



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



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

Arcispedale S. Maria Nuova

Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

**Dipartimento Tecnico Interaziendale
Servizio Interaziendale Prevenzione e Protezione**

Ufficio Mobility Manager

Al Presidente della Conferenza di
Pianificazione PRIT2025
l'ing. Paolo Ferrecchi
Viale Aldo Moro, 30
40127 Bologna
segreteriaprit@regione.emilia-romagna.it

OGGETTO: Contributo istruttorio/osservazione sul Documento Preliminare del PRIT 2025 approvato con delibera della GR 1073/16.

Con questo contributo l'Azienda USL e quella dell'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia intendono evidenziare le possibili sinergie che si possono intravedere tra diverse delle "Azioni e programmazioni di settore" descritte nel Quadro Conoscitivo al capitolo 3.3 e delle "Azioni trasversali" delineate nel Documento Preliminare al capitolo 5.9 e i compiti istituzionali attribuiti nonché alcune delle strategie individuate nel Piano Regionale della Prevenzione approvato con DGR 136/2016. Sinergie che è ragionevole pensare che si possano concretizzare sotto il profilo conoscitivo, di promozione della mobilità sostenibile, della equità nelle condizioni di accessibilità, logistico.

Riteniamo infatti che, in un quadro di limitatezza delle risorse (ragionamento che vale tanto per chi si occupa di rispondere ai bisogni di mobilità quanto per chi si occupa di servizi sanitari), non debba andare sprecata nessuna occasione di aumentare l'efficienza della risposta della PA attraverso il coordinamento delle sue azioni.

Essenzialmente sono due i temi, fortemente collegati tra loro, che ci sembra utile portare in questa sede all'attenzione in considerazione delle relazioni che essi hanno con l'evoluzione delle caratteristiche della domanda di mobilità.

Le trasformazioni del SSN

Negli ultimi decenni il mondo della cura è stato sottoposto a tre "forze" che ne stanno progressivamente cambiando la fisionomia e le relazioni che intrattiene con i territori.

In primo luogo, grazie alla continua evoluzione di nuovi strumenti farmacologici e tecnologici, assistiamo ad una trasformazione della storia clinica delle patologie: sono sempre più le persone, che, sopravvivendo ad un evento acuto possono aspirare ad una sopravvivenza in condizioni vita accettabili, se non buone. Analogamente sono sempre di più le persone che non arrivano nemmeno all'evento acuto grazie al riconoscimento precoce della loro patologia ed alla disponibilità di trattamenti efficaci, ma dalla lunga durata a volte esteso all'intero arco della vita e che richiede un periodico accesso alle strutture sanitarie.

Servizio Interaziendale Prevenzione e Protezione
Ufficio Mobility Manager
Viale Umberto I, 50 - 42123 Reggio Emilia
T. +39.0522.296.054 | Fax +39.0522.335.496
PEC staff-sicurezza@pec.usl.re.it

Sede Legale Azienda Usi: Via Amendola, 2 - 42122 Reggio Emilia
T. +39.0522.335.111 - Fax +39.0522.335.205
C.F. e Partita IVA 01598570354
www.usl.re.it

Sede Legale Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova: Viale Umberto I, 50 -
42123 Reggio Emilia
T. +39.0522.296.111 - Fax +39.0522.296.266
C.F. e Partita IVA 01614860353
www.asmn.re.it



Altra "forza" che sta trasformando il settore sanitario è l'innovazione tecnologica. Il settore sanitario, infatti, è tra le attività nelle quali l'evoluzione tecnologica è più tumultuosa. Questo, se ha indubbi aspetti positivi relativamente alle capacità di intervento, comporta d'altro canto una rapida obsolescenza delle dotazioni con l'effetto di far impennare la quantità di risorse economiche necessarie al mantenimento aggiornato. Nello stesso tempo la disponibilità di nuovi strumenti comporta l'aumento del livello necessario di specializzazione degli operatori. Questa evoluzione consente di innalzare gli standard delle prestazioni del sistema, ma richiede anche la riconfigurazione dell'assetto strutturale ed organizzativo del sistema concentrando gli investimenti in tecnologie e competenze in modo da consentirne la piena valorizzazione. Nell'impossibilità pratica di assicurare qualsiasi prestazione in qualsiasi punto del sistema si sta così venendo a strutturare un sistema "hub & spoke" che propone, anche in campo sanitario, una gerarchizzazione dei presidi simile a quella già operata per i centri urbani nel campo della pianificazione territoriale.

Infine un ulteriore forte impulso ad una trasformazione in senso gerarchico dei presidi sanitari viene dalla necessità, in un quadro di domanda sanitaria crescente legata all'invecchiamento della popolazione, di assicurarne la sostenibilità economica e la compatibilità con un quadro di progressiva contrazione delle risorse pubbliche. Nella consapevolezza che l'imperativo di razionalizzazione della spesa che ne consegue comporta il rischio di penalizzare i gruppi sociali più fragili, nonché i territori a minore densità insediativa il SSN sta avviando la realizzazione di presidi decentrati (le cosiddette "Case della Salute") che consentano il decentramento di alcune funzioni, attraverso una maggiore integrazione organizzativa dei medici di famiglia tra loro e di questi con i servizi territoriali delle Aziende sanitarie. Con tale strumento, che sostanzialmente sviluppa un nuovo livello di presidio territoriale, gli obiettivi che si spera di raggiungere sono da un lato quello di aumentare l'efficienza dell'assistenza sanitaria di base, dall'altro di mantenere o, se possibile, aumentare l'accessibilità alle prestazioni di più largo impiego.

Ognuna delle trasformazioni che interessano il SSN fin qui descritte, ciascuna con modalità differenti, pone nuove e specifiche domande al sistema della mobilità ed alle condizioni di accessibilità sia ordinarie che in condizioni di emergenza con riferimento sia alla loro distribuzione territoriale che rispetto ai diversi gruppi sociali.

Finora però, benchè in assenza (per quanto ci risulta) di specifiche analisi, l'accessibilità ai presidi del SSN è stata considerata una precondizione implicita illimitata ed incondizionata e come tale non in grado di compromettere significativamente la condizione di universalità ed equità di accesso alle cure, ne' la loro efficienza complessiva.

In realtà, l'osservazione empirica quotidiana consente di riconoscere significative differenze in relazione:

1. ai diversi gruppi sociali,
2. ai diversi gradi di autonomia degli individui ed alla presenza e validità delle loro reti familiari,
3. ai diversi contesti territoriali (da nostre osservazioni effettuate sull'area dell'appennino reggiano, ad esempio, non esiste accesso al presidio sanitario di Castelnuovo ne' Monti se non mediata dall'utilizzo dell'auto privata; del resto il TPL su gomma, attualmente limitato ad un cadenzamento rarefatto e non funzionale rispetto alle esigenze dei pazienti, anche in uno scenario del tutto ipotetico di forte



potenziamento delle tratte attuali arriverebbe comunque a rispondere alla domanda attribuibile approssimativamente a non più del 40% della popolazione insediata).

Accanto a queste considerazioni, un altro aspetto che va messo in rilievo, rispetto al tema della mobilità, che tutte queste trasformazioni interessano un sistema di Aziende che sono grandi produttori ed attrattori di traffico, probabilmente le maggiori di tutto il territorio regionale. Pochi numeri per dare un'idea: il Sistema Sanitario Regionale nel 2014 contava 61.220 dipendenti (cioè al netto del personale delle strutture convenzionate) suddivisi in 14 aziende e 38 distretti che avevano erogato l'anno precedente più di 89 milioni di prestazioni¹.

Nonostante numeri di questa entità, non esistono a nostra conoscenza in tutto il panorama nazionale studi od esperienze che affrontino organicamente il tema della mobilità generata dalle strutture del SSN, ne' che, sotto il profilo di singole politiche di settore, si siano poste il problema. Esistono invece specifiche, anche se non organicamente collegate tra loro, esperienze volte a mitigare gli aspetti di maggior conflittualità con i contesti urbani circostanti dei presidi di maggiori dimensioni e a sperimentare, anche in collaborazione con i mobility manager d'area, soluzioni che vanno dalle iniziative per la mobilità casa-lavoro dei dipendenti finalizzate alla diffusione della modalità ciclabile e del car pooling, ad iniziative che agiscono sia sulla mobilità dei dipendenti che degli utenti quali i piani della sosta delle maggiori strutture ospedaliere.

Queste esperienze, tuttavia, anche quando realizzate con successo permettono di evidenziare i limiti di un approccio non organico dovuto ad una molteplicità di fattori quali:

- la loro limitazione prevalentemente al solo comune capoluogo, spesso l'unico ente territoriale all'interno di una ambito provinciale, in grado di avere contemporaneamente le competenze tecniche, gli obblighi normativi e le possibilità di accesso a forme di finanziamento necessari, mentre le Aziende sanitarie operano sull'intero territorio provinciale,
- i mobility managers aziendali che formalmente sono tenuti ad affrontare il "solo" tema della mobilità sistematica dei dipendenti possono trovare un supporto nei mobility managers d'area limitatamente ad aspetti relativi ad un coordinamento con la programmazione del TPL,
- nella letteratura tecnica, anche internazionale, esistono pochissime esperienze per quanto riguarda la mobilità casa-lavoro degli operatori delle organizzazioni sanitarie, addirittura nessuna relativamente alla mobilità dei loro utenti,
- le operazioni di gestione della mobilità devono, infine, essere effettuate senza gravare economicamente sulle risorse del SSN, condizione che rende necessario anche il reperimento di modalità che consentano l'accesso ad altre fonti di finanziamento (anche con operazioni "creative" quali, ad esempio, l'utilizzo di parte dei proventi dei distributori automatici di bevande installati nelle strutture sanitarie).

¹ Il numero delle prestazioni rappresenta solo un proxy della mobilità indotta in quanto non è in grado di tener conto anche della mole di spostamenti relativi ad accompagnatori e visitatori, nonché degli accessi per informazioni, prenotazioni o il disbrigo di incombenze amministrative.



L'invecchiamento della popolazione (e altre variazioni nella composizione sociale)

Come noto, la demografia ci consegna un futuro caratterizzato da percentuali di popolazione anziana e grande anziana crescenti. Se le implicazioni che tale crescita ha sulla organizzazione urbana e sulla mobilità in altre Nazioni è affrontato dalle politiche pubbliche da oltre un decennio sia in termini di riflessione disciplinare (come testimoniato da pubblicazioni, come ad es. "La ville de vieux" dell'INRETS del 1998) che di provvedimenti normativi o di programmazione economica, in Italia, che presenta complessivamente indici di vecchiaia più elevati della maggior parte degli altri Paesi (raggiungendo in alcuni contesti territoriali valori davvero impressionanti), il tema fatica ad uscire dal recinto delle politiche sociali ed ad entrare a pieno titolo all'interno dal campo di osservazione della programmazione di altri settori della PA.

La regione, in realtà, nel corso della presidenza Errani, ha dato l'avvio al Piano d'Azione Regionale (PAR) "Una società per tutte le età" e ponendosi l'obiettivo di superare questa criticità ha messo in evidenza come gli obiettivi di promozione dell'autonomia e della vita attiva degli anziani richiedano di affrontare temi relativi all'accessibilità ai servizi essenziali ed alla mobilità degli anziani, generando problematiche nuove in capo a numerose politiche settoriali e tra queste quelle relative alla mobilità ed agli spazi pubblici.

Nel corso delle conferenze del PAR, infatti, è stato evidenziato che se finora la risposta alle esigenze di mobilità delle persone che possono presentare (anche solo temporaneamente) delle limitazioni della propria autonomia è stata assicurata dalle reti familiari e dai soggetti del 3° settore (il volontariato in particolare), per il futuro la sostenibilità di tale modello negli scenari attesi che saranno caratterizzati non solo dall'aumento della quota anziana, ma anche da una erosione delle risorse umane dei servizi di volontariato non è scontata. Infatti, dai dati presentati nella Rilevazione sul trasporto sociale presentato nel 2010 nel corso della 3° conferenza del PAR era emerso che:

- ben il 59,3% dei volontari era costituita da pensionati, cioè da una risorsa destinata ad assottigliarsi sensibilmente a seguito del progressivo innalzarsi dell'età in cui ci si ritira dal lavoro che già oggi ha iniziato a svuotare la loro componente più attiva costituita dalle classi di età inferiori ai 65-70 anni,
- analoghe considerazioni valgono per gli automezzi utilizzati visto che il trasporto, nella rilevazione, risultava essere operato nel 50% dei casi utilizzando mezzi di proprietà del singolo volontario,
- già allora, infine, il 95% delle Organizzazioni di volontariato dichiarava di non poter soddisfare tutte le richieste per insufficienza del numero di volontari ed il 53% per carenza di mezzi di trasporto [da nostre osservazioni empiriche la situazione è particolarmente critica nei territori montani e collinari nei quali si ha l'effetto combinato della bassa densità insediativa e dello squilibrio tra l'entità della popolazione anziana e quella delle risorse umane disponibili].

Visto che anche sul versante delle reti familiari è verosimile che i processi di riduzione progressiva della dimensione familiare e, ancora una volta, l'allungamento della vita lavorativa ne determinino progressivamente un indebolimento, è ragionevole porsi la domanda dell'esistenza di un break even del modello attuale oltre il quale il problema dell'invecchiamento potrebbe assumere caratteri di particolare gravità, tali da pregiudicare per alcuni territori e gruppi sociali



l'accesso a servizi essenziali (già dalla rilevazione del 2010 emergeva che l'89,6% dell'utenza servita dal trasporto sociale si muoveva esclusivamente per esigenze sanitarie).

In forza di queste considerazioni vi è il rischio che, nei prossimi anni, la mobilità divenga un collo di bottiglia in grado di limitare l'effettiva fruizione (e la sua equità) dei servizi di cura tanto faticosamente finanziati e organizzati tramite il SSN².

Proposte di azioni e programmi trasversali

Come detto in premessa riteniamo che, in un quadro di limitatezza delle risorse, non debba andare sprecata nessuna occasione di aumentare l'efficienza della risposta della PA attraverso il miglior coordinamento delle azioni delle sue diverse componenti.

Con questo spirito pensiamo che sia ragionevole pensare di sviluppare sinergie tra la le Aziende del SSN e le strutture regionali e locali che si occupano di trasporti e mobilità almeno rispetto a due azioni trasversali, in parte già presenti, ma da meglio precisare e finalizzare, nel capitolo 5.9 del Documento Preliminare:

1. come già accennato, non esistono studi od esperienze organiche che abbiano affrontato il tema della mobilità sistematica dei dipendenti³ e di quella indotta sugli utenti delle organizzazioni sanitarie, ne' esistono all'interno delle Aziende sanitarie le risorse professionali per realizzarli ex novo. Esiste invece la possibilità di mettere a disposizione un patrimonio informativo unico per dimensioni ed articolazione, suscettibile di fornire indicazioni utilizzabili, oltre che per individuare soluzioni settoriali, anche ai fini di meglio caratterizzare l'evoluzione dei bisogni di mobilità determinate dalle trasformazioni sociali e demografiche.

Per questo motivo proponiamo che, accanto agli strumenti di pianificazione e governance del settore già presenti nel preliminare (PUMS, PUT e PUM, emanazione di Direttive e Linee guida), venga prevista la realizzazione di uno "studio pilota" (la denominazione può forse essere impropria ed è da considerare provvisoria) sulla mobilità associata al settore sanitario. Azione alla quale le nostre Aziende sarebbero certamente interessate a candidarsi tenendo

² Considerazioni per alcuni aspetti analoghe sarebbero opportune anche nei confronti delle classi sociali più deboli tenendo presente i seguenti due elementi:

- In un audizione parlamentare ISTAT nel 2016 ha denunciato che sono 1 milione e 582 mila le famiglie residenti che si trovano nel Paese in condizioni di povertà assoluta, il 10,2% di quelle con capofamiglia under 34 anni, il 9,3% di quelle con figli minori, mentre l'incidenza della povertà assoluta tra i minori nel Nord del Paese è del 10,9% (con incidenze, sempre al Nord, del 45,6% tra i minori stranieri a fronte del 4,6% dei minori italiani).
- Lo scenario demografico fatto proprio dal Documento preliminare è quello di sviluppo più elevato, corrispondente cioè ad una ipotesi ad alta Immigrazione. Questa scelta, se adottata, non può esserlo solo per il dato quantitativo tralasciando ogni considerazione qualitativa (i nuovi forti ingressi migratori saranno sicuramente diversi da quelli conosciuti in passato, cioè in momenti di diffusa e crescente occupazione) in grado di porre nuove incertezze sul fronte, ad esempio, soprattutto del TPL (parte significativa dei nuovi arrivati si insiederebbe prevalentemente nelle aree urbane e nei territori marginali e non avrebbe che il TPL per soddisfare i propri bisogni di mobilità).

³ con l'eccezione di qualche lavoro relativo a singole strutture ospedaliere.



presente anche che parte del territorio a cui fanno riferimento è interessata dal progetto dell'Area interna dell'Appennino reggiano⁴ e quindi hanno le caratteristiche per diventare anche un laboratorio in cui individuare soluzioni per le aree a minore densità per la popolazione anziana ed i gruppi sociali più deboli.

Va tenuto presente che le nostre due Aziende hanno già partecipato alla realizzazione di azioni finalizzate alla gestione della mobilità casa-lavoro (progetti e campagne volti ad incrementare l'uso della bicicletta e del mezzo pubblico, progetti di car-pooling) e della sosta dei dipendenti e degli utenti presso la principale struttura ospedaliera (piano della sosta a servizio dell'Azienda Santa Maria Nuova). È appunto sulla scorta di tali esperienze che si è fatta strada la consapevolezza che il superamento dei risultati finora raggiunti necessita di una interlocuzione più serrata con la Regione

2. Come aveva messo in evidenza l'INRETS nel citato volume "La ville des vieux" le implicazioni poste dall'incremento della popolazione anziana in relazione alla organizzazione ed accessibilità degli spazi pubblici, alla mobilità secondo le diverse modalità sono assenti nella tradizione urbanistica, men che meno della pianificazione territoriale. Considerazioni abbastanza simili possono essere fatte per le implicazioni che l'invecchiamento della popolazione può avere sulla mobilità delle persone e sulla logistica urbana attivabile nei confronti del consumatore finale da parte degli operatori commerciali. Il tema, infine, ha effetti anche sul versante della sicurezza stradale sia in quanto comporta il progressivo aumento di utenti deboli dotati di una maggior fragilità agli eventi traumatici e di minor autonomia, sia introducendo un nuovo elemento negli incidenti dovuti al fattore umano.

Per queste considerazioni, in analogia con il tavolo di coordinamento regionale proposto dal Documento Preliminare sui temi della sicurezza stradale, proponiamo un tavolo regionale che, cogliendo anche le sollecitazioni che in più occasioni sono state avanzate nel corso delle conferenze del Piano di Azione Regionale, consenta di omogeneizzare e coordinare le recenti Linee guida per l'accompagnamento sociale (DGR 2230/2016) con il regime di deroghe all'accesso alle ZTL ed alla regolamentazione della sosta previste dalla normativa, nonché la regolamentazione dell'accesso e della sosta nelle aree che ospitano strutture sanitarie ed ospedaliere e nelle loro aree pertinenziali.

I rappresentanti delegati.

Carla ing. Dieci

Giovanni dr. Rinaldi

⁴ Lo studio potrebbe estendersi anche le Aziende sanitarie di Modena e di Parma, in considerazione del fatto che il Programma dell'Area Interna dell'Appennino Reggiano coinvolge comuni anche del modenese e del parmense.