendo un tempo variabile da 1 a 5 anni per l'adeguamento.

Ciò premesso, a partire dall'anno 1999, le strutture sanitarie dell'Azienda USL di Modena hanno verificato la rispondenza delle proprie strutture a quanto richiesto ed hanno formulato un piano di adeguamento che individuava, scandendoli nel tempo, gli interventi necessari. Tali piani sono stati condivisi con i Servizi coinvolti nella realizzazione dei lavori, Servizio Attività Tecniche (SAT) per quanto attiene interventi (ristrutturazioni o adeguamenti) di natura edilizia o impiantistica, Servizio Ingegneria Clinica (SIC) e/o Servizio Informativo Aziendale (SIA) per l'acquisizione delle apparecchiature elettromedicali o tecnologie informatiche. Tali previsioni hanno trovato copertura economica all'interno di specifici capitoli finalizzati agli adeguamenti alla D.G.R. n. 125/99 e/o nell'ambito dei più ampi piani aziendali di investimento (pluriennali). Ciò ha consentito di **ottenere l'autorizzazione di tut-**

**te le strutture, sia ospedaliere che territoriali, alla scadenza prevista.**

Sono stati condotti, inoltre, diversi percorsi volti alla certificazione e all'accreditamento delle strutture aziendali. Ad oggi risultano certificate, secondo la norma UNI EN ISO 9001:2000, le seguenti strutture:

- Agefor;
- Medicina ad Indirizzo Cardiovascolare;
- Laboratorio Patologia Clinica (Pavullo);
- Servizio Tecnico Patrimoniale;
- Centrale operativa 118.

Il percorso di Accreditamento Istituzionale DGR 327/2004 è stato concluso per le seguenti strutture:

- Dipartimento di Salute Mentale;
- Dipartimento di Diagnostica per Immagini;
- Dipartimento Patologia Clinica;
- Dipartimento Integrato di Neuroscienze;
- Dipartimento Area Critica.

Tutti gli iter si sono conclusi con esito positivo.

### **Qualità e Accreditamento**

L'attività di Accreditamento per l'anno 2007 è stata pianificata dal SQA in coerenza con le indicazioni regionali. Tale pianificazione è stata declinata in obiettivi per le macrostrutture da inserire nell'ambito del budget 2007. Il cambiamento in itinere della programmazione Regionale ha modificato tali indirizzi, posticipando al 2008 l'accreditamento delle UU.OO. del NOCSAE e anticipando l'accreditamento del **Settore Dipendenze Patologiche**.

Sempre in coerenza con quanto previsto dalle nuove indicazioni Regionali il SQA ha fornito, mediante attività di formazione e consulenza, il supporto agli enti ausiliari (**Comunità Terapeutiche**) titolari di contratti di fornitura con l'Azienda UsI di Modena. Questo ha consentito di lavorare per la standardizzazione e il miglioramento di percorsi provinciali per soggetti dipendenti da sostanze e per soggetti con doppia diagnosi.

Tutte le verifiche sono state eseguite come da "nuova" pianificazione e si sono concluse con esito positivo sia per le strutture aziendali che per gli enti ausiliari.

Per quanto riguarda la **certificazione** secondo le norme ISO 9000, l'attività è stata programmata sulla base delle esigenze espresse dalle strutture e delle risorse disponibili presso il sistema qualità. Per Agefor e CO118 è stata svolta attività di consulenza interna. Per tutte le altre (STP, Laboratorio analisi Pavullo, Tossicologia Clinica Baggiovara, medicina ad indirizzo cardiovascolare)

sono state comunque garantite tutte le attività di supporto agli audit.

La verifica presso la Centrale Operativa 118, prevista nel mese di dicembre 2007, è stata posticipata al 8/01/2008 su richiesta del servizio stesso ed in accordo con l'ente certificatore.

Nel corso del 2007 si è concluso il processo di revisione della **Carta dei Servizi**. Tale attività è stata coordinata dal SQA in relazione alla parte III – Standard ed impegni. Sulla base delle linee di indirizzo della direzione si è deciso di semplificare il sistema degli impegni al fine di favorire un'efficace azione di monitoraggio degli stessi. Sono quindi stati

seguiti i principi dell'equità, cercando di garantire standard minimi omogenei a livello dell'intero territorio provinciale, e della centralità del cittadino, cercando di individuare impegni rilevanti per le diverse fasi del percorso assistenziale.

L'identificazione degli standard è stata condotta in stretta collaborazione con l'URP, responsabile del progetto complessivo "Carta dei Servizi", e con i professionisti di tutte le articolazioni aziendali.

L'avvio del monitoraggio degli impegni è previsto per il 2008.

IL SQA ha inoltre affiancato l'URP in tutte le fasi di comunicazione interna ed esterna per la diffusione del progetto.

**Tabella 13 - Indicatori di attività per accreditamento o certificazione**

Attività	2006	2007	Note
Dipartimenti aziendali supportati nel percorso di accreditamento nel corso dell'anno	5	6	DSM, Materno infantile, Medicina Metabolica, Medicina interna, Chirurgia, Ortopedia
Strutture extra aziendali supportate nel percorso di accreditamento su mandato aziendale	0	3	Comunità terapeutiche CEIS, Comunità terapeutiche LAG Comunità terapeutiche L'Angolo
Strutture aziendali supportate nei percorsi di certificazione (consulenza interna)	2	2	Agefor, CO 118
Strutture aziendali verificate per Accredimento	9	8	7 Servizi Dipendenze Patologiche (inclusi centri alcolici) 1 Centro diurno
Strutture aziendali verificate per certificazione	4	5	Agefor, Servizio tecnico patrimoniale, Medicina ad indirizzo cardiovascolare, Laboratorio analisi Pavullo, Laboratorio tossicologia Baggiovara
Dipartimenti coinvolti nella definizione di impegni e standard per la carta dei servizi	0	13	Tutti i dipartimenti aziendali (+ il programma di Medicina Riabilitativa)

**Tabella 14 - Indicatori di risultato per accreditamento o certificazione**

Verifiche di accreditamento effettuate/verifiche di accreditamento pianificate ASR-ER	1/1 (100%)
Verifiche di certificazione effettuate/verifiche di certificazione pianificate	4/5 (80%)
Dinieghi di accreditamento/certificazione	0
Non conformità maggiori per accreditamento (no)	0
Non conformità maggiori per certificazione	0
Non conformità minori per accreditamento (no)	3/362 (0.8%)
Non conformità minori per certificazione	4
Carte dei servizi che includono la definizione di impegni/strutture per le quali è prevista la carta dei servizi	100%

#### Gestione della documentazione per la qualità

L'elaborazione di documenti volti alla qualificazione ed alla standardizzazione delle attività (protocolli, procedure, ecc.) rappresenta un'attività particolarmente onerosa per i professionisti e per l'Azienda nel suo complesso, che rischia di rimanere inutile

e priva di significato se non accompagnata da una appropriata gestione delle fasi di diffusione, implementazione, monitoraggio e revisione.

L'anno 2007 è stato caratterizzato dalla stesura di un elevato numero di "documenti" allo scopo di produrre le evidenze necessarie per i percorsi di

accreditamento, il supporto alle strutture da parte del SQ è stato mirato proprio a garantire la puntuale applicazione del processo sopra descritto.

È stata inoltre avviata un'attività di supporto a diverse strutture amministrative aziendali per l'emanazione di indicazioni, procedure, regolamenti per il governo dei processi trasversali e di supporto in una logica di qualità. In particolare, nel 2007, il SQ ha collaborato con l'Ufficio Privacy e l'Ufficio Relazioni con il Pubblico per l'emissione delle relative procedure. Sono state inoltre supportate le strutture in staff alla direzione sanitaria ed alla direzione di Presidio.

Si ritiene comunque indispensabile un lavoro per garantire la massima razionalizzazione del sistema dei documenti. Tale lavoro è stato avviato nel corso del 2007 mediante l'acquisizione del software QSAN (vedi più avanti) e la revisione della "Procedura aziendale per la gestione dei documenti per la qualità" che include un paragrafo relativo alla stesura di documenti di interfaccia con strutture extra-aziendali.

### **Sistema degli Audit**

Nell'ambito della gestione del "sistema di audit" il SQA oltre a garantire il supporto alle strutture oggetto di Accreditamento o Certificazione, così come dettagliato nei paragrafi precedenti, ha utilizzato lo strumento **dell'audit interno** per il mantenimento e/o il miglioramento degli standard raggiunti. Sono stati eseguiti audit per la qualità e audit clinici su base volontaria sia in strutture ospedaliere che territoriali.

Per quanto attiene l'attività di audit clinico, di particolare rilevanza è stato l'audit condotto sul percorso di assistenza alla gravidanza a basso rischio che ha visto coinvolti i professionisti del Programma salute donna – Area Centro.

Gli audit interni sui sistemi qualità sono stati condotti presso 8 strutture aziendali. Tale attività è stata inferiore a quella ipotizzata a causa del notevole impegno richiesto alla rete dei valutatori per le attività regionali. Tutti gli audit sono stati verbalizzati ed i risultati sono stati restituiti ai responsabili per le opportune azioni correttive.

### **Valutazione dal punto di vista dell'utente**

Il SQ ha avviato diverse iniziative per la valutazione della qualità da parte degli utenti. In particolare sono state condotte indagini di qualità percepita presso 30 "strutture" aziendali tra cui:

- ambulatorio di cardiologia Ospedale di Castelfranco Emilia;
- Centri di salute mentale;
- Servizi dipendenze patologiche;

- Servizi di neuropsichiatria infantile;
- Centro demenze Pavullo;
- 6 U.O. del NOCSAE (Baggiovara).

Gli strumenti utilizzati sono stati il questionario auto-somministrato, il questionario somministrato da rappresentanti dei cittadini, il focus group. Complessivamente sono stati coinvolti più di 1000 utenti dei Servizi Aziendali. Per l'esecuzione delle indagini sono stati coinvolti i Comitati Consultivi Misti aziendali sia in fase di progettazione che di esecuzione.

I risultati sono stati diffusi alle direzioni delle strutture e ai media, quando previsto. I risultati delle indagini svolte presso il NOCSAE sono stati restituiti nel 2008.

### **Innovazione in Azienda**

**Il PACS/RIS e la digitalizzazione delle diagnostiche radiologiche** Il settore della diagnostica per immagini è stato interessato in questi ultimi anni da una notevole evoluzione tecnologica e la metodica tradizionale, collegata alla produzione della lastra radiografica, sta per essere sostituita da metodiche che consentono la produzione di immagini diagnostiche mediante tecniche digitali, utilizzando soluzioni innovative che i computer e l'informatica mettono a disposizione. A fianco della tecnica radiologica tradizionale che prevede la rappresentazione su lastra radiologica di una proiezione di un determinato settore anatomico, si sono sviluppate nuove tecniche di visualizzazione e di trattamento delle immagini. Il tutto grazie all'avanzamento tecnologico nel settore dell'elettronica.

A complemento delle tecniche radiologiche intrinsecamente computerizzate nate negli anni 80 (Tomografia assiale computerizzata TAC, RMN, angiografia digitale), anche la radiologia tradizionale si è trasformata nella direzione della digitalizzazione globale, con la possibilità di trattare le immagini radiografiche come elementi informatici.

Queste nuove tecniche permettono, oltre ad un aumento delle informazioni diagnostiche, una manipolazione dinamica delle immagini, e fanno sì che si superi la tradizionale «staticità» della lastra radiografica, arrivando a considerare l'immagine come entità informativa su supporto computerizzato da collegarsi sempre dinamicamente all'iter diagnostico e terapeutico del paziente. Parimenti a queste innovazioni sono ora disponibili sul mercato, in differenti fasce economiche, sistemi con le funzioni di archiviare, trasmettere e supportare le comunicazioni delle immagini. Questi sistemi permettono una catalogazione razionale e senza ingombro di spazi, oltre a consentire la trasmissione dei dati laddove le necessità del paziente

### 3. Obiettivi e strategie aziendali

lo richiedano. Le nuove tecnologie permettono quindi alla organizzazione sanitaria di garantire una sempre maggiore qualità diagnostica nonché una razionalizzazione ed ottimizzazione delle risorse (riduzione dei costi di produzione legati al concetto di "filmless").

L'attuale obiettivo di un qualsiasi ospedale che si voglia confrontare con moderni standard tecnologici è di potere trattare le immagini radiologiche come elementi "informatici" e poterle gestire con avanzati sistemi informatizzati, denominati PACS, che consentano di analizzare il maggior numero di informazioni su tutti gli esami del paziente stesso.

Per raggiungere questo ambizioso obiettivo si sono realizzati due progetti paralleli, iniziati nel 2004:

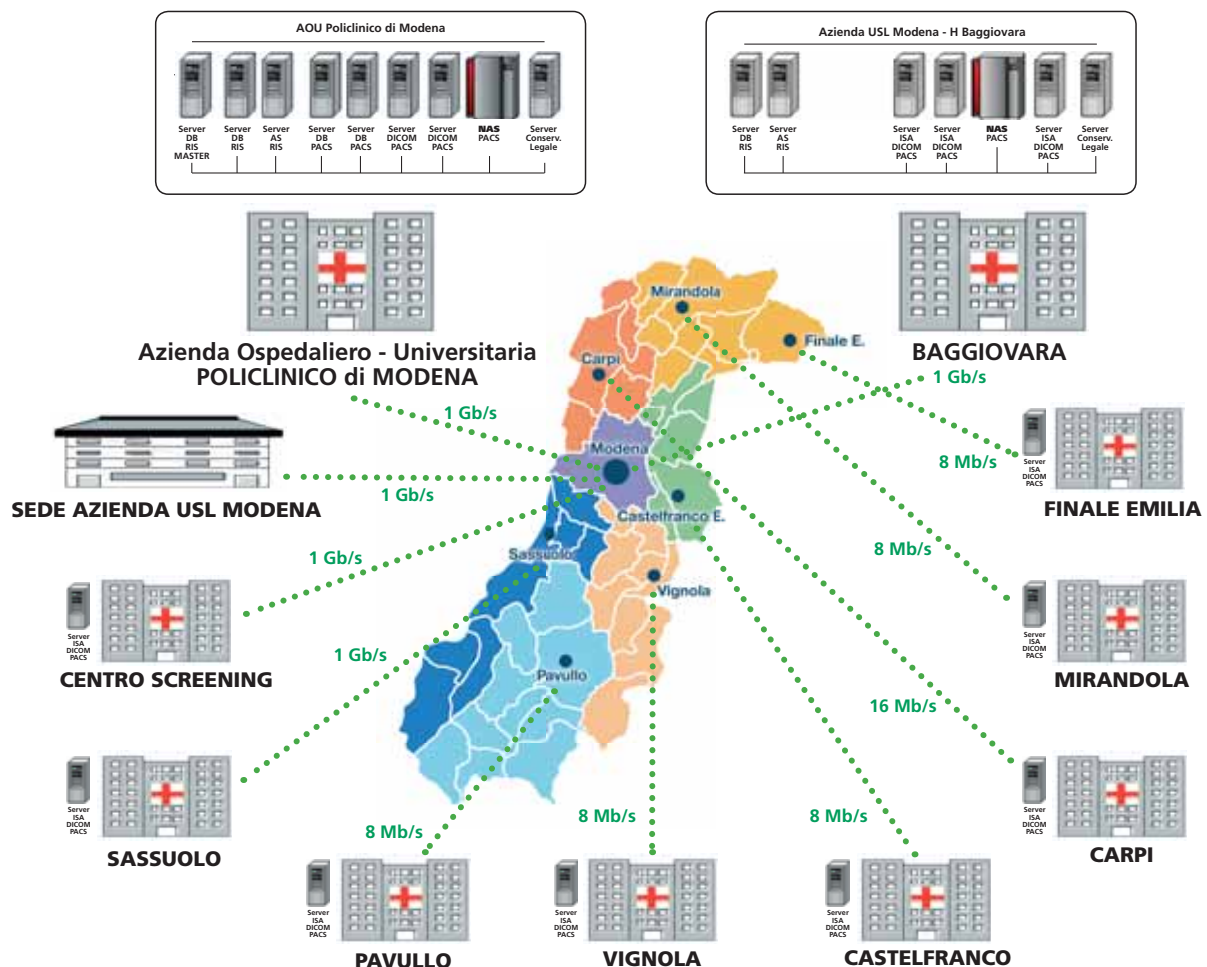
- implementazione di un sistema PACS nel nuovo ospedale di Modena ma a servizio dell'intera rete provinciale;
- digitalizzazione di tutte le diagnostiche ra-

diologiche sia del nuovo ospedale che degli ospedali della provincia.

#### Il PACS-RIS provinciale. Progetto PRIMO

Il Servizio di Radiodiagnostica dell'Ospedale di Baggiovara è stato progettato per poter operare in piena integrazione con il PACS-RIS provinciale. Il PACS/RIS (Radiological Information System – Picture Archiving and Communication System), **nuovo sistema informativo di gestione delle immagini e delle attività radiologiche**, consentirà di creare un unico ambiente digitale e quindi il mutuo scambio di immagini e referti (acquisizione, trasmissione, archiviazione) tra tutti i presidi della Azienda USL (comprensivo del nuovo Ospedale di Sassuolo) e l'Azienda Policlinico di Modena dando vita ad un unico virtuale Dipartimento di Diagnostica per Immagini che in modalità unitaria gestirà le circa 600.000 prestazioni radiologiche per anno prodotte nella provincia di Modena (425.000 per l'Azienda USL).

#### Lo schema delle interconnessioni del PACS



Il PACS/RIS consiste in un sistema informatizzato che, connettendo i servizi dedicati alla produzione delle indagini diagnostiche per immagini (Radiologia, Medicina Nucleare, Neuroradiologia, ecc.) alle aree di richiesta delle prestazioni e di consultazione clinica (CUP, Pronto Soccorso, Reparti Ospedalieri di degenza, Sale Operatorie, Ambulatori Specialistici, Medici di Medicina Generale, ecc.), gestisce la totalità dei flussi informativi e della produzione radiologica. Gestisce, inoltre, la richiesta di un esame specifico, la sua esecuzione, la refertazione su video ad elevatissima qualità da parte del medico radiologo, l'archiviazione digitale delle immagini prodotte, la distribuzione informatizzata al richiedente ed al paziente dell'esito dell'esame eseguito e delle relative radiografie.

L'ambiente radiologico viene supportato da appositi strumenti che, veicolando le informazioni su rete dati, **riducono drasticamente i tempi morti che caratterizzano le attuali procedure radiologiche, migliorano i flussi e l'ambiente di lavoro, riducono le liste di attesa per i pazienti, aumentano la qualità dell'atto medico, riducono gli errori diagnostici, annullano il rischio di smarrimenti della documentazione, abbattano i costi di esercizio ed i consumi di pellicole**, consentono la naturale evoluzione verso l'ospedale 'paperless' (senza carta), ovvero l'ospedale del prossimo futuro, senza impiego di documenti su carta ma solo di documenti informatici.

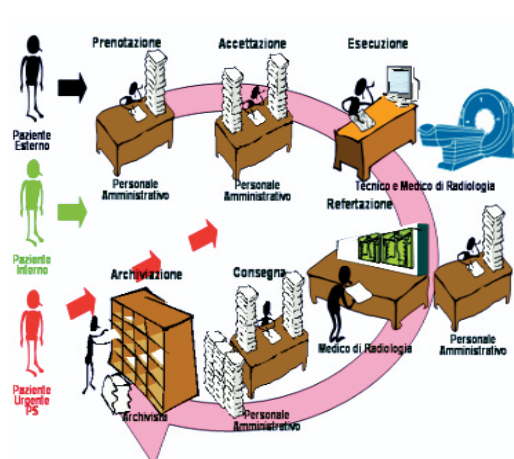
L'avanzatissima tecnologia utilizzata e l'ampia diffusione del sistema PACS/RIS risulteranno funzionali agli obiettivi strategici ed organizzativi che le due Aziende, USL e Policlinico di Modena, comunemente perseguono e che vedono il paziente come principale beneficiario. Sarà infatti possibile - in tutta la provincia, immediatamente e con estrema semplicità - condividere tra medici immagini radiologiche in formato digitale, richie-

dere ed ottenere in tempo reale un secondo consulto da un radiologo altrove situato, richiedere un referto dallo specialista/gruppo di specialisti più esperto, inviare prontamente i referti agli specialisti nelle procedure di emergenza/urgenza, recuperare in tempi brevissimi dall'archivio digitale le informazioni (immagini e referto) di esami pregressi ovunque eseguiti.

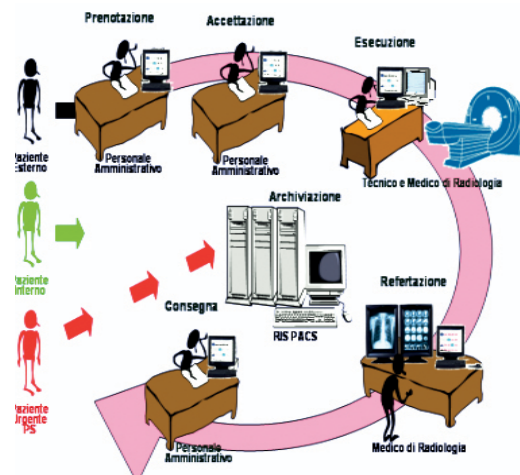
L'obiettivo principale del progetto è, in definitiva, quello di trarre massimo vantaggio dagli strumenti che la "Tecnologia dell'Informazione" rende disponibili in termini di ricadute assistenziali, gestionali ed economiche:

- **migliorare la qualità diagnostica e dell'atto medico** (consulto specialista, diagnosi in remoto, tutti i precedenti "on-line", storia clinica del paziente, ecc.);
- **migliorare i percorsi clinico-assistenziali** (RIS provinciale, condivisione delle informazioni tra i professionisti, ecc.), rendere effettiva l'organizzazione provinciale hub-spoke e dedicare risorse ad una maggiore attenzione alla salute dei pazienti;
- **rendere immediatamente disponibili e, nel rispetto delle regole della privacy, le informazioni diagnostiche** relative ai pazienti, ai reparti specialistici richiedenti e, in ambito territoriale, in prospettiva agli stessi Medici di Medicina Generale (MMG).
- **semplificare e migliorare le procedure amministrative e gestionali** (semplificazioni di archivi, identificazione univoca del paziente, guardia radiologica provinciale, ecc.);
- **consentire il recupero degli investimenti tecnologici in 3-4 anni** con i risparmi sulla gestione corrente (minor consumo di pellicole, riduzione drastica degli spazi di magazzino, eliminazione tempi di lavoro per la manipolazione delle pellicole, ecc.).

## Flusso di lavoro tradizionale



## Nuovo flusso di lavoro: filmless. Un unico ambiente informatizzato



Il progetto, condotto in comune da Azienda Ospedaliera e Azienda USL, **è iniziato nel corso del 2004 ed è stato completato nel 2006.**

Il sistema, dal costo complessivo di **5.750.000 euro** (IVA esclusa), è stato inizialmente installato presso il Policlinico di Modena e nel 2005 è stato esteso al nuovo Ospedale di Baggiovara, che ha funzioni di 'hub'della rete ospedaliera Azienda USL, agli Ospedali di Sassuolo e Vignola e al Centro Screening e nel 2006 a tutti i principali presidi provinciali della Azienda USL (Finale Emilia, Mirandola, Carpi, Castelfranco, Pavullo).

Per la sola Azienda USL il sistema garantisce la gestione ed archiviazione di **426.000 esami per anno** corrispondenti a quasi **10.000.000 immagini per anno** con una occupazione di memoria di 17.386 Gb con la garanzia di due anni di esami sempre "in linea" ed una archiviazione storica praticamente illimitata.

L'intenso lavoro di pianificazione e programmazione che ha coinvolto in unione di intenti le due aziende sanitarie modenesi, trova in tempi particolarmente rapidi il suo naturale coronamento nell'inizio della installazione di quella che, in meno di due anni, sarà, per volume di dati trattati, tra **le principali realizzazioni PACS/RIS a livello mondiale.**

A conclusione della installazione del PACS/RIS sono state riassorbite nello stesso alcuni importanti progetti avviati, quali quello della **tele-radiologia** e della **rete di mammografi digitali.** Già da alcuni anni, infatti, è possibile trasmettere immagini da tutte le diagnostiche TAC e RMN aziendali per richiesta di consulenza specialistica all'interno della stessa Azienda USL o anche al Policlinico mentre si è avviata, con l'acquisizione di mammografi digitali acquistati grazie a importanti donazioni, l'archiviazione e trasmissione delle immagini mammografiche con un sistema computerizzato dedicato. Già ora, esami mammografici ottenuti con la modalità di accesso di "screening" e "clinica" sono reperibili in un unico ambiente informatizzato.

La messa a regime del PACS ha assorbito **nel 2007** queste importanti funzioni che hanno svolto non solo un arricchimento della funzione medica di refertazione, ma anche un banco di prova per l'introduzione di sistemi computerizzati per la gestione delle immagini radiologiche. Basti pensare che sono attive dal 2007 e si basano sulle informazioni del PACS, tre guardie mediche provinciali (neuroradiologica, neurochirurgia, radiologica per l'area sud).

#### **Il Laboratorio Analisi della rete ospedaliera aziendale. Progetto BLU**

Il laboratorio analisi del nuovo ospedale di Baggiovara - completamente integrato con gli altri laboratori della provincia - è stato progettato come un laboratorio ad alta automazione ed alta capacità produttiva (**8-10 milioni di test/anno**) al servizio dell'ospedale e a valenza provinciale per le attività di routine.

La progettazione del nuovo "Laboratorio Analisi" dell'Ospedale Baggiovara è pensata in una logica di:

- **ottimizzazione dell'organizzazione**, superando la presenza di tanti laboratori che producono gli stessi test;
- alta automazione del processo **aumentando l'efficienza** dello stesso;
- **aumentare la qualità e la sicurezza delle prestazioni** e dell'atto medico utilizzando gli strumenti che oggi la tecnologia mette a disposizione;
- **diminuire il tempo** che intercorre tra il momento del prelievo e la consegna del referto (TTAT) con la conseguente diminuzione del tempo di trattamento terapeutico.

Il laboratorio analisi è concepito come **unico laboratorio provinciale** per le attività di routine e completamente integrato con le rimanenti attività di laboratorio previste nel resto della provincia. Servirà sia il nuovo ospedale di Baggiovara, per il quale è un indispensabile servizio, che tutte le altre strutture della provincia.

L'emergenza delle strutture ospedaliere extra-Baggiovara invece è garantita da una rete di POCT (sistemi di analisi decentrati con pannelli di esami più o meno estesi) collocati presso le singole strutture, con la supervisione del laboratorio centralizzato, che eseguiranno tutti gli esami "salvavita" e/o in emergenza, la cui esecuzione-refertazione deve essere contenuta in tempi assolutamente ristretti.

Sulla base delle esigenze sopra descritte, l'Azienda USL di Modena, dopo un'approfondita indagine di mercato, ha bandito una gara pubblica mediante procedura di "appalto concorso" per la **progettazione, completamento, fornitura delle tecnologie e reagenti e mantenimento del laboratorio provinciale aggiudicata per un importo complessivo di 44.000.000 di euro (IVA esclusa) per 7 anni di fornitura.** Tale fornitura, per il numero di test, articolazione dei servizi richiesti ed area territoriale, è sicuramente una delle più significative ed importanti gare in Europa.

Per garantire un altissimo grado di efficienza del flusso lavorativo, previsto su cicli lavorativi di 24 ore, saranno impiegate le più sofisticate e innovative tecnologie con un alto grado di automazione collegate ad un sistema informativo pienamente integrato con il sistema informatico ospedaliero aziendale.

Questo ha consentito di aumentare sia l'informaticizzazione dei processi del laboratorio che la possibilità di fruire e/o inviare informazioni, risultati, consulti a tutte le categorie di soggetti appartenenti sia alle diverse aree sanitarie della Azienda USL che agli utenti esterni.

Sono state drasticamente abbattute le differenze tra esami urgenti ed esami di routine, oggi legati ad una tempistica di refertazione diversa che va dalle poche ore ai giorni, in quanto la maggior parte degli esami è effettuata nell'ambito di attività di routine.

Il connubio ottimizzazione-automazione ha l'obiettivo di assicurare sia un elevato livello di soddisfazione del "cliente" del laboratorio grazie alla maggiore efficienza e all'alto standard di qualità dei risultati forniti nel referto, sia un

aumento della sicurezza del personale dei laboratori poiché sono limitati i contatti inutili con materiale biologico. Il miglioramento dell'efficienza, la concentrazione in un unico luogo di un così elevato numero di test comporta anche un recupero a breve termine dell'investimento per la realizzazione del laboratorio.

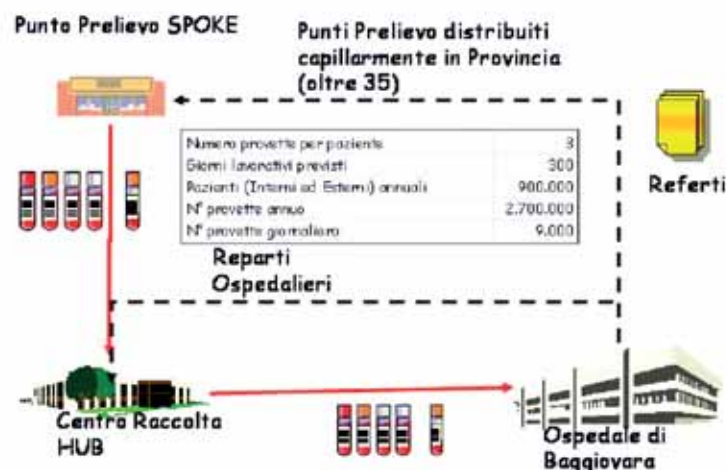
Il materiale biologico, prelevato nei punti di prelievo (SPOKE) distribuiti su tutto il territorio e nei reparti ospedalieri (UU.OO.) sono consegnati nei centri di raccolta (HUB), dai centri di raccolta trasportati al Laboratorio Analisi di Baggiovara, il ritorno dei referti dei test effettuati è garantito dal sistema informativo di laboratorio (LIS).

Il progetto è partito nel 2005 contestualmente all'apertura del nuovo ospedale e, dalla fine dello stesso anno, copre le esigenze del nuovo Ospedale Civile di Modena, dei Distretti di Sassuolo e Vignola oltre che degli ospedali di Castelfranco, Vignola e Sassuolo. Nel corso del 2006 e del 2007 si sono sia consolidate le attività, sia estese le stesse all'area nord con gli incrementi come specificato di seguito.

Produzione BLU	Valori
Test refertati 2006 CoreLab e Tossicologia	4.722.315
Test refertati 2007 CoreLab e Tossicologia	5.864.452
Test refertati 2007 CoreLab e Tossicologia e Microbiologia (BLU)	6.078.320
Previsione test refertati 2008 BLU	7.900.000
Percentuale di incremento 2006-2007	19%
Percentuale di incremento 2006-2008	41%
Percentuale di incremento 2007-2008 *	23%

\*Previsioni

## Il laboratorio della rete ospedaliera



#### Alcune particolarità del nuovo laboratorio

**Il CoreLab.** Nel nuovo laboratorio analisi provinciale, l'area denominata CoreLab individua una area lavorativa all'interno della quale sono svolti circa il 95% dei test richiesti quotidianamente dai pazienti ospedalieri e dagli utenti esterni.

Il consolidamento di tale area, oltre a conseguire gli obiettivi richiesti in fase di gara - ottimizzazione dell'organizzazione, efficienza del processo analitico, aumento della qualità e sicurezza per il personale di laboratorio - consente di offrire un elevato servizio all'utente. Ad esempio, con una minore quantità di sangue prelevato, sarà possibile eseguire tutti gli esami richiesti, passando da una media di 4 provette attuali ad una media di 3 provette. Inoltre, con l'automazione integrata con il sistema gestionale informatico sarà possibile restituire i referti in giornata.

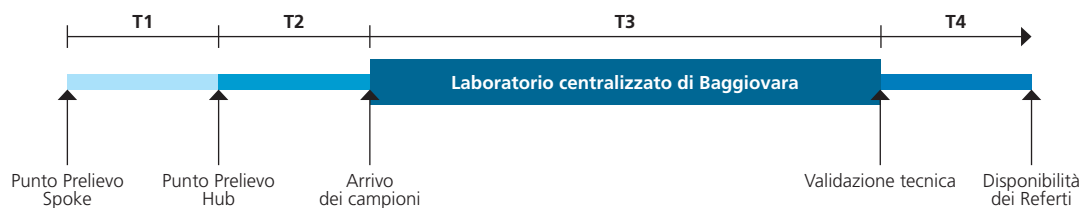
L'area CoreLab è caratterizzata da tre catene di automazione, di cui due speculari per il settore di chimica ed immunometria ed una per il settore di ematologia e coagulazione. Le catene consentono il riconoscimento e l'accettazione in automati-

co delle provette attraverso la lettura di etichette "barcode", provvedono all'eventuale centrifugazione, alla stappatura e alla generazione di provette figlie delle provette madre. Attraverso nastri trasportatori, oltre all'esecuzione di tali funzioni, le provette sono portate ai differenti analizzatori per l'esecuzione dei test specifici. Al termine del percorso, le provette madri sono stoccate in frigoriferi automatizzati che, grazie ad un braccio meccanico, potranno essere richiamate per eventuali accertamenti ed indagini ulteriori.

Oltre alle catene automatizzate, nell'area vi è la presenza di tecnologie all'avanguardia, come dispositivi per l'elettroforesi capillare o analizzatori automatici per la lettura dei sedimenti urinari, che consentono una maggiore qualità degli esami.

**Rintracciabilità delle provette.** In ogni istante del processo analitico, ossia dal prelievo all'esecuzione dei test sugli analizzatori, sarà possibile rintracciare ogni singola provetta garantendo così elevati standard di qualità erogati.

In ogni punto del percorso saranno eseguiti controlli e registrazioni del materiale biologico.



#### La garanzia dei tempi di refertazione

Il campione analitico sarà, al termine del processo, stoccato all'interno del laboratorio in frigoriferi automatizzati. Tali dispositivi, con l'ausilio di bracci robotizzati e opportuni software, consentono di rintracciare ed estrarre i campioni in ogni istante. Questo garantisce la possibilità di eseguire nuove analisi in tempo reale, qualora ve ne fosse la necessità per il paziente, senza l'esecuzione di nuovi prelievi. Esso è integrato nella complessiva automatizzazione e gestione informatica del laboratorio.

#### Tempo totale che intercorre dal momento del prelievo alla consegna del referto: TTAT.

È garantita la refertazione in giornata della quasi totalità degli accertamenti richiesti. Ciò implica che ogni paziente esterno, afferente al laboratorio, potrà ritirare il proprio referto il giorno dopo dell'avvenuto prelievo in tutto il territorio provinciale nella propria sede di riferimento. Per i pazienti ricoverati sarà garantito il risultato entro le 2 ore per l'80% dei test.

#### Settore ad alta complessità diagnostica e

**Microbiologia.** Questi settori sono caratterizzati dall'impiego di tecnologie complesse e dedicate all'innovazione diagnostica in campo tossicologico, microbiologico e biologico.

Nel settore ad alta complessità diagnostica sono presenti strumentazioni cromatografiche di ultima generazione, in particolare: Gas cromatografo massa, HPLC massa, Maldi-Tof ossia un dispositivo capace di identificare patologie analizzando anche il corredo genomico e proteomico singolo individuo.

**POCT (POINT OF CARE TESTING).** Gli esami per emergenza (salvavita) sono garantiti da una rete di POCT, sia all'Ospedale di Baggiovara che negli altri Ospedali della rete, integrata con il laboratorio provinciale. La collocazione dei POCT è frutto delle esigenze di garantire TTAT (tempo totale di trattamento) praticamente immediato con elevati standard di qualità e con una integrazione con il sistema gestionale di laboratorio.



Emogasanalizzatore

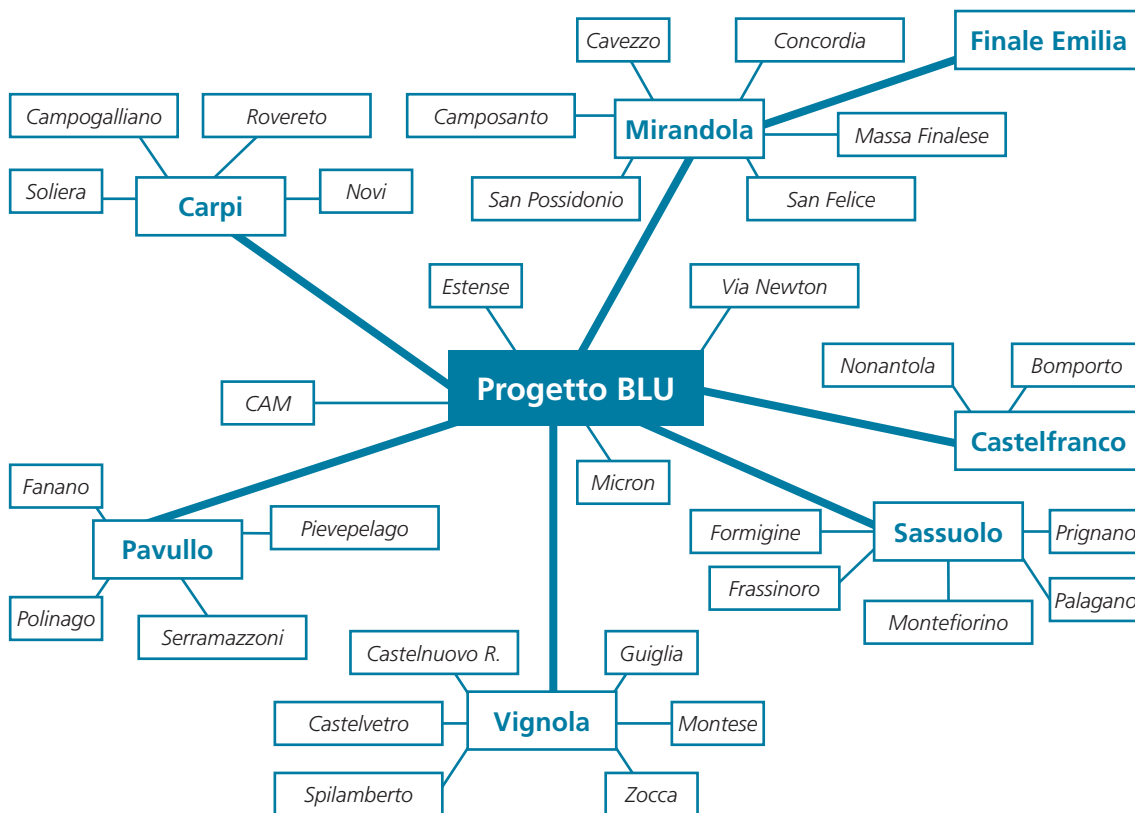


Analizzatore per Marcatori Cardiaci



Coagulometro

## La rete del laboratorio provinciale (BLU)



### Le Suite di Sala Operatoria dei nuovi Ospedali

La progettazione delle "suite" di sala operatoria, condotta con la metodologia di Health Technology Assessment, utilizzata per questi progetti dal SIC, ha condotto ad un'analisi dei bisogni dalla quale sono emerse le seguenti necessità:

- rispetto di standard di sicurezza, per garantire un adeguato livello di servizio;
- collegamento con SIO / PACS in sala;
- qualità del dato video modulata in funzione delle necessità cliniche (lossy o lossless);
- concentrazione del controllo e del monitoraggio dei parametri più significativi relativamente ai dispositivi più utilizzati;

- raccolta e visualizzazione della diagnostica e degli allarmi provocati da malfunzionamenti o guasti delle apparecchiature integrate nel sistema;
- raccolta e visualizzazione dei dati di funzionamento delle apparecchiature per finalità gestionali;
- possibilità di invio comandi di "pre-set" per tutti i dispositivi collegati;
- semplicità d'uso.

La tipologia di configurazione seguita è la seguente (tipo Advanced):

- livello Midlevel;
- sistema di comunicazione verso SIO / PACS (differenti livelli di interoperabilità);
- sistema di Gestione dei segnali video (applicazioni di video conferenza).

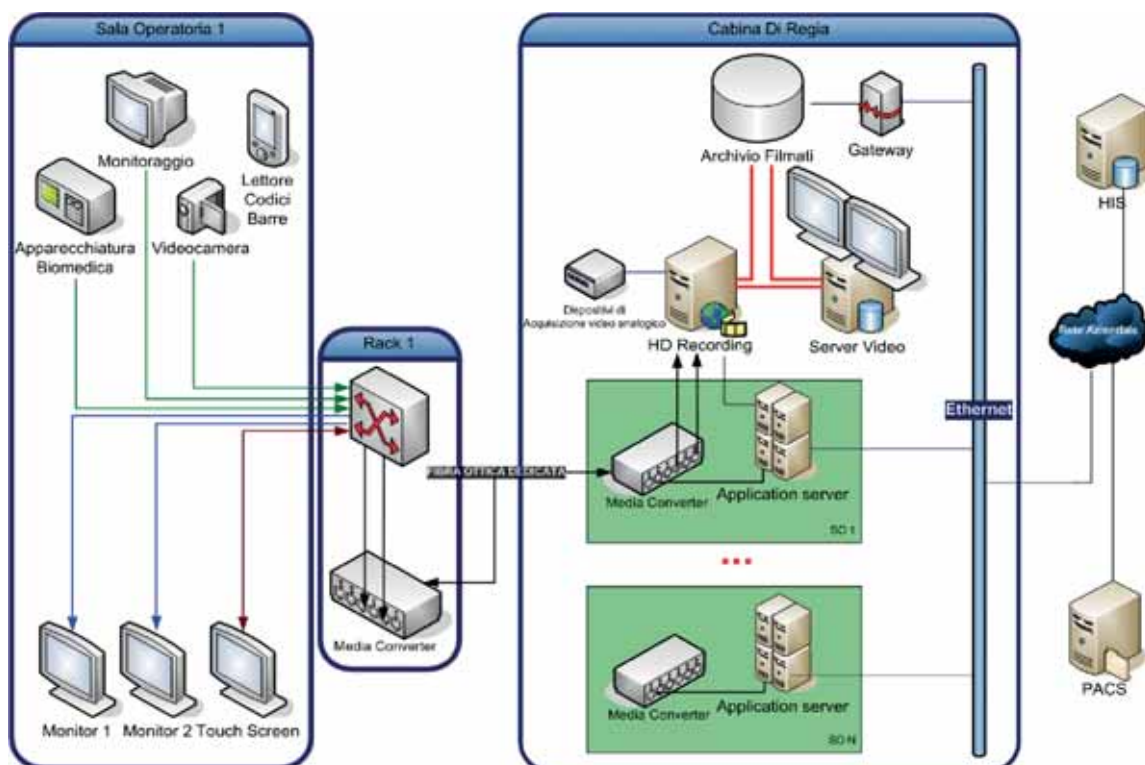
Le sale hanno un'interfaccia fisica con il mondo esterno identificata in un armadio concentratore posto immediatamente all'esterno (Rack), ma sotto lo stesso trasformatore di isolamento e nodo equipotenziale di sala. In questo modo è possibile gestire la digitalizzazione, il transito e la distribuzione di segnali in sicurezza tramite l'impiego della tecnologia di trasmissione su infrastruttura in fibra ottica (Media Converter). All'altro capo dell'armadio si trova un punto di accentrimento del controllo e dei segnali, una vera e propria cabina di regia in grado di subentrare all'occorrenza nella gestione dei segnali o integrare le potenzialità di controllo di cui le sale sono comunque dotate. Qui risiede la logica di acquisizione (HD Recording), post-produzione, eventuale compressione e archiviazione del segnale digitale (Server Video). Sempre qui sono previsti i PC di controllo (application server) dedicati ad ogni sala e da essa direttamen-

te controllabili, in grado di gestire le funzionalità di base della gestione multimediale nonché di connettersi alla rete aziendale per attivare applicativi di reparto, PACS, cartelle di reparto, ecc. L'attività di input output in sala è gestita tramite touch-screen medical grade posti a pensile.

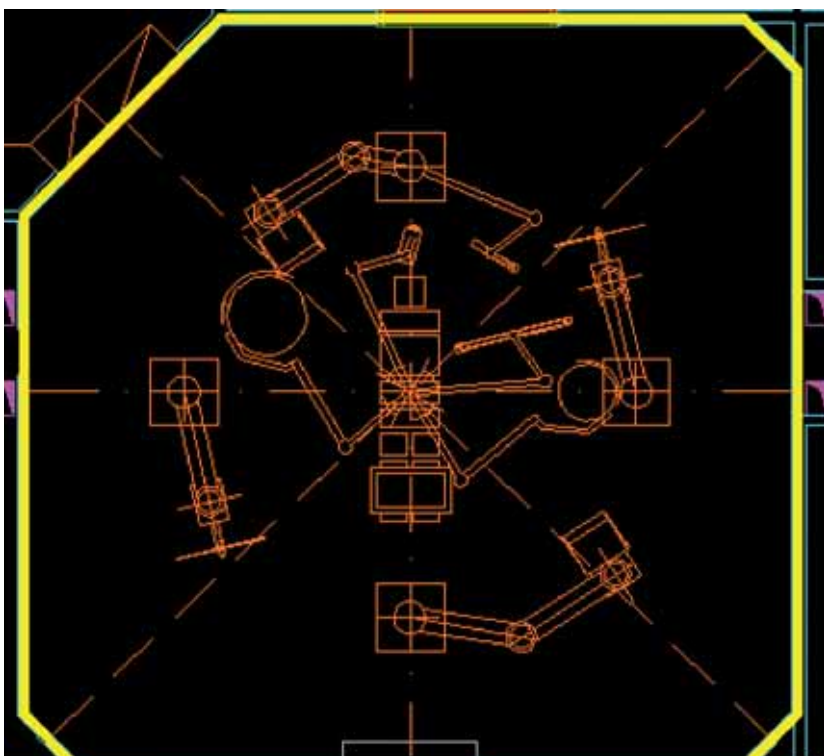
Le sale sono predisposte per essere integrate con un sistema di centralizzazione del monitoraggio-controllo delle apparecchiature che offrano tale funzionalità. A tal fine sono stati appositamente passati cavi di tipo sia digitale che analogico che collegano i pensili di sala agli armadi (rack), e possono essere utilizzati, ove possibile, per instaurare un colloquio con le apparecchiature dentro la sala, sempre nel pieno rispetto dei fondamentali principi di sicurezza elettrica ed ergonomia.

Tale schema realizzato a Baggiovara e Sassuolo è stato in parte riproposto anche a Vignola ed è diventato uno schema per tutte le nuove realizzazioni.

#### Lo schema logico della suite di Sala Operatoria



## Il Layout delle Sale Operatorie



Il Layout prevede in sintesi:

- disposizione del Pensile Anestesista e del Pensile Chirurgo lungo l'asse longitudinale coincidente con quello del Tavolo Operatorio;
- posizionamento lungo l'asse perpendicolare di due pensili porta utenze per garantire l'alimentazione di energia elettrica e gas, nonché consentire il collegamento dati e segnali multimediali da dispositivi medici carrellati;
- individuazione di un punto esterno alla sala nel quale fare convergere tutte le informazioni acquisite all'interno della sala.

## Il Layout delle Sale Operatorie - Rappresentazione 3D



### Il monitoraggio continuo del paziente nel nuovo Ospedale di Baggiovara

Nel progettare la dotazione tecnologica, è stato seguito il criterio dell'uniformità dei sistemi di monitoraggio dei parametri fisiologici per tutte le attività di questo tipo, in ospedale, e di integrazione delle attività cliniche di terapie intensive con la cartella clinica paziente.

Tale criterio consentirà un notevole miglioramento dell'utilizzo di tali sistemi da parte del personale che potrà dialogare con il sistema attraverso la medesima interfaccia, indipendentemente dall'area in cui opereranno (Cardiologia, TIPO, Pronto Soccorso, ecc.). Sarà inoltre garantita una maggiore efficienza gestionale delle attrezzature installate che potranno essere rapidamente sostituite con altre analoghe in caso di malfunzionamenti e/o spostate, all'occorrenza, all'interno dell'ospedale senza temere che gli utenti non sappiano utilizzarle al meglio.

Per i sistemi fissi in analogia alle sale operatorie è stata effettuata la scelta di garantire la massima accessibilità sul paziente e minore ingombro possibile delle tecnologie.

Tutte le aree intensive sono dotate di centrale di monitoraggio e sistemi di rilevazione a posto letto dei parametri fisiologici del paziente. Con la tecnologia del monitoraggio continuo, viene garantita l'intercambiabilità di tutti i sistemi di monitoraggio e sarà possibile seguire il paziente con lo stesso monitor da quando entra in ospedale a quando staziona nelle aree critiche, sale operatorie comprese. Tutti i tracciati e la "storia" dei parametri fisiologici e degli eventi dei pazienti vengono mantenuti per tutto il periodo di ricovero del paziente ed è possibile visualizzarli in qualsiasi momento. La configurabilità dei sistemi di monitoraggio dei pazienti garantirà invece l'adattabilità alla specifica situazione clinica.

Tale schema di lavoro è stato adottato all'Ospedale di Baggiovara per farne un test di sperimentazione di efficacia e di follow-up prima di estenderlo agli altri ospedali.

#### **Telecardiologia, la trasmissione dei tracciati elettrocardiografici per il consulto a distanza del paziente colpito da infarto miocardico acuto**

La rete di telecardiologia si basa sul sistema Lifenet RS: un dispositivo medico che consiste in una stazione ricevente che permette al personale medico di visualizzare, e diagnosticare, i tracciati ECG a **12 derivazioni** ricevuti dalle stazioni remote di invio. Il sistema si basa dunque su uno dei requisiti fondamentali per la diagnosi ed il trattamento dell'IMA (Infarto Miocardico Acuto) extraospedaliero che consiste nella possibilità di disporre di un tracciato elettrocardiografico diagnostico come quello ottenuto dalle necessarie 12 derivazioni applicate al paziente. La stazione RS riceve anche tutte le informazioni relative ai valori puntuali, forme d'onda e trend dei parametri vitali, oltre che i sommari relativi agli eventi critici accaduti al paziente; tali dati, trasmessi dai defibrillatori Lifepak 12 via telefono cellulare o linea telefonica commutata, permettono di effettuare un "triage" istantaneo, direttamente sul luogo in cui si è verificato l'evento clinico, incrementando quindi la qualità dell'assistenza e migliorando l'efficienza grazie alla diminuzione dei tempi di trattamento.

Da un punto di vista di layout fisico la stazione Lifenet RS ricevente è un dispositivo medico configurato come segue:

- workstation con display di visualizzazione;
- uno o più modem collegati ad una o più porte seriali RS232 della workstation;
- una o più linee telefoniche analogiche collegate ad uno o più modem;
- scheda di rete per il collegamento alla rete aziendale;
- unità di stampa laser o termica.

La stazione di invio dei dati è invece costituita da:

- defibrillatore Lifepak 12 con acquisizione del tracciato elettrocardiografico a 12 derivazioni;
- scheda PCIMCIA incorporante il telefono GSM,

Alle stazioni riceventi, collocate a Sassuolo e Mirandola, possono trasmettere defibrillatori collocati nelle aree di Vignola, Pavullo e Sassuolo e Finale Emilia in punti di primo intervento o su autoambulanza. Nelle zone più disagiate, ad esempio Pievepelago, anche i medici di base col-

laborano alla tenuta della strumentazione e spedizione dei tracciati.

#### **La centralizzazione dei segnali ECG del Nuovo Ospedale di Baggiovara, la centrale di cardiologia**

Tutti i sistemi di acquisizione dei tracciati elettrocardiografici (ECG) dell'ospedale:

- circa cinquanta elettrocardiografi a 12 canali di acquisizione;
- i sistemi di prove da sforzo saranno intergrati nella nuova centrale cardiologica.

Tutti i sistemi di acquisizione - distribuiti ovunque in ospedale, nei posto letto, nell'ambulatorio specialistico, in terapia intensiva e pronto soccorso - potranno trasmettere il segnale elettrocardiografico alla centrale cardiologica che lo rende disponibile per la refertazione clinica. La predisposizione wireless permetterà eventuale implementazione future di comunicazione senza fili fra stazioni ecg e centrali. I tracciati refertati saranno archiviati nella centrale e potranno essere ritornati all'elettrocardiografo in rete, stampanti varie, posta elettronica. Inoltre, sarà consentito il collegamento da e verso il SIO per la ricezione di Work List di lavoro direttamente spedibili agli ECG in rete e dati di anagrafica al fine di ridurre al minimo gli errori di inserimento di un nuovo paziente; tracciati e referto sono altresì resi disponibili al SIO per l'inserimento nella cartella clinica ed il consulto.

In centrale è consentita la refertazione del dato elettrocardiografico anche mediante consultazione dello storico dei tracciati, con possibilità di svolgere analisi statistiche avanzate. È prevista la centralizzazione, ove possibile, anche con la centrale di defibrillatori Lifenet RS Medtronic installati in ambulanza e con le centrali di monitoraggio di terapia intensiva.

Oltre alla centralizzazione, la centrale dovrà consentire anche l'integrazione con altri elettrocardiografi con possibilità di esportazione del tracciato ECG in formati standard riconosciuti sul mercato, quale attualmente è l'XML FDA o il DICOM-ECG. Tali formati dovrebbero consentire la creazione di un archivio centralizzato di tutti gli ECG provinciali.

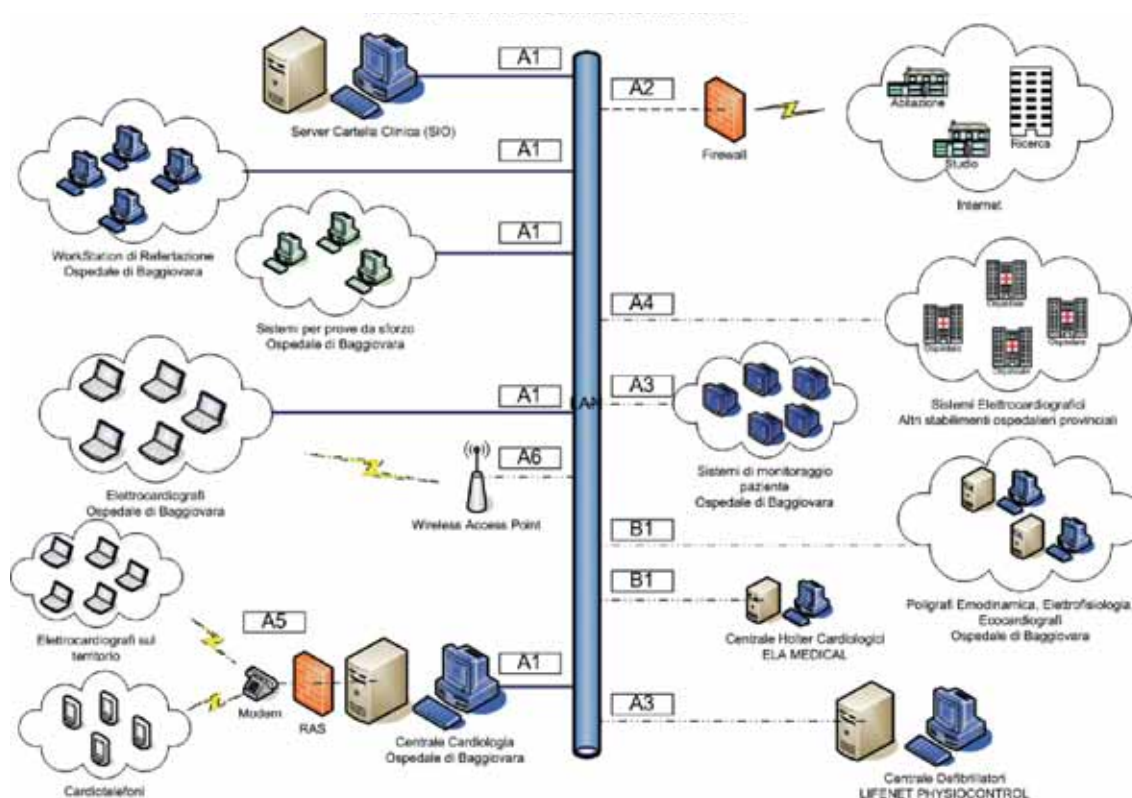
L'integrazione con altri sistemi di rilevazione cardiologica si propone come obiettivo ambizioso quello di poter consentire la gestione di tutte le informazioni provenienti dalle apparecchiature utilizzate maggiormente in cardiologia, prendendo come riferimento quanto previsto dall'organizzazione IHE, la quale recentemente ha generato delle linee guida per la gestione del flusso informativo del reparto di cardiologia. All'interno

di tale integrazione, rientrano in particolare, poligrafici emodinamica ed elettrofisiologia, ecocardiografi, holter cardiologici ecc.

A titolo esemplificativo la figura sotto riportata illustra nel suo complesso il progetto auspicato; si osservano, in particolare, i percorsi che identificano quali sono i sistemi interconnessi alla rete aziendale che si vorrebbero integrare con la centrale cardiologica. Emergono soprattutto, oltre a quanto sopra

detto, la possibilità di richiesta di interconnessione anche tramite WEB da terminale remoto in internet - previo accesso autorizzato al firewall aziendale, per esempio da casa o dal medico di base - la possibilità di ricevere ECG dal territorio e possibilmente anche da ECG di altre marche, dislocati in altri stabilimenti della provincia. Si prevede di portare a conclusione il progetto nel 2008.

## Gli sviluppi della centrale cardiologia



### Sviluppo di un sito intranet dedicato alle tecnologie biomediche

<http://serveringclimo>

Dal 2004 è stato sviluppato un sito intranet di servizio per la gestione delle tecnologie biomediche, con l'obiettivo di fornire degli strumenti di informazione sulla sicurezza delle tecnologie e di supporto agli utilizzatori, al fine d'individuare le criticità delle stesse e migliorare i livelli di sicurezza.

Sono stati attivati alcuni servizi:

- anagrafe Radiologie;
- documentazione monotematica sulle tecnologie (presentazioni, schede, monografie) con particolare attenzione alla sicurezza;
- segnalazione degli "alerts" sui dispositivi medici in generale con particolare attenzione a quelli in Azienda;
- segnalazione degli "incidenti" sulle tecnolo-

gie in uso in Azienda in conformità alla vigilanza prevista dalla Direttiva UE 93/42 (dlgs 46/97).

Ogni anno il sito viene arricchito di nuove funzioni.

### I progetti di ricerca e sviluppo

Grazie alle competenze sviluppate all'interno da diversi anni l'Azienda USL è in grado di partecipare a progetti europei o regionali di ricerca e sviluppo.

Nel settore delle tecnologie biomediche, con la collaborazione del Servizio Ingegneria Clinica l'Azienda USL ha partecipato negli anni precedenti ad alcuni progetti europei (D-LAB, DICTATE, AUBADE ecc...) e regionali (DIA-Web, ecc...) finalizzati a dimostrare l'efficacia di una determinata tecnologia e/o metodo organizzativo. Taluni di questi progetti hanno portato alla realizzazio-

ne di prototipi da sperimentare nelle strutture sanitarie aziendali o addirittura da inserire stabilmente nella rete tecnologica aziendale, quali i POCT. All'inizio del 2008 sono stati avviati due nuovi progetti, che saranno oggetto di analisi nel prossimo bilancio di missione.

### **AVEN**

#### **Acquisto di beni e servizi**

In continuità con le azioni del precedente anno, a livello aziendale, sono state adottate strategie negoziali volte al contenimento dei prezzi. Nei casi di rinnovo espresso dei contratti, si è generalmente ottenuto quanto meno l'assorbimento dell'incremento inflativo, mentre per i nuovi contratti si sono comunque ottenute condizioni allineate ai più bassi prezzi di mercato. Nel caso di rinnovi di contratti per l'esecuzione di servizi, si è unicamente corrisposto, se dovuto, l'incremento collegato al costo del lavoro previsto per legge.

#### **Adesione alle convenzioni Intercent-ER**

L'Azienda Usl di Modena, in relazione alle proprie tipologie di fabbisogno, aveva già aderito nel corso dell'anno 2006 alle seguenti convenzioni Intercent-ER relative a: vaccini, cancelleria, carta in risme, telefonia mobile, fotocopiatrici, personal computer. In aggiunta a quanto sopra nell'anno 2007 l'Azienda USL ha aderito anche alle seguenti convenzioni: vigilanza armata (limitatamente al Sert di Carpi) trasporto disabili presso il territorio di Mirandola, fornitura traverse salvaletto per degenti ospedalizzati.

In materia di e-procurement, oltre all'espletamento della gara AVEN per consumabili di informatica con l'impiego del portale Intercent ER, sono stati emessi n. 4 ordinativi sul mercato elettronico, sottoscritti con firma digitale, per l'acquisto di mouse ottici e di chiavi USB occorrenti ai servizi dell'Azienda.

#### **Integrazione attività contrattuale tra Azienda USL Modena e Azienda Policlinico di Modena**

In attuazione delle decisioni strategiche assunte, coerenti con le politiche regionali di aggregazione gestionale tra le aziende sanitarie, è stata svolta una significativa attività di integrazione contrattuale. In particolare, sono state effettuate **gare in unione di acquisto infra-AVEN per oltre 3.000.000 di euro, oltre alla ricontrattazione di rispettivi contratti in essere estesi all'altra Azienda, per un risparmio globale di ricontrattazione di 727 milioni di euro.**

#### **Attività AVEN 2007**

Nell'anno 2007, l'Area vasta Emilia nord ha ulteriormente consolidato attività e progetti implementati nell'anno precedente, in aggiunta alla funzione "corrente" di espletamento di gare di fornitura unificate, ovvero di rinnovo di contratti in scadenza.

L'Azienda USL di Modena è stata referente delle seguenti procedure:

- fornitura di Carte sanitarie: € 200.000,00 (iva esclusa) Importo annuo;
- reti chirurgiche: € 3.137.620,00 (I.V.A. Esclusa) Importo triennale.

Valore Totale Procedure indette: **€ 3.337.620,00.**

Il fatturato aziendale dell'Azienda USL di Modena su contratti AVEN è stato di 28 milioni di euro. In relazione all'attività contrattuale espletata nel 2007, l'Azienda USL di Modena ha contribuito in termini di valore di contratto per il 33% del totale sulle nuove gare e per il 95% sui rinnovi di contratto.

#### **Procedura di gara per la fornitura di materiale informatico consumabile**

È stata attivata ed aggiudicata la gara telematica tramite portale Intercent ER riguardante la fornitura dei consumabili per informatica occorrenti a tutte le Aziende costituenti l'Area vasta Emilia nord, per un importo economico presunto globale di € 1.500.000,00.

In attuazione degli obiettivi regionali sono stati effettuati in ambito di area vasta oltre 10 acquisti o gare attraverso il mercato elettronico di Intercent-ER.

È stata inoltre sviluppata, con Intercent-ER, la modalità di migrazione degli albi fornitori aziendali sul portale Intercent-ER, sia al fine di azzerare le spese di gestione degli albi aziendali, sia per favorire l'utilizzo del mercato elettronico.

Rispetto ai nuovi ambiti di aggregazione del fabbisogno, in ottemperanza degli specifici obiettivi regionali, è stato avviato positivamente il primo esperimento di gara condivisa nel settore dei service.

È stata infatti indetta la procedura negoziata per l'aggiudicazione del service per la validazione delle unità di sangue secondo la metodica NAT, gara supportata dalla costante e proficua collaborazione dei clinici trasfusionisti.

### **Monitoraggio adesioni agli esiti delle gare farmaci**

Nel corso dell'anno è proseguita e si è consolidata l'attività di monitoraggio delle adesioni agli esiti delle gare di farmaci. L'attività di monitoraggio, con la periodicità stabilita, è stata portata a conoscenza delle Direzioni Generali delle Aziende associate per le valutazioni di competenza sulla adeguatezza delle adesioni e anche per eventuali valutazioni circa la appropriatezza delle prescrizioni.

### **Creazione di un database per la gestione dei dati relativi alle gare dei farmaci**

Nel corso dell'anno, con il supporto di CeVEAS e del Servizio Acquisti dell'Azienda USL di Modena, è stato sviluppato il progetto per la realizzazione di un data base per la raccolta ed aggiornamento di tutti gli atti e documenti relativi alle gare dei farmaci.

### **Aggiornamento ed implementazione sito di AVEN**

Il sito di AVEN ha rappresentato anche nel 2007 un utile strumento per l'espletamento delle attività di gara e le funzioni ad esse connesse. Sono state create, in particolare, nuove aree per il riepilogo degli appuntamenti dei gruppi permanenti, sezioni dedicate alle news, aggiornate quasi quotidianamente, ed un ambito riservato al Gruppo degli Informatici.

Nel complesso, l'obiettivo è stato di fornire agli utenti un sito più articolato e aggiornato, meglio rispondente alle necessità sia degli operatori che della Direzione Operativa.

### **Progetto industriale logistica integrata**

Nel Corso del 2007, si sono conclusi i lavori di progettazione di massima dell'Unità Logistica Centralizzata, con la trasmissione da parte dei consulenti ITL della relazione finale corredata dai suggerimenti operativi per la realizzazione del sistema integrato. Per quanto riguarda gli aspetti connessi alla costruzione dell'Unità Logistica Centralizzata si sono concluse le operazioni connesse all'acquisizione del terreno con il contratto di compravendita sottoscritto in data 10 Luglio.

I lavori di definizione dei documenti di gara per l'appalto delle opere di costruzione del magazzino, sempre in capo come responsabilità operativa al Servizio tecnico dell'Azienda USL di Reggio Emilia, risultano in avanzata fase di definizione.

Un altro settore di attività connesso alla realizzazione dell'ULC, è quello relativo alla "Reingegnerizzazione dei processi", ovvero alla necessità di approfondire la portata e l'impatto sulle organizzazioni delle Aziende associate che il cambiamento organizzativo connesso alla realizzazione dell'ULC comporta (Change management). A questo proposito si sono sviluppati e conclusi i lavori dei due gruppi multiprofessionali.

Questo lavoro ha rappresentato la base di partenza di un ulteriore, più complessa, fase di definizione dei nuovi processi produttivi.

### **Attività integrate**

Si sono sviluppate attività di integrazione sul piano funzionale, al fine di condividere regolamenti, linee guida e momenti di aggiornamento professionale. Al fine di verificare possibilità di omogeneizzazione e aggiornamento condiviso, si è costituito il gruppo permanente "Analisi Flussi documentali" per la valutazione, congiunta o tramite sottogruppi dedicati, delle procedure di gestione dei flussi documentali informatizzati, dei regolamenti aziendali per la gestione degli archivi cartacei/informativi e dei regolamenti per l'accesso agli atti.

Il gruppo ha redatto il "Regolamento AVEN per l'accesso alla documentazione amministrativa". È stato costituito il Gruppo permanente AVEN per la Normativa Appalti di Lavori, che ha proceduto ad aggiornare il "Regolamento AVEN per le acquisizioni in economia".

Sono proseguiti nel corso dell'anno i lavori del gruppo permanente della Normativa Appalti di Beni e Servizi, che ha proceduto all'aggiornamento del "Regolamento delle procedure di AVEN". Nel corso dell'Assemblea AVEN del 28 marzo 2007 sono state infine approvate modifiche allo "statuto" dell'Associazione, atte a renderlo maggiormente rispondente all'effettiva organizzazione venutasi a consolidare negli ultimi anni.

