

3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali	pag.130
3.1 Partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria	131
3.2 Universalità ed equità di accesso	134
3.2.1 Tempi di attesa per prestazioni specialistiche	137
3.2.2 Tempi di attesa per ricoveri	139
3.2.3 Accessibilità alle prestazioni di Assistenza Primaria	140
3.3 Centralità del cittadino e gamma di servizi offerti	144
3.3.1 Attività di sorveglianza sanitaria e vaccinazioni	146
3.3.2 Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione	147
3.3.3 Sicurezza sul lavoro e Sicurezza nelle strutture sanitarie	148
3.3.4 Sicurezza alimentare e Sanità pubblica veterinaria	149
3.3.5 Utilizzo del Pronto Soccorso	149
3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale	154
3.4.1 Politiche del farmaco	156
3.4.2 Politiche di acquisto di beni e servizi: Area Vasta e con Intercent-ER	158
3.4.3 Cure Primarie	159
3.4.4 Integrazione Socio Sanitaria	161
3.4.5 Percorsi integrati ospedale territorio	162
3.4.6 Dimissione protetta	164
3.4.7 Accertamento e valutazione della disabilità	164
3.4.8 Assistenza Ospedaliera	165
3.4.9 Percorso Nascita	167
3.4.10 Gestione del rischio	168
3.5 Promozione del cambiamento tecnologico, clinico e organizzativo	169
3.5.1 Ricerca e Innovazione	169
3.5.2 La gestione dell'emergenza e il Nuovo DEA	170

3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

In continuità alla filosofia sottesa al BdM, già individuata nelle edizioni precedenti, si intende dare una rappresentazione del "risultato di missione", attraverso una "misura sintetica", comprendente la "valutazione ponderata" delle dimensioni quali/quantitative esplorate nelle diverse Sezioni. Il risultato di missione dovrebbe esprimere il grado e l'uniformità di erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e il conseguimento degli obiettivi istituzionali, qualitativi e quantitativi, posti dagli *stakeholder*, *in primis* dai cittadini-utenti. Pertanto, una misura sintetica del risultato di missione potrebbe costituire, insieme al risultato economico, il vero "risultato d'esercizio" di una Azienda Sanitaria.

Risultati ottenuti attraverso una strategia che punta sull'innovazione e la riorganizzazione dell'Azienda e perseguiti attraverso un forte coinvolgimento dei professionisti e degli Enti Locali, oltre che dei soggetti pubblici e privati interlocutori abituali dell'Azienda, con l'obiettivo strategico di medio e lungo periodo, di rendere l'offerta coerente con i bisogni della popolazione attraverso una organizzazione razionale ed integrata. Obiettivo che si intende perseguire attraverso un approccio dell'intero sistema di tutela della salute, seppur distinto per livelli assistenziali, prevenzione, ospedaliero, territoriale e di integrazione socio-sanitaria, ma pur sempre unitario in termini di obiettivi di salute e di outcome finali. Con percorsi assistenziali fondati sull'intensità di cura, cercando di specializzare la risposta per fase acuta, per quella post-acuta e per quella cronica, separando all'interno dell'Azienda la parte della produzione da quella della committenza.

Nella presente versione, pertanto, in analogia a quanto si è fatto per l'anno passato, si coglie l'opportunità offerta dalla sintesi espositiva in cui si vuole articolata la Sezione 3, sintetizzando per ogni "titolo rivisitato" - centralità del cittadino e gamma dei servizi offerti; universalità ed equità d'accesso; *performance* economico-finanziaria ed efficienza gestionale; qualità dell'assistenza e *outcome* - i principali risultati conseguiti nell'esercizio, presenti e dimostrati nelle diverse parti del Bilanci di Missione 2009, relativizzandone la valutazione rispetto a:

- andamento aziendale in miglioramento o peggioramento nel corso degli ultimi 4 anni;
- posizionamento nel sistema regionale in logica benchmarking;
- standard di riferimento, quando disponibili, sia nazionali sia regionali.

Con riguardo alla dimensione "*Partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria*", sempre nella presente Sezione è poi rappresentato l'esito del sistema di *governance*, ri-orientato nel *Piano Sociale e Sanitario dell'Emilia Romagna 2008-2010*, che ha visto proprio nel 2008 l'elaborazione e l'adozione dei documenti di programmazione istituzionale.

3.1 Partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria

Il nuovo assetto di *governance* dettato dalla Legge Regionale 29/04, così come ripreso nell'Atto Aziendale, attribuisce un ruolo di maggiore pregnanza agli Enti Locali in materia di programmazione sanitaria e politiche per la salute, che trovano nei Piani per la Salute la loro massima espressione.

Con il *Piano Sociale e Sanitario 2008-2010* la Regione Emilia Romagna, in piena coerenza con lo spirito della Legge 29/04, indica nella integrazione tra le diverse dimensioni di *welfare*, gli obiettivi di Sistema Regionale *per il benessere e la salute della popolazione*.

Alla "programmazione locale", spetta poi il compito di calibrare, secondo le peculiarità dei territori amministrati, le scelte in tema di garanzia e tutela socio-sanitaria.

Detta programmazione è rappresentata *in primis* dall'*Atto di Indirizzo e Coordinamento Triennale 2008-2010*, che la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Bologna e la Giunta del Nuovo Circondario Imolese hanno congiuntamente elaborato e approvato.

In data 30 marzo 2009 è stato poi approvato dall'Assemblea del Nuovo Circondario Imolese il *Piano per la salute e il benessere sociale 2009-2011*.

La programmazione istituzionale dell'ambito distrettuale per il prossimo triennio (1° *Piano attuativo locale*) è stata predisposta mediante i modi e i momenti di incontro/confronto tra tutti i soggetti coinvolti (Comuni, ASP, AUSL, OO.SS., terzo settore) riuniti nel Tavolo del *welfare*, che a sua volta ha costituito gruppi di lavoro tematici: (i) tavolo responsabilità familiari, capacità genitoriali, diritti dei bambini, giovani, e piena applicazione della Legge 194/78; (ii) tavolo immigrazione, asilo, lotta alla tratta; (iii) tavolo prevenzione e contrasto delle dipendenze, di altre forme di disagio sociale, e salute mentale; (iv) tavolo anziani e disabilità; (v) tavolo prevenzione malattie evitabili, croniche, promozione di stili di vita sani e della sicurezza.

Il conseguente *Piano attuativo per l'anno 2009* ha previsto un impegno di risorse collegate alla progettualità, per il sistema di *welfare* circondariale, pari a circa 50 milioni di euro, di cui 20 milioni circa del bilancio AUSL (13,237 milioni di FRNA e 6,65 milioni per l'integrazione socio sanitaria).

La scelta attuata di agire nella programmazione istituzionale delle politiche di *welfare* in modo congiunto, tra Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Bologna e Giunta del Nuovo Circondario Imolese, vuole essere l'assunzione di corresponsabilità di tutti gli Enti Locali della Provincia di Bologna, nell'offrire garanzie e tutele di pari grado ai loro cittadini. Al contempo, si riafferma e si rafforza il valore della autonomia degli ambiti, sia in ragione delle differenze dei due macro-profilo di comunità sia per valorizzare la storia, le capacità elaborative e le abilità realizzative/evolutive delle Aziende in servizio a quelle stesse comunità.

Indirizzi per la programmazione sanitaria attuativa locale, secondo le specificità del Profilo di comunità del Nuovo Circondario Imolese

I concetti chiave, già contenuti nell'*Atto di indirizzo e coordinamento*, direttrici fondamentali per il PAL dell'AUSL di Imola, sono:

- la chiara suddivisione dei compiti nella filiera di promozione, prevenzione primaria e secondaria, cura - sia ospedaliera (hub specialistico, ospedale generale, ospedale di prossimità) sia territoriale (attività ambulatoriale specialistica, strutture intermedie, RSA, residenze protette, cure primarie) e di riabilitazione - affinché siano integrati tra loro, continui per la presa in carico complessiva dei pazienti e non si generino carenze o ridondanze;
- il cambiamento in primis culturale dalla "medicina d'attesa", alla "medicina di iniziativa", dalla "cura della malattia", alla "tutela della Salute", secondo un approccio proattivo, che cerchi di segmentare la domanda e rilevare il bisogno in base a categorie di rischio, e che intervenga con azioni inclusive laddove vi siano più fragilità e incertezza.

Detti concetti chiave trovano espressione in Emilia Romagna già da alcuni anni nella allocazione delle risorse tra i 3 macro livelli di assistenza (Sanità Pubblica, Cure Primarie e Assistenza Ospedaliera) a cui si aggiunge dal 2007 il FRNA. A maggior ragione visto il riequilibrio delle risorse, secondo un approccio di presa in carico complessiva e continuativa della Salute dei cittadini, è sempre più sentita l'esigenza di introdurre anche nei LEA Sanità Pubblica e Cure Primarie sistemi di indicatori per monitorare sia l'efficienza complessiva di sistema (ad esempio, la capacità di generare economie e razionalizzazioni sui Livelli "successivi": "quanto la promozione e la prevenzione impattano sulle Cure primarie e sull'Assistenza Ospedaliera"; "quanto le Cure primarie impattano sulla deospedalizzazione"; etc.) sia gli *outcome*, in termini di studi di efficacia degli interventi di prevenzione primaria e secondaria, valutazioni di impatto sanitario, valutazioni dell'andamento di malattie cronico degenerative.

Secondo gli indirizzi cardine fin qui esposti, gli obiettivi specifici di settore declinati nell'*Atto di indirizzo* per la elaborazione dei PAL vengono significativamente declinati per le maggiori patologie, sulla base delle rilevazioni epidemiologiche più recenti, e precisamente: (i) come le maggiori patologie si devono prevenire; (ii) come nel momento in cui si manifestano si accede a un sistema integrato di cure (diagnosi; selezione e invio dal territorio; trattamento in regime ospedaliero; ritorno al territorio e, auspicabilmente, sempre più al proprio domicilio, per gli elementi di continuità assistenziale, comprese la riabilitazione, il *follow-up*, il trattamento della malattia residua, ovvero la presa in carico della cronicità).

Per quanto attiene l'Assistenza ospedaliera, l'AUSL di Imola è indirizzata a mantenere la dotazione strutturale (posti letto), in quanto l'indicatore di specie evidenzia già un valore entro standard (Sezione 2, Figura 2.65), anche dovuto alla ancora elevata dotazione nell'ambito dell'AUSL di Bologna, alla vocazione per acuti del Presidio del Nuovo Circondario imolese, che partecipa alle reti H&S per le Alte Specialità, e al tasso di ospedalizzazione tra i più bassi della Regione Emilia

Romagna, indicatore di un importante trasferimento di attività di cura su LEA territoriali. L'apertura del nuovo DEA, è stato un momento importante per avviare un percorso di riorganizzazione di questa stessa risorsa, in considerazione ai percorsi assistenziali che devono vedere una piena integrazione tra ospedale e territorio.

La risorsa posti letto deve essere sempre meno organizzata per specialità, secondo rigide attribuzioni alle Unità Operative, e sempre più secondo i regimi (momenti) della degenza (urgenza; intensiva-semintensiva; acuzie; postacuzie; riabilitazione, fino al domicilio) che individuano percorsi clinico-assistenziali effettivi dei pazienti, calibrati sulla intensità delle cure. In termini macro provinciali - anche alla luce dell'Alta Specialità concentrata nell'ambito della AUSL di Bologna - il disegno organizzativo degli stessi singoli stabilimenti ospedalieri deve essere rimodulato attraverso il filo conduttore dell'esercizio costante dell'integrazione, valorizzando tutti i punti di accesso alla rete, individuati per livelli di intensità di cura. In tale direzione l'AUSL di Imola ha come obiettivo da esplicitare nel suo prossimo PAL le funzioni (complementari in ottica di percorso e non ridondanti) dei due stabilimenti che compongono il suo unico Presidio.

Responsabilità di controllo degli Enti Locali

Per gli Enti Locali la competenza della programmazione istituzionale comporta il diritto/onere della competenza di verifica. Il Tavolo del welfare e i gruppi tematici resteranno attivi sia per il monitoraggio, la verifica - e l'eventuale ri-orientamento delle attività in corso - sia per la programmazione degli esercizi 2010 e 2011.

Per quanto attiene il Sistema locale Salute, la valutazione sintetica, attraverso indicatori di *performance* di una Azienda Sanitaria - sia economica sia, soprattutto, di efficacia e i risultati in relazione alla *mission* - è tema di grande attualità, anche perché laddove realizzata permetterebbe, tra le altre cose, di indirizzare meglio il dibattito sulla "qualità" del sistema stesso, attraverso anche comparazioni spaziali e temporali.

Nel territorio imolese 2008 è stato proposto un modello di monitoraggio di *routine* - periodico e strutturato - da parte di *stakeholder* individuati (Commissioni Sanità dei Comuni, Conferenze territoriali). La modalità suggerita è per così dire ad espansione, sia verticale sia orizzontale; in altri termini, si parte da pochi indicatori in linea, che descrivano in maniera estremamente sintetica i macrorisultati dell'Azienda, coprendo una quota significativamente elevata - anche se inevitabilmente incompleta - delle 3 macroaree di attività/risultato (livelli di assistenza) su cui l'Azienda stessa è impegnata: assistenza ospedaliera, assistenza territoriale, sanità pubblica. L'espansione verticale consente di approfondire - se ritenuto opportuno e, in particolare, qualora si riscontrino criticità - i fenomeni segnalati dagli indicatori, attraverso la scomposizione degli stessi per determinanti analitiche. L'espansione orizzontale degli indicatori in linea è un processo successivo, eventuale pur se probabile, collegato alla progressiva formazione culturale degli *stakeholder* stessi e consente di allargare il "grado di copertura" dell'analisi alle ulteriori aree di attività/risultato. Progressivamente, pertanto, il progetto potrebbe configurare la modalità di

valutazione sintetica complessiva della *performance* o "risultato di missione" dell'Azienda, comparabile nel tempo, e rispetto alle altre Aziende Sanitarie che vivono il medesimo contesto.

3.2 Universalità ed equità di accesso

All'analisi di merito del contenuto di Tabella 3.1 - relativo all'obiettivo "*Universalità ed equità di accesso*" - è opportuno riproporre le notazioni di metodo e guida alla lettura, già esplicitate in premessa per il Bilancio di Missione 2008, valide ovviamente per le analoghe Tabelle presentate in apertura di ciascuna area-obiettivo istituzionale.

Stante il Bilancio di Missione 2009, la rendicontazione degli obiettivi istituzionali viene intenzionalmente caratterizzata come "Risultato di missione", in una logica di controllo strategico.

In questo senso:

- si focalizzano maggiormente i risultati di performance ottenuti in un periodo sufficientemente lungo, perché le azioni intraprese possano condurre a risultati tangibili, ovvero misurabili;
- si selezionano e si riclassificano gli indicatori regionali di BdM, inseriti nelle diverse Sezioni, secondo le dimensioni degli obiettivi istituzionali;
- si allarga la visuale in senso temporale, abbracciando l'intero periodo di mandato istituzionale (trend di mandato);
- si allarga la visuale in senso spaziale, effettuando per ciascun obiettivo e indicatore, l'analisi del posizionamento della AUSL di Imola rispetto al contesto regionale;
- si verifica il rispetto degli standard fissati a livello regionale e/o nazionale.

Nelle Tabelle riepilogative della *performance* viene così effettuata una sintesi valutativa dei risultati afferenti ciascuna area-obiettivo istituzionale, secondo i seguenti criteri:

- per il trend di mandato, si è verificato lo scostamento rispetto ai risultati effettivi riferiti al 2006, secondo la scala: A = netto miglioramento; B = miglioramento; C = mantenimento/stabilità; D = peggioramento; E = netto peggioramento;
- per l'analisi di posizionamento nel contesto regionale, si è verificato lo scostamento tra i risultati dell'AUSL di Imola conseguiti nell'ultimo anno (2009) e i valori consolidati RER di riferimento, ultimi disponibili (valore medio delle AUSL RER, ovvero delle AUSL senza AO), secondo la scala: A+ = migliore risultato a livello regionale; A = molto meglio della media RER; B = meglio della media RER; C = sovrapponibile alla media RER; D = peggio della media RER; E = molto peggio della media RER;

- quanto al rispetto degli standard, i cui valori attesi vengono riportati in apposita colonna della Tabella, esso viene verificato con riferimento all'esercizio 2009 (ovvero ultimo anno disponibile), con la scala: "sì"; "no"; "in parte" (con specifica).

Nelle ultime colonne della Tabella riepilogativa della *performance* si riportano:

- il riferimento alla Sezione (paragrafo + tabella/figura) che riporta e supporta la valutazione effettuata nelle colonne precedenti;
- il valore a consuntivo 2009 (ovvero relativo all'ultimo anno disponibile) dell'indicatore, per l'AUSL di Imola e di riferimento regionale.

Ovviamente, non tutti gli indicatori regionali di BdM sono stati ripresi nell'analisi della *performance* di cui alle Tabelle riepilogative.

La selezione degli indicatori di *performance* è stata effettuata verificando:

- la loro governabilità/controllabilità - seppure parziale e di medio-lungo periodo - da parte dell'Azienda. In base a questo criterio, per esempio, si è escluso l'indicatore relativo all'aspettativa di vita;
- la valenza esplicativa della *performance*. A titolo esemplificativo, si sono esclusi ovviamente molti indicatori descrittivi di dinamiche demografiche e sociali contenuti nella Sezione 1, mentre altri sono stati inseriti, in quanto considerati espressioni di *outcome* di medio-lungo periodo (indicatori epidemiologici specifici, ad esempio, mortalità per tumori);
- la rilevanza e l'attendibilità del flusso informativo di specie.

Ciò premesso, l'obiettivo "*Universalità ed equità di accesso*" viene declinato in Tabella 3.1 secondo le seguenti aree di risultato:

- tempi di attesa per prestazioni specialistiche, secondo i macroaggregati regionali "Visite", "Diagnostica" e "Terapeutiche";
- tempi di attesa per le prestazioni specialistiche, monitorate dalla Conferenza Stato Regioni, secondo gli aggregati regionali MAPS "Visite" e "Diagnostica";
- tempi di attesa per ricoveri monitorati dalla RER;
- grado di copertura dei bisogni di specifiche popolazioni *target*, in particolare: anziani; immigrati; persone con disturbi psichici/psicologici; alcolisti;
- grado di accessibilità alle Cure Primarie (medicina di base, continuità assistenziale).

La rendicontazione di mandato in quest'area riporta:

- 1 valutazione di netto miglioramento (A) per quanto riguarda l'accessibilità agli ambulatori di medicina generale
- 8 valutazioni di miglioramento (B), in particolare con riguardo a: tempi di attesa per ricoveri; copertura dei bisogni di assistenza domiciliare e di specifici gruppi di popolazione *target*; prestazioni "Diagnostiche" secondo le rilevazioni regionali MAPS" (aprile 2010), organizzazione medici di medicina generale;

Sezione 3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

- 4 valutazioni di stabilità (C), riferite all'indice di performance per le prestazioni specialistiche terapeutiche, alla copertura dei bisogni in area Salute Mentale e in classe specifica di popolazione immigrata (donne in gravidanza);
- 2 valutazioni di peggioramento (D), riferite ai tempi di attesa per i macroaggregati regionali di specialistica "Visite" e "Diagnostica" (Sezione 2, Tabella 2.59, consuntivo "regionale" 2008).

Per quanto riguarda il posizionamento regionale conseguito a fine mandato, si registra:

- un risultato di eccellenza regionale (A+), con riguardo alla capacità di presa in carico degli alcoldipendenti;
- 2 risultati nettamente migliori della media RER (A), con riguardo ai tempi di attesa per intervento in area oncologica e alla presa in carico dei disturbi psicologici;
- 3 risultati migliori della media RER (B), rispettivamente riferiti ai tempi di attesa per prestazioni "Specialistiche" e "Terapeutiche" e all'assistenza domiciliare ;
- 4 risultati sovrapponibili a quelli medi regionali (C), in particolare rispetto a: tempi di attesa per prestazioni diagnostiche ; tempi di attesa per interventi chirurgici, assistenza in gravidanza a donne immigrate, presa in carico del DSM;
- nessun risultato di livello inferiore a quello medio regionale.

Tabella 3.1 - Riepilogo della performance strategica rispetto all'obiettivo istituzionale "Universalità ed equità di accesso"

Indicatore	Trend di mandato	Posizionamento su media RER	Rispetto STD (nazionali / regionali)	standard nazionale o RER	Tabella e documentazione di riferimento BdM	valore 2009 Imola	valore 2009 RER
Tempi di attesa per prestazioni specialistiche							
Indice di performance a 30 gg per Visite specialistiche (escl urgenti)	D	B	no	90% entro 30 gg	par 2.3.2 Tabella 2.59	49,7	44,4
Indice di performance a 60 gg per Diagnostica	D	C	no	90% entro 60 gg	par 2.3.2 Tabella 2.59	66,1	70,9
Indice di performance a 60 gg per prestaz. Specialistiche Terapeutiche	C	B	no	90% entro 60 gg	par 2.3.2 Tabella 2.59	85,3	74,3
Tempi di attesa per prestazioni monitorate dalla Conferenza Stato-Regioni							
Indice di performance a 30 gg per Visite (MAPS)	C		in parte (5 su 12)	90% entro 30 gg	par 3.2. Tabella 3.2		vedi tabella (rilevazione MAPS apr 2010)
Indice di performance a 60 gg per Diagnostica (MAPS)	B		in parte (5 su 12)	90% entro 60 gg	par 3.2. Tabella 3.2		vedi tabella (rilevazione MAPS apr 2010)
Tempi di attesa per intervento							
Tempi di attesa per intervento/procedura in area oncologica	B	A	si	100% a 30 gg (chemio, colon, mammella)	par 2.3.2 Tabella 2.67	attesa mediana: 5, 17, 16 gg	attesa mediana: 7,17, 18 gg
Tempi di attesa per intervento/procedura in altre aree	B	C	in parte (cataratta)	diversificati per prestaz.	par 2.3.2 Tabella 2.67		
Tassi di copertura assistenziale per target di popolazione							
Tassi di copertura dell'Assistenza Domiciliare (TAD per 1000 abitanti)	B	B			par 2.3.2 Grafici 2.39	25,5 pazx1000 ab.	23,7 pazx1000 ab.
% donne immigrate in gravidanza seguite sul totale donne seguite	C	C			par 2.3.2 Tabella 2.45	49,8% (2008)	51,4% (2008)
Pazienti in carico al DSM per 10.000 abitanti esclusi i minori di 18 anni	C	C			par 2.3.2 Tabella 2.49	172	196
Presa in carico di alcolisti (prevalenza su pop target)	B	A+			par 2.3.2 Tabella 2.50	41,1 (2008)	19,4 (2008)
% utenti (Psicologia) su popolazione target dai Consultori	B	A			par 2.3.2 Tabella 2.45	0,87 (2008)	0,53 (2008)
Accessibilità ai servizi							
% MMG con apertura settimanale ≥ 80 ore (12h/7gg)	A				par 3.2.	38%	
% di ore di apertura MMG dedicate a visite su appuntamento (per cronici)	B				Budget MMG	42,90%	
% MMG organizzati in forme associate	B				par 3.2.	96%	

Gli standard definiti in questa area, relativi tutti agli indici di *performance* sui tempi di attesa, sono raggiunti nell'AUSL di Imola in misura ancora non soddisfacente, così come nel sistema regionale, con la rilevante eccezione dell'eccellente risultato dell'Azienda di Imola sui tempi di attesa per intervento chirurgico oncologico e chemioterapia.

Nel seguito si rendicontano le principali azioni realizzate durante il 2009, per il conseguimento del presente obiettivo istituzionale.

3.2.1 Tempi di attesa per prestazioni specialistiche

Nel triennio 2007-2009 l'Azienda ha avviato un importante ed impegnativo lavoro sulle due direttrici (clinica e organizzativa), che ha portato a miglioramenti delle performance di alcune prestazioni di visita e di diagnostica strumentale, che si presentavano critiche, tra cui in particolare le visite fisiatriche, oculistiche, endocrinologiche e dermatologiche, nonché ha portato ad un progressivo miglioramento dei tempi di attesa per la gastroscopia, la colonscopia e l'ecografia dell'addome, che, alla rilevazione MAPS del luglio 2009, hanno confermato il raggiungimento o il superamento dello standard del 90% nell'indice di performance. Anche i tempi di attesa per la mammografia di primo accesso, grazie ad un aumento consistente dell'offerta (+1400 prestazioni su base annua) unitamente alla distinzione dei controlli programmabili dai primi accessi, sono nell'ultimo anno stabilmente e ampiamente inferiori ai 60 giorni.

Le azioni messe in campo hanno riguardato sia la gestione delle agende ("agende sempre aperte", agende non nominative, suddivisione primi accessi/controlli, attivazione del servizio di "recall" telefonico, monitoraggio quindicinale dei tempi di attesa) sia il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva (avvio di numerosi tavoli di confronto tra i professionisti che hanno portato alla produzione, implementazione e revisione di Linee Guida e percorsi diagnostico-terapeutici elaborati sulla base delle evidenze scientifiche). E' stata inoltre aumentata l'offerta attraverso l'acquisto di prestazioni dai propri professionisti al di fuori dell'orario di lavoro, da strutture convenzionate accreditate e tramite l'attivazione di nuovi contratti, in particolare del "percorso di salvaguardia" (erogazione delle prestazioni da privato accreditato all'interno degli accordi di fornitura) per ecodoppler dei tronchi sovra aortici, ecodoppler arteriosi degli arti inferiori, ecografie addominali, osteoarticolari e muscolo tendinee, visite oculistiche e dermatologiche al fine di garantire per queste prestazioni i tempi di attesa entro gli standard di 30/60 giorni.

A seguito della D.G.R. 1035/2009 l'Azienda Usl di Imola si è dotata, nell'ottobre 2009, di un nuovo piano sui tempi di attesa. I contenuti della D.G.R. 1035/2009 sono stati presentati e discussi in seno al Collegio di Direzione, costituendo un gruppo di lavoro multidisciplinare espresso dal Collegio stesso con il compito di coordinare l'elaborazione del Piano richiesto. Sono stati coinvolti tutti i professionisti interessati, operanti nell'Azienda, attraverso le riunioni dei Comitati di Dipartimento nelle quali è stata illustrata la delibera ed è stato richiesto il contributo delle Unità Operative nell'individuare azioni orientate sia al raggiungimento degli standard temporali per le prestazioni critiche sia alla misurazione del livello di appropriatezza prescrittiva. Il gruppo di lavoro, nell'elaborazione del documento, ha tenuto conto di tutti i contributi pervenuti.

Le azioni avviate e/o proseguite dall'Azienda Usl di Imola, nel corso del 2009, in relazione al perseguimento degli standard/obiettivi fissati a livello regionale per il contenimento dei tempi di attesa, si possono sintetizzare nei seguenti punti:

Suddivisione prime visite e controlli: tale suddivisione attiva per la maggior parte delle prestazioni oggetto di monitoraggio, permette, attraverso l'applicativo CUP di distinguere, in sede di

prenotazione, i posti assegnati alle due tipologie. Il sistema consente altresì la riconversione dei posti laddove opportuno, con cadenza temporale variabile a seconda della disciplina. La separazione tra primo accesso e controllo è stata attivata anche per alcune prestazioni diagnostiche, quali: l'ecocolordoppler arterioso sui TSA e periferici; l'ecografia addominale; l'ecocardiogramma; l'ECG da sforzo; le mammografie. È stato inoltre acquisito un sistema elettronico di *recall* per i pazienti in lista, operativo dai primi mesi del 2009. Tale sistema - integrato con i sistemi informativi del Cup - effettua chiamate telefoniche ai pazienti in lista, permettendo di ottenere una notifica di conferma o cancellazione dell'appuntamento: attivo dal 2009, il servizio sta dando ottimi risultati in termini di "recupero" posti in lista, oltre a essere molto gradito dai cittadini. Sempre nell'ottica di ridurre gli "abbandoni" e saturare la capacità di offerta, il servizio di prenotazione/disdetta telefonica - accessibile attraverso un numero verde ad addebito ripartito (Sezione 5, paragrafo 5.1.5) - attribuisce priorità di risposta a chi debba effettuare una disdetta;

Sul tema del miglioramento dell'appropriatezza, si sono revisionate - con la partecipazione di tutti i professionisti coinvolti, compresi i MMG - le "*Linee Guida aziendali per l'accesso ad alcune prestazioni specialistiche ambulatoriali*", comprese le prestazioni di TC e RMN. Sono stati attivati gruppi di lavoro *ad hoc*, a composizione mista ospedale/territorio, per promuovere l'appropriatezza di presa in carico e approccio diagnostico, verso pazienti con problematiche sanitarie complesse. In particolare si cita il "Progetto di riorganizzazione dell'attività cardiologica ambulatoriale", condiviso tra i cardiologi ospedalieri e i medici di medicina generale (referente di distretto e coordinatori NCP) tra la fine del 2008 e il primo trimestre 2009, che definisce i criteri di stratificazione dei pazienti ambulatoriali in relazione alla severità della patologia e alla conseguente tempistica dei controlli successivi. Si ritiene che tale esperienza si possa proporre come modello di lavoro di riferimento non solo per le modalità adottate per la sua elaborazione ma anche perchè definisce indicatori di monitoraggio che consentono di valutare il livello di applicazione dei criteri condivisi sia da parte dei prescrittori che da parte dei produttori e quindi di valutarne l'impatto nel tempo. Per affrontare la criticità dell'accesso all'ecografia della tiroide, anche in considerazione della crescente richiesta di tale prestazione, è stato costituito all'inizio del 2009 un gruppo di lavoro aziendale sulla patologia tiroidea, che vede rappresentati i MMG e gli specialisti aziendali.

Adozione di misure da prevedere in caso di impossibilità a garantire il rispetto del TMA. L'AUSL di Imola ha attivato un percorso che prevede una "*clausola di salvaguardia dei TMA*", per alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale. Il percorso di garanzia prevede l'invio dei pazienti presso un fornitore Privato Accreditato, in caso di impossibilità interna a garantire lo standard per: visita oculistica; ecodoppler arterioso periferico e dei TSA; ecografie dell'addome; ecografie osteoarticolari; visita dermatologica;

Rilevazione dei Tempi di attesa prospettici con applicativo MAPS e pubblicazione su internet. L'AUSL di Imola ha predisposto le condizioni per migliorare la "trasparenza" interna/esterna,

attraverso la pubblicazione periodica sul Sito internet dei risultati relativi ai tempi di attesa prospettici (ossia dalla prenotazione all'appuntamento) monitorati dalla Regione (Progetto MAPS). Tale pubblicazione è stata avviata a inizio 2009.

Nella Tabella 3.2 si effettua una analisi di maggiore dettaglio, rispetto a quanto visto in Sezione 2, con riguardo agli indici di *performance* per macroaggregati di prestazioni specialistiche.

In particolare, a seguito delle rilevazioni MAPS si riportano i valori in ordine ai tempi medi di attesa e l'indice di performance rilevati per l'anno 2008 e i quelli rilevati ad aprile 2010.

Tabella 3.2 - Tempi di attesa per prestazioni specialistiche nell'AUSL di Imola, rilevazione MAPS. Periodo 2008-2009

Disciplina	Tempo medio di attesa MAPS		% a 30 gg x visite e 60 gg x diagnostica: MAPS		Rispetto standard RER: indice performance 90%	
	Anno 2008	apr-10	Anno 2008	apr-10	SI	NO
Cardiologia						
Visita Cardiologica	37	41	64%	70%		X
Elettrocardiogramma	20	41	91%	76%		X
Dermatologia						
Visita Dermatologica	18	23	100%	96%	X	
Gastroenterologia						
Colonscopia	44	49	88%	93%	X	
Gastroscoopia	33	27	97%	100%	X	
Ostetricia -Ginecologia						
Visita Ginecologica	40	61	50%	36%		X
Medicina						
Ecocolordoppler	63	92	75%	62%		X
Ecocolordoppler Cardiaca	84	44	36%	80%		X
Endocrinologia						
Visita Endocrinologica	31	26	85%	88%		X
Neurologia						
Visita Neurologica	67	95	32%	19%		X
Oculistica						
Visita Oculistica	17	17	99%	91%	X	
Oncologia						
Visita Oncologica	7	7	100%	100%	X	
Ortopedia						
Visita Ortopedica	46	46	35%	72%		X
Otorinolaringoiatria						
Visita Otorinolaringoiatria	21	17	91%	100%	X	
Audiometria	25	32	100%	100%	X	
Urologia						
Visita Urologica	20	30	90%	71%		X
Medicina Riabilitativa						
Visita Fisiatrica	16	14	100%	98%	X	
Radiologia						
Ecografia Addome	44	36	96%	87%		X
TAC Addome	70	47	22%	71%		X
TAC torace	80	63	10%	50%		X
TAC del Capo	83	26	25%	100%	X	
TAC rachide e speco vertebrale	13	22	100%	100%	X	
RMN Cerebrale	53	63	62%	43%		X

3.2.2 Tempi di attesa per ricoveri

Riguardo ai tempi di attesa per i ricoveri, si sono già rimarcati i buoni risultati dell'AUSL di Imola, in particolare nell'area oncologica, che ovviamente assumono una valenza cruciale (paragrafo 2.3.3).

Per l'esercizio 2009 si conferma la buona *performance* dell'AUSL di Imola sui tempi di attesa in area oncologica, dove in particolare rispetto al 2008 migliorano i tempi di attesa mediani per intervento chirurgico per tumore dell'utero e del colon-retto e migliora l'indice di performance a 30 giorni per l'intervento alla mammella (dal 91,3% al 94,3%). Peggiora invece seppur lievemente il tempo di attesa mediano per Chemioterapia (da 3 a 5 giorni).

Quanto alle altre prestazioni ospedaliere monitorate, si rileva: (i) un sensibile miglioramento dei tempi di attesa per intervento di protesi d'anca, che si approssimano al raggiungimento dello standard di performance a 180 giorni; (ii) un peggioramento rispetto al 2008 dei tempi di attesa - già critici nel confronto regionale - per ernia inguinale, emorroidectomia e stripping di vene; (iii) buone *performance*, confermate e anzi migliorate nel 2009, per gli interventi di tunnel carpale e biopsia del fegato; (iv) una conferma della buona performance comparativa sulle tonsillectomie, pur in presenza di un peggioramento dei tempi di attesa rispetto al 2008.

Nel 2009 si è proseguito nelle azioni di miglioramento relative a:

- sistema aziendale di Gestione informatica delle Liste d'attesa (LAR) per interventi chirurgici, conforme ai requisiti previsti dal progetto SIGLA regionale, ha mantenuto una costante implementazione.
- rilevazione per classe di priorità dei ricoveri chirurgici, secondo le indicazioni regionali, e la modalità di conteggio dei giorni di attesa, calcolati a far data dal momento in cui il paziente ha concluso l'iter diagnostico pre-operatorio e può essere sottoposto all'intervento programmato. Secondo le indicazioni regionali viene riportato nella SDO il tempo d'attesa per il ricovero programmato.

3.2.3 Accessibilità alle prestazioni di Assistenza Primaria

Nel 2009 è entrato in vigore l'Accordo aziendale per i Medici di Assistenza Primaria dell'AUSL di Imola - siglato nel primo semestre 2008 e valido per il periodo 1/07/2008-31/12/2009. Gli obiettivi contenuti nel documento riguardano il consolidamento dei risultati ottenuti per quanto riguarda l'associazionismo dei MMG e l'accessibilità ai servizi di specie. Nonchè il perseguimento dell'appropriatezza basata sulle migliori evidenze scientifiche per migliorare la prescrizione farmacologica, la richiesta di prestazioni specialistiche e strumentali e, in generale, i comportamenti clinici nell'ambito della attività del medico che opera sul territorio.

L'evoluzione dei Team nei Nuclei di Cure Primarie (NCP), modello organizzativo della medicina generale sancito a livello nazionale e regionale, implica un percorso non ancora concluso che porti i Medici a sviluppare modalità operative sempre più integrate, uniformi e coerenti, in ambito clinico e organizzativo. Nell'AUSL di Imola nel 2009 sono stati inseriti 3 nuovi medici di medicina generale, che hanno portato a 100 il numero complessivo di tali professionisti. Di questi, il 96% si colloca all'interno di una forma associativa (68 in gruppo, 28 in rete). I 100 MMG del territorio

circondariale sono organizzati attualmente in 7 NCP, e di questi, 3 sono attualmente dotati di sede fisica, funzionante con le seguenti modalità:

- Nucleo di Castel San Pietro Terme e Dozza (22 MMG organizzati in 3 medicine di gruppo, 2 delle quali con sede a Castel San Pietro Terme e 1 a Toscanella di Dozza. Quest'ultima associazione ha cambiato sede trasferendosi, con il personale amministrativo e gli infermieri del volontariato, in nuovi locali, più idonei allo svolgimento delle attività assistenziali. L'attività ambulatoriale medica copre 84 ore/settimana (12 ore/giorno, per 7 giorni), e viene erogata: (i) per i giorni feriali, 7 ore dai MMG dei gruppi e 5 ore a rotazione con turni coperti da tutti i medici del Nucleo; (ii) per i giorni prefestivi, dalle ore 8 alle ore 12, a turno dai medici del Nucleo, e dalle ore 12 alle ore 20, dai medici di continuità assistenziale; (iii) per i giorni festivi, dalle ore 8 alle ore 20 dai medici di continuità assistenziale. L'attività ambulatoriale infermieristica copre 64 ore/settimana (12 ore/giorno nei giorni feriali, dalle ore 8 alle ore 12 nei prefestivi); nel 2010 è prevista l'estensione della presenza infermieristica anche al sabato pomeriggio e domenica mattina.
- Nucleo di Medicina (16 MMG organizzati in 2 medicine di gruppo, con sede presso il Polo sanitario di Medicina). La copertura oraria settimanale è garantita in misura analoga, e con le stesse modalità descritte nel punto precedente;
- Nucleo di Imola Cintura Sud (11 MMG organizzati in 2 medicine di gruppo, con sede presso l'ambulatorio di una delle stesse). L'attività ambulatoriale medica copre 60 ore/settimana (12 ore/giorno, per 5 giorni), erogata giornalmente per 7 ore dai MMG del gruppo e 5 ore a turno da tutti i medici del Nucleo.

Come evidenziato nella seguente Tabella 3.3, si sono conseguiti importanti risultati in termini di maggiore accessibilità delle Cure Primarie, che probabilmente spiega in parte il risultato conseguito di maggiore appropriatezza nell'accesso al Pronto Soccorso.

Tabella 3.3 - Indicatori di accessibilità e associazionismo dei MMG. Anno 2009

Assistenza primaria sviluppo associazionismo e incremento accessibilità		2008	%	2009	%
MMG		96	100%	100	100%
	(di cui) organizzati in forma associativa	93	97%	96	96%
	(di cui) in gruppo	67	70%	68	68%
	(di cui) in rete	26	27%	28	28%
Nuclei Cure Primarie		7	100%	7	100%
	(di cui) con sede fisica e apertura ambulatoriale medica settimanale di 84 ore (12h/7gg)	3	43%	2	29%
	(di cui) con sede fisica e apertura ambulatoriale medica settimanale di 60 ore (12h/5gg)	1	14%	1	14%
	(di cui) con sede fisica e apertura ambulatoriale infermieristica settimanale di 64 ore (12h/5gg+4h)	2	29%	2	29%
N. MMG con apertura ambulatoriale medica settimanale di 84 ore (12h/7gg)		37	39%	38	38%
N. MMG con apertura ambulatoriale medica settimanale di 60 ore (12h/5gg)		11	11%	11	11%
N. MMG con apertura ambulatoriale infermieristica settimanale di 64 ore (12h/5gg + 4h)		37	39%	38	38%

Ci sono ancora 4 NCP non ancora dotati di sede fisica, tre dei quali a Imola e uno nella Vallata del Santerno. Per questo NCP è stato elaborato un progetto che prevede l'ampliamento della fascia oraria di continuità assistenziale a livello di nucleo con l'integrazione di altri professionisti medici, nonché l'integrazione nel nucleo del personale infermieristico che garantisca l'attività complessiva sul territorio (ambulatoriale e domiciliare) anche attraverso lo sviluppo di un progetto che valorizza il ruolo professionale attraverso la sperimentazione di un servizio di ricezione telefonica delle chiamate degli assistiti nelle fasce orarie che non vedono la presenza in ambulatorio del medico.

Per i NCP di Imola si sta lavorando ad un progetto finalizzato alla creazione di una ulteriore sede fisica, situata all'interno dell'Ospedale Vecchio in locali dedicati, con la realizzazione di un ambulatorio infermieristico di continuità diurna. Tale progetto comporterà anche la ridefinizione del numero e della composizione degli stessi nuclei.

Tabella 3.4 - Attività aggiuntive negoziate e parametri per il riconoscimento economico

Obiettivo	Indicatore	Parametro per compenso
A1. Visite ambulatoriali su appuntamento per i pazienti diabetici nell'ambito della presa in carico prevista dal progetto specifico (attivo dal 2000)	n.ro visite ambulatoriali su appuntamento	compenso per visita
A2 Visite di controllo su appuntamento dei pazienti affetti da BPCO, nell'ambito della presa in carico secondo Piano Diagnostico Terapeutico.	n.ro visite ambulatoriali su appuntamento	compenso per visita
A3. Accessi ospedalieri al letto del paziente nei casi in cui è indicata la partecipazione del medico curante alla redazione del PAI (Piano Assistenziale Individuale).	n.ro accessi ospedalieri al letto del paziente	compenso per accesso
A4. Presa in carico di pazienti assistiti a domicilio secondo le modalità della Assistenza Domiciliare Integrata	n.ro TAD su pazienti presi in carico	compenso per presa in carico e per raggiungimento obiettivo
A5. Copertura vaccinale antinfluenzale della popolazione ultrasessantatreenne	Tasso di copertura della popolazione >65	compenso per assistito al superamento del 75%

ASSISTENZA SPECIALISTICA

Nel 2009 è stato sottoscritto un accordo integrativo tra l'ASL di Imola e le organizzazioni sindacali dei medici specialisti ambulatoriali che ha identificato alcuni obiettivi comuni a tutte le branche e altri specifici, che vengono di seguito sintetizzati.

Miglioramento dell'efficienza operativa. Al fine di migliorare l'efficienza operativa dei singoli ambulatori specialistici (odontoiatria, dermatologia, ginecologia, oculistica, fisioterapia, cardiologia ambulatoriale, ortopedia, otorinolaringoiatria, endocrinologia), si è concordato l'obiettivo di mantenere i livelli prestazionali raggiunti nell'anno 2008, compresa l'attività domiciliare, e perseguire il pieno utilizzo delle capacità di erogazione (100% per ciascun professionista).

Assistenza domiciliare integrata. Si sono confermati per il 2009 gli obiettivi di maggiore qualificazione dell'assistenza domiciliare integrata, allo scopo di garantire all'utente anche le prestazioni specialistiche. La richiesta di prestazione specialistica viene inoltrata allo Specialista tramite il Punto Unico dell'Assistenza infermieristica domiciliare. Il medico specialista deve inoltre

garantire consulti anche prioritari (da espletare entro 2-3 giorni dalla richiesta) eventualmente coordinandosi con colleghi della stessa branca.

Liste di attesa – Prestazioni sollecite e urgenti. Si è definito un accordo per l'erogazione di prestazioni aggiuntive da parte dei Medici Specialisti convenzionati allo scopo di garantire l'esecuzione di prestazioni urgenti e sollecite inviate dal Pronto Soccorso o dal Dipartimento Cure Primarie e far fronte a volumi eccedenti al programmato, adeguando la risposta al livello di priorità temporale.

Formazione continua. Anche per il 2009 l'Azienda ha riconosciuto agli Specialisti ambulatoriali fino ad un massimo di 50 ore annue di formazione, e ha dato seguito e continuità al percorso formativo di *training* sulle tematiche della relazione con l'utente intrapreso nel 2008. Gli Specialisti ambulatoriali si sono resi disponibili ad assumere incarichi di docenza, nell'ambito dei corsi di formazione organizzati dall'AUSL di Imola.

Referente distrettuale e referente interbranca. Entrambe le figure sono state confermate e inserite negli organismi di rappresentanza del Distretto e del Dipartimento Cure Primarie.

Trasferimento nella nuova sede. Nel mese di ottobre 2009 il Poliambulatorio si è trasferito nella nuova sede. Gli specialisti operanti presso l'Ospedale Vecchio si sono impegnati attivamente nella preparazione organizzativa della nuova sede, in collaborazione con il personale infermieristico.

Obiettivi specifici per le branche specialistiche

DERMATOLOGIA, ODONTOIATRIA, ORTODONZIA, OTORINO - Gli Specialisti delle branche in oggetto, che svolgono la loro attività nel Poliambulatorio, si sono resi disponibili - durante le ore in cui è attivo l'Ambulatorio infermieristico dedicato alle terapie iniettive e medicazioni - a prestare la propria opera, su chiamata dell'infermiere, in caso di necessità di intervento medico.

OSTETRICIA E GINECOLOGIA - Gli specialisti partecipano alla stesura del protocollo per il Percorso della gravidanza fisiologica e della cartella clinica ostetrica.

MEDICINA PREVENTIVA E IGIENE DEL LAVORO - Gli specialisti ambulatoriali hanno partecipato all'attività effettuata a livello del Dipartimento di Sanità Pubblica, per lo svolgimento dei tirocini, nell'ambito del corso di laurea in "*Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro*".

MEDICINA SPORTIVA - Lo Specialista ambulatoriale ha partecipato alla predisposizione del manuale di qualità dell'U.O.C. Sanità Pubblica, per la parte riguardante la Medicina dello Sport. E' stata mantenuta la disponibilità ad attuare forme di flessibilità operativa al fine di far fronte alle variazioni di afflusso dell'utenza in ragione delle fasi dell'attività sportiva, per mantenere i livelli di attività del 2008.

PEDIATRIA DI COMUNITÀ - Lo Specialista ambulatoriale collabora per il conseguimento degli obiettivi aziendali assegnati alla Pediatria di Comunità, in particolare assicurando: piena integrazione con la struttura aziendale con partecipazione alle riunioni di servizio; partecipazione all'obiettivo di mantenimento dei volumi di attività; partecipazione alla campagna di vaccinazione contro il Papilloma virus. Nel 2009 lo specialista ha collaborato alla campagna straordinaria di vaccinazione per l'influenza A(H1N1).

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Per quanto concerne la Continuità assistenziale, nel giugno 2009 è stato sottoscritto un nuovo accordo fra l'AUSL di Imola e le Organizzazioni Sindacali per le attività aggiuntive nell'ambito del servizio, valevole per il biennio 2009-2010, con i seguenti obiettivi: (i) potenziamento dell'attività dei medici di continuità assistenziale, presso i punti di guardia dei Comuni di Castel San Pietro Terme e Medicina, nelle giornate di sabato e prefestivi; (ii) assistenza domiciliare ai pazienti assistiti nell'ambito dei programmi di ADI (I, II e III livello) e a pazienti assistiti nelle Case protette convenzionate e non convenzionate; (iii) continuità dell'attività ambulatoriale diurna prefestiva e festiva presso le sedi di Imola, Borgo Tossignano, Medicina e Castel S. Pietro; (iv) effettuazione delle prestazioni aggiuntive previste dall'Accordo regionale, integrate dalla terapia iniettiva intramuscolare, limitatamente alla somministrazione non procrastinabile di farmaci in classe A; (v) organizzazione delle reperibilità così come previsto dall'Accordo regionale vigente, e attività di coordinamento del servizio; (vi) azioni rivolte alla migliore integrazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale.

3.3 Centralità del cittadino e gamma di servizi offerti

L'obiettivo "*Centralità del cittadino e gamma di servizi offerti*" viene esteso, anche nel presente BdM, ad ambiti che qualificano l'offerta come "costruita intorno" ai bisogni reali dei cittadini - attuali e prospettici - con riferimento sia alla medicina preventiva (*screening*, vaccinazioni, vigilanza nei luoghi di lavoro e sulle aziende alimentari) sia al *mix* ottimale e appropriato di strutture (ospedaliere, residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali, etc.).

Ciò premesso, l'obiettivo viene declinato in Tabella 3.5 secondo le seguenti aree di risultato:

- qualità percepita e attrattività delle strutture aziendali, misurata attraverso gli indici di dipendenza e il sistema delle segnalazioni, anche con indicatori indiretti quali le donazioni dei cittadini;
- informazione e comunicazione;
- screening e vaccinazioni;
- vigilanza e prevenzione negli ambienti di lavoro e nel settore alimentare;
- mix di dotazione strutturale, e suo dimensionamento su popolazione assistita.

La rendicontazione di mandato in quest'area riporta:

- 3 valutazioni di netto miglioramento (A) rispetto a: qualità percepita dei servizi di ricovero; copertura delle vaccinazioni HPV delle adolescenti e meningococco; donazioni;
- 9 valutazioni di miglioramento (B) con riguardo principalmente a: gran parte degli indicatori dell'area Informazione e comunicazione (qualità della risposta via web e telefono ai cittadini, disponibilità oraria dei servizi di prenotazione, etc.); attività di

screening per tumore alla mammella; attività di controllo in luoghi di lavoro e aziende alimentari; indice di dipendenza della popolazione circondariale e del Comune di Medicina per ricoveri;

- 13 valutazioni di stabilità (C), con riguardo principalmente a: valutazione da parte dei cittadini sui servizi offerti dall'Azienda UsI; campagne informative ed eventi pubblici organizzati; screening utero e colon retto; tasso di copertura vaccinazioni infantili e vaccinazione antinfluenzale; dotazione strutturale; tasso di mobilità attiva intraregionale;
- 1 valutazione di peggioramento relativa al tasso di fuga per specialistica.

Per quanto riguarda il posizionamento regionale, si registra:

- un risultato di eccellenza regionale (A+), con riguardo allo standard di dotazione di posti letto in regime di degenza ospedaliera (acuti + riabilitazione e lungodegenza);
- 4 risultati nettamente migliori della media RER (A), con riguardo a: dotazione di posti letto in hospice e in strutture afferenti la Salute Mentale; dipendenza della popolazione circondariale dal Presidio per ricoveri; copertura nella vaccinazione HPV e meningococco;
- 8 risultati migliori della media RER (B), con riguardo a: numero di rilievi/reclami in rapporto alla popolazione; % di chiamate al numero verde risolte in prima battuta; screening tumore utero; controlli su aziende alimentari e ristorazione; dotazione strutturale per anziani e tossicodipendenti; quota di attrazione intraregionale per ricoveri;
- 5 risultati sovrapponibili a quelli medi regionali (C), con riguardo a: screening e coperture vaccinali; tasso di copertura controlli sui posti di lavoro;
- 3 risultati peggiori di quelli medi regionali (D), con riguardo a: vigilanza negli allevamenti (stabile in Azienda); indice di dipendenza per ricoveri dei cittadini del Comune di Medicina (migliorata nel periodo di mandato), % elogi (stabile in Azienda).

Tabella 3.5 - Riepilogo della performance strategica rispetto all'obiettivo istituzionale "Centralità del cittadino e gamma di servizi offerti"

Indicatore	Trend di mandato	Posizionamento o su media RER	Rispetto STD. (nazionali / regionali)	standard nazionale o RER (ove definito)	Tabella e documentazione di riferimento BdlM	valore 2009 Imola	valore 2009 RER
Qualità percepita							
Rilevazione sulla qualità percepita dei servizi di ricovero (% soddisfatti)	A				par 5.2.3	95,9% (2009); 88,1% (2008)	
% reclami e rilievi per 1.000 assistiti (Banca Dati RER)	C	B			par 5.1.3 Tabella 5.3	1,28	2,53
% sbalzi in rapporto a reclami e rilievi (Banca Dati RER)	C	D			par 5.1.3 Tabella 5.4	22%	36%
Donazioni	A				par 2.2.2 Tabella 2.27	€ 2.203.990	
Informazione e comunicazione							
Aggiornamento, completezza e traduzione Carte dei Servizi e Guida alla Degenza	B	n.d.			par 5.1.7, nel testo		
Qualità DB x cittadini (web/n.ro verde): % chiamate evase al 1° livello	B	B			par 5.1.2, nel testo	89,50%	87,20%
N.ro e copertura oraria degli Sportelli Unici Distrettuali	B	n.d.			par 5.1.5	46,25/sett max	
Servizio di prenotazione CUP telefonica: copertura oraria	B	n.d.			par 5.1.5	49/1sett max	
N.ro campagne informative aziendali + eventi pubblici organizzati	C	n.d.			par 5.2.4	17 campagne az.li	
Attività di screening e vaccinazioni							
Avanzamento e adesione per screening Tumore Utero	C	B			par 2.3.1 Tabella 2.29	100% avanzam.; 71% adesione	105,4% avanz.; 60,9 adesione (2008)
Avanzamento e adesione per screening Tumore Mammella	B	C	si	Tasso adesione >20% (GISMA)	par 2.3.1 Tabella 2.29	98% avanz.; 67% adesione	99,2% avanz.; 72,4% adesione (2008)
Avanzamento e adesione per screening Tumore Colon retto	C	C	si	Tasso adesione >45% (GISCOR)	par 2.3.1 Tabella 2.29	84% avanz.; 59% adesione	101% avanz.; 53,7% adesione (2008)
Tasso di copertura per vaccinazioni infantili	C	C	si	Obiettivo nazionale >95% mortalità/pneumonia	par 2.3.1 Tabella 2.30	97,5% obbligatorie	97,2% obbligatorie (2008)
Tasso di copertura per vaccinazioni contro HPV e meningococco	A	A			par 2.3.1 Tabella 2.31	87,2% HPV; 95,8% meningococco	72,6% HPV; 92,4 mening. (2008)
Tasso di copertura vaccinazione antinfluenzale	C	C	no	Obiettivo regionale >75%	par 2.3.1 Tabella 2.32	71,20%	73,1% (2008)
Vigilanza e prevenzione: tassi di copertura							
Tasso di copertura dei controlli sugli ambienti di lavoro	B	C			par 2.3.1 Tabella 2.33	5,14	5,28
Tasso di copertura dei controlli su aziende alimentari e ristorazione	B	B			par 2.3.1 Tabella 2.34	39,6	30,8 net.; 29,5 altre (2008)
Tasso di copertura dei controlli su allevamenti (n.ro sopralluoghi per allevamento)	C	D			par 2.3.1 Tabella 2.35	3,11	4,33 (2008)
Dotazione strutturale offerta							
PL per acuti + LD e riabilitazione	C	A+	si	≤ 4,7, in riduzione	par 2.3.2 Tabella 2.85	3,42 (est MRI)	4,55
PL per anziani in strutture residenziali e semiresidenziali (x1000 -75a)	C	B			par 2.3.2 Tabella 2.38	36,2 pl x1000 ab. -75a. (2008)	36,6 pl x1000 ab. -75a. (2008)
PL di hospice (x1000 pop. target)	C	A			par 2.3.2 Tabella 2.44	0,19 plx1000 ab target	0,11 plx1000 ab target
PL psichiatrica x10.000 ab.	C	A			par 2.3.2 Tabella 2.47	8,7 x10.000 ab.	6,7 x10.000 ab. (2008)
PL in strutture residenziali e semiresidenziali dip. patologiche x10.000 ab.	C	B			par 2.3.2 Tabella 2.48	4 x10.000 ab.	3,59 x10.000 ab.
Attrattività delle strutture aziendali							
Dipendenza della popolazione AUSL dal Presidio Ospedaliero gestito per ricoveri	B	A			par 2.3.2 Tabella 2.68	65,7	46,6
Dipendenza della popolazione di Medicina dal Presidio Ospedaliero AUSL per ricoveri	B	D			par 1.1.1, Tab. 1.6	41,2	46,6
Tasso di mobilità extraazienda per prestazioni specialistiche	D	B	a livello distrettuale		par 2.3.2 Tabella 2.58	22,8	5,3 extraazienda (27,2 fuga extraistituzionale)
Quota di pazienti da fuori ASL per ricoveri (% mobilità attiva)	C	B			par 2.3.2 Tabella 2.69	15,7 (intstRER)	10,4 (intstRER)

Nel seguito si rendicontano le principali azioni realizzate durante il 2009, per il conseguimento del presente obiettivo istituzionale.

3.3.1 Attività di sorveglianza sanitaria e vaccinazioni

Viene assicurata la sorveglianza delle malattie infettive e gli interventi di controllo conseguenti, per far fronte a situazioni di emergenza, partecipando ai sistemi di sorveglianza regionali.

Nella prevenzione delle malattie trasmesse da vettore è stato attivato un gruppo di lavoro del Dipartimento di Sanità Pubblica in collegamento ai tecnici dei Comuni e del Nuovo Circondario Imolese. E' stato avviato un importante "presidio" delle malattie trasmesse da *Aedes albopictus* (Chikungunya e Dengue) e *Culex spp.* (West Nile Disease) sia per quanto riguarda la sorveglianza sanitaria, sia per il supporto alle attività di sorveglianza entomologica e lotta agli insetti vettore.

In questo ambito, nel corso del 2009 sono stati accuratamente indagati 5 casi di meningoencefalite virale con sospetta trasmissione di virus da parte di insetti vettori.

Un caso è stato confermato come "malattia causata da West Nile virus", mentre 4 non sono stati confermati.

Si è garantita la piena applicazione del sistema di segnalazione rapida riguardante eventi epidemici ed eventi sentinella e sono stati garantiti tutti gli interventi per il contenimento della possibile diffusione della malattia infettiva oggetto di segnalazione; in particolare la UOC Igiene e Sanità Pubblica ha provveduto a segnalare col sistema "Alert": 2 casi di polmonite da *Stafilococco aureo*; 19 casi di *Clostridium difficile*, isolato in ospiti di strutture socio-assistenziali; 3 casi di Meningite batterica; 1 caso di malattia invasiva da *Pneumococco*; 53 casi di Influenza A7H1n1.

VACCINAZIONI

La campagna per la promozione della vaccinazione HPV ha consolidato gli ottimi risultati conseguiti nell'anno precedente. E' stato completato il ciclo vaccinale delle ragazze nate nel 1998 raggiungendo la copertura del 87%, mentre la copertura registrata ad oggi nelle ragazze nate 1997 è del 93,6% e in quelle nate nel 1996 è del 61,2%. E' stata inoltre avviata la chiamata attiva per la coorte 1999.

E' stata attivata la collaborazione fra U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica e U.O.C. Ginecologia e Ostetricia per la vaccinazione contro la rosolia delle donne suscettibili nei confronti della malattia, con particolare attenzione alle migranti.

E' stata garantita l'offerta vaccinale al personale sanitario e di assistenza suscettibile nei confronti di Epatite B, Morbillo, Rosolia e Varicella individuato dal Medico competente. Per il contrasto alla Pandemia influenzale da virus A/H1N1, i cui primi casi sono stati segnalati nel periodo estivo, mentre l'epidemia si è verificata nei mesi autunnali, è stato predisposto e attuato il piano aziendale e attivate le azioni previste dal piano regionale: dalla formazione dei Medici di Medicina Generale, alla predisposizione di un'adeguata risposta assistenziale, alla comunicazione esterna ed interna per favorire gli atteggiamenti igienici preventivi e sicuri.

Il vaccino antinfluenzale pandemico è stato somministrato presso le strutture dell'A.USL a 2254 soggetti a rischio ed operatori sanitari.

L'anagrafe vaccinale è consolidata e i livelli di copertura raggiunti per tutte le vaccinazioni previste dal calendario regionale per l'infanzia si mantengono eccellenti. Il Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita è condotto con la massima scrupolosità raggiungendo, ormai da numerosi anni, coperture maggiori del 95% sia con la prima che con la seconda dose di vaccino Morbillo-parotite-rosolia.

La vaccinazione contro la varicella è stata offerta ai soggetti con patologie a rischio, alle donne suscettibili in età fertile, ed agli adolescenti suscettibili.

3.3.2 Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione

Prevenzione delle malattie croniche e stili di vita - Nel 2009 sono state realizzate iniziative di promozione dell'attività fisica negli anziani, nell'ambito dei Piani di zona **Tavolo "Malattie evitabili, croniche, promozione di stili di vita sani e della sicurezza"**, finalizzate a creare le condizioni per aumentare la possibilità per i soggetti anziani di svolgere autonomamente attività motoria in spazi urbani.

Tra queste iniziative si segnala la seconda edizione dell'iniziativa "passeggiate nel parco" e la progettazione di un percorso pedonale nella zona Pedagna di Imola.

E' poi terminata la rilevazione dell'attività fisica nei bambini delle terze classi delle scuole elementari, finalizzata ad attivare progetti per incrementare l'attività fisica.

E' proseguita l'attività di competenza dell'AUSL nell'ambito del progetto ministeriale Okkio alla Salute ed è iniziata l'attività di rilevazione sulle abitudini di vita salutari nei ragazzi di 11,13,15 anni, connessa al progetto Ministeriale Health Behaviour in School Aged Children.

Sono inoltre continuate le iniziative di offerta nelle scuole medie e superiore di merende a base di frutta (iniziativa "A tutta frutta").

Prevenzione degli infortuni domestici – Il DSP dell'AUSL di Imola nel corso del 2009 ha sviluppato i seguenti progetti individuati dal Piano Sanitario regionale per la prevenzione degli incidenti domestici :

- obiettivo P1 "interventi domiciliari di prevenzione delle cadute per gli anziani fragili, attraverso la somministrazione di esercizi fisici adattati" : il progetto che ha avuto inizio nel terzo trimestre 2008 ,si è sviluppato nel corso del 2009 con il coordinamento del DSP ,secondo il protocollo prestabilito consistente in accessi domiciliari e contatti telefonici con gli anziani reclutati da parte degli operatori del Servizio di Medicina Riabilitativa;
- obiettivi P4-P5: "Interventi formativi sugli Incidenti domestici e accesso a domicilio degli anziani": nel corso del 2009 è proseguita l'attività formativa/informativa del DSP nei comuni di Imola e Castel San Pietro Terme per un numero complessivo di 5 incontri rivolti ad anziani appartenenti ad Organizzazioni di Volontariato ed ai Sindacati Pensionati.

Al termine di questa fase di formazione, in data 18 Novembre 2009 si è proceduto alla stesura di un Protocollo formalizzato di intesa fra DSP, Associazioni di Volontariato, e Sindacati pensionati per la regolamentazione degli accessi nelle case degli anziani a cui veniva fatta una offerta attiva di visita finalizzata alla verifica dei fattori di rischio presenti. Oltre ad alcune iniziative informative attraverso i media locali sul tema Incidenti domestici, il DSP ha inoltre elaborato e diffuso un opuscolo avente come titolo "Monossido di Carbonio Killer Invisibile e silenzioso, rivolto alla popolazione in generale per sensibilizzarla sul rischio di intossicazione che vede proprio le fasce più deboli della popolazione maggiormente esposte a questo rischio, soprattutto nei mesi invernali

- obiettivi P2-P3 "interventi formativi/informativi per educatori/genitori dei bambini nella fascia di età 0-4 anni" :nell'autunno 2009; il DSP ha partecipato ad una iniziativa sulla sicurezza organizzata presso la scuola materna di Zello Comune di Imola durante la quale è stato distribuito ai genitori materiale informativo sul tema degli incidenti domestici; inoltre sono proseguiti gli incontri con le neo mamme in collaborazione con il Consultorio familiare dell'AUSL .

Prevenzione degli infortuni stradali – È continuata l'attività di rilevazione della mortalità per incidenti stradali ricavata dal registro aziendale dei deceduti e l'acquisizione dei dati relativi agli accessi al Pronto soccorso.

Si è inoltre garantita, come nell'anno precedente, la partecipazione agli incontri del gruppo di coordinamento tecnico regionale per la Prevenzione degli Incidenti stradali.

3.3.3 Sicurezza sul lavoro e Sicurezza nelle strutture sanitarie

Il consuntivo per l'anno 2009 fa registrare il pieno rispetto dei livelli di attività programmati sui comparti produttivi più a rischio, con un deciso aumento della *performance* nel comparto edile, dove le unità locali controllate sono aumentate del 30% rispetto all'anno 2008 (173 aziende in luogo delle 124). L'incremento della vigilanza in un comparto particolarmente impegnativo, quale è quello dell'edilizia è stato accompagnato da azioni di informazione e corretta applicazione della disciplina in materia di sicurezza sul lavoro, anche alla luce dell'entrata in vigore del D.lgs.81/08, nuovo testo unico sulla sicurezza, che ha visto, tra l'altro, la redazione e diffusione da parte della U.O.Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro Aziendale del "*Quaderno della sicurezza nei cantieri edili*".

Nell'ambito della sicurezza delle Strutture sanitarie, nell'esercizio in esame, il DSP ha garantito un ruolo di coordinamento e assistenza sui temi della sicurezza nelle strutture sanitarie. In particolare la Commissione ex LR 34/98 ha svolto le seguenti attività: (i) istruttorie per il rilascio delle autorizzazioni delle Strutture sanitarie pubbliche (attualmente in possesso di autorizzazione al funzionamento ai sensi dell'art. 8 *ter*, comma 1 del D.Lgs. 502/92), e per il rilascio dell'autorizzazione definitiva al funzionamento dell'Ospedale S. Maria della Scaletta in fase di

ampliamento; (ii) pareri sulle richieste di autorizzazioni al funzionamento per nuove Strutture sanitarie private e Studi professionali; (iii) istruttorie per il rilascio di autorizzazione al funzionamento degli Studi odontoiatrici esistenti al 22 febbraio 2005, come previsto dalla DGR 2520/2004; (iv) inserimento nell'Anagrafe Regionale di tutte le Strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, nonché degli Studi odontoiatrici già in possesso di autorizzazione.

3.3.4 Sicurezza alimentare e Sanità pubblica veterinaria

Le attività svolte in questo campo sono finalizzate sia al raggiungimento di obiettivi regionali, che alla realizzazione di programmi finalizzati alle esigenze territoriali, nonché alla corretta gestione delle emergenze, che rappresentano oramai una "variabile costante" anche se non quantificabile a priori né prevedibile.

Anagrafe zootecnica e farmacosorveglianza - Si sono raggiunti gli obiettivi sia per quanto attiene l'esecuzione dei controlli e l'elaborazione di informazioni, sia in relazione alla verifica dei dati registrati nell'anagrafe zootecnica. Per quanto riguarda la farmacosorveglianza, si è realizzato il controllo sul 10% degli impianti, previa individuazione di quelli più a rischio.

Piani di sorveglianza e monitoraggio – Per quanto riguarda i piani di sorveglianza e monitoraggio SIAN si riportano i seguenti risultati: piano fitosanitari prelevati n.87 campioni con aderenza alle matrici pari al 101% ; piano OGM prelevati n.10 campioni con aderenza alle matrici del 125% ; piano micotossine prelevati n.35 campioni con aderenza alle matrici pari al 100%; piano campioni microbiologici prelevati n.31 campioni con aderenza alle matrici pari al 124%. Per quanto riguarda l'acqua potabile, nel 2009 sono stati effettuati n.767 campioni.

Relativamente ai piani di sorveglianza delle malattie infettive degli animali, sono stati rispettati i parametri richiesti dalla regione, compresa l'attività aggiuntiva determinata dall'emergenza influenza aviaria, che ha reso necessari controlli supplementari. Sono stati pienamente realizzati i piani di controllo sugli animali selvatici e sui cani con aggressività non controllata, nonché i piani di campionamento sulle matrici mangimi e alimenti di origine animale.

Zoonosi – Viene applicata una specifica procedura operativa avente lo scopo di istituire e mantenere una rete informativa tra UOC Igiene Veterinaria e UOC Igiene e Sanità Pubblica, per il costante monitoraggio delle malattie trasmissibili dagli animali all'uomo, e viceversa. E' stata data completa attuazione al piano regionale di sorveglianza malattie trasmesse da insetti vettori.

3.3.5 Utilizzo del Pronto Soccorso

Si presenta in questa sede un'analisi dell'utilizzo del Pronto Soccorso, focalizzata per significativi *target* di popolazione.

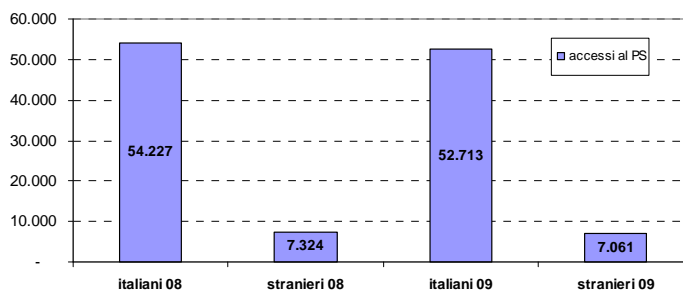
Nonostante il Pronto Soccorso costituisca nella realtà imolese la principale "porta" di accesso dei cittadini all'Ospedale, nonché di accesso ai servizi sanitari *tout court*, si può notare come nel 2009

si registri una inversione di tendenza, seppur ancora non marcata, circa il numero complessivo degli accessi, specialmente nell'area Pronto soccorso e "box" Pediatria, che denota un orientamento da parte dei cittadini di un uso maggiormente appropriato dei servizi sanitari offerti, in particolar modo dei medici di medicina generale sul territorio.

Nella Figura 3.6 si scompongono gli accessi totali 2009 al Pronto Soccorso generale e ai "box" specialistici, per cittadinanza dei pazienti.

Figura 3.6 - Accessi 2008-2009 al PS, per box e cittadinanza

Box Pronto Soccorso	2008				2009			
	Cittadinanza			% stranieri	Cittadinanza			% stranieri
	italiani	stranieri	Totale		italiani	stranieri	Totale	
AREA PS	36.405	4.464	40.869	10,9%	35.194	4.104	39.298	10,4%
GINECOLOGIA	3.416	962	4.378	22,0%	5.987	541	6.528	8,3%
OCULISTICA	3.394	325	3.719	8,7%	2.998	244	3.242	7,5%
ORTOPEDIA	5.488	512	6.000	8,5%	5.267	1.153	6.420	18,0%
PEDIATRIA	5.524	1.061	6.585	16,1%	3.267	1.019	4.286	23,8%
Totale	54.227	7.324	61.551	11,9%	52.713	7.061	59.774	11,8%



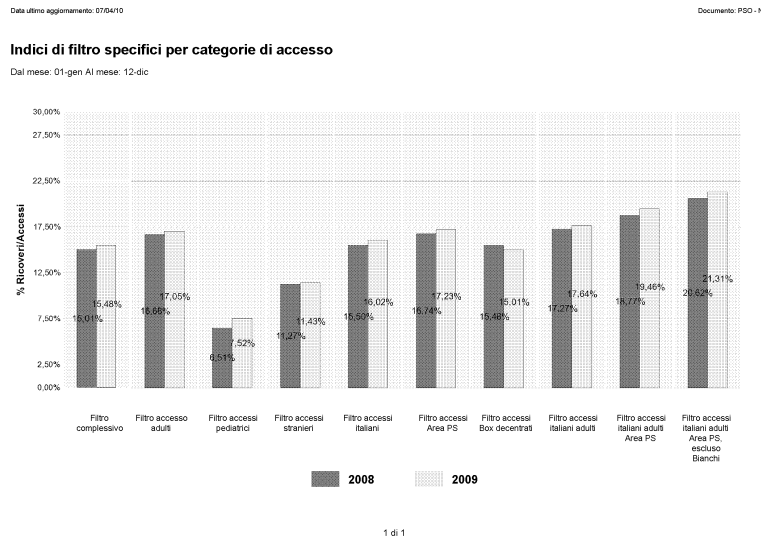
Anche sul fronte della popolazione straniera nel 2009 si registrano minori accessi al Pronto Soccorso, seppur in termini percentuali assoluti, rispetto alla popolazione residente complessiva, l'uso del PS da parte di tale fetta di popolazione rimane alto. A fronte di una incidenza di stranieri residenti del 6,4% circa della popolazione complessiva del Nuovo Circondario Imolese, gli accessi di stranieri al PS (con o senza permesso di soggiorno) è pari al 11,8% degli accessi totali. Percentuali in riduzione rispetto all'anno 2008, che riguarda principalmente l'Area Pronto Soccorso, mentre si registra, nel suo complesso, in aumento l'accesso specialistico.

Nella Figura 3.7 si scompone l'indice di filtro al ricovero del Pronto Soccorso - nel 2009 pari al 15,48% su *target* di popolazione, segmentata per età e cittadinanza.

Si evidenzia che:

- gli accessi degli stranieri, degli assistiti in età pediatrica (<16 anni) e presso i "box decentrati" di PS generano una quota di ricoveri inferiore a quella degli italiani, degli adulti e degli accessi non indirizzati ai PS specialistici di reparto;
- un italiano adulto trattato nel PS generale ha quasi una probabilità su 5 (19%) di venire ricoverato;
- un paziente in età pediatrica ha una probabilità su 20 (6%);
- uno straniero ha una probabilità su 10 (11%).

Figura 3.7 - Filtro al ricovero del PS, per target di popolazione. Anni 2008 e 2009

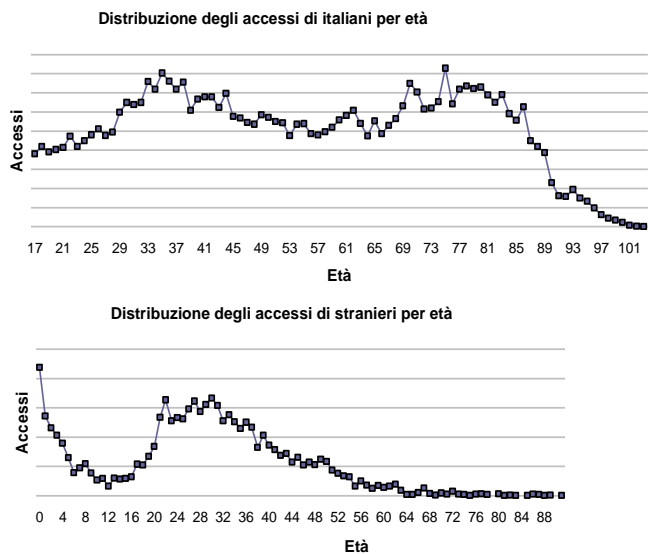


In figura 3.8 si analizza l'accesso al PS per fasce di età, sempre distinguendo i sottogruppi di popolazione italiana e straniera.

Figura 3.8 - Distribuzione per età degli accessi al PS. Anni 2008 e 2009

Accessi al Pronto Soccorso per età

	2008	2009
Età media accessi	44,77	44,78
Età media accessi (età >= 16)	52,42	52,48
Età media accessi (età < 16)	5,65	5,76
Età media Italiani	46,84	47,06
Età media Stranieri	28,76	27,81
Età media Italiani (età >=16)	54,50	54,61
Età media Stranieri (età >=16)	34,62	34,20
% ultra 65enni (accessi totali)	28,52%	28,35%
% ultra 65enni (accessi adulti)	34,10%	33,95%
% ultra 65enni (accessi adulti italiani)	38,05%	37,97%
% ultra 85enni (accessi totali)	6,24%	6,27%
% ultra 85enni (accessi adulti)	7,46%	7,51%
% ultra 85enni (accessi adulti italiani)	8,37%	8,42%

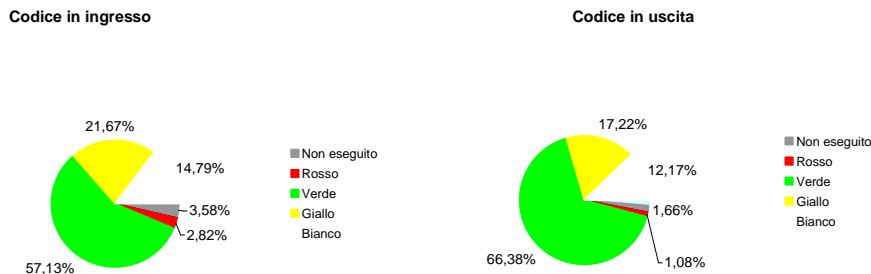


L'età media degli italiani che accedono al PS è superiore di quasi 20 anni, rispetto a quella degli stranieri (escludendo gli accessi in età pediatrica, gli italiani hanno in media 55 anni, gli stranieri 35). Il 38% degli italiani adulti che accedono al PS hanno più di 65 anni di età; quasi il 9% è ultraottacinquenne. Osservando la distribuzione degli accessi per età degli italiani adulti, la linea è crescente con l'età fino a un picco in corrispondenza di 35 anni, poi scende fino a circa i 60 anni, per poi risalire nella fascia 65-85.

Sezione 3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

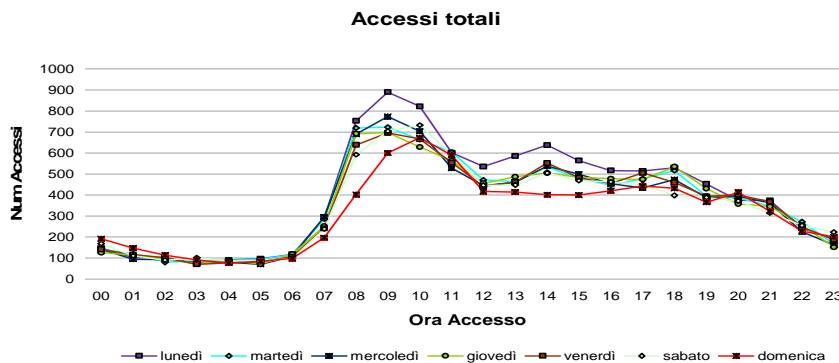
A conclusione della disamina si presentano la distribuzione degli accessi per codice colore in ingresso e in uscita (Grafici 3.9) e la distribuzione per fascia oraria e giorno della settimana degli accessi complessivi, in età pediatrica (0-16) e di cittadini stranieri (Grafici 3.11).

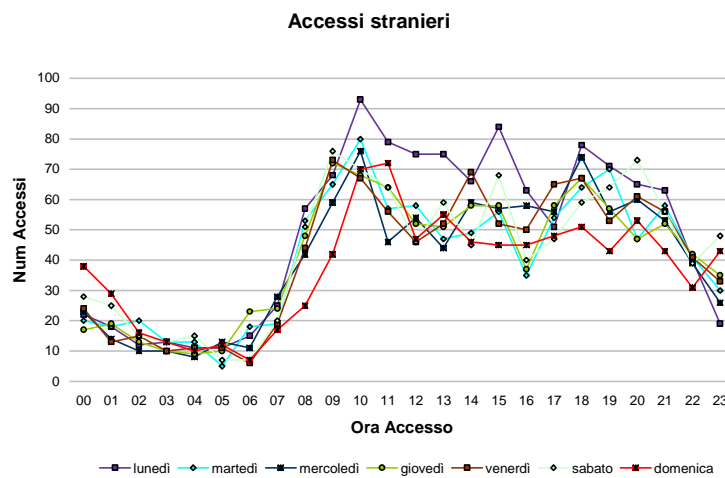
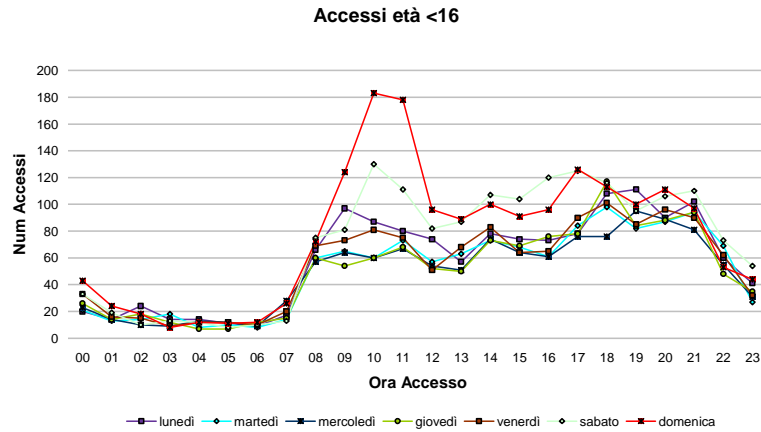
Grafici 3.9 - Distribuzione per codice colore in ingresso e uscita degli accessi al PS. Anno 2009



Per quanto riguarda il codice colore, la quota di codici bianchi è al di sotto del 15% in entrata, sostanzialmente confermata dalla codifica in uscita (12,17%). In generale, gli scostamenti tra codice in ingresso e in uscita non sono rilevanti, esitando in una riduzione contenuta della quota % di codici gialli e rossi, e una corrispondente crescita dei codici verdi, che in uscita ammontano a oltre il 66% del totale. Tale confronto dimostra un buon andamento della importante attività di *triage*.

Grafici 3.10 - Distribuzione per ora e giorno della settimana degli accessi "totali", "pediatrici" e "stranieri". Anno 2009





La distribuzione degli accessi complessivi al PS (primo dei Grafici 3.10) si caratterizza per il picco delle 9 di mattina del lunedì, e tra le 9 e le 11 in tutti gli altri giorni della settimana. Gli accessi in età pediatrica (secondo grafico) mostrano la peculiarità dell'addensamento degli accessi settimanali nelle mattinate del sabato e della domenica, mentre negli altri giorni della settimana la fascia di maggior accesso al PS è tra le 18 e le 20 confermando il ruolo di "filtro" esercitato dall'assistenza primaria pediatrica e, al contempo, evidenziando opportunità di ulteriore estensione della copertura nel *target* di specie, mediante una maggiore "reperibilità" dei PdLS. Il terzo grafico mostra come la popolazione straniera acceda al PS, a partire dalle 7 di mattina, senza flessioni rilevanti di afflusso, fino alla tarda sera, a conferma di un uso del PS come principale strumento di accesso ai servizi sanitari.

3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale

L'obiettivo "Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale" - di grande ampiezza e valenza di significati - anche per l'anno 2009 viene scomposto nei due aggregati: "Performance economica ed efficienza gestionale" e "Qualità dell'assistenza e outcome".

A sua volta, l'obiettivo "Performance economica ed efficienza gestionale" viene declinato in Tabella 3.11 secondo le seguenti aree di risultato:

- *performance* economico-finanziaria (gran parte dei dati è riferita all'anno 2008, anno per il quale la Regione mette a disposizione dati di confronto a livello di sistema), misurata attraverso i risultati sintetici di bilancio, la dinamica dei costi assoluti e pro-capite, i tempi di pagamento dei fornitori;
- indici di consumo (di prestazioni specialistiche, farmaci, ricoveri ospedalieri, accessi in PS), rapportati alla popolazione assistita, quali "misure" dei livelli di appropriatezza prescrittiva e utilizzo;
- altri indicatori di efficienza gestionale e operativa, tra cui si segnalano: l'indice di filtro al ricovero del PS e la % di utilizzo dell'OBI; alcuni indici di efficienza operativa della degenza ospedaliera (degenza media, incidenza di ricoveri potenzialmente inappropriati in regime ordinario); volumi di attività, in linee produttive di particolare rilevanza (chirurgica e specialistica per esterni); gli indicatori di Programma Sangue, ADI e Ortodonzia.

L'obiettivo "Qualità dell'assistenza e outcomes" viene declinato in Tabella 3.11 secondo le seguenti aree di risultato:

- *indici di qualità dell'assistenza ospedaliera*;
- *outcome del "Pacchetto sicurezza"*;
- *indici di mortalità per cause specifiche*.

La rendicontazione di mandato nelle due aree riporta:

- 3 valutazioni di eccellenza (A+), con riguardo a: crescita dei costi direttamente gestiti; saldo tra raccolta e utilizzo sangue; incidenti sul lavoro;
- 11 valutazioni in netto miglioramento (A), principalmente con riguardo a: risultati di bilancio, in rapporto al volume gestito; tassi di crescita dei costi operativi; tempi di pagamento dei fornitori; indice di consumo del Pronto Soccorso e sviluppo dell'OBI; volume produttivo di interventi chirurgici e prestazioni specialistiche per esterni; basso peso alla nascita; mortalità per malattie cardio-circolatorie;
- 8 valutazioni in miglioramento (B), e in particolare riferiti a: costo pro-capite complessivo; incidenza della perdita di esercizio su quella consolidata regionale; tasso di ospedalizzazione e tasso di consumo di prestazioni specialistiche; degenza media; tasso di ospedalizzazione evitabile; tasso di complicanze per pz. diabetici; mortalità per tumori;
- 6 valutazioni di stabilità (C), riguardanti principalmente: il costo pro-capite assistenza ospedaliera; la spesa farmaceutica pro-capite; l'indice di filtro del PS; indice di cesarizzazione; incidenza nuovi casi TBC;

- 4 valutazioni in peggioramento (D), riferiti a: costo pro-capite della Sanità pubblica e del Distretto; mortalità per interventi a basso rischio; incidenti domestici.

Per quanto riguarda il posizionamento regionale conseguito a fine mandato, si registra:

- 4 risultati di eccellenza regionale (A+), riguardanti: il tasso di crescita dei costi direttamente gestiti (esclusa la mobilità); il tasso di ospedalizzazione; la raccolta di sangue; le complicazioni a lungo termine del diabete;
- 5 risultati nettamente migliori della media RER (A), rispetto a: risultato economico prima degli ammortamenti; tasso di crescita dei costi compresa la mobilità; costo pro-capite del livello Assistenza ospedaliera; mortalità per malattie cardio-circolatorie;
- 8 risultati migliori della media RER (B), rispetto a: peso della perdita di esercizio su quella consolidata regionale; tempi di pagamento dei fornitori; tasso di consumo prestazioni specialistiche; utilizzo dell'OBI; tasso di ospedalizzazione evitabile; incidentalità sul lavoro; mortalità per tumori; incidenza di nuovi casi di TBC;
- 2 risultati sovrapponibili a quelli medi regionali (C), relativi alla spesa farmaceutica pro-capite e all'indice di filtro del PS;
- 6 risultati peggiori rispetto alla media RER (D), riguardanti: il risultato della gestione caratteristica; costo pro-capite su popolazione pesata; costo pro-capite Sanità Pubblica; gli accessi per 1.000 abitanti al PS; mortalità a basso rischio; l'indice di cesarizzazione;
- 1 risultati molto peggiori della media RER (E), rispetto a: costo pro-capite complessivo e costo-procapite del livello Distrettuale.

Tabella 3.11 - Riepilogo della performance strategica rispetto agli obiettivi istituzionali "Performance economica ed efficienza gestionale" e "Qualità dell'assistenza e outcome"

Indicatore	Trend di mandato	Posizionamento su media RER	Tabella e documentazione di riferimento BdtM	valori Imola	valore RER
Performance economico-finanziaria 2009					
Risultato netto in % sul volume di Bilancio gestito (Ricavi disponibili)	A		par. 2.1 Figura 2.2	-2%	
Risultato caratteristico in % su volume di Bilancio gestito (Ricavi disponibili)	A	D	par. 2.1 Figura 2.3	-3,20%	-1,60%
Peso della perdita rispetto a quella RER	B	B	par. 2.1 Figura 2.3	3,10%	
Tasso di crescita costi direttamente gestiti (esclusa mobilità passiva)	A+	A+	par. 2.1 Tabella 2.1	10,84% (2008)	13,1% (2008)
Tasso di crescita dei costi gestiti (inclusa mobilità passiva)	A	A	par. 2.1 Tabella 2.1	11,63% (2008)	12,5% (2008)
Costo pro-capite (su popolazione pesata)	B	D	par. 2.1.3 Tabella 2.7	1748,24 (2008)	1680,59 (2008)
Costo pro-capite Sanità Pubblica (su popolazione pesata)	D	D	par. 2.3.1 Tabella 2.28	67,33 (2008)	61,7 (2008)
Costo pro-capite Distretto (su popolazione pesata)	D	E	par. 2.3.2 Tabella 2.36	1008,42 (2008)	956,8 (2008)
Costo pro-capite Ospedale (su popolazione pesata)	C	A	par. 2.3.2 Tabella 2.84	669,22 (2008)	672,81 (2008)
Tempi di pagamento dei fornitori	A	B	par. 2.1.6 Tabella 2.19		
Indici di consumo 2009					
Tasso consumo ASA (n.ro prestazioni specialistiche x1000 ab.)	B	B	par. 2.3.2 Tabella 2.67	3,507	3,791
Tasso standardizzato di ospedalizzazione per 1.000 abitanti	B	A+	par. 2.3.2 Tabella 2.66	173,5	177,1
Accessi al PS per 100 abitanti	A	D	par. 2.3.2 Tabella 2.71	46,9	41,8
Spesa pro-capite per assistenza farmaceutica	C	C	par. 2.3.2 Tabella 2.74	€ 211,79	€ 214,19
Altri indicatori di efficienza operativa 2009					
Indice di filtro al ricovero del Pronto Soccorso	C	C	par. 2.3.2 Tabella 2.71	15,5	13,9
% accessi in PS trattati in OBI	A	B	par. 2.3.2 Tabella 2.72	5,5%	3,3%
Appropriatezza ricoveri ordinari (% DRG ord. potenzialmente inappropriati)	C		par. 3.4.8	19,11%	
Durata media della degenza	B		par. 3.4.8	8,22	
N.ro di ricoveri chirurgici (DRG C)	A		par. 3.4.8 Tabella 3.16	5,615	
Produzione di prestazioni specialistiche e attività di Day Surgery	A		par. 3.4.8	+14% su 2008	
Programma Sangue: saldo tra raccolta e consumi	A+	A+	par. 2.3.2 Tabella 2.70	7,693	2,091
Indici di qualità assistenza ospedaliera 2009					
Mortalità per interventi a basso rischio (deceduti/interventi)	D	D	par. 2.3.2 Tabella 2.73	0,5%	0,16%
Tasso ospedalizzazione evitabile per asma, BPCO, diabete, ipertensione, mal. congenite cuore	B	B	par. 2.3.2 Tabella 2.73	vedi tabella	vedi tabella
Diabete, complicazioni a lungo termine	B	A+	par. 2.3.2 Tabella 2.73	1,14	2,2
Alimentazione inadeguata a popolazione (Basso peso alla nascita (nati con peso < =2.500g/popolazione))	A	A	par. 2.3.2 Tabella 2.73	38,3	62,2
Indice di cesarizzazione	C	D	par. 2.3.2 Tabella 2.73	33,8	30,1
Outcome del "Pacchetto Sicurezza" 2009					
1. Incidenti sul lavoro	A+	B	par. 1.7.2, Figura 1.71	2387 (+16,8% su 2008)	
3. Incidenti Domestici	D	D	par. 1.7.3, Figura 1.76	5240 (+17,5% su 2008)	
Altri indicatori 2008					
Mortalità per tumori	B	B	par. 1.5.2, Grafici 1.54	2391, 359 m (2008)	2771, 344 m
Mortalità per malattie cardio-circolatorie	A	A	par. 1.5.2, Grafici 1.53	3971, 312 m (2008)	4161, 332 m
Incidenza TBC (nuovi casi x100.000 ab.)	C	B	par. 1.5.2, Figura 1.59	6,3 (2007-2008)	7,5 (2007-2008)

Nel seguito si rendicontano le principali azioni realizzate durante il 2008, per il conseguimento dei presenti obiettivi istituzionali.

3.4.1 Politiche del farmaco

Nel 2009 si sono proseguite le azioni rivolte alla razionalizzazione della spesa farmaceutica, sia interna sia esterna convenzionata, che hanno permesso di mantenere i buoni risultati evidenziati in Sezione 2 sulla spesa pro-capite per la farmaceutica convenzionata (che rimane al di sotto della media regionale, Figura 2.74) e sul costo per beni di consumo. Di seguito si offrono maggiori dettagli sull'andamento del fattore produttivo di specie, per poi riepilogare le linee di azione sviluppate dall'Azienda.

Consumi ospedalieri per farmaci e beni di consumo sanitari

La crescita relativa dei consumi interni per farmaci (+6,7% sul 2008), ha riguardato, oltre a farmaci in area ospedaliera (+262.000 €), emoderivati, che incrementano del 26% (+73.000 €), prevalentemente utilizzati per pazienti operati e ricoverati in semintensiva e farmaci erogati ai pazienti in carico al SERT (+41.000 €). A fronte di tali aumenti si registra una diminuzione nei seguenti fattori produttivi:

- diagnostici e reagenti pari a -147.000 €
- materiale protesico che diminuisce rispetto all'anno precedente del 5% (-125.000 €).

In particolare tutte le discipline chirurgiche evidenziano diminuzione di costi rispetto all'anno precedente.

Spesa farmaceutica territoriale

Come visto in Sezione 2, Figura 2.74, nel 2009 la Spesa farmaceutica territoriale - comprensiva della somministrazione diretta di farmaci di fascia A, in dimissione, distribuzione per conto, e per presa in carico di pazienti e strutture residenziali - registra un aumento pari a +4,7% sul 2008. La spesa farmaceutica territoriale procapite pesata è pari a € 211,79 vs un valore medio regionale di € 214,19, rimanendo pertanto il costo pro-capite dell'Azienda usl di Imola al di sotto della media regionale.

Appropriatezza della prescrizione di farmaci specialistici, da parte di "terzi" e monitoraggio

Sono stati coinvolti gli specialisti dei Centri Autorizzati per la stesura, l'aggiornamento e l'armonizzazione dei protocolli terapeutici, in conformità ai provvedimenti AIFA e agli indirizzi delle Commissioni Regionale e Provinciale del farmaco, con successivo invio dei protocolli al Servizio Politica del Farmaco. Sono stati raccolti i Piani Terapeutici Specialistici per verificare la corretta compilazione, con particolare riferimento a clopidogrel e colliri antiglaucoma.

Adesione al Prontuario provinciale nella prescrizione dei farmaci

Durante l'esercizio in esame si è proseguito nel monitoraggio della prescrizione interna, con particolare riguardo all'aderenza al Prontuario Provinciale, nei casi di: primo ciclo di trattamento dei pazienti dimessi; ricovero ordinario; *day hospital*; regime ambulatoriale; *day service*;

trattamenti dei pazienti soggetti a controllo ricorrente; presa in carico assistenziale; trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale, semiresidenziale; ricovero in *Hospice*; trattamento dei pazienti seguiti dalle Strutture territoriali.

Appropriatezza prescrittiva e incremento nella prescrizione di farmaci con brevetto scaduto

Anche per l'anno 2009 l'obiettivo di incremento relativo nel consumo di farmaci con brevetto scaduto (generici) è stato perseguito sia per quanto riguarda i prescrittori "interni" - inserendo risultati attesi specifici nei *budget* di tutti i Dipartimenti ospedalieri, con riguardo particolare alla prescrizione in dimissione - sia per quanto concerne la spesa di livello territoriale, tramite una attività di informazione periodica rivolta a Specialisti e MMG sui farmaci equivalenti immessi in commercio. Come si vedrà meglio nel paragrafo dedicato ai risultati di *budget* per i Medici di Medicina Generale, nel relativo Accordo sono stati assegnati per il 2009 obiettivi inerenti l'utilizzo appropriato di 8 classi: Statine; ACE inibitori; Sartani isolati o in associazione; Calcio-antagonisti; Antibiotici di "uso comune"; Glicocorticoidi per via inalatoria; Beta2-agonisti *long acting* in associazione per via inalatoria; Inibitori della pompa protonica. Per 5 di tali classi - e precisamente per: Statine; ACE inibitori isolati o in associazione; Calcio-antagonisti; Inibitori della pompa protonica, antibiotici - è stato individuato come esito atteso la diminuzione del costo medio per DDD dei trattamenti, ottenibile con la prescrizione di farmaci equivalenti.

Prescrizioni che richiedono piano terapeutico

Nel 2009 è proseguita la distribuzione diretta aziendale, a cura della farmacia ospedaliera, di farmaci inclusi nel prontuario regionale della distribuzione diretta per il trattamento del paziente che richiede controllo ricorrente (totale degli accessi ai punti di distribuzione facenti capo alla farmacia ospedaliera: oltre 10.000 nel 2009).

Nel corso del 2009 è stato mantenuto a livelli di attività paragonabili a quelli del 2008 e comunque nell'ottica di fornire un servizio capillare agli assistiti, il sistema di erogazione farmaci (inclusi nel prontuario regionale della distribuzione diretta) attraverso le farmacie convenzionate per conto dell'AUSL di Imola (DPC). L'Azienda Usl di Imola già nel 2008 era risultata una delle Aziende più virtuose a livello regionale relativamente all'adozione di tale percorso erogativo. I dati di monitoraggio dell'attività di distribuzione per conto evidenziano che nel corso del 2009 circa 5000 assistiti hanno usufruito del servizio con un mantenimento sostanziale rispetto al 2008 relativamente al numero di ricette spedite (16.364 ricette 2009 vs 16.720 nel 2008) ed una contenuta diminuzione nel numero di confezioni di farmaco distribuite (28.497 pezzi nel 2008 vs 29.901 nel 2008). Il sistema di erogazione per conto AUSL, limitatamente ai farmaci per cui è previsto, costituisce una alternativa di minor impatto economico rispetto all'assistenza farmaceutica convenzionata. Il risparmio netto stimato dai dati di monitoraggio 2009 rispetto all'ipotetica spesa in assistenza convenzionata si attesta sui 415.000 euro (in leggera diminuzione rispetto ai 463.000 euro del 2008).

3.4.2 Politiche di acquisto di beni e servizi: in Area Vasta e con Intercent-ER

In aderenza alle linee di programmazione regionale ed in continuità con le politiche di acquisto avviate nel corso degli ultimi anni, sono proseguite le modalità di acquisizione di beni e servizi in aggregazione della domanda effettuate mediante le adesioni alle convenzioni Intercent-er e tramite procedure di gara unitarie fra le Aziende dell'Area Vasta Emilia Centrale.

Agenzia regionale Intercent-er

Nell'esercizio 2009 il volume economico per forniture e servizi acquisiti tramite convenzioni dell'Agenzia regionale Intercent-er ammonta a € 4.778.215,00 corrispondente al 10,39% del bilancio complessivo annuale per beni e servizi.

Sulla linea degli obiettivi regionali tesi a sviluppare il livello regionale di acquisti mediante l'Agenzia Intercent-er, l'ammontare contrattuale di beni e servizi derivante da adesioni Intercent-er realizzato nel 2009 presenta un trend in aumento rispetto agli esercizi precedenti laddove si registrava nel 2007 una incidenza del 3,26% e nel 2008 un 6,73% rispetto ai rispettivi bilanci annuali per beni servizi.

Tenuto conto degli importi complessivi delle adesioni vigenti ed effettuate nel 2008, che avranno incidenza anche per gli anni successivi, il volume economico dei contratti sottoscritti e vigenti tramite adesione a convenzioni Intercent-er risulta pari a € 16.135.407

Area Vasta

L'Azienda USL di Imola registrava alla fine del 2008 un volume economico di acquisti di beni e servizi effettuati tramite contratti stipulati da procedure espletate in Area Vasta pari € 13.013.580 pari al 30,98% del proprio volume economico complessivo annuale per gli acquisti di beni e servizi. Secondo le linee di indirizzo regionali e la programmazione territoriale di Area Vasta, l'Azienda ha stipulato contratti derivanti ad procedure espletate in Area Vasta registrando al 31.12.2009 un volume economico di competenza del Bilancio 2009 pari a € 16.435.639 corrispondente al 35,75% del bilancio complessivo annuale per beni e servizi.

In relazione all'attività svolta nell'ambito dell'Area Vasta si allega la rendicontazione predisposta dall'Area Vasta Emilia Centrale.

Tenuto conto degli importi contrattuali complessivi che avranno incidenza anche per gli anni successivi, il volume economico dei contratti sottoscritti e vigenti derivanti dalla programmazione di Area Vasta risulta pari a € 36.382.993,00.

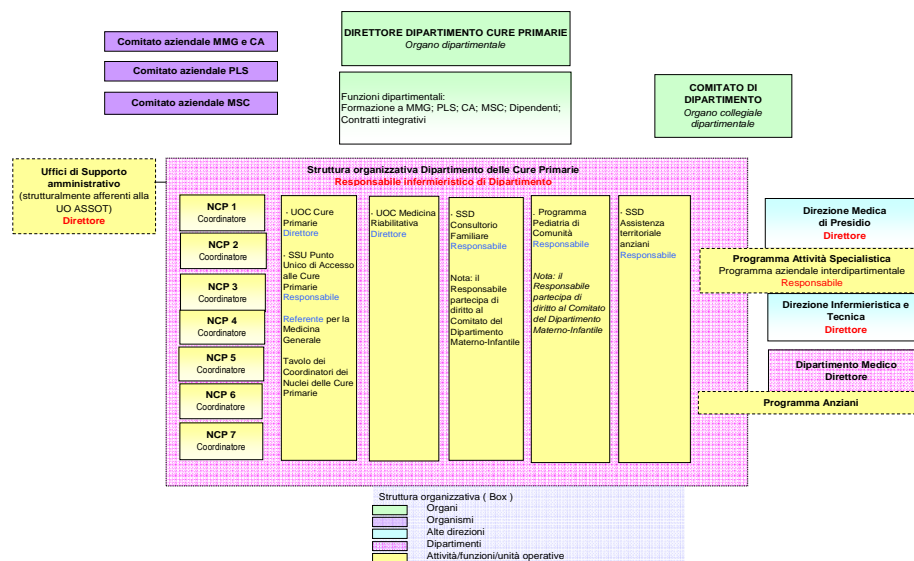
Tabella 3.12 – Adesioni acquisti centralizzati. Anno 2007-2009

	2007	2008		2009	
BILANCIO B & S	€ 39.169.927	€ 42.151.927		€ 45.974.430	
		COMPETENZA	VOLUME TOT	COMPETENZA	VOLUME TOT
%	3,26%	6,73%	29,78%	10,39%	35,10%
ADESIONI INTERCENTER	€ 1.275.726	€ 2.827.643	€ 12.554.754	€ 4.778.215	€ 1636.407
%	33,75%	30,87%		35,75%	79,14%
ADESIONI AREA VASTA	€ 13.218.500	€ 13.013.581		€ 16.435.639	€ 36.382.993

3.4.3 Cure Primarie

Il Dipartimento delle Cure Primarie è stato configurato sulla base del criterio della collocazione territoriale dell'intervento sanitario ed è articolato in: UOC Cure Primarie; Nuclei delle Cure Primarie; Struttura Semplice Dipartimentale Assistenza territoriale anziani; Programma interdipartimentale Anziani; Programma interdipartimentale Attività specialistica; UOC Medicina Riabilitativa; Struttura Semplice Dipartimentale Consultorio Familiare, Programma Dipartimentale Pediatria di Comunità. Le ultime due unità (Consultorio e Pediatria di Comunità) partecipano di diritto al Comitato del Dipartimento Materno infantile, con l'obiettivo di migliorare l'integrazione tra ospedale e territorio, nella presa in carico dei pazienti. Alle attività del DCP collabora - come consulente per la Medicina Generale - il Referente aziendale (nominato a marzo 2008), assieme ai Coordinatori della Continuità Assistenziale; il Referente è altresì componente del tavolo dei coordinatori dei Nuclei delle Cure Primarie e partecipa ai tavoli aziendali istituiti per la stesura di procedure e percorsi ospedale-territorio.

Figura 3.13 - Assetto organizzativo del Dipartimento delle Cure Primarie dell'AUSL di Imola



Nel 2009 il Referente ha continuato a svolgere il suo ruolo di facilitatore delle relazioni tra i medici di medicina generale e gli altri professionisti dell'Azienda (specialisti, medici ospedalieri, ..) nonché di riferimento per il Distretto per la migliore lettura dei bisogni di servizi territoriali da sviluppare nell'ambito della programmazione nel medio e lungo periodo.

Il consolidamento e l'evoluzione del sistema di programmazione, *budgeting* e controllo, avviato nella AUSL di Imola ormai da 12 anni, è uno dei cambiamenti dell'organizzazione della Medicina Generale di maggiore impatto sul contesto complessivo. Si tratta di un mutamento culturale, sia per l'AUSL sia per i professionisti, che ha comportato fisiologicamente un lungo periodo di "apprendimento", e una continua revisione/rimodulazione, allo scopo di evitare i rischi di

Sezione 3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

comportamenti opportunistici e "rigetto" da parte dei professionisti, laddove l'applicazione dei meccanismi d'integrazione non sia strategicamente e tecnicamente corretta. Il conseguimento degli obiettivi richiede una coerente collaborazione da parte dei medici ospedalieri, e impegna tutta l'Organizzazione nella continua ricerca della appropriatezza basata sulla *Evidence Based Medicine*, al fine di migliorare la prescrizione farmacologica, la richiesta di prestazioni specialistiche e strumentali e, in generale, i comportamenti clinici dei medici che operano sul territorio. Nel corso del 2009 l'attività dei gruppi di lavoro multidisciplinari tra medici specialisti ospedalieri e medici di medicina generale ha avuto l'obiettivo di revisionare e ridefinire percorsi integrati di presa in carico dei pazienti con diabete mellito e con patologia tiroidea, che si sono tradotti nell'aggiornamento delle relative Linee Guida Aziendali.

La Tabella 3.14 riassume i 14 obiettivi assegnati a ciascun Nucleo delle Cure Primarie, riportando il risultato atteso per l'intero periodo dell'Accordo (II semestre 2008 e anno 2009) e i risultati effettivi del II semestre 2008 e del 2009. Per ciascun obiettivo si è definita *ex ante* la modalità di attribuzione del punteggio in relazione al risultato ottenuto; i punteggi di ciascun Nucleo costituiscono il *driver* per l'attribuzione dell'incentivo economico. L'Accordo ha inteso superare il concetto di premio aggiuntivo al miglioramento, riconoscendo un valore del punto linearmente collegato al risultato realmente conseguito; negli allegati all'accordo sono riportati i "valori punto" da attribuire nel periodo di sua vigenza e i "pesi" per ciascun obiettivo.

Tabella 3.14 - Assistenza Primaria: obiettivi di budget per i NCP e risultati anni 2007, 2008 e 2009

Obiettivo	Obiettivi operativi	Indicatore	Risultato 2007	Risultato atteso (ex accordo)	Risultato 2° sem 2008	Risultato 2009	Note
B1. Saline: migliorare il rapporto costo/efficacia per i pazienti disidratati che necessitano di terapie con saline, anche tenendo conto delle molecole a brevetto scaduto generabili	Aumento dell'utilizzo del farmaco generico	Costo medio per DDD	0,73	≤ 0,6 euro per DDD per l'anno 2008 ≤ 0,85 euro per DDD per l'anno 2009	0,58	0,98	Il risultato 2009 non è confrontabile con quello del 2008 in quanto sono cambiati gli standard di trattamento e conseguentemente è stato modificato l'obiettivo
B2. ACE-inibitori: migliorare il rapporto costo/efficacia per i pazienti ipertesi che necessitano di trattamento con farmaci antipertensivi del gruppo degli ACE-inibitori isolati o in associazione con diuretici, anche tenendo conto delle molecole a brevetto scaduto generabili	Aumento dell'utilizzo del farmaco generico	Costo medio per DDD	0,387	≤ 0,3 euro per DDD	0,276	0,25	
B3. Sartani (bloccanti recettori dell'angiotensina II): contenimento l'uso dei Sartani isolati o in associazione con diuretici, nel trattamento dell'ipertensione arteriosa, al caso in cui le Linee Guida ne prevedono l'utilizzo	Contenimento della percentuale di utilizzo dei Sartani sul totale dei farmaci antipertensivi secondo le priorità previste dalle linee guida	percentuale d'uso dei Sartani sul totale dei farmaci antipertensivi	11,42%	≤ 13%	14,33%	16,30%	
B4. Calcio-antagonisti: migliorare il rapporto costo/efficacia per i pazienti ipertesi che necessitano di trattamento con farmaci antipertensivi del gruppo dei calcioantagonisti, anche tenendo conto delle molecole a brevetto scaduto generabili	Aumento dell'utilizzo del farmaco generico	Costo medio per DDD	0,467	≤ 0,380 euro per DDD	0,368	0,36	
B5. Antibiotici: promuovere l'utilizzo di antibiotici di "uso comune" in tutte le condizioni che non necessitano di indirizzi terapeutici specifici, o verso affezioni minori, o verso affezioni a eziologia ignota ecc. Inoltre, promuovere l'utilizzo delle molecole a miglior rapporto costo/efficacia	Migliorare il rapporto costo/efficacia nell'ambito degli antibiotici di "uso comune": amoxicillina + acido clavulanico, macrolidi, cotrimossazolo.	Costo medio per DDD	1,22	≤ 1 euro per DDD	0,97	0,9	
B6. Glucocorticoidi per via inalatoria: migliorare l'appropriatezza della prescrizione dei glucocorticoidi per via inalatoria (aerocel e spray) selezionando le condizioni morbose che si giovano di tale trattamento. Promuovere inoltre l'utilizzo delle molecole a miglior rapporto costo/efficacia	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva in questa categoria dove l'AMSL di linea è al primo posto in ragione per consumo	DDD per mille assistiti pesati / die	10,26	≤ 11 DDD per mille assistiti pesati / die	8,67	9,39	
B7. Beta-2-long acting in associazione: migliorare l'utilizzo di associazioni predefinite di beta2 agonisti long acting e cortisonici riservandoli al trattamento di Bpc o asma secondo linee guida	Contenimento dell'uso di questi farmaci (in % sul valore assoluto) all'interno di livelli predefiniti	% delle DDD di associazione beta2LA + cortisonico sul totale dei farmaci antiasmatici	15,44%	≤ 15%	19,19%	20,45	
B8. Inibitori di pompa protonica: migliorare il rapporto costo/efficacia per i pazienti in trattamento con farmaci inibitori della Pompa Protonica, anche tenendo conto delle molecole a brevetto scaduto generabili.	Aumento dell'utilizzo del farmaco generico	Costo medio per DDD	1,167	≤ 0,9 euro per DDD	0,904	0,87	
B9. Progetto diabete: migliorare l'aderenza alle linee guida aziendali per la gestione integrata del diabete mellito. Nel corso del 2008 è iniziata la revisione delle linee guida aziendali per la gestione integrata dei pazienti diabetici; uno degli obiettivi attesi è il miglioramento dell'integrazione con l'attività del centro anti-diabetico	Monitorare i pazienti diabetici (come da esenzione ticket) secondo linee guida progetto diabete	percentuale dei pazienti diabetici in carico monitorati dal MMG (come da progetto diabete)	67,34	≥ 68%	64,84%	65,92%	
B10. ADI: Migliorare il livello della presa in carico dei pazienti che necessitano di assistenza domiciliare secondo quanto previsto dal documento aziendale sull'assistenza domiciliare in particolare nella parte riguardante i criteri di ammissibilità	Garantire pari equità assistenziale alle persone assistite dai Medici di Medicina Generale: limitare i ricoveri impropri, erogando cure domiciliari in grado di rispondere ai bisogni	% dei casi di ADI 2° e 3° livello attivi in rapporto alla popolazione assistita	0,30%	≥ 0,32%	0,28%	0,25%	
B11. Appropriato utilizzo del Pronto Soccorso: Promuovere negli assistiti una cultura che valorizzi il ruolo del medico di fiducia, quale primo interlocutore per i bisogni di primo livello limitare un utilizzo non corretto del Pronto Soccorso per condizioni non emergenti né urgenti	Contenimento degli accessi al Pronto Soccorso per codici bianchi e verdi	Tasso standardizzato di accessi al PS su mille assistiti pesati per codici bianchi o verdi integrato con dati di mobilità passiva	nd	≤ 285 accessi x1000 abitanti	abbiamo solo il dato per ncp	abbiamo solo il dato per ncp	
B12/B13. Specialistica ambulatoriale: visita cardiologica e visita oculistica. Favorire la riduzione dei tempi di attesa e una gestione più appropriata delle prestazioni	Diversificare la richiesta di accertamento di controllo da quella di prima prestazione o da quella motivata dal variare della situazione clinica	% di prescrizioni di controllo rispetto al totale per visite oculistiche e cardiologiche	nd	≥ 20% per visite oculistiche ≥ 25% per visite cardiologiche	18,60%	18,41%	dato del periodo gennaio-settembre 2009
B14. Attività di visite ambulatoriali su appuntamento: aumentare la disponibilità oraria di visite per appuntamento degli ambulatori della medicina generale sul totale del tempo di apertura degli ambulatori, allo scopo di dare continuità alle necessità, oggi prevalenti, di monitoraggio dei pazienti affetti da patologie croniche	Attivazione di visite per appuntamento, secondo parametri specifici per i medici (a) che operano individualmente e per le medicine di gruppo	% delle ore dedicate a visite su appuntamento	nd	≥ 30% per M. di Gruppo e ≥ 15% per gli altri MMG	38,9%	42,90%	
Aumentare le prescrizioni di laboratorio, specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale effettuate con i servizi attivati tramite "Sole"	% di prescrizioni di laboratorio, specialistica e diagnostica strum. tramite "Sole"		nd	≥ 70% (dati CUP 2000)	nd	nd	

Dalla lettura della Tabella 3.14 si evince un buon grado di raggiungimento degli obiettivi, con risultati migliorativi, rispetto all'atteso, nell'uso di ACE-inibitori, calcio-antagonisti (B2, B4), nell'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici e dei glicocorticoidi per via inalatoria (B5 e B6), nell'utilizzo di farmaci inibitori di pompa protonica a brevetto scaduto (B8), nell'incrementare le ore dedicate a visite su appuntamento (B14).

I risultati 2009 significativamente distanti da quello attesi riguardano l'utilizzo di sartani e i beta-2-long acting in associazione (B2 e B7), la percentuale di diabetici in possesso di esenzione ticket per patologia reclutati nel progetto di gestione integrata (B9), l'Assistenza Domiciliare Integrata (B10) e la diversificazione delle prescrizioni di controllo per le visite cardiologiche (B13).

A conclusione del paragrafo, si riporta in Tabella 3.15 l'andamento di alcuni indicatori di attività dei MMG rispetto alle vaccinazioni antinfluenzali e all'assistenza domiciliare.

Tabella 3.15 - Indicatori di attività dei MMG. Periodo 2006-2009

Tipologia di Prestazioni	Numero prestazioni				Scost. 2009-2008	
	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	v.a.	%
N° vaccinazioni antiinfluenzali	27.280	26.756	26.760	25.518	-1242	-5%
N° accessi per A.D.I.	5.936	6.731	5.964	5.841	-123	-2%
Indicatori Assistenza Domiciliare Integrata						
N° pazienti presi in carico	371	350	337	296	-41	-12%
di cui N° in carico A.D.I. 1° liv.	14	9	12	11	-1	-8%
di cui N° in carico A.D.I. 2° liv.	189	172	174	160	-14	-8%
di cui N° in carico A.D.I. 3° liv.	168	169	151	125	-26	-17%
N° Accessi ADI per paziente	16	19,23	17,7	19,7	2	11%

3.4.4 Integrazione Socio Sanitaria

Nel 2009 l'AUSL ha attivamente partecipato alla elaborazione del "Piano di zona per la salute ed il Benessere sociale 2009-2011" secondo quanto previsto dalle direttive regionali e tenendo conto delle informazioni messe in evidenza dal documento di Profilo di Comunità.

L'AUSL di Imola collabora per quanto di competenza con l'Ufficio di Piano per la compilazione del sistema informativo sul Fondo Regionale per la Non Autosufficienza. Il Programma per la Non Autosufficienza 2009 è stato inserito all'interno del *Piano attuativo del Piano di zona*, anche per gli aspetti relativi alla applicazione della Delibera 1206/07.

Come già analizzato in Sezione 2, paragrafo 2.3.2, nel territorio circondariale esiste una rete di servizi residenziali per anziani che rileva un parametro di posti letto riferito alla popolazione ultra settantacinquenne, tra i più elevati della Regione (circa 3,27%). Da Gennaio 2009 è attiva una struttura specializzata per l'assistenza ai malati di morbo di Alzheimer e demenza, senza aumento della dotazione strutturale di posti letto, in quanto l'attivazione è stata concomitante alla chiusura di un ugual numero di posti in casa protetta. Nel 2009 vi è stato un incremento di n. 7 posti residenziali convenzionati per anziani non autosufficienti, per poter compensare i posti destinati nelle strutture convenzionate all'accoglienza di altrettanti adulti gravissimi disabili (DGR 2068/04).

E' proseguito il percorso di ricomposizione delle responsabilità gestionali anche sanitarie (infermieristiche/riabilitative) in capo agli Enti Gestori.

Attualmente, il 10% circa del personale infermieristico dell'organico che opera nelle Strutture per anziani sono dipendenti dell'AUSL di Imola.

Nel 2009 si è consolidata la rete dei servizi relativi all'assistenza domiciliare per le persone non autosufficienti con un aumento di spesa sul FRNA. Si sono consolidati progetti speciali di supporto alla domiciliarità, come il progetto di animazione a domicilio, il progetto di supporto alle persone fragili durante il ricovero ospedaliero, il progetto di accoglienza per sollievo, il progetto di assistenza al pasto a domicilio, l'accoglienza di sollievo di anziani nei servizi semiresidenziali (Centri diurni di Imola e Medicina) nelle giornate festive, il progetto di prevenzione primaria con gruppi di sostegno e di auto aiuto coordinato dal Comune di Imola in collaborazione con gli altri Comuni e con il volontariato.

Per quanto riguarda gli ausili e i presidi, il percorso di adeguamento a quanto previsto dalla Circolare Regionale 7/2000 è già in essere da molti anni in tutte le strutture. L'erogazione dei presidi previsti dal DM 332/99 avviene attraverso un percorso che mette in rete il Dipartimento delle Cure Primarie, gli Specialisti medici e i Fisioterapisti. Da tempo è esecutivo un protocollo che prevede l'integrazione fra le figure sanitarie e gli assistenti sociali dei Comuni, per la prescrizione e l'erogazione dei montascale.

E' prevista inoltre la consegna a domicilio e il ritiro dei presidi ingombranti - soprattutto letti e sollevatori - da parte dell'Associazione AUSER, a fronte di un contributo economico da parte dell'AUSL di Imola.

Altri percorsi di integrazione riguardano l'utilizzo dei fondi sull'abbattimento delle barriere architettoniche (L. 13/89) e per l'adeguamento dell'abitazione (L. 29/97): all'interno di questi percorsi, i fisioterapisti della Medicina Riabilitativa dell'Azienda e gli assistenti sociali dei Comuni collaborano per la valutazione dei bisogni dell'utente, la ricerca delle soluzioni più adeguate, la verifica degli ambienti e le procedure di accesso ai finanziamenti.

Già da diversi anni i farmaci del Prontuario ospedaliero vengono forniti alle Strutture sociosanitarie convenzionate direttamente dall'AUSL di Imola, mentre l'erogazione dei farmaci non compresi nel Prontuario è limitata a casi eccezionali, a seguito di richiesta medica motivata e personalizzata.

In coerenza con la progressiva riorganizzazione dell'area degli interventi integrati socio-sanitari per la Salute Mentale, il DSM-DP e l'ASP hanno potenziato l'attività della Unità di Valutazione Multi professionale e ciò ha permesso di avere un sistema integrato per la gestione degli interventi da attribuire al FRNA e FSR, così come previsto nel *Piano per la salute e il benessere sociale 2009-2011*, elaborato con la partecipazione del Terzo Settore, a partire dagli elementi di programmazione contenuti nel nuovo *Piano Attuativo Regionale per la Salute Mentale*.

3.4.5 Percorsi integrati ospedale territorio

CARDIOLOGIA. Negli ultimi mesi del 2008 si è avviato un percorso di riorganizzazione dell'attività cardiologica ambulatoriale che ha trovato applicazione pratica da aprile 2009. Il progetto, messo a punto dai cardiologi e condiviso con i medici di medicina generale, prevede la stratificazione dei

pazienti ambulatoriali esterni in base a criteri clinici di severità della patologia, elaborati tenendo conto delle più recenti evidenze scientifiche; tale stratificazione definisce la tempistica dei successivi controlli. Ciò si accompagna all'invio telematico del referto, in modo da assicurare una comunicazione tempestiva e diretta tra specialista e medico di famiglia.

ENDOCRINOLOGIA. All'interno di un progetto di coordinamento dell'attività endocrinologica dell'ASL di Imola, è stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare tra i professionisti coinvolti nella gestione della patologia tiroidea (medici di medicina generale, endocrinologi, oncologi, laboratoristi, radiologi..) allo scopo di revisionare le Linee Guida aziendali elaborate in precedenza. Il documento prodotto è stato presentato ai Medici di Medicina generale in occasione di un aggiornamento obbligatorio nel gennaio 2010.

DIABETE. Nell'ASL di Imola è in atto da più di un decennio un progetto di gestione integrata del Diabete Mellito di tipo II. Il relativo protocollo operativo era già stato aggiornato nel 2004 a seguito dell'emanazione nel 2002 di Linee Guida clinico-organizzative per il management di tale patologia. La Regione Emilia-Romagna, con una complessa iniziativa di formazione sul campo che ha interessato tutte le Aziende a livello di area vasta, ha promosso un confronto tra tutti i modelli e le esperienze sviluppatasi nelle diverse realtà territoriali e, tenuto anche conto di quanto previsto dal Progetto Nazionale IGEA nell'ambito del Piano Nazionale per la Prevenzione, ha emanato ulteriori indicazioni alle Aziende.

I nuovi indirizzi regionali recepiti a livello aziendale sono mirati a sviluppare:

- La condivisione dei dati clinici tra i MMG e i centri specialistici, attraverso l'informatizzazione delle cartelle e la realizzazione della rete di connessione (SOLE). Gli strumenti di comunicazione tra professionisti sono indispensabili per una gestione integrata dei pazienti
- La flessibilità dei modelli organizzativi: i percorsi di follow up vanno modulati diversamente a seconda del grado di controllo metabolico e della terapia in atto
- La realizzazione del registro di patologia (incrocio delle banche dati disponibili: farmaci, esenzioni, ricoveri, specialistica, medicina generale...)
- La raccolta sistematica di indicatori di processo (nr pz reclutati, nr MMG aderenti, nr pz neo diagnosticati, nr pz in carico ai centri specialistici, nr pz che passano dalla gestione del MMG a quella del centro, nr emoglobine glicate, microalbuminurie, ECG, FO..), di esito (ricoveri per diabete e complicanze, amputazioni, pz in dialisi) e misti (media dei valori della glicata nei diversi setting assistenziali)
- Il lavoro in equipe del team diabetologico, con il coinvolgimento di dietista, infermiere, podologo, assistente sociale, psicologo...

Sulla base di tali indicazioni, nel corso del 2009 il gruppo di lavoro aziendale sul diabete ha aggiornato il protocollo operativo, che è stato oggetto di condivisione con tutti i medici di medicina generale nel mese di novembre 2009 ed è stato successivamente applicato.

3.4.6 Dimissione protetta

Nell'esercizio in esame è proseguita l'applicazione del protocollo aziendale per le dimissioni protette, in essere dal 2002, che assicura al malato e alla sua famiglia un supporto sanitario e socio-assistenziale e un'adeguata risposta ai bisogni, nel momento in cui rientra a casa. Il protocollo prevede il rispetto di tempi congrui per la presa in carico e un sistema di monitoraggio delle procedure e dei casi attivati.

Tabella 3.16 - Dimissioni Protette per Reparto ed Età nell'AUSL di Imola. Anno 2009

RAPPORTO SEGNALAZIONI / DIMISSIONI PER REPARTO ED ETÀ.												
ANNO 2009												
Reparti/Età	=/ > 85	84 - 75	74 - 65	64 - 55	54 - 45	44 - 35	34 - 25	24 - 15	14 - 0	Segnalazioni	Dimissioni	%Segn/Dim
CARDIOLOGIA	2	2								4	788	0,51%
CHIRURGIA	4	1	4	1			1			11	1.402	0,78%
DIME	4	2	1							7	105	6,67%
GERIATRIA	64	21	4							89	735	12,11%
LDPC	151	95	27	7	5	2				287	638	44,98%
LUIN	76	79	18	6	3					182	643	28,30%
MEDICINA G	30	22	3	2	1					58	491	11,81%
MEDICINA I	45	34	12	7	5	2				105	1.599	6,57%
MEDICINA URG			1							1	1.186	0,08%
ORTOPEDIA	7	6	3	1	1					18	1.393	1,29%
OSTETRICIA				1						1	2055	0,05%
PEDIATRIA									1	1	663	0,15%
D.S.M.	1	6	6	1						14	235	5,96%
RIANIMAZIONE				2			1			3	103	2,91%
UTIC		1								1	51	1,96%
HOSPICE	4	7	5	1						17	194	8,76%
ALTRO OSP	7	6	2	2	1	1	4	2		25	---	---
ASP IMOLA	4	1								5	---	---
DOMICILIO	39	43	22	11	6	2	1			124	---	---
TOTALE	438	326	108	42	22	7	7	2	1	953	---	---

Nel 2009 sono state inviate 953 segnalazioni al Punto Unico di Accesso delle quali ben 854 hanno dato seguito alla attivazione di servizi. I percorsi assistenziali attivati durante il ricovero (o subito dopo la dimissione) e al domicilio sono stati i seguenti: 292 attivazioni della U.V.G. per l'inserimento nella rete dei servizi per anziani, 280 prese in carico di utenti da parte del servizio infermieristico domiciliare, 163 attivazioni di A.D.I., 113 di Assistenza Domiciliare solo sociale, 7 casi di gravissimi disabili per i quali sono stati attivati i servizi previsti dalla DGR 2068/2004, 1 P.A.I. In due casi sono stati attivati contemporaneamente servizi diversi (ADI + DGR 2068/2004), ma compatibili.

3.4.7 Accertamento e valutazione della disabilità

Presso l'Azienda Usl di Imola attiva la Commissione prevista dalla LR n. 4/2008, secondo i parametri ivi indicati, e in particolare assicurando: (i) la presenza degli assistenti sociali e dei medici specialisti; (ii) la consegna del verbale come previsto *ex lege*; (iii) l'informazione, contenuta nella lettera di accompagnamento inviata insieme al verbale validato, sulla possibilità dell'istanza di riesame, con le indicazioni per come redigerla e dove indirizzarla; (iv) l'indicazione - fornita all'istante e agli uffici competenti dell'AUSL - se l'invalide rientri nella previsione normativa per le cure odontoiatriche a carico del SSN.

Negli ultimi mesi la Commissione ha visto una modifica nella sua composizione, con l'inserimento di un medico dell'INPS e anche per quanto le procedure di inoltrare delle domande, queste vengono oggi direttamente presentate all'INPS per la preliminare istruttoria.

Accoglienza e informazione al cittadino. Per quanto riguarda l'informazione diretta all'utenza, è stato predisposto materiale informativo sull'accesso alla richiesta di invalidità civile e *handicap* (opuscolo sintetico), è stata data informazione durante una trasmissione televisiva, sono state inserite nel sito internet aziendale le procedure da seguire e la modulistica. Sono stati effettuati incontri con i principali Patronati del territorio, per concordare le procedure e, più in generale, per favorire la condivisione e ridurre il potenziale conflitto. Si sono altresì semplificate le procedure a carico dell'assistito, in accordo con la segreteria che coordina le Unità di Valutazione Geriatrica, al fine di acquisire la documentazione utile ed evitare ulteriori visite e disagi per l'istante. Per quanto concerne i tempi di attesa, a seguito del consistente aumento delle domande, nel 2009 si deve registrare un peggioramento degli appuntamenti, che nel 2008 venivano fissati entro i due mesi dalla richiesta per l'accertamento di disabilità (invalidità civile e *handicap*).

3.4.8 Assistenza Ospedaliera

Nelle Tabelle 3.17 si presenta una sintesi di: andamento dei principali indicatori relativi ai ricoveri ordinari, con focalizzazione sulla casistica chirurgica; volumi di attività in *Day Service*.

Tabella 3.17 - Indicatori di attività di degenza ordinaria e *Day Service*. Periodo 2006-2009

Andamento della casistica trattata in regime di ricovero ordinario						
DEGENZA ORDINARIA	Anno				Scost. 2009-2008	
	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	v.a.	%
N°casi (escluso Nido e SPDC) Fonte dati: R.E.R.	13.749	13.816	14.294	14.098,0	-196	-1%
<i>DRG Medici</i>	8.386	8.191	8.613	8.483,0	-130	-2%
<i>DRG Chirurgici</i>	5.196	5.464	5.504	5.615,0	111	2%
<i>DRG Altro</i>	167	161	177		-177	-100%
<i>DRG Inappropriati</i>	2.748	2.648	2.497	2.694,0	197	8%
Peso medio DRG	1,026	1,045	1,072	1,0	-0,034	-3%
Punti DRG	14.109,72	14.444,26	15.323,81	14.636,4	-687,37	-4%
Degenza media	8,48	8,61	8,60	8,2	0	-4%
Dimessi totali			17.481,00	15.320,0	-2161	-12%
<i>% DRG Medici</i>	60,99%	59,29%	60,26%	60,17%		0%
<i>% DRG Chirurgici</i>	37,79%	39,55%	38,51%	39,83%		3%
<i>% DRG Inappropriati</i>	19,99%	19,17%	17,47%	19,11%		9%

Andamento del numero dei casi Drg Chirurgici in regime ordinario						
Area Chirurgica	N. casi Drg Chirurgici				Scost. 2009-2008	
	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	v.a.	%
Chirurgia generale	909	1.064	1.007	1.120	113	11%
Oculistica	269	245	241	234	-7	-3%
Ortopedia e Traumatologia	1.244	1.294	1.200	1.218	18	2%
Ostetricia e Ginecologia	958	967	1004	951	-53	-5%
Otorinolaringoiatria	594	596	636	602	-34	-5%
Urologia	517	531	580	586	6	1%
Totale complessivo	4.491	4.697	4.668	4.711	43	1%

Sezione 3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Andamento del "Peso medio" dei Drg Chirurgici in regime ordinario

Area Chirurgica	Peso medio				Scost. 2009-2008	
	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	v.a.	%
Chirurgia generale	1,285	1,283	1,369	1,28	-0,089	-7%
Oculistica	0,673	0,685	0,652	0,81	0,158	24%
Ortopedia e Traumatologia	1,360	1,359	1,435	1,43	-0,005	0%
Ostetricia e Ginecologia	0,773	0,798	0,768	0,74	-0,028	-4%
Otorinolaringoiatria	1,125	1,119	1,126	1,11	-0,016	-1%
Urologia	0,998	0,984	1,040	1,270	0,23	22%
Peso Medio Area Chirurgica	1,106	1,118	1,146	1,153	0,007	1%

Andamento della "Degenza media" dei Drg Chirurgici in regime ordinario

Area Chirurgica	Degenza media				Scost. 2009-2008	
	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	v.a.	%
Chirurgia generale	8,69	8,31	8,24	7,45	-0,79	-10%
Oculistica	3,09	3,03	3,09	2,81	-0,28	-9%
Ortopedia e Traumatologia	6,09	5,70	6,16	5,96	-0,20	-3%
Ostetricia e Ginecologia	3,16	3,19	3,13	3,20	0,07	2%
Otorinolaringoiatria	2,86	3,20	3,25	3,21	-0,04	-1%
Urologia	6,39	6,55	6,25	6,32	0,07	1%
Peso Medio Area Chirurgica	5,42	5,41	5,41	5,40	-0,01	0%

Attività di Day Service - Numero pazienti trattati

Disciplina	N.pazienti trattati				Scost. 2009-2008	
	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	v.a.	%
Chirurgico	128	150	215	200	-15	-7%
Gastroenterologico	123	148	116	165	49	42%
Geriatrico	99	113	168	185	17	10%
Medico - C.S.P.T.	47	47	55	54	-1	-2%
Medico - Imola	236	318	342	370	28	8%
Nefrologico	50	65	84	101	17	20%
Neurologico			24	42	18	75%
Ostetrico/Ginecologico	93	99	116	135	19	16%
Pediatrico	269	201	180	173	-7	-4%
Pneumologico	109	64	0	0	0	0
Psichiatrico	728	921	1.050	1.245	195	19%
Totale complessivo	1.882	2.126	2.350	2.670	320	14%

Si confermano le analisi già sviluppate nella Sezione 2, con buoni indicatori di sviluppo dell'attività ordinaria e chirurgica, miglioramento dell'appropriatezza di utilizzo del regime ordinario, buon sviluppo del *Day Service*, e il permanere della criticità sulla durata media di degenza.

Attività di controllo sulle cartelle cliniche

I controlli sulla "produzione interna" del Presidio Ospedaliero della AUSL di Imola, effettuati sistematicamente durante l'anno, hanno riguardato:

- Valutazione della coerenza della codifica SDO rispetto alla casistica DRG ricorrente nelle UU.OO.. La periodicità del controllo è mensile. Gli elementi oggetto di valutazione sono il DRG prodotto, la codifica di diagnosi e interventi, la durata della degenza. Tale verifica permette di individuare in prima istanza i potenziali indizi di errata codifica (es. DRG con complicità, DRG maldefiniti, DRG anomali), selezionando i ricoveri su cui effettuare il livello successivo di valutazione, di cui al punto seguente;
- Valutazione dell'appropriatezza di codifica secondo le Linee Guida regionali 2009 e congruenza tra contenuto SDO e relative Cartelle Cliniche. La periodicità del controllo è mensile e ha riguardato, con particolare attenzione alla casistica chirurgica. La verifica

prevede l'analisi del caso descritto nella documentazione clinica, l'effettiva corrispondenza con le priorità di diagnosi e intervento/procedure, registrate sulla SDO, e la corretta codifica dell'eventuale intervento chirurgico descritto sul verbale operatorio;

- Valutazione dei ricoveri considerati, secondo i criteri regionali "Ricoveri Ripetuti". La periodicità del controllo è trimestrale e ha riguardato dimissioni rientranti nella casistica degli indicatori regionali dei Ricoveri Ripetuti negli intervalli 0-1 giorno, 2-7 giorni e 8-30 giorni;
- Verifica della corrispondenza tra codifica SDO e contenuto della Cartella Clinica, ai sensi della LR 133/2008, effettuata su un campione casuale di dimessi dal Presidio.

In totale nel corso del 2009 l'attività di analisi su Cartella Clinica è stata effettuata su n. 2.164 Cartelle Cliniche, pari al 11,6 % dei ricoveri effettuati presso il Presidio di Imola (produzione interna). I controlli sulla produzione degli erogatori esterni a favore dei residenti dell'AUSL di Imola (Strutture Pubbliche e Private dell'Emilia Romagna) hanno riguardato essenzialmente: i ricoveri con DRG potenzialmente inappropriati in regime ordinario; i ricoveri con DRG complicati; altre specifiche casistiche "sentinella". La verifica è effettuata mediante l'analisi del tracciato SDO della Banca dati regionale, l'individuazione della casistica critica, la richiesta di approfondimenti e relazioni alle Aziende erogatrici e, in alcuni casi, la verifica in loco. Nel 2009 l'analisi dei casi selezionati secondo le modalità sopra descritte è stata condotta su n. 150 cartelle cliniche, pari al 2% dei ricoveri effettuati in mobilità passiva.

3.4.9 Percorso Nascita

Nel 2009 sono proseguite a cadenza regolare, presso il Consultorio Familiare, le attività del Percorso Nascita, con presa in carico della donna dall'inizio della gravidanza fino al 7°/8° mese di vita del bambino. Il percorso comprende tutti gli interventi a favore della gestante, della puerpera e del neonato, in cui sono operativi in modo integrato i servizi ospedalieri e territoriali, e in particolare: visita ostetrica alle puerpere in ospedale; visite domiciliari da parte delle ostetriche; puerperio ambulatoriale; segreteria telefonica "Pronto aiuto latte"; corsi per gestanti residenti e straniere; attività informativo-educative tipiche del Consultorio, rivolte ai neo-genitori ed ai nonni.

In merito a tale Programma, tra gli obiettivi prioritari contenuti nella nuova direttiva regionale (DGR n. delibera 533/2008) si sottolinea l'attuazione di interventi per la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno. A questo proposito, l'AUSL di Imola, da diversi anni - nell'ambito dell'accompagnamento pre-post nascita e nel rispetto della volontà della madre - cerca di favorire detta modalità nutrizionale, coinvolgendo diverse figure professionali. Il Consultorio familiare inoltre coordina un gruppo di lavoro multidisciplinare intraservizi per l'attuazione degli obiettivi, n.5 e n.10, della DGR 533/2008, che prevedono l'aumento dell'offerta attiva dei corsi di accompagnamento alla nascita per la popolazione svantaggiata e il miglioramento dell'assistenza ai disturbi emozionali della donna in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino.

Nel corso dell'anno 2009 si è consolidata la rete d'integrazione tra i vari servizi distrettuali, ospedalieri e dell'ASP per la presa in carico delle puerpere a rischio psicosociale e/o a rischio psichiatrico: dal 2005 il progetto "*Donne che aiutano donne*" - attivo presso il Consultorio Familiare - si è ulteriormente ampliato, prevedendo la collaborazione di alcune volontarie, opportunamente formate, che fungono da "ambiente di sostegno" alle neomamme, in certe situazioni puerperali a rischio e qualora la rete familiare risulti carente o assente. Inoltre, nel corrente anno, è stata organizzata una formazione sul campo con operatori ospedale-territorio che ha previsto la creazione di uno spazio clinico di riflessione multidisciplinare sui temi legati alla nascita.

Nell'ultimo trimestre 2009, in considerazione dell'aumento della richiesta psicologica di madri in difficoltà, presso il Consultorio, si è definito l'avvio di un progetto in collaborazione con l'ASP che prevede la costituzione di un gruppo psicoterapeutico rivolto alle mamme, che presentano a vario titolo delle difficoltà psicologiche nell'area della genitorialità.

Nell'ultimo trimestre 2009, la collaborazione Ospedale e Territorio, ha permesso alle ostetriche territoriali di distribuire alle gestanti e alle puerpere una scheda con scala di percezione del dolore, per monitorare il fenomeno e attuare le azioni di superamento. Già durante il ricovero ospedaliero viene effettuata una rilevazione del dolore (escluse le donne in travaglio), con monitoraggio dello stesso al momento della terapia antalgica. Per questa rilevazione viene utilizzato un apposito strumento aziendale condiviso, la *grafica terapeutica integrata*.

Come richiesto dalla normativa regionale (DRG 1921/2007) l'Azienda ha elaborato il Piano assistenziale triennale per il controllo del dolore da travaglio attraverso il parto-analgesia, anche mediante metodiche non farmacologiche. Relativamente all'obiettivo di realizzare una risposta h24, a livello provinciale, concernente la possibilità di effettuare il parto in analgesia, sono stati effettuati alcuni incontri preliminari con le Aziende Sanitarie della Provincia ed è in fase di ultimazione un protocollo condiviso sulle modalità di offerta del servizio.

3.4.10 Gestione del rischio

Attuazione delle linee di indirizzo regionale in tema di gestione del rischio.

Nell'anno 2009, l'azienda ha proseguito il percorso di messa a regime di un sistema della gestione del rischio secondo quanto dettato dalle linee di indirizzo regionale. In particolare si è dato avvio alla implementazione della procedura aziendale sull'identificazione del paziente e si sono avviate iniziative formative del personale, svolgendo corsi di formazione, che hanno coinvolto, tutti i dirigenti e preposti individuati come titolari di responsabilità ai sensi della normativa vigente ed a tutti gli effetti referenti per la Direzione Aziendale in tema di gestione del rischio. Nel percorso di formazione è stato previsto un lavoro sul campo in cui ogni unità operativa ha curato l'implementazione del sistema di segnalazione interno (incident reporting) e ne ha dato evidenza.

Sempre nel 2009 l'azienda ha partecipato alla sperimentazione del percorso di valutazione del sistema di gestione del rischio proposta dalla Agenzia sanitaria regionale, tramite la compilazione di check list e interviste mirate da parte di una commissione regionale.

Un altro elemento in tema di gestione del rischio, formalizzatosi nel dicembre 2008 e consolidatosi nell'anno 2009, è relativo al percorso di mediazione dei conflitti strutturato in un sistema di cooperazione interaziendale tra l'Ausl di Imola, l'istituto ortopedico Rizzoli, Montecatone spa e l'ospedale privato Domus Nova di Ravenna.

Sempre a livello aziendale sono continuati i programmi per il controllo del rischio clinico: Farmacovigilanza; Emovigilanza; Rilevazioni cadute e LDD; Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (adesione al *Sich-RER* studio RER); Applicazione protocolli antibioticoprofilassi, igiene operando, etc..

Gestione dei danni provocati in corso di assistenza sanitaria nei diversi contesti di cura. L'AUSL di Imola ha proseguito nel 2009 in materia di responsabilità civile verso terzi, nella "cogestione dei sinistri", secondo appositi protocolli siglati anche dalle Compagnie assicurative. Tali protocolli operativi definiscono *iter* e competenze nella gestione del contenzioso giudiziale e stragiudiziale e assicurano all'Azienda, tramite gli uffici deputati alla gestione - Medicina Legale e Affari Legali, in collaborazione con i servizi sanitari - l'istruttoria dei casi e una determinazione congiunta con la Compagnia in termini di *an e quantum*. L'intervento della Medicina Legale aziendale, a fianco dei servizi sanitari interessati, consente azioni di prevenzione rispetto al danno e/o al conflitto. L'andamento generale della sinistrosità e lo stato dei singoli sinistri (comprese le riserve) vengono monitorati e aggiornati periodicamente, unitamente al *broker* e alle Compagnie.

3.5 Promozione del cambiamento tecnologico, clinico e organizzativo

3.5.1 Ricerca e Innovazione

Nel nuovo *Atto aziendale* il tema della Ricerca e Innovazione è stato recepito, come delineato nelle linee di indirizzo regionali, tra le funzioni di elaborazione e proposta del Collegio di Direzione. Nel corso del 2009 è proseguita l'attiva partecipazione alle diverse attività dell'Osservatorio Ricerca e Innovazione. In particolare, nell'ambito del *technology assessment* è stata individuata e segnalata con l'apposita scheda la *QF-PCR (Quantitative Fluorescence-Polymerase Chain Reaction)*, strumentazione utilizzata nel campo delle indagini citogenetiche. L'AUSL di Imola sta altresì collaborando con il gruppo regionale per l'implementazione dell'Anagrafe della ricerca. Riguardo i database clinici, si stanno implementando i seguenti registri: pazienti con gravi cerebrolesioni (GRACER); protesi d'anca (RIPO); sepsi in terapia intensiva (LASER). Si è

implementato il registro impianti defibrillatori e *pace-maker* e in collaborazione con Montecatone *Rehabilitation Institute*, il registro delle mielolesioni.

Per una illustrazione più dettagliata delle iniziative sul fronte della ricerca ed innovazione, si rimanda alla Sezione 6.

3.5.2 La gestione dell'emergenza e il Nuovo DEA

L'anno 2009 ha visto l'entrata in funzione del Nuovo Dipartimento di Emergenza e Accettazione, completando così il progetto di sviluppo e ammodernamento dell'Ospedale Santa Maria della Scaletta.

Con il Nuovo DEA la Comunità del Circondario Imolese può, così oggi, usufruire di un centro di riferimento innovativo per l'assistenza ai pazienti in emergenza, sia sotto il profilo delle tecnologie di cui è dotato, che della struttura, elementi che nella più moderna cultura ospedaliera connotano l'organizzazione sanitaria secondo una logica di intensità di cura.

La funzionalità, la razionalizzazione degli spazi, l'uso di nuove tecnologie sanitarie, l'introduzione di funzioni sanitarie innovative come l'Area Critica, un approccio al percorso del paziente e quindi all'utilizzo delle risorse umane necessarie per fornire un'assistenza appropriata, sono gli aspetti che caratterizzano l'innovazione di questo progetto e che inequivocabilmente induce su tutto l'ospedale un effetto positivo.

Nella Sezione 7 del presente Bilancio di Missione, a cui si rimanda, viene descritto in maniera più approfondito il progetto del Nuovo DEA sia da un punto di vista strutturale, che delle innovazioni tecnologiche, nonché di organizzazione delle attività clinico-assistenziali nel contesto della nuova palazzina del DEA.

L'avvio della nuova struttura ha costituito un'importante opportunità per affrontare un cambiamento anche e soprattutto di cultura professionale e allineare i professionisti a nuovi ruoli e a più moderne competenze.

L'aspetto più innovativo e sicuramente sfidante è stata la realizzazione di un'organizzazione assistenziale diversa per piano e per intensità di cure.

Nel progetto del nuovo DEA un nuovo elemento è rappresentato dalla creazione di un'area dedicata all'Osservazione Breve Intensiva (OBI), dotata di 8 posti letto estendibili a 10. L'OBI rappresenta una modalità assistenziale che consente ai medici del Pronto Soccorso, su casi selezionati a complessità moderata declinati in specifici protocolli interni, di utilizzare gli strumenti diagnostico-terapeutici in forma concentrata e di osservare nel tempo l'evoluzione del quadro clinico, di norma tra le 6 e le 24 ore, al fine di valutare la necessità di un ricovero. Questa attività, oltre a migliorare efficacia e sicurezza delle attività sia verso gli utenti che verso gli operatori e la struttura erogante, permette di governare l'appropriatezza del ricorso al ricovero.

L'individuazione di un'area dedicata per l'OBI consente di concentrare le risorse umane e tecnologiche funzionali all'esercizio di questa attività, evitando la commistione con la gestione della degenza ordinaria.

Come un'altra nuova forma di particolare interesse e sulla quale sono state effettuate valutazioni a livello locale, nell'ottica del miglioramento della qualità e della efficacia delle cure, è rappresentata dal tema dell'utilizzo, nell'area critica ed in particolare nell'area subintensiva, di approcci interdisciplinari e interprofessionali nella cura dei pazienti, comprendenti l'integrazione delle discipline specialistiche in campo medico e lo sviluppo di ulteriori competenze e l'acquisizione di maggiore autonomia in campo infermieristico.

Il modello strutturale concepito, che si estrinseca in un unico contenitore di diverse tipologie e diversi gradi di intensità di cura (terapia intensiva, semintensiva e terapia intensiva cardiologica), consente infatti lo sviluppo di un servizio e di una forma assistenziale flessibile, centrata sul paziente e permette i passaggi in cura tra i diversi settori. Il modello organizzativo sotteso prevede la definizione del bisogno assistenziale del singolo paziente, dei livelli e della gradazione dell'intensità delle cure e delle modalità di integrazione tra i professionisti. Un modello funzionale e organizzativo, pertanto, più centrata sul percorso clinico-assistenziale dei pazienti.