

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

PIANO STRATEGICO E ATTUATIVO LOCALE 2010-2013

AUSL DI IMOLA

*Approvato dalla Giunta del Nuovo
Circondario Imolese con delibera di
Conferenza dei Sindaci n. 71/2011*

INDICE

Piano Strategico e Attuativo Locale 2010-2013 AUSL Imola

PRESENTAZIONE	pag. 4
<u>IL PERCORSO DI CONSULTAZIONE E DI REDAZIONE DEL PIANO STRATEGICO</u>	pag. 9
parte prima	pag. 12
<u>PRINCIPI DI RIFERIMENTO, INDIRIZZI REGIONALI E LOCALI</u>	
<ul style="list-style-type: none">- <u>Mission e vision</u>- <u>L'integrazione sovra aziendale: le Aree Vaste</u>- <u>L'AUSL di Imola in AVEC</u>- <u>L'AUSL di Imola in AVR</u>- <u>Il rapporto con MRI</u>	
<u>LE PRINCIPALI LINEE di SVILUPPO E PROGRAMMAZIONE SANITARIA DELL'Az. USL DI IMOLA:</u>	pag. 24
<ul style="list-style-type: none">- <u>Governo Clinico e Gestione del Rischio</u>- <u>Sostenibilità economica ed equilibrio economico-finanziario</u>- <u>Accoglienza, facilitazione ed equità nell'accesso dei cittadini</u>- <u>La politica del farmaco</u>- <u>La responsabilità gestionale e la valorizzazione delle risorse umane</u>- <u>L'evoluzione strutturale, tecnologica e delle politiche energetiche</u>	
parte seconda	pag. 44
<ul style="list-style-type: none">- <u>Il profilo del Presidio Ospedaliero</u>- <u>Il profilo dello stabilimento di Imola</u>- <u>Il profilo dello stabilimento di Castel San Pietro</u>- <u>Il Distretto e il profilo del Territorio</u>- <u>Le Cure Primarie</u>- <u>Il Dipartimento di Sanità Pubblica</u>- <u>Il DSM: Come si reinterpreta la Psichiatria</u>- <u>Il DAT: L'evoluzione strutturale, tecnologica e delle politiche energetiche</u>	
parte terza	pag. 102
<ul style="list-style-type: none">- <u>Il Piano degli Investimenti 2010 - 2013</u>	
<u>LEGGI E DOCUMENTI DI RIFERIMENTO</u>	pag. 108
<u>ALLEGATO 1: AREE STRATEGICHE</u>	pag. 109
<ul style="list-style-type: none">- <u>Allegato 1.7 a</u> Evoluzione dello stabilimento di Castel S. Pietro Terme e Realizzazione della Casa della Salute- <u>Allegato 1.7 b</u> Evoluzione del Polo Sanitario di Medicina e Realizzazione della Casa della Salute- <u>Allegato 1.7 c</u> Proposta metodologica per la riorganizzazione del presidio Sanitario Ospedale Vecchio – Lolfi e per la realizzazione di una Casa della Salute	
<u>ALLEGATO 2: PLANIMETRIE E INTERVENTI STRUTTURALI DI MEDIO TERMINE OSPEDALE DI IMOLA</u>	pag.179

PAROLE CHIAVE

- [Prevenzione](#)
- [Assistenza d'iniziativa](#)
- [Casa della salute: Castel S. Pietro T.;](#) [Medicina;](#) [Imola](#)
- [Cure primarie](#) e [Nuclei Cure Primarie](#)
- [Consultorio](#) e [Spazio giovani](#)
- [Politica del farmaco](#)
- [Gradualità / intensità delle cure](#)
- [Gradualità delle cure in area medica](#)
- Percorsi diagnostici: [ictus](#), [scompenso cardiaco](#), [assistenza oncologica e cure palliative](#), [riabilitazione](#), [percorso nascita](#),
- [Emergenza](#)
- [Dipartimento Salute Mentale](#)
- [La riorganizzazione del laboratorio](#)
- [Investimenti strutturali \(edilizia\)](#)
- [Valorizzazione delle risorse umane](#)

PRESENTAZIONE

La pianificazione strategica dell'Azienda USL di Imola, cioè la definizione degli obiettivi di medio termine e lo sviluppo delle azioni che mirano al loro perseguimento, è una metodologia volta a razionalizzare le decisioni aziendali e costituisce un processo fondamentale per raggiungere con successo le finalità istituzionali e per rendere i processi gestionali più coordinati e razionali.

Attraverso la pianificazione strategica le funzioni aziendali sono coerenti nel conseguimento di obiettivi generali predeterminati e i diversi livelli aziendali sono responsabilizzati al perseguimento degli stessi.

La pianificazione strategica consente di controllare e di guidare nel tempo le attività dell'Azienda USL, fornendo a tutti gli attori interni un importante **strumento di navigazione**: una mappa su come operare nel futuro per raggiungere le destinazioni auspiccate.

Tutti i più moderni approcci alla pianificazione strategica evidenziano la necessità per le Aziende di costruire una strategia proattiva che, a partire dall'analisi del contesto, invece di limitarsi ad adattarsi ai cambiamenti sopraggiunti, sappia tendere per quanto possibile ad anticiparli, se non addirittura a promuovere attivamente lo sviluppo di quelli più favorevoli.

La pianificazione strategica definisce, sulla base di priorità e obiettivi, gli interventi da attuare; ad essa spetta il compito di intercettare i nuovi bisogni che emergono dai mutamenti sociali, economici e culturali della popolazione e di indicare interventi e risposte adeguate.

La pianificazione strategica rappresenta inoltre per tutti gli attori aziendali un efficace **strumento di controllo** dell'attività aziendale, perché permette di verificare, nel corso del tempo, gli scostamenti dei risultati reali da quelli previsti, rendendo possibile la rendicontazione e l'attuazione di eventuali interventi o azioni correttive.

Con le pregresse esperienze di programmazione, sia in ambito sociale che sanitario, si sono compiute a livello locale esperienze di rilevante importanza, costruendo relazioni significative tra i diversi livelli istituzionali e tra diversi attori pubblici e privati; pur tuttavia queste esperienze hanno ancora scontato limiti di settorialità e separatezza tra le diverse aree di intervento.

Il nuovo assetto della "governance", delineato dal **Piano Sociale e Sanitario 2008-2010** della Regione Emilia Romagna attribuisce un ruolo

**PERCHE' UN PIANO
STRATEGICO**

**IL PIANO STRATEGICO
NEL CONTESTO DELLA
PROGRAMMAZIONE
SOCIALE E SANITARIA**

di maggiore pregnanza agli Enti Locali in materia di programmazione sanitaria e politiche per la salute, e pone come obiettivo prioritario il superamento della programmazione settoriale, proponendo un modello di integrazione stretta, in primo luogo fra l'area sociale e sanitaria, ma anche con l'area educativa, della formazione, del lavoro, dell'urbanistica e della cultura. Alla programmazione locale spetta il compito di calibrare, secondo le peculiarità del territorio amministrato, le scelte in tema di garanzia e tutela socio-sanitaria.

Nel nostro territorio gli orientamenti di fondo della programmazione sono definiti negli **Atti di Indirizzo e Coordinamento**, che la Giunta del Nuovo Circondario Imolese e la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Bologna congiuntamente elaborano e approvano.

La scelta attuata di agire nella programmazione istituzionale delle politiche di welfare in modo congiunto, tra Giunta del Nuovo Circondario Imolese e Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Bologna, rappresenta un'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 territoriali, valorizzando la storia, le capacità elaborative e le abilità realizzative ed evolutive delle diverse Aziende Sanitarie.

In data 31 agosto 2011 è stato approvato dall'Assemblea del Nuovo Circondario Imolese il Programma Attuativo 2011 del **Piano per la Salute ed il Benessere Sociale 2009-2011**, documento conclusivo della programmazione socio-sanitaria integrata del triennio, redatto secondo le linee direttive di cui all'Atto di Indirizzo e Coordinamento 2008-2010, che ha completato l'individuazione degli obiettivi generali e settoriali nelle diverse aree: sanitaria, sociale, socio-sanitaria, e della non autosufficienza dei servizi territoriali.

Entro il 2011 sarà elaborato un nuovo Atto di Indirizzo e Coordinamento e coerentemente un nuovo Piano per la Salute ed il Benessere Sociale (2012-2014), con obiettivi integrati e complementari ai contenuti del presente Piano.

Il **Nuovo Circondario Imolese** (NCI), espressione istituzionale e di rappresentanza delle comunità locali, è la sede naturale dell'analisi e dell'elaborazione delle scelte strategiche e delle priorità di intervento, decise con il coinvolgimento di tutti i soggetti preposti.

La Giunta del NCI, riassumendo in sé le funzioni di Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e di Comitato di Distretto per il nostro territorio, avvalendosi della collaborazione dell'Ufficio di Supporto e

dell'Ufficio di Piano, opera per raccordare i diversi livelli (regionale, provinciale e locale) e i diversi strumenti di pianificazione (Piano per la Salute, Piano di Zona per la Salute ed il Benessere Sociale, Piano Strategico Aziendale e Piano Attuativo Locale).

Il **Piano Strategico Aziendale 2010-2013**, è il documento programmatico la cui elaborazione è stata avviata nel corso del 2010, e che dovrà guidare l' Azienda USL di Imola nei prossimi 3 anni, definendone il ruolo nel contesto sociale, geografico e culturale del Nuovo Circondario Imolese, rafforzando competenze ed autonomia dell'Azienda all'interno della nuova organizzazione regionale, che aggrega le Aziende UsI in Aree Vaste.

**PIANO STRATEGICO
AZIENDALE 2010-2013**

Ferme restando le relazioni definite ed in essere con le Aziende USL della Romagna, è una necessità, per la nostra Azienda, essere parte attiva nell'ambito dei processi di discussione e decisione che avvengono entro l'area metropolitana di Bologna e nell'Area Vasta Emilia Centro. Questo perché le scelte altrui inevitabilmente impattano sulla sanità imolese e l'autonomia non deve essere confusa con l'isolamento. In definitiva, il superamento delle rivalità e delle logiche competitive, permetterà di svolgere un ruolo peculiare nell'ambito dello sviluppo delle reti cliniche provinciali ed instaurare relazioni strutturate con i servizi territoriali delle Aziende Sanitarie bolognesi e della Romagna, apportando le nostre competenze e capacità innovative in una logica di collaborazione e reciprocità. Un ulteriore elemento di consolidamento dell'autonomia locale, viene dalla recente conclusione della sperimentazione gestionale dell'Istituto di Riabilitazione di Montecatone, già da oggi divenuta società a capitale totalmente pubblico, con la missione di mantenere gli alti livelli di eccellenza raggiunti in campo riabilitativo. Entro il 2011, completata la ridefinizione dell'assetto gestionale di questa società, l'Azienda dovrà rivedere e rendere maggiormente sinergici i percorsi clinico assistenziali e le collaborazioni con questo importante centro pubblico di riferimento nazionale per la riabilitazione.

Il documento si compone di una [prima parte](#) descrittiva dei principi di riferimento, dei principali indirizzi regionali e locali e delle linee prioritarie di sviluppo e programmazione sanitaria dell'Azienda USL di Imola.

La [seconda parte](#) descrive in modo più analitico l'evoluzione attesa nel profilo dei livelli di assistenza (Presidio Ospedaliero, Distretto, Cure Primarie, Sanità Pubblica, Salute Mentale) e nel Dipartimento Amministrativo e Tecnico.

La [terza parte](#) è dedicata al piano degli investimenti strutturali e tecnologici.

[L'allegato 1](#) contiene gli approfondimenti in termini di obiettivi operativi, azioni, strumenti e tempi relativi alle aree strategiche di intervento; [l'allegato 2](#) descrive gli interventi strutturali previsti nel periodo di vigenza del presente piano e nel medio termine.

Una volta completato il percorso di consultazione previsto, il documento potrà assumere la veste compiuta di **Piano Strategico e Attuativo Locale 2010-2013**.

**PIANO STRATEGICO E
ATTUATIVO LOCALE 2010-
2013**

I contenuti sono il risultato di un processo preparatorio articolato e condiviso dalle componenti professionali dell'Azienda, durante il quale l'integrazione ed il confronto sono stati metodo e sostanza del lavoro svolto.

Il [processo che ha portato alla consultazione preliminare](#), alla redazione, alla revisione ed alla validazione del documento è descritto analiticamente nel paragrafo successivo.

Il documento ha visto partecipare alla stesura i soggetti istituzionali che ai diversi livelli contribuiscono alla governance allargata (Nuovo Circondario Imolese, Ufficio di Piano e di Supporto, Consigli Comunali dei 10 comuni dell'AUSL).

**LA PARTECIPAZIONE
ALLA ELABORAZIONE DEL
PIANO**

L'orientamento di fondo è stato inoltre quello di arrivare a costruire processi decisionali, programmatori e attuativi locali, fortemente partecipati dalle organizzazioni della società civile, dalle parti sociali, dal terzo settore e dai rappresentanti delle stesse persone e famiglie che esprimono esigenze di cura.

Altrettanto da sottolineare è il percorso di condivisione attuato all'interno all'Azienda Sanitaria, con il coinvolgimento diretto delle componenti professionali del **Collegio di Direzione** e dei **Comitati di Dipartimento**, che ha permesso la raccolta di diversi contributi, frutto di una profonda riflessione interna iniziata oltre un anno fa.

Il risultato è un piano che cerca di coniugare l'ambizione delle strategie con la fattibilità delle stesse, e che rappresenta la strada che l'Azienda USL di Imola, insieme ai suoi professionisti e all'intera comunità, intende percorrere per completare il suo processo di risanamento, ammodernamento e sviluppo.

Le risorse umane, i professionisti della sanità, rappresentano il patrimonio più grande della nostra organizzazione, e saranno sempre più chiamati in

**UNO SGUARDO AL
FUTURO**

futuro a disporre di determinati livelli di conoscenza e competenza a carattere tecnico, gestionale, normativo (sapere), e, altresì, a mettere in atto tutto questo nella pratica operativa (saper fare); infine, si attende che il loro ruolo si espleti a livelli motivazionali e relazionali soddisfacenti (saper essere).

Tutte le organizzazioni, così come gli individui che le compongono, sono da un lato legate alle esperienze del passato e, dall'altro, proiettate nel futuro.

Il passato è una fonte di indispensabile stabilità, alimenta le routine del presente e rappresenta una spinta potente per affrontare il futuro con un'inerzia che non è solo un vincolo, ma anche una condizione di equilibrio. Il passato garantisce identità, riconoscimento ed infonde sicurezza.

Il futuro può sfidare le coerenze realizzate, talora mette in discussione il patrimonio di esperienze acquisite e costringe spesso a faticose riconquiste di equilibri accettabili.

Tutti i sistemi organizzati ed intenzionalmente guidati riflettono sul passato cercando di gestirne le spinte e, al tempo stesso, guardano al futuro, ne immaginano l'evoluzione e cercano di intervenire sulle direzioni storicamente impresse e sulle consolidate inerzie comportamentali.

L'equilibrio fra ciò che il passato consegna e le possibilità che potrebbero emergere dal futuro è un elemento importante e delicato nella vita aziendale. Nel nostro caso tale equilibrio necessita di un importante momento di ripensamento; in una fase in cui lo scenario generale è connotato da forti incertezze legate prevalentemente alla congiuntura economica sfavorevole, diventa ancor più importante avere, e di conseguenza trasmettere, chiarezza sulle strategie da perseguire, coerenti col passato, ma in grado di cogliere le sfide dell'attualità e del futuro.

IL PERCORSO DI CONSULTAZIONE E DI REDAZIONE DEL PIANO STRATEGICO ED ATTUATIVO LOCALE (PSA/PAL) 2010- 2013 DELL'AUSL DI IMOLA

Il Piano Strategico ed Attuativo 2010-2013 dell'Ausl di Imola è il risultato di un intenso lavoro di squadra, realizzato su mandato della Giunta del Nuovo Circondario Imolese, della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Bologna e della Direzione Generale dell'Azienda USL di Imola.

Il percorso di predisposizione della proposta di Piano Strategico che sarà presentata pubblicamente oggi, 28 ottobre 2011, si è snodato, senza soluzione di continuità, attraverso 3 fasi, che hanno impegnato tutte le componenti dell'Ausl di Imola, le Istituzioni del territorio e gli organismi di rappresentanza della società civile per quasi due anni.

1° fase - L'ascolto e la definizione delle principali linee di programmazione

- **26 gennaio 2010** Tavolo di Coordinamento Gestionale Ausl Imola (programmazione attività)
- **05 febbraio 2010** Direzione di Presidio e Dipartimenti ospedalieri Ausl Imola
- **10 febbraio 2010** Distretto e Dipartimento Cure Primarie Ausl Imola
- **11 febbraio 2010** Dipartimento Sanità Pubblica Ausl Imola
- **19 febbraio 2010** Dipartimento di Salute Mentale Ausl Imola
- **24 febbraio 2010** Incontro plenario con tutti i dipendenti dell'Ausl Imola c/o Sala Convegni SACMI
- **16 marzo 2010** OO.SS. Confederali (prima presentazione)
- **23 marzo 2010** Comitato di redazione (insediamento per avvio dei lavori)
- **24 marzo 2010** Giunta del Nuovo Circondario Imolese (presentazione linee di programmazione)

2° fase - L'elaborazione di idee e proposte operative e le valutazioni di fattibilità

- **16 giugno 2010** Giunta del Nuovo Circondario Imolese (approvazione linee programmazione)
- **08 settembre 2010** Collegio di Direzione Ausl Imola (discussione indirizzi)
- **23 settembre 2010** Comitato di Redazione (valutazione prima stesura)
- **28 settembre 2010** Costituzione di gruppi di lavoro interni per approfondimento di tematiche trasversali (*“accoglienza, facilitazione ed equità di accesso”; “politiche del farmaco”; “investimenti, tecnologie e politiche energetiche”; “valorizzazione risorse umane”*)
- **05 Novembre 2010** OO.SS. Comparto
- **09 Novembre 2010** Tavolo di Coordinamento Gestionale Ausl Imola
- **15 Novembre 2010** Collegio di Direzione Ausl Imola
- **17 Novembre 2010** Giunta del Nuovo Circondario Imolese (presentazione linee di sviluppo)
- **01 Dicembre 2010** Comitato Consultivo Misto (stato di avanzamento)

3° fase - La redazione di un documento esaustivo e l'avvio del confronto istituzionale

- **25 Gennaio 2011** OO.SS Confederali (prime linee di indirizzo)
- **17 Febbraio 2011** Tavolo di Coordinamento Gestionale
- **07 Marzo 2011** Collegio di Direzione (stato avanzamento)
- **09 Marzo 2011** Giunta Nuovo Circondario Imolese (stato di avanzamento)
- **24 Marzo 2011** Conferenza stampa di presentazione del percorso di condivisione del documento di programmazione strategica della sanità locale 2010-2013
- **30 Marzo 2011** Consiglio Comunale Castel S. Pietro T. (presentazione)
- **13 Aprile 2011** Medici di Medicina Generale (presentazione)
- **14 Aprile 2011** Commissione Sanità Comune di Imola (presentazione)
- **18 Aprile 2011** Seminario interno “Il Piano Strategico ed Attuativo Locale dell’AUSL di Imola 2010-2013”
- **28 Aprile 2011** Consiglio Comunale di Dozza (presentazione)
- **05 Maggio 2011** Dipendenti Ausl sede Castel S. Pietro T. (presentazione)
- **16 Maggio 2011** Consiglio Comunale di Medicina (presentazione)
- **18 Maggio 2011** Consiglio Comunale di Castel Guelfo (presentazione)
- **20 Maggio 2011** OO.SS Confederali (presentazione)
- **26 Maggio 2011** Consiglio Comunale di Mordano (presentazione)
- **31 Maggio 2011** Consiglio Comunale di Borgo Tossignano (presentazione)
- **06 Giugno 2011** Consiglio Comunale di Fontanelice (presentazione)
- **14 Giugno 2011** Assessore Sanità Castel Del Rio (presentazione)
- **28 Settembre 2011** Presentazione PSA/PAL OO.SS Comparto
- **29 Settembre 2011** Collegio di Direzione Ausl Imola
- **05 Ottobre 2011** Comitato Consultivo Misto degli Utenti e Comitato Utenti e Familiari della Salute Mentale (presentazione)
- **12 Ottobre 2011** Giunta Nuovo Circondario Imolese (presentazione delle variazioni introdotte nel corso del percorso di condivisione)
- **13 Ottobre 2011** Conferenza Stampa (presentazione delle variazioni introdotte nel corso del percorso di condivisione)
- **14 ottobre 2011** Incontro tra AUSL Imola, SPI CGIL e Confederali CGIL di

- **28 Ottobre 2011** Imola e Bologna, Nuovo Circondario Imolese
Incontro pubblico di condivisione del PSA/PAL.

Si ringraziano per la collaborazione tutti i Comitati di Dipartimento aziendali, le Organizzazioni Sindacali dell'Area della Dirigenza e del Comparto, le Organizzazioni Sindacali dei Medici di Medicina Generale, i referenti dei Nuclei delle Cure Primarie.

parte prima

PRINCIPI DI RIFERIMENTO, INDIRIZZI REGIONALI E LOCALI

In coerenza con quanto fin qui descritto, nel contesto del Piano Strategico una posizione di rilievo è assunta dai principi di riferimento, distinti come segue.

I principi del Sistema Sanitario Nazionale, già definiti nella nostra Carta Costituzionale, ormai da anni immutati, tanto che le riforme succedutesi riguardano, per così dire, il modo con cui tali principi possono essere garantiti, in una società il cui continuo mutamento è connotato da una crescente complessità. A questo proposito basti pensare alla trasformazione della società italiana in società multietnica, a gradi diversi di riconoscimento di cittadinanza, e con riconoscimento univoco alle persone dell'intervento sanitario come bisogno primario;

**LIBRO BIANCO SUI
PRINCIPI
FONDAMENTALI DEL
SERVIZIO SANITARIO
NAZIONALE - 2008**

I principi del Sistema Sanitario Regionale, coerenti e confermativi dei primi, per quanto la regionalizzazione della Sanità ne introduca altri, ovvero differenze nell'interpretazione dei principi originari;

**ARTICOLI 1 E 2 DELLA
LEGGE REGIONALE N. 29
DEL 2004**

I principi alla base della programmazione strategica dell'Azienda Usi di Imola:

- **Autonomia organizzativa**, nell'ambito delle regole di sistema e per il perseguimento di scopi leciti, finalizzata alla diversificazione e alla ottimizzazione dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi offerti, ed alla migliore aderenza possibile ai bisogni espressi dal contesto territoriale;
- **Sostenibilità economica**, cioè capacità di generare una stabilità duratura degli indicatori economici, un solido equilibrio nel rapporto dinamico fra finanziamento e costi dei livelli di assistenza (LEA), combinando efficacemente le risorse disponibili, anche al fine di valorizzare la specificità dei servizi offerti e rafforzare l'autonomia aziendale;
- **Innovazione clinico-assistenziale, strutturale, tecnologica ed**

organizzativa, cioè introduzione regolata di significativi cambiamenti nei processi di cura, nelle strutture, nelle tecnologie sanitarie e nelle funzioni interne all'Azienda, condizione essenziale per lo sviluppo ed il miglioramento della qualità dei servizi offerti;

– **Autosufficienza territoriale**, ovvero perseguimento del dimensionamento e della funzionalità ottimale dei servizi necessari a soddisfare localmente la domanda di assistenza attesa nella popolazione residente, sulla base delle sue caratteristiche epidemiologiche e demografiche;

– **Non ridondanza dei servizi**, per superare gestioni frammentarie e garantire dimensioni e composizione ottimali delle unità operative dal punto di vista della funzionalità e della economicità, in equilibrio con le esigenze di decentramento, di accessibilità dei servizi e di continuità della cura;

– **Inclusività ed integrazione** delle componenti dell'organizzazione nella produzione di prestazioni e servizi, superando logiche di proprietà esclusiva delle risorse messe a disposizione (personale, spazi ambulatoriali, posti letto, sale operatorie, tecnologie sanitarie, ecc.), favorendo la mobilità degli operatori in luogo della mobilità degli assistiti, laddove possibile, per favorire efficienza operativa, prossimità della risposta ed equità di accesso alle prestazioni;

– **Differenziazione delle vocazioni distintive o di eccellenza dei servizi**, su scala aziendale, di area vasta o regionale, con l'obiettivo di combinare le esigenze di qualità, di efficienza operativa, e di valorizzazione delle competenze professionali, per quelle funzioni per le quali è necessario concentrare l'offerta per rarità delle condizioni, complessità dell'assistenza o per sofisticazione dei sistemi tecnologici di supporto ovvero integrarla nell'ambito di reti cliniche.

Dalla combinazione dei principi sopra descritti discendono missione e visione dell'Azienda USL di Imola.

MISSIONE

L'Azienda Sanitaria di Imola è precipuamente impegnata nel governo della domanda di servizi e prestazioni sanitarie e nel governo dell'offerta dei livelli essenziali di assistenza, rivolta ai cittadini residenti nell'ambito territoriale di competenza e ai cittadini che liberamente scelgono i servizi offerti dalle sue strutture assistenziali e dai suoi professionisti.

**DAL PIANO STRATEGICO
AZIENDALE 2006-2009**

L'Azienda Sanitaria di Imola vuole:

- tutelare la salute dei propri assistiti, mediante interventi di informazione sanitaria e prevenzione primaria, tesi a incidere positivamente sugli stili di vita e sui comportamenti a rischio;
- offrire i servizi e le prestazioni di cura e assistenza, con tempestività e continuità, tendendo continuativamente all'eccellenza;
- posizionarsi nelle reti integrate di servizi, in collaborazione con i centri di riferimento regionali per l'alta specialità.

L'Azienda Sanitaria di Imola realizza quanto sopra secondo i principi di universalità, equità, appropriatezza ed evidenza dell'efficacia, e realizza il governo economico dei finanziamenti dei cittadini, perseguendo l'allocazione ottimale delle risorse assegnate, secondo principi di efficienza ed economicità.

Per il perseguimento dei suoi scopi, l'Azienda Sanitaria di Imola agisce con la pratica continua dell'integrazione e valorizzazione delle sue molteplici professionalità interne, della in-formazione sanitaria socialmente diffusa, della ricerca e dell'innovazione, della formazione e dell'aggiornamento.

VISIONE

Le principali direzioni d'impegno che l'Azienda USL di Imola ha fatto proprie ed intende sviluppare nel prossimo triennio, in collaborazione con gli altri attori della comunità, a beneficio dei propri assistiti, sono:

UNA NUOVA VISIONE

- 1) assicurare equità nella salute, abbattendo il divario attribuibile alle differenti possibilità di accesso alle cure ed ai servizi tra i diversi gruppi di popolazione presenti nel territorio aziendale;
- 2) migliorare la qualità della vita, tendendo a massimizzare il benessere dei nostri assistiti, in modo particolare prevenendone e ritardandone il deterioramento attraverso la diffusione di stili di vita salutari;
- 3) arricchire di salute la vita, mediante un efficace riduzione della malattia e della disabilità;
- 4) aggiungere anni alla vita, riducendo le morti evitabili.

L'AZIENDA USL ED IL CONTESTO LOCALE

Nel contesto socio-culturale ed economico di riferimento, l'Azienda USL di Imola occupa una posizione di preminenza, sia sul locale mercato del lavoro, sia, più in generale, sul sistema produttivo del territorio.

L'Azienda offre direttamente occupazione a oltre 1.700 persone, ai quali vanno aggiunti i medici a rapporto convenzionale. Complessivamente il personale impiegato, a vario titolo, nell'Azienda Usl di Imola è pari al 5% circa della forza lavoro complessiva del territorio.

Il monte salari e compensi complessivo erogato al personale dipendente e convenzionato è pari a circa 100 milioni di euro/anno.

Si deve, poi considerare l'effetto di volano economico ed occupazionale indotto dall'Azienda Usl sul territorio: al dato riguardante i dipendenti dell'AUSL di Imola va, infatti, aggiunto l'indotto generato sulle imprese del territorio, sia in ordine alla rilevante mole di risorse economiche gestite (oltre 200 milioni di euro/anno di sola spesa corrente) che per la crescente quota di attività, sanitarie e non, esternalizzate.

**LE RELAZIONI CON IL
CONTESTO PRODUTTIVO**

Sul versante delle relazioni istituzionali l'Azienda USL di Imola riconosce il primato nelle funzioni di programmazione e controllo strategiche del Nuovo Circondario Imolese, organo cui compete l'elaborazione delle linee di programmazione sociale e sanitaria e la definizione delle priorità di intervento.

**LE RELAZIONI
ISTITUZIONALI**

L'AUSL ha un ruolo di partner privilegiato per la formulazione dei piani di programmazione integrata con i Comuni, la Scuola e le altre istituzioni presenti sul territorio; beneficia della coesione sociale e delle politiche condivise dei dieci Comuni del Circondario, per sviluppare meglio e più rapidamente i servizi sociali e sanitari. Riceve, altresì, grande collaborazione dall'universo delle associazioni di volontariato più rappresentative presenti sul territorio.

All'Azienda USL di Imola viene richiesta una grande attenzione e sensibilità alle problematiche particolari dei diversi contesti territoriali, ed alla modulazione delle risposte dei servizi socio-sanitari sulle esigenze dei cittadini, cogliendo le specificità locali, pur con l'attenzione a non creare svantaggiose ridondanze di servizi.

All'Azienda USL di Imola viene chiesto di essere alleata principale nello sviluppo del territorio, mettendo a disposizione competenze e risorse in grado di supportare ed accompagnare lo sviluppo stesso quali le politiche per l'ambiente, la capacità di ricerca e didattica con l'Università, i modelli di integrazione sociale e sanitaria, ecc.

Le problematiche emergenti sul territorio che richiedono un nuovo

approccio delle istituzioni e dell'Azienda USL di Imola attengono allo sviluppo di politiche integrate sanitarie e sociale nei confronti dei bambini, dei giovani, delle donne con particolare riguardo alla popolazione immigrata, sia di recente immigrazione che di seconda generazione; altre politiche di integrazione già presenti devono essere consolidate, in particolare l'assistenza agli anziani, ai disabili, ai pazienti psichiatrici, introducendo elementi innovativi che migliorino l'assistenza e permettano sinergie di intervento.

Nella realtà imolese esiste molta sensibilità ed attenzione agli aspetti della formazione in medicina; questo fatto coniugato alla presenza di una offerta di servizi di ottimo livello e di assoluto rilievo ha fatto sì che l'attività formativa che si svolge in questa sede stia crescendo di quantità e qualità. L'Azienda USL di Imola collabora con l'Università di Bologna alla gestione e realizzazione di [4 Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie](#) della Facoltà di Medicina e Chirurgia (Terapista della Riabilitazione, Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, Infermiere Professionale ed Educatore Professionale), mettendo a disposizione spazi didattici e figure professionali di ogni profilo professionale attinenti ai corsi attivati, nel rispetto della normativa e delle convenzioni in essere.

LE RELAZIONI CON L'UNIVERSITA'

Recentemente i rapporti con l'Università di Bologna sono stati ulteriormente integrati da un rapporto di convenzione nell'ambito dell'area della Medicina Legale.

Sempre in virtù di un convenzionamento è resa possibile la frequenza di medici specializzandi in Urologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna presso l'Unità Operativa di Urologia dell'Azienda USL di Imola.

La nostra azienda è inoltre da alcuni anni sede di corsi di Master in infermieristica geriatrica e sanità pubblica, oltre che dell'attività della Unità Operativa di Gastroenterologia, a direzione universitaria, che è anche sede di un Master universitario avanzato in endoscopia.

L'INTEGRAZIONE SOVRA AZIENDALE: LE AREE VASTE

Lo sviluppo della logica delle Aree Vaste (AV), come previsto dalla recente delibera regionale, si sta orientando verso un ruolo di integrazione per l'esercizio congiunto o di rete di funzioni specifiche delle Aziende Sanitarie, rappresentando quindi un importante momento organizzativo, in grado di migliorare i servizi resi alla

popolazione e la sostenibilità economica ed evitando i rischi di frammentazione, scarsa qualità e diseconomie conseguenti.

L'esperienza di questi anni ha dimostrato che è possibile costruire un graduale allargamento degli ambiti di integrazione fra le aziende sia per funzioni di tipo amministrativo e tecnico, sia per funzioni di tipo sanitario, con risultati di miglioramento della qualità e dell'efficienza.

Fra le funzioni amministrative o a prevalente contenuto tecnico-logistico che si prestano ad una integrazione sovra-aziendale possono essere annoverati i servizi di approvvigionamento, di logistica economica, la gestione stipendi, i concorsi, la formazione, le assicurazioni, mentre fra i servizi tecnici sono compresi i servizi di progettazione degli immobili, i servizi di ingegneria clinica e fisica sanitaria, i servizi informatici e i centri di elaborazione dati.

**LE FUNZIONI
AMMINISTRATIVE E
TECNICHE**

Fra le funzioni sanitarie che si prestano a concentrazione sono compresi i laboratori di analisi cliniche, i servizi di immunoematologia e trasfusionale e la logistica farmaceutica; molte altre funzioni sanitarie possono trovare sviluppo in AV secondo il modello delle **reti cliniche integrate**, con l'individuazione dei rispettivi bacini d'utenza sovra aziendali.

LE FUNZIONI SANITARIE

Gli interventi di razionalizzazione e di ottimizzazione in AV possono giungere fino alla concentrazione fisica di interi settori di funzioni tecnico-amministrative ovvero di servizi intermedi.

In altri settori, quali quelli direttamente implicati nell'assistenza, si agisce invece in maniera integrata per assicurare i migliori standard possibili in condizioni di massima prossimità geografica; in questi casi, dove la concentrazione provocherebbe cambiamenti significativi nell'accessibilità ai servizi, si realizza una integrazione di tipo funzionale per mantenere i servizi quanto più prossimi ai destinatari, sino al punto in cui il decentramento non comprometta la qualità delle prestazioni.

L'AZIENDA USL DI IMOLA NEL CONTESTO DELL'AVEC

L'Azienda USL di Imola appartiene alla Provincia di Bologna, condivide politiche comuni nell'ambito della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria provinciale ed ha instaurato molte relazioni specifiche con alcuni settori dell'Azienda USL di Bologna, con l'Azienda Ospedaliera S.Orsola-Malpighi e con l'Istituto Ortopedico Rizzoli.

LE RELAZIONI ESISTENTI

Condivide inoltre strategie di politica degli acquisti ed indirizzi gestionali ed amministrativi con tutte le aziende dell'Area Vasta Emilia Centro, comprese le Aziende Sanitarie di Ferrara.

Il ruolo dell'Azienda USL di Imola nell'ambito dell'AVEC non è marginale, anzi, può diventare strategico se vengono amplificati gli aspetti di collaborazione e di innovazione che Imola può apportare a diversi settori dell'offerta socio-sanitaria in ambito provinciale, se si realizza l'acquisizione di competenze incrementali presenti nelle altre aziende, al riparo da logiche di competizione, in un contesto di composizione regolamentata dell'offerta, favorevole al soddisfacimento dei bisogni emergenti dalla popolazione assistita.

Perché questo auspicio si possa tradurre operativamente è giocoforza necessario definire compiutamente il ruolo ed le attività del Presidio Ospedaliero di Imola, nell'ambito della prospettiva di sviluppo delle reti cliniche in ambito provinciale, per migliorarne ed evidenziarne le potenzialità e le competenze specifiche; sinergie significative possono inoltre essere realizzate in Area Vasta per le attività dei [Dipartimenti di Salute Mentale](#) e [Sanità Pubblica](#).

La migliore definizione dei rapporti, la formalizzazione di relazioni strutturate con i servizi specialistici delle aziende sanitarie della Provincia di Bologna, possono dare valore aggiunto agli accordi attualmente esistenti, realizzando percorsi che diano visibilità alle competenze ed alle reciprocità professionali e che assicurino, ai cittadini, continuità nei percorsi diagnostico terapeutici.

Viene, di fatto, consolidato un ruolo dell'Azienda USL di Imola nell'ambito della provincia che non si esaurisce nella partecipazione organizzata alle reti hub & spoke (Centrale Operativa 118, Trauma Center, Riabilitazione Intensiva, Neuroscienze, Trapianto di organi e tessuti, Assistenza Intensiva Perinatale e Pediatrica, Genetica medica e Malattie rare) peraltro necessaria ad assicurare ed elevare i livelli di qualità dei servizi offerti, ma anche nelle competenze e nelle opportunità che reciprocamente possono essere scambiate fra tutte le componenti aziendali.

Alcuni esempi, non esaustivi, sono il Laboratorio Analisi, il Servizio di Immunoematologia e TrASFusionale, il Laboratorio di Citogenetica, l'attività dei trapianti di cornea, la eco-endoscopia, l'Emergenza Territoriale, la Neonatologia, ecc..

Per molte di queste attività in regime ambulatoriale e di ricovero si registrano in effetti significativi volumi di scambi di mobilità fra le Aziende

LE RETI HUB & SPOKE

USL dell'AVEC; in sintesi, occorre realizzare un nuovo modello di relazioni strutturate e formali che assicurino uno sviluppo delle competenze del Presidio Ospedaliero di Imola, inserito compiutamente nelle reti cliniche provinciali.

In tal senso, oltre alle collaborazioni già esistenti, è auspicabile un impegno reciproco delle direzioni aziendali per assicurare la continuità della relazioni, senza lasciarla solo all'iniziativa dei singoli professionisti operanti nelle aziende di AVEC.

LO SVILUPPO DELLE RETI CLINICHE

Alcune tematiche prioritarie da sviluppare ed approfondire nell'ambito di gruppi tecnici aziendali e interaziendali, e con il confronto con le altre aziende dell'AVEC, sono:

1. la costituzione di una rete di Medicina di laboratorio che inserisca il laboratorio di Imola nella rete laboratoristica della provincia di Bologna;
2. la definizione delle relazioni e dello sviluppo del Servizio di Immunoematologia e Trasfusionale di AVEC, nelle funzioni di raccolta sangue ed emoderivati, di laboratorio/officina trasfusionale e di medicina trasfusionale;
3. lo sviluppo del ruolo di hub per le province di Bologna e Ferrara per il laboratorio di Citogenetica dell'Azienda USL di Imola;
4. lo sviluppo di strategie comuni per affrontare l'emergenza psichiatrica, con risposte integrate e differenziate fra territori;
5. la costruzione di percorsi condivisi in neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza per assicurare risposte qualificate ai problemi di alta complessità clinica (III livello);
6. la predisposizione di linee guida comuni per le principali attività del Dipartimento di Sanità Pubblica;
7. il consolidamento delle relazioni fra le due banche delle cornee (Imola e Bologna) per un potenziamento ed una specificazione ulteriore delle competenze distintive;
8. Il potenziamento delle attività di Day Surgery multidisciplinare a Castel San Pietro, in grado di affrontare le necessità non solo dell'Azienda USL di Imola ma anche di parte del territorio di Bologna;
9. il potenziamento dell'assistenza neonatale, corrispondente per intensità assistenziale alla presenza di un punto nascita di II livello, nonché del servizio di trasporto assistito materno (STAM) e neonatale d'urgenza (STEN) verso i centri di III livello dell'AVEC;
10. la collaborazione con l'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Bologna

per affrontare insieme attività di tipo logistico (magazzino unico farmaceutico ed economale).

L'AZIENDA USL DI IMOLA NEL CONTESTO DELL'AVR

La posizione geografica del Circondario Imolese, a cavaliere fra l'Emilia e la Romagna, le condizioni di limitrofia con le Aziende Sanitarie della Romagna, con due importanti ospedali privati accreditati e con l'Istituto scientifico Romagnolo per lo Studio e la cura dei Tumori (IRST) hanno favorito nel tempo lo sviluppo di collaborazioni con l'Area Vasta Romagnola (AVR).

Con le Aziende Sanitarie di Ravenna e di Forlì si realizzano importanti volumi di scambi di attività ambulatoriali e di ricovero che consentono in buona parte di supplire ad alcune funzioni non presenti nel nostro territorio (Medicina Nucleare, Chirurgia Toracica, Pneumologia Interventistica, ecc.).

LE RELAZIONI ESISTENTI

L'Azienda USL di Cesena è sede del Centro Grandi Ustionati, riferimento hub della funzione, in grado di ricevere e trattare pazienti con ustioni estese che necessitano di intervento chirurgico o di consistenti attività di tipo intensivo (es. ventilazione assistita) tipicamente effettuati in aree di terapia intensiva.

Alcuni Ospedali Privati Accreditati presenti nel territorio romagnolo (Villa Maria Cecilia Hospital e S. Pier Damiano) sono attualmente chiamati a svolgere un ruolo suppletivo all'offerta di prestazioni ambulatoriali e di ricovero non compiutamente sviluppata sul nostro territorio (cardiologia interventistica, interventistica vascolare, cardiocirurgia, percorsi di garanzia per la specialistica ambulatoriale).

L'IRST di Meldola rappresenta un importante nodo della rete oncologica, sede esclusiva delle attività di terzo livello.

Con tutti questi soggetti erogatori esterni dovranno essere sviluppati i rapporti di integrazione con accordi che disciplinino il consumo delle alte specialità o delle specialità non presenti in azienda, evitando duplicazioni e ridondanze, allo scopo di governare volumi e percorsi e di minimizzare quanto più possibile il rischio di alimentare mobilità passiva con contenuti impropri o di non alta complessità.

LO SVILUPPO DI FUTURE COLLABORAZIONI

Per il privato accreditato di non alta specialità va ritagliato un ruolo di maggiore complementarità, allo scopo di rendere la sua offerta

prestazionale più aderente ai fabbisogni espressi dalla nostra popolazione
Con l'Ospedale di Faenza, per le condizioni di particolare limitrofia, risulta possibile sviluppare strategie di integrazione dell'offerta anche per talune funzioni specialistiche (oculistica, urologia, otorinolaringoiatria, ortopedia).
Una considerazione a parte va riservata per l'IRST che offre un'occasione molto ghiotta di costruire percorsi clinici integrati di III livello per i pazienti oncologici di Imola, mantenendo la continuità della gestione clinica e terapeutica con l'Oncologia di Imola. Le attività di III livello oncologico di interesse sono sostanzialmente riconducibili alla diagnostica ibrida con traccianti a breve emivita, alla terapia radio metabolica con speciali radiofarmaci, alle attività del laboratorio biologico ed alla Radioterapia con tecnica IMAT.

IL RAPPORTO CON MONTECATONE R.I.

La conclusione della fase di sperimentazione gestionale e il nuovo assetto di MRI richiedono una revisione significativa anche delle [attività, in particolare riabilitative](#) e dei percorsi clinico-assistenziali, che si realizzano in sinergia con i servizi dell'Azienda USL.

Attualmente l'Ospedale di Montecatone è costituito da 150 posti letto di degenza ordinaria e da 8 posti letto di Day Hospital, dedicati a pazienti con esiti di lesione midollare e gravi cerebrolesioni acquisite. Vi trovano impiego oltre 300 lavoratori, e si è completata nei primi mesi del 2011 la trasformazione della società privata in SPA a partecipazione pubblica, con il mantenimento del contratto di lavoro privatistico per i dipendenti.

LA STRUTTURA DELL'OFFERTA DI MRI

L'obiettivo per l'Istituto è di affermarsi e consolidarsi come eccellenza nazionale nel campo della ricerca e dell'assistenza di settore.

Quanto sopra proponendo interventi qualificati come progetti riabilitativi globali personalizzati, centrati sul paziente che, tenuto conto dei fattori contestuali, personali, ambientali, perseguono lo scopo di migliorare la qualità della vita, sia attraverso il potenziamento delle abilità residue del soggetto sia tramite interventi che agiscono sul contesto.

Sin dalle prime fasi della degenza a MRI vengono mobilitate ed organizzate risorse ambientali, tecnologiche, sociali ed affettive sia interne che esterne, per consentire al paziente di diventare protagonista del percorso riabilitativo e di recuperare la massima autonomia possibile, tornando al territorio di appartenenza con un progetto di vita che comprenda l'eventuale disabilità permanente.

MRI CENTRO DI ECCELLENZA

La precocità della presa in carico è resa possibile dal collegamento con altre strutture sanitarie, quali i Trauma Center e le Rianimazioni (già formalizzate con AVR e Azienda USL di Bologna); tale modello organizzativo consente di ottenere fin dalla fase immediatamente successiva all'evento traumatico, il recupero della massima autonomia possibile e della massima partecipazione alla vita di relazione.

In un simile contesto trova una naturale collocazione l'Università: già da alcuni anni MRI ha elaborato in collaborazione con l'Ateneo di Bologna un protocollo quadro per lo sviluppo delle Scienze della Riabilitazione che istituisce all'interno del Centro di Montecatone un Polo Didattico-Scientifico, con attività di diagnosi e cura, in ambito neuro-urologico, colonproctologico e psicologico e attività di didattica e formazione, con attivazione del Corso di laurea di 1° livello in Fisioterapia.

L'Ospedale di Montecatone rafforzerà il proprio ruolo di Centro di Alta Specialità su scala nazionale, fortemente impegnato a sviluppare tutti gli interventi e le collaborazioni necessarie con le diverse istituzioni, al fine di attualizzare ed incentivare la modalità di lavoro in rete.

In questa logica l'Ospedale è orientato a consolidare:

- la propria funzione nell'ambito della programmazione regionale e nazionale;
- accordi di collaborazione sanitaria con le singole Aree Vaste dell'Emilia Romagna, ottimizzando competenze e tecnologie;
- accordi con le Aziende Sanitarie per definire le azioni e gli interventi per il reinserimento dei soggetti nel loro ambiente di vita.

Fatta salva l'autonomia organizzativa e gestionale dell'Istituto, il rapporto di collaborazione con l'Azienda USL di Imola si sostanzia nella messa in rete da parte di quest'ultima di tutte quelle funzioni logistiche e tecniche di supporto non presenti presso MRI per ragioni di economia di scala.

In quest'ottica si dovranno sempre più affermare i rapporti di integrazione nell'ambito di quelle funzioni sanitarie disponibili presso l'Azienda USL di Imola, che risultano necessarie a completare i percorsi clinico-assistenziali dei pazienti ricoverati a Montecatone (laboratorio analisi, radiologia, medicina trasfusionale, attività chirurgiche e di consulenza specialistica, trasporti sanitari, ecc.)

Da parte di Montecatone, la messa in rete di quota parte delle risorse dedicate alla riabilitazione intensiva, potrà consentire di costruire degli ulteriori percorsi riabilitativi ad intensività medio-alta (neurologici, gravi

LE PROSPETTIVE DI SVILUPPO

LE RELAZIONI CON L'AUSL DI IMOLA

disabili) a beneficio degli assistiti dell'Azienda USL di Imola.

LE PRINCIPALI LINEE DI SVILUPPO E PROGRAMMAZIONE SANITARIA DELL'AZIENDA USL DI IMOLA

GLI STRUMENTI TRASVERSALI

Alla luce delle indirizzi regionali e locali citati, l'Azienda si prefigge per il prossimo triennio il raggiungimento dei propri obiettivi strategici avendo a riferimento alcuni strumenti trasversali propri della programmazione sanitaria, funzionali alla declinazione delle linee strategiche e delle azioni previste.

Fra questi strumenti devono essere annoverati i seguenti.

1. il governo clinico, il miglioramento continuo della qualità dei processi assistenziali e la gestione del rischio;
2. la sostenibilità economica e il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario;
3. la facilitazione e l'equità nell'accesso dei cittadini;
4. la politica del farmaco ed il governo della spesa farmaceutica;
5. la responsabilità gestionale, il coinvolgimento e la valorizzazione delle risorse umane;
6. l'evoluzione strutturale e tecnologica, la ricerca e l'innovazione.

Con il termine Governo Clinico si intende un programma di gestione e miglioramento della qualità e dell'efficienza delle attività mediche, che generalmente trova attuazione al livello del Dipartimento.

GOVERNO CLINICO

La politica di attuazione del governo clinico richiede un approccio di sistema e va realizzato tramite l'integrazione di determinanti tra loro interconnessi e che richiedono nella pratica un approccio integrato.

Al fine di garantire la partecipazione di tutti gli operatori al governo delle aziende sanitarie, la L.R. 29/2004 ha da un lato introdotto il principio della partecipazione organizzativa e, dall'altro, istituito il Collegio di Direzione (composto dai Direttori di Dipartimento e da rappresentanti dei medici di medicina generale e degli specialisti convenzionati) come organo dell'Azienda, al pari del Direttore Generale (che mantiene tutti i poteri di gestione) e del Collegio dei Revisori.

In questo modo la funzione di governo clinico è stata istituzionalizzata nel sistema di governo delle aziende sanitarie, con l'obiettivo di riaffermare la

loro funzione primaria di migliorare le condizioni di salute della loro popolazione di riferimento e di soddisfare le necessità di assistenza delle persone presenti nel loro ambito territoriale e di valorizzare adeguatamente a questo scopo, il contributo della componente clinico-professionale.

Compresa nelle strategie di governo clinico è la gestione del rischio, l'insieme delle iniziative volte a ridurre il verificarsi di danni o eventi avversi correlati con le attività proprie dell'Azienda USL.

GESTIONE DEL RISCHIO

La sicurezza delle cure è un diritto del paziente ed un requisito imprescindibile per una organizzazione sanitaria; essa incide sui risultati in termini economici e di immagine (perdita della fiducia) e anche per i cittadini che fruiscono dei servizi sanitari è il prerequisito di un'assistenza di buona qualità. La gestione del rischio è parte integrante della sicurezza e si esplicita nelle attività cliniche, gestionali e amministrative intraprese per identificare, valutare e ridurre il rischio di eventi avversi e di danni per i pazienti, gli operatori e i visitatori, nonché il rischio di perdite per l'organizzazione sanitaria.

L'adozione di modalità organizzative, gestionali e di controllo in ottica di gestione "globale" del rischio consente di estendere il concetto di rischio anche alle dimensioni di governo/gestione, individuando le responsabilità, i processi e le procedure coinvolte, allargando la gestione del rischio oltre la sfera giuridica (responsabilità amministrativa delle persone e giuridiche e degli enti ex D. Lgs: 321/2001) e la pratica clinica.

Nel modello così configurato, si posizionano a livello strategico il controllo e l'auditing interno, strumenti che operano sia sui processi organizzativi che produttivi.

Già da diversi anni è attivo un programma regionale che regola la segnalazione degli eventi avversi e dei cosiddetti "quasi eventi" ovvero delle situazioni di rischio potenziale di evento avverso, poi non verificatisi, nel cosiddetto sistema di "incident reporting".

La Regione Emilia-Romagna con la DGR 1709/2009 ha individuato le linee strategiche da perseguire in tema di gestione del rischio, in particolare il tema della corretta identificazione del paziente, la modalità di erogazione di alcune procedure clinico assistenziali (profilassi antibiotica e anti-tromboembolica in chirurgia, l'assistenza post-operatoria), la sicurezza degli strumenti di supporto (es. RIS PACS in Radiologia), la corretta tenuta della documentazione sanitaria.

**SOSTENIBILITÀ
ECONOMICA ED
EQUILIBRIO
ECONOMICO-**

La Regione Emilia-Romagna, tra gli obiettivi che annualmente attribuisce alle aziende nell'ambito delle linee di indirizzo di programmazione sanitaria, pone il miglioramento dell'efficienza nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza quale mezzo per mantenere l'equilibrio di bilancio e poter, nel contempo, dedicare risorse per migliorare i servizi e promuovere nuovi investimenti. **FINANZIARIO**

A questo proposito l'analisi del costo pro-capite per l'assistenza sanitaria effettuato dalla Regione sulla base dei dati di attività 2009 mostra che l'AUSL di Imola si attesta complessivamente a 1.799,47 euro annui, mantenendosi al di sopra dei valori medi regionali di 56,74 euro pro-capite. Scomponendo i costi per i singoli livelli essenziali di assistenza (sanità pubblica, cure distrettuali, assistenza ospedaliera) si evidenzia che, mentre la quota di risorse pro-capite dedicate dell'assistenza ospedaliera risulta quasi in linea alla media regionale (€ 689,14 vs € 687,15 media RER), superano la media sia il costo riferito al Distretto (€ 1.039,82 vs € 997,03), che alla Sanità Pubblica (€ 64,62 vs € 58,55). Riguardo alle cure distrettuali i fattori che più incidono a generare lo scostamento sono in ordine di importanza la specialistica ambulatoriale, l'ADI/Hospice, la Salute Mentale Adulti, la Medicina di Base, l'emergenza extraterritoriale e le Dipendenze Patologiche. Per quanto il fenomeno possa essere in parte giustificato dalla forte vocazione territoriale della sanità imolese e per quanto tale orientamento possa essere considerato in linea con la strategia e la pianificazione regionale, il tema del finanziamento del servizio sanitario rimane argomento cogente che rende necessarie continue valutazioni sulla modalità di garantire standard assistenziali sempre più attagliati al bisogno di salute della popolazione, rispettando i vincoli finanziari definiti.

La sfida da raccogliere a questo riguardo consisterà quindi nella messa a punto di interventi che, pur preservando i livelli di servizio, siano in grado di modificare gli aspetti produttivi e quindi di ridurre in modo percepibile la struttura dei costi.

Tali interventi potranno realizzarsi solo grazie al consapevole sostegno delle istituzioni, per le loro specifiche responsabilità di programmazione, e della componente professionale, attraverso la condivisione di modalità di produzione dei servizi alternative a quelle esistenti.

Il tema della integrazione delle risorse e dei servizi, ovvero l'ottica di valutare le economie di sistema ricercando sinergie strutturali ed organizzative sia interne che in ambito provinciale e di area vasta, diventa essa stessa una modalità strategica con cui considerare lo sviluppo

dell'AUSL di Imola nel prossimo medio periodo.

**ACCOGLIENZA,
FACILITAZIONE ED
EQUITÀ DI ACCESSO DEI
CITTADINI**

Il principio di eguaglianza e il principio di universalità del Servizio Sanitario Nazionale costituiscono presupposto ineludibile per assicurare la coesione sociale e per contrastare le conseguenze sulla salute frutto delle disuguaglianze sociali, derivanti dalle diverse condizioni socio-economiche dei singoli territori. Alla tradizionale idea di eguaglianza in base alla quale "gli individui con lo stesso stato di salute (o di bisogno) devono venire trattati egualmente", si è progressivamente affiancata la convinzione che "gli individui con peggiore stato di salute o con maggiore bisogno devono venire trattati più favorevolmente" (equità verticale). Tale sviluppo del principio di eguaglianza ha consentito di mettere a fuoco tre diversi ambiti in cui il corollario dell'equità deve trovare concreta realizzazione: l'accesso alle prestazioni ed ai servizi sanitari, i risultati di salute in capo ai singoli soggetti, l'allocazione delle risorse e dei servizi secondo i bisogni.

La facilitazione dell'accesso ai servizi sanitari è un tema-ombrello che racchiude in sé aspetti materiali ed immateriali del "frontline" dei servizi sanitari. Semplificazione, accoglienza e umanizzazione, equità di accesso sono infatti macro obiettivi strategici che percorrono trasversalmente tutta la vita dell'Azienda.

L'accoglienza è una parola che solo di recente sta trovando uno spazio nel vocabolario della Sanità Pubblica: fino ad oggi un paziente veniva ricoverato, ammesso, accettato, ma non accolto. Nell'accoglienza assumono un ruolo dominante la disponibilità degli operatori ad instaurare un rapporto umano e non solo professionale con il cittadino e, naturalmente, la comunicazione in tutte le sue accezioni: informazione e comunicazione attraverso gli uffici aziendali preposti, comunicazione tra operatore sanitario, paziente e famigliari e comunicazione di accoglienza. L'accoglienza in sanità è pertanto indissolubilmente legata con il tema dell'empowerment degli operatori sanitari, che devono supportati nella relazione empatica con la persona portatrice di un bisogno sanitario. Definire strategico l'obiettivo di garantire una buona accoglienza ai cittadini che accedono alle nostre strutture significa umanizzare e personalizzare le relazioni tra interno ed esterno, rafforzando la credibilità e la capacità dei servizi sanitari pubblici di fidelizzare il cittadino.

LISTE DI ATTESA

Connesse al tema dell'equità di accesso sono le azioni di razionalizzazione delle liste di attesa, che rappresentano un obiettivo prioritario per un sistema sanitario orientato a rimuovere gli ostacoli

all'universalismo delle cure e a scongiurare il rischio che l'inquadramento diagnostico e le terapie non siano ingiustificatamente procrastinati, compromettendo la prognosi e la qualità della vita e generando ulteriori disuguaglianze nella salute dei diversi gruppi di popolazione.

Pur consapevoli che le liste di attesa rappresentino un problema di difficile soluzione, attualità e diffusione, con effetti finali contraddistinti da un cronico eccesso di domanda rispetto all'offerta di prestazioni sanitarie, a fronte di limitate risorse disponibili, con pazienti e cittadini che percepiscono tale condizione come un importante disservizio, l'Azienda USL sarà continuativamente impegnata nella definizione, adozione e miglioramento degli strumenti finalizzati all'affermazione del diritto dell'utente all'accesso ai servizi entro gli standard definiti dalla normativa nazionale e regionale e nella definizione dei percorsi e delle regole di accesso.

Gli ambiti prioritari di intervento sono rappresentati da:

1. il governo della domanda di prestazioni e la promozione dell'uso appropriato dei servizi sanitari, con il ricorso a percorsi basati su criteri di priorità clinica;
2. l'ottimizzazione e l'adeguamento dell'offerta delle prestazioni, in considerazione sia delle effettive necessità assistenziali emergenti dal territorio (bisogni), sia della domanda espressa;
3. la responsabilizzazione dei Dipartimenti nella gestione dei processi ed il coinvolgimento dei professionisti ospedalieri e territoriali nelle azioni di governo del delicato equilibrio fra domanda e offerta di prestazioni;
4. un sistema di monitoraggio, controllo e programmazione che, supportato da un efficiente sistema informativo, promuova trasparenza, renda possibile la rendicontazione e consenta il mantenimento di condizioni di equilibrio fra i diversi regimi di erogazione (istituzionale e libero-professionale);
5. un piano di comunicazione esterna utile a fornire notizie relative al sistema dell'offerta, alle modalità di accesso, ai tempi di attesa ed ai criteri di accesso differenziato alle prestazioni, anche allo scopo di responsabilizzare gli utilizzatori ad un corretto approccio ai servizi.

La politica del farmaco comprende l'insieme delle azioni in tema di acquisto, prescrizione, distribuzione, informazione e vigilanza con l'obiettivo di garantire al cittadino che la scelta del principio attivo sia orientata da evidenze cliniche documentate, da processi di condivisione e informazione su tali evidenze, dalla loro trasferibilità alla pratica clinica e

**LA POLITICA DEL
FARMACO**

dalla valutazione di compatibilità fra efficacia pratica e costi sostenuti.

L'approccio alla politica del farmaco si traduce, sia in ambito ospedaliero che territoriale, in promozione della cultura del farmaco attraverso il miglioramento costante dell'appropriatezza terapeutica e prescrittiva e della sicurezza.

Il perseguimento di questi obiettivi si realizza attraverso la formazione/informazione indipendente dei medici, volta a sviluppare una cultura del farmaco aggiornata nel tempo che garantisca, ad ogni assistito, sia in ospedale che sul territorio, efficacia e qualità della prescrizione/somministrazione individuale e la vigilanza su farmaci e Dispositivi Medici (DM), al fine di promuovere la cultura della corretta gestione del rischio terapeutico/assistenziale, ovvero della prevenzione di errori attraverso azioni consapevoli finalizzate alla minimizzazione del rischio clinico di errore in terapia e/o assistenza.

I farmacisti aziendali, per le loro capacità di relazione, formazione e trasmissione della cultura inerente soprattutto il farmaco, possono svolgere questa funzione, sia nei Dipartimenti, sia nei Nuclei di Cure Primarie.

Per realizzare un processo di ridefinizione strategica della politica del farmaco e del ruolo dell'assistenza farmaceutica, nell'ambito di un sistema integrato e trasversale di supporto a percorsi appropriati di formazione, informazione (rivolta a professionisti e cittadini), prescrizione e utilizzo/somministrazione in sicurezza dei farmaci, nell'ambito della continuità terapeutico-assistenziale ospedale–territorio, occorre ripensare innanzitutto alle relazioni con l'ambito provinciale e di area vasta per gli aspetti legati all'acquisto, allo stoccaggio, alla distribuzione ed agli aspetti logistici complessivi della Farmacia, ora confinata in spazi inadeguati e prevedere, sul tema dell'appropriatezza prescrittiva, adeguate azioni di informazione/formazione sulla componente professionale.

Le più recenti Leggi nazionali (L. n.133/2008; Leggi finanziarie degli ultimi anni; L. n.122/2010) prevedono, per tutte le Pubbliche Amministrazioni restrizioni sul versante delle assunzioni e della spesa per il personale. Anche la Regione Emilia-Romagna è intervenuta ripetutamente con disposizioni specifiche che prevedono l'obbligo di contenere il costo del personale nei limiti di quello sostenuto nell'anno precedente, a condizione che sia garantito l'equilibrio economico complessivo. Nell'ultimo triennio l'Azienda è stata fortemente impegnata a dare attuazione al percorso delle cosiddette "stabilizzazioni", ovvero al passaggio di numerosi professionisti

**LA VALORIZZAZIONE
DELLE RISORSE UMANE**

dalla posizione di personale a contratto libero professionale a personale dipendente a tempo indeterminato. Ciò ha comportato un significativo incremento del numero di personale dipendente (passato da 1.706 dipendenti a tempo indeterminato e determinato del 2007 a 1.792 unità nel 2010), ma con una spesa complessiva, a fronte della contrazione del personale “precario”, rimasta sostanzialmente invariata.

Si può quindi sostenere che nell'arco di validità del precedente Piano strategico l'Azienda abbia fatto importanti investimenti sul piano del personale e della dotazione organica, finalizzato sia ad un incremento della stessa sia ad una sua migliore qualificazione.

Si è così raggiunta una dimensione complessiva di personale che, nell'arco del prossimo triennio, difficilmente potrà essere ulteriormente incrementata ma dovrà, bensì, essere mantenuta e diversamente qualificata in base ed in relazione ai percorsi di integrazione e di riorganizzazione programmati.

A questo proposito le modificazioni intervenute a livello legislativo - L. 26 febbraio 1999, n. 42 e L. 10 agosto 2000, n. 251- aprono nuove possibilità allo sviluppo dei servizi sanitari attraverso la valorizzazione del personale infermieristico e tecnico. Tale valorizzazione consiste in un allargamento delle competenze che sfrutti pienamente il carattere professionale del personale infermieristico. In questa direzione molti processi clinici possono essere ridisegnati, attribuendo responsabilità adeguate ai livelli decisionali esercitati, pur nell'ambito di un sistema di responsabilità che deve vedere le diverse componenti professionali che accentuano gli scambi informativi sui singoli casi, sul piano clinico-assistenziale. L'allargamento delle competenze del personale infermieristico e tecnico tiene conto delle evidenze presenti in letteratura, identifica le aree di esercizio della professionalità infermieristica e le relazioni con le altre professionalità, utilizzando gli strumenti del case management e del disease management. Risulta fondamentale l'integrazione tra le diverse figure professionali che operano sul paziente e la formazione specifica funzionale al raggiungimento delle competenze richieste per i nuovi ruoli.

Altrettanto importante è la questione della responsabilità gestionale e professionale, intesa come ruolo che i Direttori di Dipartimento e delle Strutture Complesse, Semplici e i titolari degli incarichi professionali devono svolgere per il corretto uso delle risorse, in questo caso umane. Occorre quindi investire sul tema dell'integrazione all'interno dei Dipartimenti e tra i Dipartimenti, ricercando la massima sinergia strutturale

ed organizzativa, in modo tale che ciascun operatore sia utilizzato nel modo più proficuo possibile sia per la propria soddisfazione professionale sia per la qualità del servizio reso all'utenza.

FORMAZIONE

La formazione degli operatori dell'Azienda, per essere efficace, deve svilupparsi secondo percorsi programmati e finalizzati al raggiungimento di obiettivi formativi coerenti con lo sviluppo professionale individuale e con le priorità, le innovazioni e le strategie del sistema sanitario a livello locale, regionale e nazionale.

Tali componenti potranno essere integrate, come sollecitato dalla Agenzia Sanitaria Regionale e così come sancito dalla Conferenza Stato Regioni nei due Accordi in data 1 Agosto 2007 e 5 Novembre 2009 nella predisposizione del Dossier Formativo individuale o di gruppo. Ciò consentirà di migliorare, dopo la fase sperimentale conclusasi nel 2007, il sistema ECM verso nuove regole tese a incrementare la qualità e l'efficacia della formazione per tutti gli operatori sanitari, come strumento di programmazione, di rendicontazione e di valutazione a livello individuale o di équipe o di gruppo professionale, affiancandolo agli altri strumenti di pianificazione e valutazione aziendali (Piano Formativo Aziendale e Rapporto Formativo Annuale).

La Formazione continua non può essere pensata solo come "manutenzione tecnica" ma come supporto allo sviluppo di "sistemi di competenze" che è riduttivo connotare esclusivamente come "tecnico-professionali", ma devono comprendere tutta la gamma delle attività richieste in contesti sociali continuamente mutevoli.

Quindi nasce l'esigenza di un cambiamento di prospettiva nella definizione del bisogno formativo che deve essere definito in rapporto alle competenze dell'operatore per il miglioramento dei processi di cura e assistenza e che diventano il riferimento per ancorare le conseguenti e coerenti attività formative.

Un moderno approccio allo sviluppo delle competenze individuali prevede inoltre il ricorso a forme di aggiornamento quali la formazione sul campo e la formazione a distanza, che riescono a raccogliere un numero elevato di partecipanti, abbattendo i costi e coniugando strategie formative globali, che arrivano agli operatori in modo omogeneo.

Il rapporto di collaborazione con l'università degli Studi di Bologna per la gestione di 4 Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie della Facoltà di Medicina e Chirurgia (Infermieristica, Fisioterapia, Educazione

RAPPORTI CON L'UNIVERSITA'

Professionale, Tecniche della Prevenzione) è andato progressivamente, dall'Anno Accademico 2004/2005, consolidandosi e radicandosi nel contesto Aziendale e territoriale. Il numero degli studenti iscritti ai corsi in esame sono aumentati passando da 353 nel precedente Anno Accademico a 410 nell'attuale. La partecipazione dei professionisti alla attività didattica, alle attività di tutoraggio e ad attività integrative previste dagli ordinamenti didattici universitari rappresenta un valore aggiunto che stimola ulteriormente la riflessione e la qualità delle prestazioni erogate e delle modalità organizzative adottate.

Le sinergie costruite anche con la Facoltà di Farmacia dell'Ateneo Bolognese, potenziate dalla condivisione di locali comuni per la didattica presso Palazzo Vespignani, saranno rafforzate dalla apertura, nel corso dei prossimi mesi, di una vasta area dedicata ai laboratori di chimica, collocata nel padiglione a fianco dei locali dello Staff Formazione presso l'Ospedale Vecchio.

Tema cruciale per la valorizzazione delle risorse umane è quello della valutazione. Gli strumenti attualmente utilizzati dalla nostra Azienda sono duplici. Il primo attiene alla valutazione individuale dell'incarico triennale ricoperto e tende sostanzialmente a valutare le capacità e le conoscenze possedute dal professionista, messe a confronto con quelle attese per il ruolo ricoperto. Il secondo strumento attiene invece alla valutazione circa il grado di conseguimento degli obiettivi prestazionali, assegnati all'equipe ed al singolo, in sede di definizione del budget annuale.

VALUTAZIONE

Entrambi gli strumenti, pur validi ed affinati nel corso del tempo, hanno peraltro evidenziato i propri limiti in quanto vissuti in modo eccessivamente burocratico dai soggetti coinvolti (valutatore e valutato) ed esclusivamente, o quasi, finalizzati al riconoscimento economico della retribuzione di risultato e di posizione.

Si tratta, comunque, di partire da quanto di buono è stato fatto in questi anni (grazie all'impegno di chi ha seguito il percorso della valutazione: dal Nucleo di Valutazione, ai valutatori ed agli stessi valutati) per fare un ulteriore passo in avanti.

La recente normativa nazionale, in particolare il Decreto Legislativo n.150/2009, pur scontando una visione eccessivamente burocratica (ad esempio la ripartizione in fasce rigide di merito) può costituire una occasione importante per tentare un salto di qualità.

L'obiettivo che l'Azienda deve perseguire è anzitutto di tipo culturale: la valutazione deve certamente essere finalizzata al riconoscimento

economico della retribuzione di risultato, ma deve anche, e forse soprattutto, costituire l'occasione per il cambiamento ed il miglioramento sia dell'organizzazione, sia della prestazione del singolo operatore e dell'intera equipe.

Ciò deve necessariamente passare da un rapporto collaborativo e costruttivo tra valutatore e valutato e tramite l'individuazione di diversi indicatori di valutazione, che dovranno impattare maggiormente sul miglioramento della qualità dei servizi offerti, sul clima tra i colleghi e con l'utenza, sulla formazione continua. E' un obiettivo sicuramente ambizioso, che andrà perseguito con gradualità, ma sul quale l'azienda intende investire nei prossimi anni, in modo tale che la valutazione venga sempre più vista sia come uno strumento per un miglioramento individuale e dell'organizzazione nel suo complesso, sia per una maggiore motivazione individuale.

L'impegno è che la costruzione di un nuovo sistema di valutazione e di nuovi e più completi indicatori passi necessariamente da un percorso formativo, assistito da esperti esterni ed interni, ma anche da un forte coinvolgimento degli operatori, strumento indispensabile per superare l'attuale approccio burocratico/economico del sistema di valutazione.

Le Relazioni con il personale dipendente sono curate con costante impegno e disponibilità al fine di consolidare un proficuo sistema di relazioni con le sue rappresentanze (RSU o RLS) e con le Rappresentanze Sindacali dei vari tavoli di confronto, pur nella precisa distinzione dei ruoli e delle responsabilità, per il raggiungimento di intese utili a migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi e le condizioni di lavoro dei dipendenti.

L'Azienda USL vuole assicurare un sistema di relazioni sindacali orientate alla collaborazione, alla partecipazione e al coinvolgimento.

Per questa ragione l'Azienda intende mantenere un sistema di relazioni sindacali che, in molti casi, va al di là degli obblighi contrattualmente stabiliti. Come è noto, infatti, sia i Contratti Nazionali di Lavoro delle tre Aree sia i Contratti Integrativi Aziendali prevedono quattro diversi livelli di relazioni sindacali: l'informazione, la concertazione; la consultazione e la contrattazione, stabilendo, per ciascuno di essi, le relative materie. Inoltre il D.Lgs n. 150/2009 ha ampliato la sfera dei poteri della parte datoriale pubblica, specie in materia di organizzazione. Nonostante ciò questa Azienda UsI, pur nel formale rispetto delle norme vigenti, non ritiene opportuno limitare il confronto o la negoziazione con le rappresentanze del

LE RELAZIONI SINDACALI

personale ma intende continuare ad attivare “confronti” con le OO.SS., anche su materie non strettamente obbligatorie. Ciò al fine, da un lato, di comprendere le reciproche posizioni e, dall’altro lato, di individuare, in molti casi, soluzioni condivise ai problemi.

Ad ulteriore dimostrazione di questo ampio confronto, vengono confermati, limitatamente all’Area Comparto, i Tavoli di relazioni sindacali cosiddetti “decentrati”, a livello di Direzione Infermieristica e Dipartimento Amministrativo e Tecnico (utili per confrontarsi su temi attinenti l’organizzazione del lavoro convergendo spesso su soluzioni concordate per i problemi emergenti in corso d’esercizio), nonché la costituzione, qualora se ne presentasse la necessità, di Commissioni bilaterali per le diverse Aree (comparto o dirigenza), al fine di favorire la partecipazione degli operatori, con il compito di esaminare e approfondire le materie economiche e giuridiche oggetto di contrattazione ovvero tenere monitorati l’applicazione, l’andamento e la verifica degli istituti negoziali.

**INFORMAZIONE E
PARTECIPAZIONE: IL
CLIMA AZIENDALE**

Le direttrici per il prossimo triennio sono così definite:

- un’informazione tempestiva sulla programmazione aziendale, anche mediante valorizzazione del canale delle rappresentanze sindacali, in applicazione dei principi definiti dal D.Lgs. n. 150/09;
- la responsabilizzazione dei Direttori di Dipartimento e dei Responsabili di Unità Operativa Complessa rispetto alla diffusione delle informazioni ed alla condivisione degli obiettivi coi singoli professionisti, con particolare riferimento al processo di budget;
- l’attribuzione di un ruolo sempre più rilevante ai Comitati di Dipartimento quali sedi di elaborazione e definizione di proposte;
- la costituzione del “Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni” previsto dall’art. 21 della Legge n. 183 del 2010 (Collegato al lavoro). Tale Comitato sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i Comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing e sarà costituito entro il 24 marzo 2011;
- l’istituzione della figura del Consigliere di Fiducia - prevista dalla Risoluzione del Parlamento Europeo del 1994, e richiamata nei CC.CC.NN.LL. del personale dirigente del 3.11.2005 e del personale dell’area comparto del 19.4.2004 – a cui la Risoluzione del Parlamento Europeo del 1994 assegna il compito di fornire consulenza e assistenza al lavoratore oggetto di molestie sessuali.

Nel corso del periodo di riferimento saranno comunque ulteriormente

valorizzate le restanti forme più tradizionali di informazione attualmente utilizzate in Azienda, sulla base della consapevolezza che la comunicazione interna svolge un ruolo determinante nel creare motivazione, fiducia e sicurezza; rappresenta inoltre un valido strumento di condivisione di valori e confronto. Negli anni la funzione della comunicazione interna, da strumento informativo del vertice aziendale, si è trasformata in una comunicazione organizzativa polifunzionale, con cui comunicare istruzioni ed operazioni che facilitino il processo produttivo; notizie ed eventi che rendano possibile far conoscere in modo più approfondito le attività aziendali anche all'interno, eventi formativi e momenti di incontro. In tal senso sono stati attivati alcuni strumenti ad hoc. Il sito intranet aziendale, che conta indicativamente 2.160 accessi giornalieri, la mail dedicata dilloaldirettore@ausl.imola.bo.it con cui ogni dipendente può contattare direttamente e privatamente il direttore generale ed il mensile "Detto tra noi", foglio informativo allegato al cedolino stipendiale. Strumenti fondamentali di comunicazione interna sono poi i report prodotti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico di restituzione ai professionisti delle valutazioni dei cittadini rispetto alla loro attività. Si parla in particolare dei risultati delle valutazioni di qualità percepita e dei report delle segnalazioni, reclami ed elogi.

Governare l'assetto strutturale, logistico e tecnologico aziendale secondo modelli innovativi contribuisce a garantire prestazioni di comprovata efficacia, efficienza attraverso la ricerca di sinergie ed economicità di gestione, utilità nelle ricadute di servizio, equità nell'accesso.

Nella azione di manutenzione e rinnovamento l'Azienda persegue gli obiettivi generali di adeguatezza, sicurezza e performance tecnologica specifici rispetto a ruoli, funzioni e obiettivi delle singole strutture e delle singole articolazioni organizzative.

Nel governo dell'innovazione, parte fondamentale è attribuita al Collegio di Direzione, che deve leggere l'innovazione in termini di impatto, individuando la tecnologia come uno degli strumenti che intervengono nel processo di del governo clinico.

Oltre alla dimensione aziendale, l'Azienda collabora al percorso di governo delle tecnologie sia a livello di Area Vasta, che regionale, nell'ambito dell'Osservatorio Regionale per l'Innovazione (ORI).

Un nuovo concetto di governo dell'innovazione che si intende sviluppare è anche quello che vede, accanto alla più tradizionale governo delle tecnologie, anche il governo dell'innovazione nelle procedure e

**L'EVOLUZIONE
STRUTTURALE,
LOGISTICA E
TECNOLOGICA**

nell'organizzazione in un'ottica di risk management, nella convinzione che tali ambiti giochino in maniera indipendente un ruolo importante nel conseguimento dei risultati oltre che nell'assorbimento di risorse.

LE LINEE STRATEGICHE 2010-2013 PER MACROAREA

La Regione Emilia Romagna con la DGR n. 2188 del 27/12/2010 ha adottato un provvedimento di riduzione dello standard dei posti letto che dovrà risultare non superiore a 4,2 p.l. per mille abitanti, comprensivi dello 0,7 p.l. per mille abitanti per riabilitazione e lungodegenza post-acuzie, al netto dei posti letto calcolati sulla base del saldo di mobilità in giornate di degenza, dedicati in via prevalente od esclusiva a pazienti provenienti da altre regioni; tale standard dovrà essere trapiantato al 31/12/2011.

AREA OSPEDALIERA

Il nuovo patto per la salute 2010-2012 (provvedimento del 3.12.2009 dell'intesa Stato-Regioni), dà alcune indicazioni, recepite dalla Regione Emilia-Romagna, cui l'Azienda USL di Imola intende attenersi:

In particolare, sembrano determinanti le seguenti indicazioni strategiche:

- promuovere il passaggio da ricovero ordinario a ricovero diurno e da ricovero diurno al regime ambulatoriale;
- favorire l'assistenza residenziale domiciliare;
- assicurare minori oneri a carico del SSN rispetto all'erogazione in regime ospedaliero (integrazione della lista dei 43 DRG ad alto rischio di in appropriatezza, già portata ad 89 dalla DGR n. 1890 del 06/12/2010 e ridefinizione delle dotazioni organiche).

L'implementazione di indicazioni così stringenti, permette, in questa sede, di prefigurare lo scenario nel medio/lungo termine (5-10 anni) per prendere decisioni congrue, tempestive, coerenti e condivise.

Applicando i suddetti tassi e le modalità di calcolo individuate alla attuale popolazione residente del Circondario imolese, di circa 130.000 abitanti,

comprendendo i posti letto di riabilitazione di Montecatone RI utilizzati, in termini di giornate di degenza, dai residenti in Regione e delle giornate di degenza consumate nelle discipline non presenti in Azienda, si evidenzia una situazione dotazionale attesa sostanzialmente sovrapponibile alla dotazione attuale.

L'utilizzo dei servizi ospedalieri, da parte della popolazione residente, fa registrare negli ultimi anni un andamento di costante e lenta riduzione, attestandosi su un basso livello di consumo. Il tasso di ospedalizzazione (TO) complessivo dell'AUSL di Imola nel 2010 (173,5 x 1.000), è risultato ancora uno dei più contenuti della regione.

Se tale dato viene però analizzato nelle sue componenti principali, si evidenzia come il tasso di ospedalizzazione per ricovero ordinario risulti ancora superiore alla media regionale di oltre due punti percentuali (133,95 AUSL di Imola vs 131,21 RER), con un contestuale sottoutilizzo del Day Surgery, che si posiziona sotto la media regionale (19,41 AUSL Imola vs 23,05 RER), mentre il tasso di ospedalizzazione per il DH medico si attesta in linea alla media RER.

Lo standard di ospedalizzazione è attualmente fissato dai provvedimenti ministeriali in 160 ricoveri x 1.000 abitanti, di cui il 20% in regime diurno; conseguentemente lo standard/obiettivo sarebbe di conseguire, entro il 2014, 130 ricoveri ordinari per mille abitanti.

In sintesi, i dati di attività registrati nel 2010, evidenziano i seguenti trend.

Il livello di autosufficienza dell'AUSL di Imola, pari a circa il 65% - considerando anche la quota di ricoveri extraregione stimata sul dato 2009 - rimane tra i migliori a livello regionale.

Si è registrato tra il 2009 e 2010 una lieve flessione del numero dei ricoveri ordinari totali (-0,4%) solo parzialmente compensato dall'incremento dei ricoveri in DH, da un aumento complessivo dei DRGs Medici (+1,70%) e Chirurgici (+1,25%).

In fase di programmazione si può affermare quindi, con ragionevole certezza, che nel prossimo triennio i posti letto non aumenteranno; la prevedibile riduzione, definita dalle indicazioni nazionali e regionali, potrà peraltro essere influenzata da variazioni quali-quantitative della popolazione residente, da modifiche delle modalità di consumo dei servizi ospedalieri, da variazioni dei flussi di mobilità passiva e attiva. La dotazione di posti letto e servizi potrà essere influenzata inoltre anche da un diverso ruolo del Presidio Ospedaliero nella rete dei servizi ospedalieri di Area vasta (reciprocità e scambio riguardo a particolari linee produttive

DOTAZIONE POSTI LETTO

e assistenziali).

L'evoluzione della maggior parte delle malattie verso la cronicità ha richiesto l'introduzione di approcci finalizzati a mantenere la continuità delle cure sia all'interno dell'Ospedale, sia nei raccordi con i servizi territoriali.

LA GRADUALITA' DELLE CURE

L'esigenza di combinare la bassa intensità di cura, che caratterizza gran parte della domanda di ricovero ordinario, con gli attuali contesti ad alta tecnologia e ad alta specializzazione, richiede di sperimentare forme assistenziali diverse che consentano anche di mettere in campo competenze multidisciplinari, in parte non mediche ed in parte non sanitarie.

Il modello della stratificazione per gradualità di cura, ossia l'accoglienza del paziente in un'area appropriata in base alla complessità/instabilità clinico/assistenziale ed al trasferimento successivo al variare delle condizioni cliniche, è un modello concettuale applicabile a diversi livelli, all'interno del contenitore Ospedale, al singolo Dipartimento, alla singola Unità Operativa, secondo specifici criteri definiti in base alla casistica di riferimento.

Esso è incentrato sulla stratificazione del bisogno clinico assistenziale del paziente e l'attribuzione del livello di cura richiesto consegue ad una valutazione di instabilità clinica (associata a specifiche alterazioni di parametri fisiologici) e di complessità assistenziale (medica ed infermieristica).

Ad indicare la configurazione dell'organizzazione ospedaliera è innanzitutto la componente clinica, che una volta stabilita attraverso scale validate, orienterà il paziente ad un preciso livello nel quale esso riceverà le cure prescritte secondo uno specifico grado di intensità definito in base alle migliori evidenze disponibili in letteratura.

La programmazione regionale orienta chiaramente gli spazi di intervento dei servizi a vocazione extraospedaliera, dalle cure primarie, alla salute mentale, alla sanità pubblica. I punti cardine su cui opererà il settore delle cure primarie fanno riferimento all'accoglienza e presa in carico in ambito territoriale, attraverso la medicina generale, dei problemi di salute della popolazione afferente ai singoli nuclei delle cure primarie. In tale ambito andranno svolte le scelte del più appropriato livello di risposta alla domanda di salute espressa. In altri termini se la sede del nucleo è quella adatta alla completa risposta, ovvero se altri soggetti della rete sono

LE CURE PRIMARIE

deputati, in ambito sanitario o in ambito sociale, a completare quanto è necessario per rispondere al bisogno espresso. Ne consegue che le cure primarie sono sia soggetto di erogazione, che soggetto indirizzante verso livelli diversificati di servizio ambulatoriali, ospedalieri, sociali, sia come via appropriata di accesso, sia come soggetto della rete deputato alla presa in carico successiva del paziente, in uscita dagli altri punti di erogazione dei servizi. Perché possa essere svolta al meglio l'azione a cui sono deputate le cure primarie, è necessario giunga a compimento l'organizzazione dei nuclei delle cure primarie con la concreta realizzazione delle loro sedi fisiche dove ancora non sono operanti. Diventa successivamente impellente completare anche la corrispettiva organizzazione delle risorse e delle funzioni. In altri termini sarà necessario integrare le diverse componenti professionali nell'ambito della rispettiva sede fisica. Oltre ai medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli infermieri professionali, il farmacista ecc. L'impegno dei professionisti dei nuclei dovrà essere prevalentemente orientato a quei settori di patologia caratterizzati dalla larga diffusione, dalla cronicità nell'evoluzione, dalla necessità di interventi multispecialistici pur in permanenza della presa in carico a della continuità sul medico di medicina generale. Tipicamente patologie quali lo [scompenso cardiaco](#), il diabete, le patologie broncopolmonari croniche. Relativamente alle prime due esemplificazioni sono in corso progetti specifici quali il NOA, nuova organizzazione ambulatoriale, per lo scompenso cardiaco, o la gestione integrata del paziente diabetico in corso da tempo. Tra gli interventi di rilievo, durante la vigenza del piano, a forte connotazione strategica vi è la realizzazione delle case della salute. Detta soluzione logistico organizzativa è prevista su due sedi secondo dimensionalità diverse. La prima sarà realizzata presso lo stabilimento di Castel S. Pietro, la seconda presso il polo sanitario del Comune di Medicina. E' inoltre al vaglio la fattibilità di realizzazione presso l'Ospedale Vecchio di Imola.

[NUCLEI DI CURE
PRIMARIE](#)

[CASE DELLA SALUTE](#)

Un ulteriore ambito di intervento con connotazione territoriale, ma con strette relazioni con l'ospedale concerne la rete dell'emergenza territoriale. A questo riguardo gli aspetti da considerare sono relativi, da una parte alla possibilità di razionalizzazione delle postazioni del 118 regionale in ambito circondariale, dall'altro alla qualificazione del ruolo della continuità assistenziale nell'ambito dei nuclei delle cure primarie. Nel primo caso si tratta di riposizionare le postazioni di emergenza 118 in stretta relazione con le postazioni vicine afferenti all'azienda sanitaria di Bologna. Ciò al fine di un utilizzo pieno e sicuro della rete provinciale dell'emergenza

[EMERGENZA
TERRITORIALE](#)

territoriale. Nel secondo caso si tratta contemporaneamente di valorizzare il ruolo dei medici della continuità assistenziale nell'ambito dei nuclei delle cure primarie e delle case per la salute, ma anche di dimensionare l'attività di copertura del servizio di continuità in relazione ai reali livelli di utilizzo evitando inefficienze e ridondanze.

Gli elementi condizionanti la pianificazione strategica del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche possono trarre spunto prevalentemente da due elementi di contesto. Il primo è conseguente al mandato pianificatorio regionale, Piano per la salute mentale tuttora vigente, dal quale sono derivabili gli orientamenti relativi alla psichiatria adulti, quelli concernenti la neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza, quelli inerenti le dipendenze patologiche. Il secondo è conseguente alla constatazione che l'analisi dei costi per livelli di assistenza svolta in ambito regionale, rendendo evidente uno scostamento dal costo medio procapite tra le attività svolte dalla salute mentale imolese, più costose rispetto al costo medio regionale per lo stesso livello assistenziale, pone un problema di razionalizzazione dei costi stessi. A corollario di questi due elementi di contesto, sono possibili altre due considerazioni, una di tipo storico strutturale, volta a spiegare, in parte, la differenza di costi evidenziata, la seconda di tipo contestuale evolutivo, finalizzata a identificare linee di sviluppo e trasformazione dell'offerta di servizio nell'ambito della salute mentale, avendo riguardo all'obiettivo generale aziendale di controllo dei costi. La spiegazione alla prima considerazione è desumibile dalla storia dei servizi psichiatrici del circondario imolese, alla lunga e impegnativa trasformazione dell'impostazione eminentemente manicomiale verso servizi alternativi e di de-istituzionalizzazione. Inevitabilmente questo contesto di partenza ha condizionato l'offerta di servizio dell'Azienda Usl di Imola. La seconda considerazione esplicativa è conseguente alla precedente, si sostanzia nella necessità di graduale e continua trasformazione dell'offerta di servizio, che consegue e si accompagna al cambiamento quali quantitativo dell'utenza in carico. Nuove forme di servizio vanno approntate trasformando quelle esistenti in un contesto di integrazione tra utenza, servizi sanitari, servizi sociali, istituzioni, soggetti erogatori pubblici e privati, il terzo settore. In questa trasformazione vanno colte le possibili opportunità di miglioramento dell'efficienza, della economicità, ma anche della qualità e sicurezza del servizio reso. Ciò premesso, come da mandato regionale, si è proceduto e si procederà alla traduzione degli orientamenti pianificatori promulgati.

LA SALUTE MENTALE

Alcune attività sono già state realizzate pur attenendo alla vigenza del presente piano strategico. Altre sono in corso di realizzazione a breve e medio termine. Le azioni già svolte riguardano: il trasferimento del centro di salute mentale e del day hospital presso il nuovo padiglione “ Lolli”; il trasferimento del servizio psichiatrico di diagnosi e cura, seguito dalla residenza per trattamenti intensivi presso l'ospedale nuovo. Questo ha permesso di liberare definitivamente la sede storica per diversi aspetti non più idonea alla funzione. Le linee di sviluppo relative al settore della **Psichiatria adulti** sono attinenti:

- la riorganizzazione della rete residenziale e semiresidenziale in rapporto stretto col percorso di accreditamento avviato in ambito regionale;
- la promozione di un percorso di integrazione dei due centri diurni esistenti per pervenire alla unificazione della sede di erogazione del servizio;
- la realizzazione in ambito provinciale ma in relazione anche con le aree vaste Centro e Romagna di un sistema di risposta integrato alle emergenze psichiatriche.

Sarà altresì rilevante l'impegno complessivo del dipartimento in tutte le sue componenti rivolto alle cure primarie. In altre parole perseguire con maggiore efficacia e perseveranza l'obiettivo di strutturare relazioni clinico organizzative solide con i professionisti operanti nell'ambito dei nuclei delle cure primarie e in genere coi medici di medicina generale. Cogliere il bisogno al suo primo manifestarsi, garantire consulenza e continuità di presa in carico differenziando i livelli di risposta più appropriati sarà impegno imprescindibile della salute mentale.

Le linee di sviluppo concernenti l'area delle **Dipendenze patologiche** sono relative a:

- chiusura del centro crisi il “Tasso” riconducendo l'attività di assistenza notturna nell'ambito dell'accoglienza svolta dalla residenza a trattamenti intensivi collocata in ospedale;
- internalizzazione del centro semiresidenziale “Arcobaleno” e gestione diretta del medesimo con personale dipendente.

Le linee di sviluppo concernenti la **Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza** sono relative a:

- avvio di attività organizzative volte alla realizzazione della rete clinico assistenziale in ottemperanza ai dispositivi programmatici regionali;
- miglioramento e adeguamento dei processi di diagnosi, cura e riabilitazione conformi alle indicazioni di standard di prodotto proposti dalla regione;
- sviluppo di strumenti operativi finalizzati a una maggiore integrazione

sociale e sanitaria.

Le attività del Dipartimento di Sanità Pubblica, nel periodo di vigenza del presente piano, saranno naturalmente in continuità con quanto già in essere e che ha qualificato e qualifica il dipartimento imolese. Poiché è di recente emanazione il piano regionale della prevenzione, sarà naturalmente impegno del dipartimento di sanità pubblica, che ha peraltro contribuito alla sua stesura, dare avvio alle attività attuative derivanti dagli indirizzi del piano stesso. Sarà altresì impegno della sanità pubblica ricercare sinergie organizzative e funzionali in Area Vasta Emilia Centro e in particolare con l'area provinciale. Da ciò è legittimo attendersi una standardizzazione delle politiche di sorveglianza, di promozione della salute e di reciproca consulenza finalizzate a una maggiore uniformità delle iniziative di settore. Di grande rilievo è il contributo atteso nell'ambito dell'integrazione degli interventi di prevenzione, informazione, educazione alla salute da svolgersi in collaborazione con i nuclei delle cure primarie. A questo riguardo è strategico immaginare la realizzazione delle case per la salute inserendo da subito sia logisticamente che funzionalmente i terminali della sanità pubblica. Un contributo strategico dovrà realizzarsi nell'ambito del piano per la salute e il benessere sociale, a puro titolo di esempio e non esaustivamente si possono ricordare "il tavolo delle malattie evitabili" e le iniziative afferenti al "campo prove per la sicurezza". Sono anche di rilievo strategico il consolidamento delle attività del programma epidemiologia, nonché le iniziative volte alla realizzazione sul territorio imolese del centro regionale "salute ambiente".

[LA SANITA' PUBBLICA](#)

LE AREE DI PRIORITA' 2010 - 2013

Le aree di priorità che l'Azienda ha individuato come strategiche per il prossimo triennio, suddivise per aree di intervento, sono in sintesi le seguenti:

1. la gestione integrata delle patologie acute e croniche prevalenti ([ictus](#), [scompenso cardiaco](#), BPCO);
2. la [rete oncologica e delle cure palliative](#);
3. la [rete della riabilitazione](#);
4. [l'assistenza alla gravidanza ed al parto](#);
5. la [rete dell'emergenza territoriale](#);

6. la rete clinica dei laboratori;
7. lo sviluppo dell'area ospedaliera;
8. lo sviluppo dell'area territoriale, della salute mentale, della sanità pubblica.

parte seconda

IL PROFILO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO

Il Piano Attuativo Locale (PAL) 2004-2006 delineava un Presidio Ospedaliero unico con competenze distintive dei due stabilimenti di Imola e Castel San Pietro, che si presentavano integrati e complementari. In particolare, lo stabilimento di Imola, era definito come sede elettiva per l'emergenza-urgenza, le cure ad elevata intensità assistenziale ed i servizi di diagnosi e cura più complessi, mentre lo stabilimento di Castel San Pietro era indicato come sede elettiva per la chirurgia di giorno e la chirurgia specialistica con breve degenza e per le cure long-term a bassa complessità.

Il profilo del Presidio Ospedaliero si completerà attraverso l'implementazione di una serie di azioni che interesseranno il triennio di competenza del presente Piano Strategico e, in alcuni casi, potranno riguardare un periodo successivo.

In sintesi le più importanti azioni previste riguardano:

- Il completamento del trasferimento all'Ospedale Nuovo di quelle funzioni ospedaliere ancora collocate presso la vecchia sede (DH Oncologico, Pneumo-Allergologia, Terapia Antalgica, Anatomia Patologica e camera mortuaria, Laboratorio di CitoGenetica), in varie fasi, passando anche attraverso la realizzazione di nuove piattaforme logistiche in grado di ospitare funzioni sanitarie integrabili (ambulatori, chirurgia ambulatoriale, laboratori);
- la razionalizzazione dei percorsi per esterni, con la realizzazione di una nuova piattaforma logistica in grado di ospitare attività ambulatoriali, riabilitative e la Dialisi, in parte già presenti presso la sede ospedaliera;
- l'adeguamento degli spazi ospedalieri ai nuovi standard previsti dall'accreditamento attraverso l'aggiornamento degli impianti ed il miglioramento del comfort alberghiero.

LE LINEE DI SVILUPPO DELLO STABILIMENTO DI IMOLA

- Ridurre i costi di gestione unificando sullo stabilimento di Imola funzioni ad elevato costo per motivi di tipo strutturale, per necessità di collegamenti interdisciplinari o di dotazione strumentale e impiantistica; si potranno così utilizzare possibili sinergie ed economie di scala (attività chirurgica e di diagnostica interventistica, attività di ricovero per acuti) da riconvertire, eventualmente, in ulteriori attività;

**FUNZIONI AD ALTA
COMPLESSITA'**

- articolare le aree di degenza in settori specializzati per livello assistenziale (terapia intensiva e semintensiva, alta, media, minore intensità clinica), per fase del percorso (preintervento e post-intervento, post-acuzie, riabilitazione, dimissione protetta) o per percorso diagnostico-terapeutico (patologie più frequenti e/o complicate da episodi acuti e cronici);

SETTORI SPECIALIZZATI

- sperimentare progetti di innovazione organizzativa quali, ad esempio, la riorganizzazione delle degenze per [gradualità delle cure](#), l'implementazione di nuove modalità di interazione professionale fra medico curante e specialista consulente; ciò faciliterebbe il passaggio in cura del paziente a quest'ultimo, per interi percorsi clinici o singole fasi dei ricoveri che riguardano, in particolare, patologie afferenti alle discipline di Oncologia, Gastroenterologia, Nefrologia;

**SPERIMENTAZIONE
ORGANIZZATIVA**

- programmare l'attivazione di nuove funzioni specialistiche attualmente non presenti con risposte strutturate di degenza; la realizzazione di piattaforme logistiche di degenza più ampie delle attuali, grazie al decentramento di attività ambulatoriali dalle attuali sedi verso la suddetta nuova piattaforma ambulatoriale per esterni, permette di ipotizzare anche attività di degenza oncologica, nefrologica, pneumologia, neurologica; tali aree di degenza non saranno configurabili classicamente come aree di degenza definite a priori come specialistiche, bensì, nell'ambito di una degenza medica, saranno ricavabili, in relazione all'intensità clinico assistenziale richiesta letti per pazienti connotati prevalentemente come oncologici, nefrologici, neurologici ecc.

NUOVE FUNZIONI

- avviare e consolidare politiche di gestione dell'ospedale che, attraverso la condivisione delle piattaforme logistiche, condizioni non solo l'utilizzo condiviso dei supporti logistici, delle attrezzature, ma anche delle risorse umane, in modo che si realizzi un'integrazione tra le professioni e tra gli specialisti, costruendo l'intervento integrato, clinico assistenziale, di

**PIATTAFORME
LOGISTICHE CONDIVISE**

cui sempre più l'utenza ha necessità; per supportare un cambiamento di paradigma assistenziale quale quello qui prefigurato, sono cruciali da una parte l'intervento formativo, dall'altra una coerente e complementare politica delle risorse umane volte alla loro valorizzazione in termini di ruolo.

LE LINEE DI SVILUPPO DELLO STABILIMENTO DI CASTEL SAN PIETRO

Se lo stabilimento di Imola si caratterizza come centro di riferimento per le cure in regime di emergenza urgenza, per trattamenti intensivi e semi intensivi, per la fruizione delle alte tecnologie, lo stabilimento di Castel San Pietro si connoterà maggiormente come struttura complementare dove troveranno risposta le attività chirurgiche a sostanziale sviluppo diurno e le esigenze collegate alle cure long term, collegate alla palliazione.

La disponibilità presso il polo castellano di un blocco operatorio dotato di tre sale, con a supporto spazi di degenza a regime diurno, permette di prefigurare un consolidamento e un ampliamento delle attività di chirurgia di giorno. Oltre quindi alle attività di chirurgia generale attualmente prevalentemente svolte, è possibile ampliare la vocazione chirurgica di giorno ad altre specialità, con ciò prefigurando un polo polispecialistico di Day Surgery a servizio non solo dell'azienda imolese. A questo fine sarà di fondamentale importanza stringere accordi di fornitura in ambito provinciale che portino utenza verso il polo castellano.

CHIRURGIA DI GIORNO

Per meglio circostanziare la Mission dello stabilimento, le cure long term faranno riferimento a pazienti, che superate le fasi acute di malattia, hanno necessità di consolidare la propria condizione sia sul piano clinico, sia su quello assistenziale, che su quello riabilitativo. A questo riguardo, se le condizioni di contesto lo consentiranno, è possibile prefigurare un apporto diretto della componente infermieristica col supporto clinico dei medici di medicina generale. Per quanto attiene alle attività connesse con la palliazione, tale tema in prospettiva oltre che prevedere il consolidamento della funzione di hospice già presente, prevede l'ampliamento del concetto di cure palliative a patologie di diversa natura rispetto a quelle oncologiche. Sono esempi da ricordare quelli relativi alle condizioni cardiorespiratorie ormai refrattarie alle terapie, ovvero alcune fasi evolutive di patologie degenerative del sistema nervoso quali la sclerosi multipla, la sclerosi laterale amiotrofica ecc. In questa ottica sono elementi di

CURE LONG TERM

innovazione la realizzazione dell'ambulatorio per le cure palliative, quale elemento fondamentale della rete delle cure con finalità di agevolazione dell'ingresso e della presa in carico del paziente, ovvero della dimissione e riconsegna al domicilio e al medico di medicina generale dello stesso. Complementare all'ambulatorio sarà l'attivazione del day hospice quest'ultimo finalizzato al sostegno delle fasi assistenziali con svolgimento diurno e rientro a domicilio a fine giornata.

Infine il grande investimento di carattere strategico della Casa della Salute, struttura di riferimento nella pianificazione sanitaria regionale, finalizzata al completamento dell'integrazione delle attività sanitarie e sociosanitarie afferenti al dipartimento delle cure primarie, ma anche luogo privilegiato di erogazione di servizi collegati al tema della prevenzione attraverso la presenza di terminali del Dipartimento di Sanità Pubblica. Oltre ai servizi tipicamente afferenti alle cure primarie e quelli appena ricordati della prevenzione, nella casa della salute è prevista l'erogazione di prestazioni e servizi afferenti al Dipartimento di Salute Mentale e dipendenze patologiche, in tal modo configurando un profilo completo dell'offerta di servizio di cure primarie. Il progetto prevede anche importanti investimenti strutturali che, qualora realizzati così come attualmente prefigurati modificherebbero in modo radicale l'assetto logistico e funzionale dello stabilimento castellano. La Casa della Salute è un presidio del distretto, la cui gestione complessiva è affidata al Dipartimento di Cure Primarie che coordina le attività erogate e cura le interfacce con gli altri dipartimenti. E' la sede di accesso e di erogazione dei servizi sanitari, di quelli sociosanitari e socio assistenziali rivolti alla popolazione afferente al territorio di pertinenza del rispettivo nucleo delle cure primarie.

CASA DELLA SALUTE

LE LINEE DI SVILUPPO DEI DIPARTIMENTI OSPEDALIERI

Tutti i Dipartimenti che afferiscono al Presidio Ospedaliero implementeranno, con diversi livelli di intensità, le azioni individuate per la realizzazione del nuovo assetto organizzativo sulla base di :

- comuni linee di indirizzo e coerenza con i principi fondanti aziendali;
- un approccio sistemico e multiprofessionale;
- continuità con le azioni già avviate;
- integrazione interdipartimentale e Ospedale-Territorio;
- cooperazione nell'ambito delle Reti integrate di servizi.

Si delineano pertanto alcuni tratti peculiari di ciascun Dipartimento in

relazione alle loro specificità, alla complessità degli interventi ed alle ricadute assistenziali attese.

DIPARTIMENTO D'EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)

Il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) ha realizzato nel 2009 l'obiettivo di attivare la nuova sede del Dipartimento che ospita tutte le U.O. afferenti (Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Cardiologia e relativa Terapia Intensiva, Rianimazione e Semintensiva polispecialistica) oltre al Pronto Soccorso e degenza ortopedica e Radiologia d'Urgenza che afferiscono ad altri Dipartimenti. Il trasferimento ha comportato la revisione complessiva degli assetti organizzativi e delle procedure assistenziali.

Nel prossimo triennio l'obiettivo primario sarà il consolidamento e lo sviluppo delle attività assistenziali secondo il modello per "[Intensità delle cure](#)" e dell'integrazione dei professionisti operanti sullo stesso piano del nuovo padiglione.

Lo sviluppo, così inteso, dovrà comportare una crescita culturale dei professionisti finalizzata al superamento delle singole identità gestionali, nel rispetto delle competenze e della valorizzazione professionali proprie di ognuno. In tal senso, si valuta positivamente l'avvio di sperimentazioni di modelli di presa in carico infermieristica che riconoscono l'autonomia professionale nell'attuazione del processo di cura.

Dal punto di vista clinico le innovazioni attese possono essere così declinate:

- applicazione della metodica RMN (tramite completamento con apposito modulo cardiologico dell'apparecchiatura di recente acquisizione) per la diagnosi differenziale nelle cardiomiopatie primitive e malattie del pericardio, per la diagnosi di miocardite acuta, per la valutazione dell'ischemia residua e vitalità miocardica nella cardiopatia ischemica e per lo studio delle malattie dell'aorta; attivazione della metodica eco stress che permetterà il superamento delle scintigrafie miocardiche effettuate in altre AUSL;
- gestione del paziente con scompenso cardiaco e PM bi ventricolare con ecocardiogramma specifico per l'ottimizzazione di parametri elettrofisiologici e della meccanica cardiaca;
- ottimizzazione della gestione del paziente con Scompenso Cardiaco mediante un modello assistenziale infermieristico specializzato.

Il rapporto con gli altri Dipartimenti sarà improntato ai principi del governo clinico applicati ai seguenti ambiti:

- la definizione di linee guida clinico-assistenziali condivise per la gestione di pazienti sia acuti che cronici riacutizzati (in particolare pazienti con Scompenso Cardiaco e BPCO);
- l'invio di pazienti alle aree di degenza previa valutazione dei parametri intensità di cura, prevalenza clinica, prevalenza assistenziale e possibili alternative al ricovero (Day Service-Day Hospital medico e chirurgico);
- la sperimentazione di una Recovery room presso il blocco Operatorio per migliorare l'utilizzo dei letti semintensivi.

I rapporti con il Territorio saranno improntati:

- all'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri (in particolare sui pazienti che si presentano come urgenti) migliorando la valutazione filtro e facilitando l'utilizzo di modalità assistenziali alternative al ricovero;
- al governo delle liste d'attesa per le prestazioni ambulatoriali (in particolare cardiologiche) mediante una forte azione basata sull'appropriatezza e la presa in carico con tempi e modi consoni al bisogno rappresentato dal paziente;
- alla definizione di percorsi facilitati per l'accesso a prestazioni di visita e diagnostica urgenti e sollecite;
- alla ricerca di un patto tra i medici ospedalieri e di medicina generale per omogeneizzare i percorsi sia diagnostici che terapeutici, attraverso comuni percorsi di formazione e aggiornamento.

DIPARTIMENTO MEDICO (DM)

Il Dipartimento Medico raggruppa le UOC di Medicina 1, Geriatria, Lungodegenza, Nefrologia e Dialisi, [Oncologia e Hospice](#) e le strutture semplici di Medicina 2, Medicina a bassa intensità clinica e Neurologia.

L'obiettivo primario del Dipartimento è quello di garantire ad ogni cittadino un appropriato percorso di presa in carico, individuato sulla base della patologia e del necessario carico assistenziale.

In tale ottica, lo sviluppo del percorso di [cura per intensità](#) /complessità assistenziale risponde pienamente alle esigenze del paziente con patologie di natura internistica.

Ragionando in ottica di intensità di cura a livello dei due stabilimenti ospedalieri, il Dipartimento Medico risulta già stratificato per intensità, essendo concentrate nell'ospedale di Imola l'attività per acuti internistica e la lungodegenza intensiva, mentre presso lo stabilimento di Castel San Pietro Terme trovano collocazione l'attività per lungodegenti post-acuti - riabilitazione estensiva e l'Hospice.

Il modello per intensità di cura è già stato sviluppato all'interno dell'area medica al sesto piano, con l'individuazione di un'area a bassa intensità clinica, un'area a media ed un'area ad alta intensità.

La diversa intensità di cura è individuata attraverso la definizione delle caratteristiche cliniche ed assistenziali dei pazienti destinati all'area e si differenzia per le differenti modalità organizzative a seconda delle procedure e della dotazione di risorse umane. Il modello organizzativo poggia su un ruolo importante di filtro del DEA e sulla condivisione dei criteri di accesso ai vari livelli di intensità di cura.

Nell'ambito di un'organizzazione per intensità di cure assume particolare importanza l'assistenza infermieristica, che si caratterizza per elementi di responsabilizzazione e di valorizzazione professionale, nei processi di presa in carico del paziente, di continuità, di pianificazione personalizzata dell'assistenza, di referenza gestionale su singoli casi trattati e di modulazione della gradualità dell'intervento assistenziale in ragione di un modello concettuale di riferimento professionale definito per "Complessità Assistenziale".

Questo modello di assistenza nel prossimo triennio sarà esteso alle altre unità operative afferenti al Dipartimento Medico ed anche alle unità operative chirurgiche, con la ricerca di adeguate sinergie tra le stesse nell'ambito dei rispettivi percorsi paziente.

Per il Dipartimento Medico risulta preminente il tema della gestione delle patologie acute e croniche prevalenti, termine con il quale ci riferiamo alle patologie cardiovascolari, cerebrovascolari, oncologiche, pneumologiche, endocrinologiche (diabete). L'ottica di sviluppo è quella della ricerca della sempre maggiore integrazione tra ospedale e territorio, al fine di favorire una continuità dell'assistenza di sempre maggiore qualità, l'approccio è quello di sperimentare nuovi modelli organizzativi e nuovi setting assistenziali.

In questa ottica rientrano lo sviluppo di un'area dedicata ai pazienti con [ictus \(Stroke Care\)](#), nell'ambito dell'area ad alta intensità clinica, il miglioramento dell'assistenza ai pazienti con scompenso cardiaco refrattario, gravi BPCO e malattie neurologiche degenerative, con

particolare riferimento al tema della gestione del fine vita di questa tipologia di pazienti nell'ambito di setting assistenziali residenziali quali l'Hospice.

Il tema della gestione della patologia oncologica verrà affrontato sia dal punto di vista strutturale che organizzativo. La UOC Oncologia troverà nel breve una nuova collocazione, ancorché non definitiva, all'interno dell'ospedale di Imola, negli spazi lasciati liberi dalla UOC Rianimazione. Il piano di sviluppo dell'area ospedaliera nel medio-lungo periodo prevede comunque la definizione di una nuova area, nella quale, oltre ai posti letto di Day Hospital Oncologico, possano essere individuati anche posti letto specialistici di degenza ordinaria.

Il tema dello sviluppo dei percorsi oncologici è importante sia per la definizione delle relazioni interne con le unità operative coinvolte nella diagnosi e nella terapia (medicines specialistiche, radiologia, anatomia patologica, chirurgia) sia per la definizione delle relazioni esterne con le strutture pubbliche e private che forniscono prestazioni non erogabili in azienda (ad esempio la Radioterapia).

I principali riferimenti extra-aziendali dei cittadini imolesi sono l'Azienda Ospedaliera S. Orsola-Malpighi, l'Ospedale Bellaria e l'Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori (IRST) di Meldola (FO), strutture con le quali l'AUSL di Imola sigla annualmente appositi accordi di fornitura.

In particolare la relazione instaurata con l'IRST garantisce la fruizione di attività di secondo e terzo livello e prevede adeguate relazioni con le strutture ed i professionisti interni all'azienda per le condizioni per le quali può essere offerto il medesimo approccio terapeutico. Questo modello consente di dare continuità al percorso del singolo paziente e governare gli aspetti economici legati alla mobilità passiva verso altre strutture provinciali e regionali.

Anche per il Dipartimento Medico la ricerca di forme di assistenza alternative al ricovero ordinario rappresenta un obiettivo strategico, funzionale al miglioramento dell'accessibilità dei cittadini.

In questo senso deve essere ulteriormente promosso il modello di gestione unitaria dell'assistenza in Day Hospital di area medica con l'estensione dell'offerta, degli orari di attività e con la ricerca di nuove modalità di raccordo tra i servizi (con il Pronto Soccorso, con i medici di medicina generale).

DIPARTIMENTO CHIRURGICO (DC)

Il Dipartimento Chirurgico è costituito da UOC Chirurgia Generale, Urologia, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, e Oculistica.

Le linee di sviluppo principali sono individuate nelle seguenti.

- adeguamento tecnologico e impiantistico del Blocco operatorio di Imola con realizzazione della ottava sala operatoria, realizzazione di una recovery room e adeguamento della Banca delle cornee;
- trasferimento presso l'ospedale di Imola, in una collocazione propria, della degenza ordinaria della UOC Otorinolaringoiatria, anche in funzione dello sviluppo della chirurgia del collo;
- trasferimento e sviluppo multidisciplinare di tutte le attività di day surgery presso il polo castellano;
- definizione di percorsi di presa in carico affidabili al fine di permettere la preparazione dei pazienti in regime di prericovero;
- distinzione dei flussi di attività urgente e programmata, a fronte del costante aumento delle urgenze (in particolare in campo ortopedico) al fine di evitare interferenze e inefficienze;

Per quanto riguarda l'aspetto clinico sono attese le seguenti innovazioni:

- sperimentazione di una organizzazione delle degenze per intensità e [gradualità delle cure](#), con particolare attenzione al problema del paziente chirurgico anziano (attivazione di un'area orto-geriatrica in integrazione con le funzioni di geriatria, lungodegenza e riabilitazione estensiva);
- implementazione di modalità organizzative che migliorino l'efficienza operativa del Blocco operatorio;
- sviluppo delle potenzialità del Dipartimento attraverso l'implementazione di modalità condivise per la valutazione delle attività svolte;
- adozione di sistemi di valutazione della Clinical Competence e miglioramento delle strategie di reclutamento professionale mirato al completamento dei percorsi clinici e al recupero della mobilità passiva;
- utilizzo dell'apporto innovativo derivato dai rapporti con le Scuole di specializzazione universitarie e con l'Istituto di Montecatone.

Il rapporto con gli altri Dipartimenti sarà improntato ai principi del governo clinico applicati a vari ambiti e, precipuamente, allo sviluppo di relazioni

strutturate con l'area internistica e l'area intensiva, basate sulla definizione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi in particolare nell'ambito delle patologie oncologiche.

I rapporti con il territorio saranno improntati alla riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali critiche attraverso l'attivazione, al bisogno, di sedute aggiuntive. Sarà data particolare attenzione all'estensione della elaborazione di criteri distintivi fra primo accesso e controlli ed alla definizione di percorsi facilitati per l'accesso a prestazioni di visita e diagnostica urgenti e sollecite.

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE (DMI)

Il Dipartimento Materno Infantile dell'Azienda USL di Imola, è costituito dalle UOC. di Pediatria-Nido, Ginecologia-Ostetricia e Genetica Medica ed è funzionalmente correlato alla SSD Consultorio Familiare e al Programma Pediatria di Comunità del Dipartimento Cure Primarie, al fine di garantire la sinergia Ospedale-Territorio e la continuità delle cure.

In coerenza con le linee di programmazione regionali e con i principi di sviluppo aziendali, la programmazione del DMI per il prossimo triennio sarà fortemente caratterizzata dall'applicazione a livello locale della DGR 533/2008 "[Percorso Nascita](#)", in stretta sinergia con le strutture territoriali Consultorio Familiare e Pediatria di Comunità.

Gli undici obiettivi previsti dalla citata DGR prevedono un grande impegno sul tema dell'assistenza pre-natale, dell'assistenza al parto e dell'assistenza post-natale, sia in termini di definizione delle reti cliniche che la governano che di acquisizione di competenze per l'esercizio dei ruoli professionali previsti. In questo contesto si inseriscono le valutazioni da effettuare a livello regionale sulla opportunità di valorizzare il ruolo di spoke del Punto Nascita di Imola nell'ambito dei tre livelli di assistenza previsti con il potenziamento dell'area neonatologica, disciplina la cui presenza caratterizza gli spoke di II livello e determina la possibilità di prendere in carico casi di prematurità più precoce e lo sviluppo degli indirizzi regionali, in corso di definizione, sul tema della attribuzione ai centri Hub della funzione di trasporto neonatale (STEN) e del trasporto materno assistito (STAM).

Gli obiettivi 1 e 2 prevedono la ridefinizione del percorso pre-natale con la offerta di almeno 2 ecografie nel corso della gravidanza, una tra la 11° e la 13° settimana ed una tra la 19° e la 20° di gestazione e l'offerta attiva del

cosiddetto “ test combinato “ o “bitest”. Il test combinato consiste nell'esecuzione di una ecografia per traslucenza nucale (ecografia genetica) e di un prelievo ematico per due determinazioni biochimiche (“bi-test”, gonadotropina corionica e proteina plasmatica A) e rappresenta il primo step per la definizione del rischio di anomalie fetali, in particolare la sindrome di Down. Il test di screening, di tipo probabilistico, consente di selezionare, tra tutte le gravide, un ristretto gruppo di donne ad alto rischio a cui offrire metodiche diagnostiche invasive di secondo livello (villocentesi, amniocentesi). Attualmente, secondo i criteri definiti dal D.M 10.09.98 (“Decreto Bindi”), che regola l'accesso alle prestazioni diagnostico-strumentali in gravidanza, l'offerta di villocentesi ed amniocentesi in regime di esenzione dalla compartecipazione alla spesa riguarda le sole gravide over 34.

L'obiettivo 3 prevede la valorizzazione del ruolo dell'ostetrica nella presa in carico della “gravidanza fisiologica”, ovvero della gravidanza a basso rischio. Il modello proposto, già utilizzato nel mondo anglosassone e studiato, per quel che concerne l'impatto sugli esiti, dal Ministero della Sanità, prevede, definito il livello di rischio di ciascuna gravidanza, l'individuazione di una o di un gruppo di ostetriche per la presa in carico della gravida. In collaborazione con l'ostetrica, il medico di medicina generale, i consultori e le altre strutture territoriali costituiscono la rete di assistenza integrata alla donna in gravidanza. L'ostetrica garantisce alle gravide a basso rischio un piano assistenziale personalizzato sulla base di protocolli e procedure concordate e formalizzate all'interno dell'area ospedaliera e del Consultorio Familiare. Questo modello prevede, in presenza di complicazioni, il coinvolgimento di medici specializzati in ostetricia e di altri specialisti.

Riguardo al tema del contenimento del dolore in travaglio di parto, che costituisce l'obiettivo 11 della DGR 53/008, il Punto nascita dell'ospedale di Imola sta sviluppando il percorso volto ad incrementare l'attività di analgesia farmacologica così come previsto dalle linee guida che la Regione Emilia-Romagna ha elaborato sul tema nel corso del 2007 (deliberazione n. 1921 del 10 dicembre 2007).

Secondo la classificazione regionale l'offerta della analgesia farmacologica deve essere proporzionale alle dimensioni del punto nascita, ovvero al numero di parti effettuati. Il Punto nascita dell'ospedale di Imola, con 1120 parti effettuati nel corso del 2009, si configura come punto nascita di tipologia C.

Un altro ambito di sviluppo del DMI riguarda il ruolo di hub del servizio di

citogenetica nel contesto dell'AVEC ed il mantenimento del ruolo riconosciuto nella rete regionale del servizio di Genetica Medica, con l'introduzione di un approccio multidisciplinare nella specialistica ambulatoriale per specifiche condizioni genetiche ad alta complessità e/o multisistemiche.

Come per le altre discipline afferenti al Presidio Ospedaliero tuttora collocate presso l'Ospedale Vecchio, anche per la UOC Genetica Medica sarà valutata l'opportunità di ricondurre l'attività in seno al Presidio, preferibilmente ricercando sinergie logistico-organizzative con i laboratori afferenti al Dipartimento dei Servizi.

L'attività della pediatria in una prospettiva strategica non può non tenere conto delle vocazioni specialistiche già presenti e che costituiranno, insieme all'attività neonatologica già ricordata nell'ambito del percorso nascita, l'altro pilastro su cui si consolideranno le prospettive di sviluppo strategico. Le attività auxologiche, endocrinologiche, quelle allergologiche, gastroenterologiche e quelle neonatologiche dovranno consolidarsi seguendo alcune direttrici che in sintesi sono:

- garantire la continuità di erogazione delle prestazioni attraverso l'identificazione di almeno due dirigenti medici per ogni branca specialistica;
- creare una rete locale di relazione con i pediatri di libera scelta e la pediatria di comunità;
- consolidare la relazione con i riferimenti specialistici Hub di ambito provinciale;
- favorire la crescita di una specializzazione di settori ospedalieri a prevalente vocazione adulta, verso le tematiche specifiche delle fasce di età pediatrica, ad esempio la diagnostica per immagini di area infantile o la cardiologia pediatrica.

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

Il Dipartimento dei Servizi, costituito dalle UO di Radiologia, Anatomia Patologia, Laboratorio Analisi e Medicina Trasfusionale, nel prossimo triennio dovrà affrontare una importante fase di riorganizzazione e sviluppo.

Dal punto di vista strutturale, sull'area dei laboratori afferenti al Dipartimento e sulla Genetica saranno perseguite sinergie logistiche ed organizzative e verranno sviluppate le reti cliniche interne e le collaborazioni esterne, come già promosso nelle altre Aziende Sanitarie

della Provincia ed in altre Aree Vaste della regione. L'accorpamento logistico consentirà di acquisire competenze professionali a maggiore valenza trasversale sull'area, mentre la sinergia con le altre aziende razionalizzerebbe il sistema dell'offerta generando ambiti di specializzazione peculiari in ciascuna azienda.

L'Anatomia Patologica troverà collocazione all'interno dell'ospedale di Imola, una volta conclusosi il processo di ampliamento strutturale dell'Ospedale Nuovo.

Per ciò che concerne il [Laboratorio Analisi](#) è già stato attivato un gruppo di lavoro formato da professionisti dell'AUSL con lo scopo di valutare la fattibilità di unificare in ambito provinciale alcune aree di attività specialistiche che non inficiano la necessità di garantire tempestività all'iter diagnostico, ovvero non riguardano le determinazioni sul paziente urgente, sul paziente in terapia anticoagulante e sul paziente potenzialmente infetto.

L'area della Medicina TrASFusionale può anch'essa trovare benefici organizzativo-gestionali dalla condivisione degli spazi con il Laboratorio Analisi. In ambito provinciale, a cui è già funzionalmente collegata, può trovare migliore valorizzazione della corposa attività di raccolta sangue che viene effettuata localmente.

Dal punto di vista clinico il Dipartimento dei Servizi promuoverà importanti particolari ambiti di sviluppo, in particolare riferiti all'attività di screening per il tumore della mammella e del colon-retto. L'ampliamento ad ulteriori fasce di età dello screening mammografico comporta la redazione di un progetto di fattibilità logistico-strutturale, l'adeguamento tecnologico rappresentato da un nuovo mammografo digitale, il reclutamento e l'addestramento delle necessarie risorse umane. Riguardo allo screening del colon-retto saranno implementati percorsi di integrazione interdipartimentali ad hoc, con il servizio di endoscopia digestiva e con la chirurgia generale per la gestione dei percorsi di secondo livello.

L'attività radiologica vedrà lo sviluppo di attività Cardio-RM tramite l'integrazione in equipe multidisciplinare con la Cardiologia, per la selezione dei pazienti da candidare alla nuova metodica. Eseguire localmente questo tipo di attività, pur se comporta costi emergenti per l'acquisizione del software dedicato e per l'impegno dei professionisti operanti potrà realizzare una ulteriore qualificazione dell'attività diagnostica cardiologica.

IL DISTRETTO E IL PROFILO DEL TERRITORIO

Il Distretto rappresenta l'articolazione territoriale dell'Azienda USL in cui si realizza l'integrazione complessa delle attività sociali e sanitarie, il coordinamento delle attività dei dipartimenti territoriali ed il raccordo con le attività dei dipartimenti ospedalieri.

Il Distretto esercita la funzione di tutela dei propri assistiti, che si esprime attraverso il ruolo di garante dell'accesso ottimale alle prestazioni, della appropriatezza delle risposte ai bisogni espressi dai cittadini, della qualità dei servizi e della unitarietà dei percorsi assistenziali.

LA FUNZIONE DI TUTELA

Il Distretto pone al centro della propria attività il cittadino/utente, garantendo equità, sostenibilità, globalità degli interventi e continuità di cura.

Il Distretto rappresenta l'ambito in cui devono essere garantite risposte integrate sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali; è il luogo delle cure e dell'assistenza più prossimo ai cittadini e dove la comunità locale si vede garantita nelle proprie specifiche esigenze di salute.

In tale accezione il Distretto rappresenta il luogo in cui le sinergie a livello di programmazione, erogazione e valutazione dei servizi trovano il loro privilegiato ambito di azione, per tutta risposta ai fabbisogni di assistenza territoriale, in forma ambulatoriale, domiciliare e residenziale, e di integrazione tra servizi sanitari e tra attività sociali e sanitarie.

Il ruolo di garante dell'integrazione, dell'appropriatezza e della continuità dei percorsi assistenziali proprio del Distretto, trova espressione nell'esercizio della committenza nei confronti dei sistemi di produzione interni ed esterni, pubblici e privati.

LA FUNZIONE DI COMMITTENZA

L'organizzazione interna dell'Azienda USL di Imola, si ispira al principio di separazione tra le responsabilità di committenza e quelle di produzione delle prestazioni ed organizzazione e gestione delle risorse assegnate.

La funzione di committenza, in capo al Distretto, è sovraordinata alla produzione e vede nei processi di budgeting interno, negli accordi di fornitura sovra aziendali e negli accordi integrativi aziendali con le diverse componenti professionali gli strumenti più efficaci di gestione dei rapporti di collaborazione tra i diversi livelli.

Partendo dalla valutazione dei bisogni di salute della popolazione e dei consumi prestazionali, la committenza agisce per limitare l'autoreferenzialità e la forza dei produttori, per ridurre le asimmetrie informative e per allineare ed orientare quanto più possibile l'offerta dei produttori e la domanda degli assistiti verso servizi e prestazioni efficaci.

Le finalità ultime della committenza sono lo sviluppo al massimo grado possibile delle condizioni di autosufficienza, la definizione di precisi accordi esterni che disciplinino il consumo delle alte specialità non presenti in Azienda, allo scopo di governare volumi e percorsi, ed infine la caratterizzazione del ruolo integrativo e complementare del privato accreditato.

Il Distretto supporta la Direzione Aziendale nella definizione dei contenuti degli accordi/contratti di fornitura con i produttori pubblici e privati accreditati, sia per attività di ricovero ospedaliero, che per attività di specialistica ambulatoriale.

Il Distretto sovrintende alle attività nell'area dell'integrazione socio-sanitaria, supportando il Nuovo Circondario Imolese nella predisposizione dei contratti di servizio con i produttori socio-sanitari.

Connessa alla funzione di committenza è l'attività di controllo dei produttori esterni, la verifica delle attività svolte e dei risultati raggiunti.

Dal punto di vista istituzionale il Distretto costituisce la sede delle relazioni fra attività aziendali ed Enti Locali, in particolare con i Sindaci del territorio, per il pieno esercizio delle rispettive responsabilità sul piano della programmazione, al fine di mettere a fuoco le principali aree di bisogno e di delineare la scelta delle priorità di intervento.

Il Distretto contribuisce e sostiene le attività del Nuovo Ufficio di Piano e dell'Ufficio di supporto alla programmazione del Circondario, ed in tal modo esercita le sue prerogative nella gestione del Fondo per la Non AutoSufficienza, contribuendo a coordinare l'integrazione delle politiche sociali e sanitarie incidenti sulla qualità della vita della comunità intera.

Lo strumento di programmazione che assume maggiore rilevanza in ambito distrettuale è rappresentato dal **Piano per la Salute ed il Benessere Sociale**, articolato in programmi attuativi annuali, che riunifica, semplifica e allinea i precedenti atti programmatori di settore (Piani per la Salute, Piani di Zona, Piano delle attività per la non-autosufficienza) e pone i presupposti degli interventi prioritari per la salute ed il benessere dei cittadini.

Il Piano per la Salute ed il Benessere Sociale viene predisposto sulla base

LA FUNZIONE DI PROGRAMMAZIONE

del Profilo di Comunità della popolazione assistita ed individua gli obiettivi generali e settoriali per la pianificazione locale, in un'ottica di integrazione degli interventi nelle diverse aree: sociale, socio-sanitaria, area della non autosufficienza e sanitaria relativa ai servizi territoriali; vede coinvolte e mobilitate risorse diverse (pubbliche, del terzo settore, della solidarietà spontanea, private).

Nel triennio 2009-2011, questo nuovo strumento di programmazione è stato implementato da 6 tavoli di lavoro:

1. Welfare;
2. Responsabilità familiari, capacità genitoriali, diritti dei bambini, giovani e piena applicazione della legge 194/1978;
3. Immigrazione, asilo, lotta alla tratta;
4. Prevenzione e contrasto delle dipendenze e di altre forme di disagio sociale - Salute mentale;
5. Anziani - Disabilità;
6. Prevenzione malattie evitabili, croniche, promozione di stili di vita sani e sicurezza);

che hanno avuto il mandato di sviluppare ed implementare la rete dei servizi dell'ambito distrettuale di Imola e di perseguire un percorso di progressiva qualificazione delle risposte sociosanitarie messe a disposizione dei cittadini. Questa organizzazione di lavoro rappresenta l'esplicitazione del superamento del concetto di specificità: i progetti elaborati da ogni singolo tavolo, con un orizzonte di sviluppo triennale, non riguardano una categoria e/o un singolo aspetto sanitario o sociale, ma il benessere unitario della comunità locale.

Nel periodo di vigenza del presente Piano è atteso un nuovo Atto di Indirizzo e Coordinamento da parte della Giunta del Nuovo Circondario Imolese, che da un lato dovrà tracciare il nuovo assetto istituzionale della Governance Socio-Sanitaria (nuovo assetto dell'Azienda per i Servizi alla Persona, dei Servizi Sociali territoriali e degli Staff di Supporto alla programmazione e controllo del NCI) reso cogente dall'implementazione dell'Accreditamento Socio-Sanitario, e dall'altro dovrà ridefinire il mandato dei tavoli/gruppi di lavoro che saranno chiamati alla elaborazione del nuovo Piano per la Salute ed il Benessere Sociale.

LE PRIORITA' DI INTERVENTO SUL TERRITORIO

L'esercizio delle funzioni di tutela, committenza e programmazione da parte del Distretto richiede prima di tutto di tenere conto delle dinamiche

demografiche, epidemiologiche, sociali ed economiche della nostra popolazione.

Fra queste in particolare è l'incremento della prevalenza di cronicità che rappresenta uno dei problemi sanitari e sociali più rilevanti: con l'aumento della speranza di vita, la diffusione e la presenza delle malattie croniche è in continuo aumento.

**LA SFIDA DELLA
CRONICITA'**

Attualmente i 4/5 delle prestazioni sanitarie sono richieste per il trattamento della cronicità ed i 2/3 dei ricoveri sono ad esse attribuibili; alcuni studi predittivi stimano che nel 2020 circa il 60% della popolazione sarà affetto da patologie croniche.

L'aumentata prevalenza della cronicità induce importanti costi sociali, sia in considerazione dell'incremento del carico di malattia sia per effetto della disabilità totale risultante dell'evoluzione naturale di queste condizioni.

Una seconda importante dinamica evolutiva sul piano demografico ed epidemiologico è rappresentata dal consolidamento della immigrazione proveniente quasi esclusivamente da paesi al di fuori dell'Unione Europea (8,8% della popolazione residente).

**ASSISTENZA ALLE
POPOLAZIONI
IMMIGRATE**

Una forte immigrazione di provenienza extracomunitaria pone ovviamente problemi di accoglienza, di fornitura di servizi, d'integrazione sociale oltre che di convivenza civile. La composizione di queste popolazioni sotto il profilo della provenienza, età, sesso, livello di qualificazione scolastica e lavorativa rappresenta sicuramente una delle variabili che condizioneranno maggiormente l'evoluzione dell'offerta dei servizi sanitari. L'immigrazione è infatti portatrice di culture e bisogni non omogenei a quelli della popolazione residente, che comportano la necessità di modulare i servizi offerti in rapporto alle diverse necessità, aspettative e preferenze dei diversi gruppi di popolazione presenti.

Un terzo elemento di scenario è rappresentato dalle disuguaglianze di salute che si determinano sostanzialmente sulla base di fattori di natura socio-economica.

**CONTRASTO ALLE
DISUGUAGLIANZE DI
SALUTE**

Le peggiori condizioni di salute dei più poveri, ovvero il gradiente sociale, il legame diretto tra reddito e salute e le differenze nell'accesso ai servizi sanitari sono il risultato di una sperequazione di elementi di conoscenza (deprivazione culturale) e di risorse (deprivazione economica), che sono i determinanti strutturali delle condizioni di vita e del benessere.

Molte ricerche hanno evidenziato che i gruppi più svantaggiati presentano tassi di mortalità più elevati rispetto alle classi di reddito più avvantaggiate, e che il reddito e l'istruzione sono i fattori che più influiscono in maniera negativa sui livelli di salute.

I differenziali di mortalità più significativi si registrano per l'abuso di sostanze (droghe e alcool), per le malattie ischemiche del cuore e per il tumore del polmone.

Negli ultimi anni lo stato di salute è migliorato maggiormente nelle classi sociali più elevate, non solo per la loro possibilità di praticare stili di vita più salubri, ma anche per la loro maggiore capacità d'accesso ai sistemi di diagnosi e cura.

Per fronteggiare il nuovo scenario epidemiologico il territorio deve diventare teatro di sviluppo di un nuovo paradigma assistenziale che, a differenza di quello classico della medicina d'attesa, disegnato sulle malattie acute, si basa sull'iniziativa, con la presa in carico proattiva degli assistiti e con un approccio organizzativo che vuole intercettare il bisogno di salute anche quando non si traduce spontaneamente in domanda di cura, prevedendo ed organizzando le risposte assistenziali adeguate.

**ASSISTENZA
D'INIZIATIVA**

L'assistenza d'iniziativa o proattiva è rivolta sia agli aspetti di prevenzione, counselling ed informazione sia alle attività necessarie per una migliore gestione dello stato di salute degli assistiti con patologie croniche.

Tale modalità di assistenza chiama in causa in maniera integrata i percorsi ospedalieri, la presa in carico del cittadino da parte del territorio, che vede quale interlocutore principale il medico di medicina generale in una ottica di rete, la prevenzione collettiva, la integrazione multidisciplinare dei professionisti e la valutazione multidimensionale del bisogno.

In un contesto fortemente orientamento verso risposte di tipo specialistico vi è la necessità di garantire e mantenere nel tempo una visione integrata ed olistica del benessere, dei problemi di salute e dei relativi processi di cura; tale compito è affidato prevalentemente al territorio, in una logica di rete.

Occorre rivedere i modelli organizzativi storici basati su risposte episodiche a domande puntuali di assistenza, puntando a definire contenuti assistenziali integrati in un contesto organico di ruoli e funzioni, rimuovendo gli ostacoli all'integrazione dei professionisti.

**ATTIVITA' DI
PREVENZIONE
INTERSETTORIALI**

Assume una particolare valenza la capacità del sistema di farsi carico della promozione della salute attraverso opportune iniziative quali l'adozione di corretti stili di vita, ed in particolare l'attenzione all'esercizio della attività fisica, di corrette abitudini alimentari, che debbono comunque essere viste non solo come strumenti aspecifici di prevenzione primaria ma anche come indispensabili e mirati sussidi alle terapie anche nella gestione della patologia cronica. Sotto questo profilo, occorre provvedere a riunificare, integrare e far convergere gli ambiti di intervento dei diversi

attori aziendali che concorrono all'implementazione di tali strategie (DSP, DCP, DSM, Dipartimenti Ospedalieri), definendo la priorità degli interventi sulla base della densità dei rischi e gli ambiti di rispettiva responsabilità, investendo congiuntamente risorse a monte del processo di deterioramento della salute e riducendo gli eccessi di medicalizzazione nel contrasto ai fattori di rischio.

**ATTIVAZIONE RISORSE
DELLA COMUNITA'**

Per migliorare l'assistenza ai pazienti cronici l'Azienda USL dovrà inoltre stabilire solidi collegamenti con le risorse della comunità: gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, cooperazione sociale, ecc., cioè promuovere le collaborazioni con le organizzazioni del territorio per sostenere e sviluppare interventi che tendano a colmare i gap nei servizi necessari.

**SUPPORTO ALL'AUTO-
CURA**

L'assistenza di iniziativa, intesa come modello assistenziale per la presa in carico delle malattie croniche, si basa inoltre sullo sviluppo delle capacità, nel personale addetto all'assistenza (infermieri e operatori sociosanitari), di addestrare i pazienti (o i loro care-givers) ad una adeguata autogestione della malattia, ad esempio a rilevare periodicamente taluni parametri ovvero l'adesione alle terapie prescritte.

AIUTO A CHI AIUTA

Il modello operativo è basato sulla interazione tra il paziente/care giver reso esperto da opportuni interventi di informazione e di addestramento ed un team multiprofessionale composto da operatori socio sanitari, infermieri e Medici territoriali.

Le evidenze scientifiche dimostrano che i malati cronici, quando ricevono un trattamento integrato e un supporto al self-management e al follow up, migliorano e ricorrono meno alle cure ospedaliere.

Sulla base della esperienza aziendale realizzata nel processo di gestione integrata del diabete, questo nuovo paradigma assistenziale dovrà progressivamente essere esteso ad altri campi, utilizzando il lavoro integrato di diversi professionisti chiamati ad assicurare la presa in carico e la continuità assistenziale.

Risulta determinante come obiettivo strategico del presente Piano, mettere la maggior parte dei pazienti affetti da patologie croniche, o parenti o assistenti familiari, in condizione di autogestirsi per quanto attiene la corretta alimentazione, l'esercizio fisico, il monitoraggio dei parametri specifici e il corretto uso dei farmaci, privilegiando momenti e aspetti aggregativi che aiutino l'interscambio di esperienze tra i cittadini, evitando l'isolamento assistenziale.

L'erogazione di una uniforme e avanzata assistenza ai pazienti affetti da patologie croniche nell'ottica di migliorare lo stato di salute dei cittadini e di

ridurre alle situazioni di stretta necessità i ricoveri ospedalieri necessita di una nuova alleanza tra medico di medicina generale, specialista territoriale e specialista ospedaliero.

Tale alleanza è alla base del trasferimento di competenze cliniche e complessità assistenziali nel territorio, in un disegno diverso, e condiviso, dei confini di responsabilità clinica con riferimento a percorsi diagnostico-terapeutici definiti per alcune patologie individuate come target. Tali percorsi sono volti ad assicurare agli operatori impegnati nel fornire una assistenza ottimale ai pazienti cronici standard operativi di presa in carico e di erogazione delle prestazioni, procedure di lavoro, ambiti delle rispettive responsabilità, e sono ottenuti adattando al contesto locale Linee Guida EBM di livello nazionale o internazionale, rinforzate da una attività formativa specifica per tutti i componenti del team.

Si determina pertanto la necessità di una forte integrazione tra l'ospedale e il territorio in tutte le sue valenze socio-sanitarie, in cui il Distretto gioca un ruolo di regolazione fondamentale.

Strumenti di integrazione e di governo clinico sono i percorsi diagnostico-terapeutici adattati alle singole realtà territoriali di NCP che vedano protagonisti in primo luogo i medici di medicina generale e tutti i professionisti coinvolti a partire da specifiche patologie quali l'ipertensione medio-grave, il Diabete Mellito, lo [Scompenso Cardiaco](#), la BPCO, lo [Stroke](#) e i disturbi psichiatrici minori.

La gestione della cronicità potrà prevedere un'organizzazione territoriale comprendente la possibilità di disporre posti letto territoriali/servizi residenziali gestiti da Medici di Medicina Generale e personale infermieristico, all'interno di apposite strutture di cure intermedie, e al contempo percorsi dedicati per il ricovero ospedaliero.

La gestione della cronicità e la continuità dell'assistenza si avvalgono fortemente del contributo delle tecnologie innovative, tra le quali la telemedicina, la teleassistenza e più in generale l'ICT, in particolare per garantire la realizzazione di una modalità operativa a rete, che integri i vari attori deputati alla presa in carico delle cronicità (Ospedali, Nuclei delle Cure Primarie e Case della Salute, residenze sanitarie, servizi sociali, ma anche famiglie, associazioni, istituzioni profit e non profit, in altre parole il ricchissimo capitale sociale che ci caratterizza).

Un ampio sistema di informazioni cliniche su supporto informatico è indispensabile per fornire agli operatori sanitari i dati relativi ai pazienti o a gruppi di pazienti affetti da disturbi cronici specifici, stratificati per severità clinica o per rischio di aggravamento (registri di patologia). Queste

**SVILUPPO PERCORSI
DIAGNOSTICO-
TERAPEUTICI**

**SPERIMENTAZIONE
TECNOLOGIE
INNOVATIVE**

informazioni possono consentire mettere a punto le migliori strategie di cura individuali e personalizzate ovvero di gruppo, e di valutarne in seguito l'efficacia; possono inoltre essere sviluppati sistemi automatici di allerta e richiamo che aiutano ad attenersi alle linee guida e a rispettare rigorosamente i modi ed i tempi del follow-up.

L'INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA

Gli elementi di scenario delineati nel capitolo precedente, in termini di mutamenti demografici ed epidemiologici, unitamente ai cambiamenti di struttura del tessuto sociale, con il prevalere di famiglie di dimensioni sempre più contenute, l'incremento dei fenomeni di disagio infantile e giovanile, di precarizzazione di giovani adulti, l'aumento della tendenza all'abuso di sostanze e di alcool, l'aumento degli anziani soli e delle persone con disabilità che sopravvivono alla vita dei loro genitori, pongono al sistema la necessità di far fronte alla modifica della domanda assistenziale attraverso una risposta ai bisogni complessi caratterizzata da una forte integrazione.

Da sola la programmazione sanitaria si rivela infatti del tutto insufficiente ad affrontare tali importanti problematiche, poiché tali situazioni sono spesso sostenute e amplificate anche da condizioni quali la povertà e l'esclusione sociale.

E' quindi fondamentale coniugare le competenze sanitarie con quelle sociali, politiche e urbanistiche, riconoscere e valorizzare i bisogni locali e attivare e valorizzare la collaborazione delle istituzioni e dei cittadini. Il Distretto vuole proporsi come soggetto catalizzatore di queste strategie e rappresenta l'ambito ottimale per lo sviluppo dell'integrazione fra servizi sanitari e sociali, fattore fondamentale di qualificazione della offerta di servizi e prestazioni per rispondere adeguatamente ai mutati bisogni della popolazione assistita.

In particolare, interessa qui esplicitare gli aspetti salienti dell'integrazione sociale e sanitaria, trattata invece estesamente negli Atti di Indirizzo e Coordinamento del Nuovo Circondario Imolese e nei documenti di cui al Piano per la Salute ed il Benessere Sociale, ai quali si rinvia per una descrizione esaustiva.

L'integrazione può rappresentare un fattore fondamentale di qualificazione

**PERCHE'
L'INTEGRAZIONE
SOCIALE E SANITARIA**

**INTEGRAZIONE
COMUNITARIA**

dell'offerta dei servizi e prestazioni sociali e sanitari.

L'integrazione riduce il disagio dei cittadini nel rapporto con i servizi sanitari e sociali, perché tende a strutturare risposte unitarie e compositive pur a fronte di bisogni di cura e assistenza diversificati.

L'integrazione genera maggiore efficacia di cura e di sostegno e favorisce maggiore appropriatezza ed efficienza d'uso delle risorse professionali, comunione di intenti e collaborazione fra organizzazioni e professionisti di cultura e prassi diverse.

**INTEGRAZIONE
ISTITUZIONALE**

L'integrazione mira a offrire servizi più accessibili, meglio coordinati, più personalizzati e senza soluzione di continuità; è volta ad assicurare una presa in carico nel tempo specie per le persone con bisogni altamente complessi, a sostenere la rete di chi aiuta e offre cure, ad incentivare la partecipazione organizzativa dei professionisti e ad incoraggiare l'impegno e la responsabilità di tutti gli attori, pubblici e privati, formali ed informali, del sistema di assistenza.

L'integrazione si deve necessariamente realizzare a diversi livelli, fra loro strettamente sinergici ed interdipendenti.

**INTEGRAZIONE
GESTIONALE**

L'integrazione comunitaria è quella che si realizza in una comunità responsabile e competente che vuole mantenere e sviluppare il suo capitale sociale e per questo attiva politiche di contrasto delle disuguaglianze al fine di promuovere quanto più possibile la salute ed il benessere sociale, senza esclusioni, con particolare attenzione alla protezione dei più deboli e fragili, attraverso la costruzione di reti di relazione, di assistenza e di cura, anche allo scopo di mantenere la coesione sociale.

L'integrazione istituzionale si realizza attraverso azioni di programmazione e controllo strategico la cui responsabilità viene posta interamente nell'ambito del settore pubblico (Nuovo Circondario Imolese), che è il soggetto legittimato dalla società civile alla individuazione delle priorità; a livello istituzionale viene perseguita una stretta interdipendenza delle politiche sociali con quelle sanitarie, educative, ambientali, urbanistiche, culturali, ecc. per rispondere compiutamente ai bisogni espressi dalla popolazione.

**INTEGRAZIONE
PROFESSIONALE**

L'integrazione gestionale è quella modalità operativa che rende possibile l'utilizzo unitario, equilibrato ed efficiente dei fattori organizzativi e delle risorse che, anche se appartenenti a organizzazioni e soggetti diversi, assicurano la produzione dei servizi ed il funzionamento delle reti dei servizi socio-sanitari. I presupposti sono sistemi unificati ed equi per l'accesso ai servizi ed agli interventi (**valutazione multidimensionale e**

multiprofessionale, Liste Uniche di accesso, ecc.), garanzia di standard di servizio (**accreditamento dei soggetti gestori**, con separazione delle funzioni di governo da quella di produzione dei servizi e delle prestazioni), garanzia di visibilità e trasparenza delle responsabilità (contestabilità) e giusta soddisfazione da parte dell'utenza (qualità percepita).

L'integrazione professionale è infine quella modalità che tende a realizzare condizioni operative unitarie fra figure professionali diverse (sanitarie e sociali, formali ed informali) che possano garantire il massimo di efficacia possibile nell'affrontare bisogni di natura multidimensionale, la cui complessità richiede la predisposizione di una risposta altrettanto complessa, coordinata e strutturata. Gli utenti sono pertanto presi in carico in maniera congiunta, affidando ad un **case-manager** la regolazione del sistema complessivo della presa in carico, il coinvolgimento della pluralità dei servizi e dei professionisti e l'interfaccia unica con l'utente ed i suoi familiari.

LE CURE PRIMARIE

Le Cure Primarie, come definito dall'Oms sono costituite da “quelle forme essenziali di assistenza sanitaria che sono basate su tecnologie e metodi pratici, scientificamente validi e socialmente accettabili, rese accessibili a tutti gli individui e alle famiglie nella comunità grazie alla loro piena partecipazione, realizzate a un costo che la comunità e la nazione possono sostenere in ogni fase del proprio sviluppo in uno spirito di autonomia e di autodeterminazione”.

ALMA ATA, 1978

Le Cure Primarie, come anche indicato dai più recenti indirizzi dell'Oms, costituiscono uno snodo attraverso il quale gli individui vengono guidati nell'intero servizio sanitario e garantiscono la continuità longitudinale delle cure.

PRIMARY HEALTH CARE,
WHR, WHO, 2008

Esiste evidenza empirica che i sistemi sanitari che si orientano maggiormente alle Cure Primarie producono esiti in termini di salute, equità nelle condizioni di accesso e continuità delle cure, superiori ai sistemi più incentrati sulle cure specialistiche ed ospedaliere, con un aumento della soddisfazione degli utenti e senza rischi avversi sulla qualità dell'assistenza. Studi internazionali comparativi condotti negli ultimi venti anni dimostrano inequivocabilmente che paesi con robusti sistemi di Cure Primarie hanno tassi di mortalità evitabile più bassi e migliori indicatori di salute della popolazione (mortalità generale, mortalità specifica per malattie cardiovascolari e tumori), a parità di ogni altra

EQUITA' ED EFFICACIA

condizione.

Le Cure Primarie erogano assistenza sanitaria alla popolazione con equità ed efficacia e si fondano su un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia e alla comunità di appartenenza e sono un luogo di relazioni fiduciarie tra pazienti e professionisti ai fini di rendere partecipe l'assistito nelle decisioni riguardanti la propria salute e benessere; promuovono la salute ed il benessere dell'individuo e della collettività mediante interventi di prevenzione e di promozione della salute e sono formate da team di lavoro multiprofessionali che trattano i problemi di salute secondo un approccio globale.

RELAZIONI FIDUCIARIE

Un importante fattore di qualità dell'assistenza primaria è considerato la stabilità del team multiprofessionale, il suo radicamento nel contesto comunitario, e la continuità delle principali figure di riferimento (Medico, Infermiere Professionale e Assistente Sociale). La stabilità delle équipes territoriali è condizione favorente la massima riconoscibilità dei professionisti all'interno delle stesse, la continuità di servizio e la fruizione di interventi personalizzati.

STABILITA' DEL TEAM

I principali obiettivi delle Cure Primarie si sviluppano lungo due direttrici: una **multidimensionale** (farsi carico della salute nella sua dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale e ed esistenziale) e una **temporale** (farsi carico della domanda del paziente nelle diverse fasi di evoluzione della sua salute). Ciò comporta lo sviluppo di un tipo d'assistenza basata sul coinvolgimento e la corresponsabilizzazione di più professionisti, che promuove meccanismi di integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie, di cura e riabilitazione.

**LE DIRETTRICI DELLE
CURE PRIMARIE**

Le Cure Primarie favoriscono la continuità assistenziale tramite il coordinamento dell'assistenza nel tempo e tra programmi, unità organizzative e professionisti, in modo che non si abbia interruzione nell'assistenza e/o un cambiamento ingiustificato del trattamento o dei professionisti che assistono il paziente. I professionisti condividono con il Distretto la responsabilità circa l'accessibilità alle cure sanitarie, commissionando e coordinando queste cure quando impossibilitati a fornirle personalmente.

Le Cure Primarie concorrono ai processi di governo della domanda mediante un'azione di filtro di primo livello che consiste nel conoscere i bisogni autentici di salute della popolazione, valutare la migliore risposta clinico-terapeutica, in termini di efficacia e di appropriatezza e scegliere il percorso assistenziale più conveniente in rapporto ai costi e ai risultati.

LO SVILUPPO DEI NUCLEI DELLE CURE PRIMARIE E LA REALIZZAZIONE DELLE CASE DELLA SALUTE

Gli elementi epidemiologici di scenario descritti in premessa, ed in particolare l'incremento della prevalenza delle patologie cronicodegenerative, necessitano, per essere affrontati efficacemente, di un approccio bio-psico-sociale integrato, alternativo a quello bio-medico fino ad oggi prevalente, e di una presa in carico sistematica e costante.

In particolare, risulta improcrastinabile collocare gli interventi sanitari in una logica di rete rispetto a quelli sociali, per potenziarli e renderli reciprocamente sinergici.

Al contrario il modello sanitario oggi prevalente e verso il quale è massimamente indirizzata la richiesta ordinaria e corrente, è quello del "consumo non orientato", con ridondanza e ripetitività di interventi spesso inutili, a forte indirizzo specialistico e con una sopravvalutazione del ruolo della tecnologia diagnostica e dei trattamenti farmacologici, con conseguente alta esposizione a rischi iatrogeni.

I Nuclei delle Cure Primarie nascono con lo scopo prioritario di invertire questa tendenza e di porsi a fondamento del nuovo approccio assistenziale sopra richiamato.

In questo contesto, le esperienze di lavoro in forma associativa dei medici di medicina generale, ed in particolare l'associazionismo a più elevato livello di integrazione, rappresentato dalla medicina di gruppo, devono essere ulteriormente valorizzate e promosse, soprattutto per il contributo che sono state in grado di offrire ai cittadini in termini di concreta accessibilità e continuità assistenziale.

Altre esperienze di esercizio professionale in forma associata a minor livello di integrazione (Medicina in Rete), pur avendo dato un contributo di prossimizzazione dell'assistenza, non hanno avuto le stesse ricadute in termini di accessibilità e di continuità assistenziale.

L'elemento che ha giocato un ruolo essenziale da questo punto di vista è rappresentato senza dubbio dalla disponibilità di una sede fisica unitaria, concretamente riconoscibile dagli assistiti, la quale ha di fatto rappresentato il fattore critico di successo per le medicine di gruppo.

Peraltro la sede unitaria di riferimento delle medicine di gruppo è condizione necessaria ancorché non sufficiente per lo sviluppo integrato dell'assistenza primaria, che necessita di essere supportato da modelli organizzativi in grado di fare coesistere e rendere compatibili sia l'attività a

**ASSOCIAZIONISMO
MEDICO**

libero accesso per l'acuzie (secondo il modello tradizionale della medicina d'attesa) sia la gestione programmata della patologia cronica (con la presa in carico propria della medicina d'iniziativa).

L'esperienza concreta evidenzia infatti una sostanziale variabilità tra le diverse esperienze di medicina di gruppo, nel livello di accessibilità e continuità garantito, che risente prevalentemente di:

- clima relazionale tra i professionisti medici, non disgiunto dalla condivisione di approcci professionali comuni (linee guida, percorsi diagnostico-terapeutici) e da momenti formalizzati di confronto professionale;
- modalità di gestione programmata dell'attività ambulatoriale, con spazi temporali distinti da quelli dedicati alle attività a libero accesso.

**LIMITI
DELL'ASSOCIAZIONISMO
MEDICO**

Peraltro le medicine di gruppo, oltre al fatto che non sono implementabili in tutti i contesti rappresentando quindi un elemento di iniquità distributiva, presentano anche un limite dimensionale, tale da non consentire significative economie di scala, con particolare riferimento alla gestione dei pazienti cronici; gestione che, in base alla stratificazione per severità e per rischio, richiede la presa in carico soprattutto da parte dell'infermiere professionale, e il ricorso a tecnologie sanitarie ed informatiche non diffusibili su larga scala (registri di patologia, ecg, spirometri, points of care testings, ecc.).

Dunque la realizzazione delle sedi erogative dei Nuclei di Cure Primarie rappresenta da un lato una necessità, ma anche la più naturale conseguenza evolutiva del percorso di maturazione dell'associazionismo, a garanzia di uniformità ed equità di accesso all'assistenza per tutti i cittadini, e di una dimensione di scala adeguata per un sostenibile decentramento delle risorse necessarie allo sviluppo.

SEDI EROGATIVE DI NCP

Le sedi di NCP si connotano come aggiuntive e integrative rispetto alle attività ambulatoriali proprie dei gruppi e dei singoli medici in rete e quindi non penalizzano in alcun modo la prossimità delle cure, requisito fondamentale di successo.

Il triennio di vigenza del piano vedrà il consolidamento e lo sviluppo dell'Assistenza Primaria con il completamento della strutturazione dei Nuclei delle Cure Primarie (NCP) e la realizzazione delle loro forme più evolute: le Case della Salute.

Il processo di strutturazione delle sedi di erogazione dell'Assistenza Primaria è funzionale nella prima fase di sviluppo a migliorare l'accessibilità delle cure per la risposta verso le condizioni morbose acute di primo livello (Continuità Assistenziale Diurna), anche attraverso la

ACCESSIBILITA'

progressiva inclusione nei NCP dei medici della Continuità Assistenziale prefestiva e festiva e notturna. Nelle forme più evolute tale processo potrà consentire di garantire, anche con il coinvolgimento dei Medici di Continuità Assistenziale, la risposta assistenziale 7 giorni su 7 per 24 ore al giorno, divenendo un punto di riferimento certo per il cittadino che vedrà i suoi bisogni riconosciuti ed affrontati senza soluzione di continuità nell'ambito dell'intera giornata.

**RISPOSTA
PROGRAMMATA ALLA
CRONICITA'**

Nel medio periodo sono posti come obiettivi ulteriori lo sviluppo della presa in carico e della gestione proattiva delle patologie croniche (continuità assistenziale longitudinale), secondo linee guida e percorsi diagnostico terapeutici condivisi, con il coinvolgimento diretto della componente infermieristica e la stratificazione degli interventi per severità e intensità assistenziale.

**INTEGRAZIONE COL
SOCIALE**

Nondimeno dovranno essere attivate sinergie fra NCP / Case della Salute e punti di accesso all'assistenza sociale e socio sanitaria (sportelli sociali e punti unici di accesso) in modo da favorire al massimo livello possibile la corrispondenza territoriale degli ambiti di intervento e sinergie operative di integrazione.

Non vi è dubbio che l'affermazione delle Cure Primarie dipende anche dalla qualità della risposta ai bisogni socio-sanitari complessi, che vedono agire accanto a determinanti sanitari anche e, in qualche caso soprattutto, determinanti sociali, in cui spesso la mancata presa in carico congiunta dei servizi sociali tende a vanificare anche il più complesso intervento sanitario.

BUON USO DEL FARMACO

Infine occorre oltremodo sottolineare quale ulteriore tema di merito sul quale i NCP saranno chiamati a misurarsi, con le metodologie del confronto fra pari, le politiche di buon uso del farmaco, in termini di appropriatezza di utilizzo, sicurezza e valutazione di efficacia.

CASE DELLA SALUTE

Dati questi obiettivi strategici, lo sviluppo delle Cure Primarie, a partire dai livelli già oggi consolidati e di eccellenza nel panorama regionale, avverrà in linea con le disposizioni attuative della DGR n. 291/2010 per la realizzazione delle Case della Salute, definite come strutture polivalenti in grado di [erogare l'insieme delle cure primarie, la continuità assistenziale e la prevenzione](#). Per la descrizione dei progetti relativi alle Case della Salute si rinvia alle Aree Prioritarie di intervento di cui [all'Allegato 1](#).

Sarà garantita l'inclusione e la omogeneizzazione di tutte le attività socio-sanitarie attraverso il lavoro di gruppo e l'integrazione dei professionisti per la presa in carico del paziente.

**FLESSIBILITA' DEL
MODELLO**

La programmazione sarà sviluppata a livello locale con quella flessibilità

che è condizione necessaria per la adattabilità del modello organizzativo ai diversi contesti territoriali (urbani, sub-urbani e montani).

In tale prospettiva di sviluppo, risulta coerente attendersi un miglioramento dell'appropriatezza del ricorso ai servizi di emergenza-urgenza (Pronto Soccorso, Emergenza Territoriale) ed un accesso più mirato e guidato all'assistenza specialistica ambulatoriale.

NCP di Imola - Mordano

Nel territorio comunale di Imola sono attualmente presenti 5 medicine di gruppo, ciascuna delle quali garantisce una accessibilità ambulatoriale di 7 ore/die per cinque giorni alla settimana; è peraltro in corso una sperimentazione che coinvolge 29 MMG (su 56 totali) finalizzata a garantire una estensione della continuità assistenziale diurna in due sedi ambulatoriali, una presso l'Ospedale vecchio e una nel quartiere Pedagna, per ulteriori 5 ore/die. Il territorio comunale di Mordano è coperto da una medicina di rete composta da 3 MMG.

Nel periodo di vigenza del piano si prevede di realizzare un progetto integrato per tutta l'area urbana di Imola, ad elevata densità abitativa, con il coinvolgimento della maggior parte dei MMG, in modo da sviluppare l'offerta della continuità assistenziale e della gestione proattiva della cronicità su più punti.

SEDI DI NCP IN CITTA'

Tenendo conto della densità abitativa della popolazione, della viabilità e delle grandi direttrici di traffico (via Emilia est-ovest e Selice Montanara nord-sud) si ritiene coerente con lo sviluppo di strategie di mobilità sostenibile e adeguato a garantire da tutti i punti del territorio comunale una accessibilità contenuta entro spostamenti massimi di 15 minuti / 5 Km un assetto contraddistinto da:

- un punto di continuità presso la sede dell'ospedale vecchio, baricentrico rispetto agli assistiti dei quartieri Centro, Cappuccini, Marconi e Campanella;
- un punto di continuità nella Cintura Sud cittadina, baricentrico rispetto agli assistiti dei quartieri Ponticelli, Pedagna, Zolino, e Tre Monti;
- una valutazione di fattibilità per la realizzazione di un ulteriore punto di continuità nella Cintura Nord cittadina, baricentrico rispetto agli assistiti dei quartieri Serraglio/Zona industriale, San Prospero e Sasso Morelli.

Sarà completata la riorganizzazione e la rimodulazione dell'assistenza infermieristica, per creare équipe territoriali di nucleo o internucleo integrate e dedicate all'attività ambulatoriale e domiciliare; sarà sviluppata

anche la collaborazione con il volontariato, in modo da supportare lo sviluppo delle esperienze di gestione delle malattie croniche di maggiore impatto. Sarà inoltre rafforzata la struttura organizzativa dell'assistenza primaria nella continuità sulle 24 ore; a tale scopo l'ambulatorio della continuità assistenziale prefestiva-festiva-notturna sarà integrato ed incluso in nella sede internucleo dell'Ospedale Vecchio, in modo da facilitare il riconoscimento di tale servizio da parte della popolazione e l'accesso alle cure. Si prevede inoltre la progressiva inclusione nei NCP dei pediatri di libera scelta e dei servizi sociali.

Per quanto riguarda l'assetto a regime dell'area Ospedale Vecchio - Lolli, nel periodo di vigenza del presente Piano, saranno poste le basi metodologiche per una riorganizzazione complessiva dell'intera area, d'intesa con l'Ente Locale, anche allo scopo di creare i presupposti per la successiva realizzazione di una Casa della Salute in questa sede.

Per maggiori dettagli si rinvia all'Allegato 2.a.

**RIORGANIZZAZIONE
SPAZI OSPEDALE
VECCHIO - LOLLI**

NCP di Castel S. Pietro Terme - Dozza

A Castel S. Pietro sono attualmente presenti due medicine di gruppo con sede in città, e a Toscanella di Dozza una ulteriore medicina di gruppo, ciascuna delle quali garantisce una accessibilità ambulatoriale di 7 ore/die per cinque giorni alla settimana; è peraltro già attiva da tempo una estensione della continuità assistenziale diurna presso la sede ospedaliera castellana per ulteriori 5 ore/die, che coinvolge tutti i medici del Nucleo.

In questo NCP è prevista la realizzazione di una Casa della Salute presso la sede ospedaliera; tale realizzazione dovrà supportare logisticamente e funzionalmente i processi di crescita, all'interno del NCP, delle relazioni e dei processi volti a migliorare la presa in carico delle patologie croniche.

Sarà sviluppata la collaborazione con i servizi sociali del territorio e con gli specialisti ospedalieri attraverso la realizzazione di percorsi diagnostico-terapeutici e ambulatori dedicati; tra gli obiettivi prioritari dovrà essere assicurata la presa in carico delle famiglie problematiche e la risposta alle urgenze nell'arco delle 24 ore, attraverso l'inclusione della continuità assistenziale prefestiva-festiva-notturna. Contestualmente saranno sviluppati, in tale ambito, gli strumenti di comunicazione informatizzata (rete orizzontale SOLE, informatizzazione delle cartelle, trasmissione telematica della documentazione e dei tracciati elettrocardiografici con la Cardiologia ospedaliera).

Per maggiori dettagli si rinvia [all'Allegato 1.7.b.](#)

**CASA DELLA SALUTE
CASTEL SAN PIETRO**

NCP di Medicina - Castel Guelfo

A Medicina e a Castel Guelfo sono presenti due medicine di gruppo, una in ciascun capoluogo comunale, che garantiscono una accessibilità ambulatoriale di 7 ore/die per cinque giorni alla settimana; è peraltro già attiva una estensione della continuità assistenziale diurna presso il polo sanitario di Medicina, per ulteriori 5 ore/die, grazie al contributo dei medici del gruppo medicinese.

**CASA DELLA SALUTE
MEDICINA-**

Presso il Polo Sanitario di Medicina sarà realizzata una Casa della Salute che dovrà supportare logisticamente e funzionalmente i processi di crescita all'interno del NCP, attraverso la strutturazione di percorsi diagnostico-terapeutici e di ambulatori dedicati, che facilitino la presa in carico del paziente in condizioni di cronicità e delle famiglie problematiche; sarà assicurata la risposta alle urgenze nell'arco delle 24 ore attraverso l'inclusione della continuità assistenziale prefestiva-festiva-notturna.

Saranno rafforzati gli strumenti di comunicazione informatizzata (rete orizzontale SOLE, informatizzazione delle cartelle, trasmissione telematica della documentazione e dei tracciati elettrocardiografici con la Cardiologia ospedaliera) e sarà inclusa all'interno del Polo Sanitario una Pediatria di gruppo, integrata funzionalmente sia con la medicina generale che con i servizi consultoriali dell'Azienda.

Per maggiori dettagli si rinvia [all'Allegato 1.7.c.](#)

NCP della Valle del Santerno

I medici della Valle del Santerno si sono recentemente associati in gruppo, e questo ha permesso la realizzazione di un punto di continuità assistenziale diurna accessibile per 5 ore/die presso la sede del poliambulatorio di Borgo Tossignano.

SEDE NCP VALSANTERNO

In questa sede erogativa del NCP della Valle del Santerno trova coabitazione un ambulatorio infermieristico di Nucleo gestito in integrazione con gli infermieri del volontariato AUSER, funzionante 7 giorni su 7 e dedicato alla assistenza infermieristica di base.

Anche in questo NCP sarà individuata un'equipe infermieristica assegnata territorialmente e stabilmente, che garantirà sia l'assistenza ambulatoriale che quella domiciliare.

L'ambulatorio di continuità diurna feriale non penalizzerà in alcun modo la prossimità della risposta territoriale assicurata dai MMG capillarmente in

tutto il territorio con il mantenimento degli ambulatori periferici.

Sarà sviluppata la rete orizzontale informatica e saranno sperimentate forme di integrazione con gli specialisti ambulatoriali presenti nel polo sanitario, prevalentemente orientate alle gestione delle patologie croniche.

Rapporti con il Presidio Ospedaliero

Per il sistema ospedaliero, che caratterizza sempre più il proprio orientamento all'intensività assistenziale, all'accentramento tendenziale delle funzioni ed alla produzione di prestazioni di elevata specializzazione, si pone il sostanziale obiettivo di integrarsi sempre di più con il sistema dell'assistenza primaria che, per sua natura, è orientata all'estensività assistenziale.

Obiettivo primario per i NCP diventa, in questa ottica, la corretta gestione dei processi attraverso una modalità di presa in carico del paziente che garantisca la continuità di cura sul territorio attraverso la sua rete assistenziale.

Accanto al prioritario e già citato sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici condivisi per la gestione integrata della patologia cronica (Diabete mellito, [Scompenso cardiaco](#), BPCO, [Stroke](#), ecc.) i NCP saranno sempre più chiamati a raccordarsi con il sistema delle cure ospedaliere, là dove ne ricorrano le condizioni, per la continuità delle cure. La realizzazione delle forme più strutturate delle Cure Primarie faciliterà la continuità assistenziale, migliorando in particolare le modalità di comunicazione tra ospedale e MMG in relazione al ricovero dei pazienti, alla dimissione protetta, all'attuazione di percorsi diagnostici terapeutici condivisi, anche grazie alla disponibilità di strumenti informatici e telematici per lo scambio di informazioni cliniche e per l'attuazione di procedure di teleconsulto e telemedicina.

Anche lo sviluppo del day hospital e della day surgery saranno fortemente condizionati dalla capacità del territorio di farsi carico delle necessità socio-assistenziali di pazienti sottoposti a procedure/interventi appropriati per il ricovero di giorno che, per particolari esigenze sanitarie, necessitano successivamente di interventi propri del livello territoriale (ad es. terapia del dolore, controllo di sintomi associati a procedure, nausea, vomito etc.). In questo settore, il raccordo territorio-ospedale potrà incrementare l'appropriatezza del regime di ricovero.

Infine l'integrazione ospedale territorio è fondamentale anche in altri contesti socio-assistenziali, come ad esempio per l'attuazione di un

percorso nascita che consenta la dimissione precoce e protetta della madre e del bambino, favorendo la demedicalizzazione e l'allattamento al seno.

PEDIATRIA DI COMUNITA'

Nel triennio di vigenza del presente Piano verrà ulteriormente sviluppata l'integrazione tra la Pediatria di Comunità e la Pediatria di Libera Scelta, attraverso strategie di sostegno organizzativo e formativo finalizzate alla piena realizzazione della Unità Pediatrica di Cure Primarie, di dimensione distrettuale.

L'Unità Pediatrica di Cure Primarie dovrà garantire il coordinamento professionale di tutti i Pediatri di Libera Scelta e divenire il principale interlocutore del Dipartimento delle Cure Primarie nella programmazione dell'assistenza pediatrica territoriale e nel monitoraggio e nella valutazione delle attività, con particolare riferimento al miglioramento dell'assistenza farmaceutica, dell'accesso all'assistenza di secondo livello e dell'assistenza alle condizioni di cronicità nell'infanzia.

Quanto sopra in parallelo agli interventi di progressiva inclusione dei Pediatri di Libera Scelta nell'ambito dei NCP territorialmente di riferimento, laddove possibile, a partire dalle sedi erogative delle Pediatrie di Gruppo, in modo tale da realizzare economie di scala e di scopo nell'utilizzo delle risorse (spazi, tecnologie di supporto, risorse umane di supporto).

Sarà potenziato il ruolo della Pediatria di Comunità come facilitatore di processi e promotore di programmi e azioni, anche sperimentando nuove modalità operative per l'attività vaccinale, garantendo comunque l'organizzazione, l'esecuzione e il monitoraggio degli interventi.

Nelle campagne vaccinali dovrà prevedersi un rafforzamento delle aree di autonomia e responsabilità della componente infermieristica (assistenti sanitarie) e delle sinergie fra i vari attori interni (Pediatria di Comunità, Sanità Pubblica, PLS), così come nelle attività di sorveglianza sanitaria-epidemiologica delle collettività scolastiche.

Sempre nell'ottica di garantire una maggiore integrazione e coerenza degli interventi fra diversi attori, sarà sviluppata l'attività di educazione sanitaria in particolare quella rivolta ai primi anni di vita del bambino (counseling alla famiglia), svolta da operatori medici e non medici (Obesità infantile, Campagna Genitori Più), con particolare attenzione alla popolazione immigrata.

**UNITA' PEDIATRICA DI
CURE PRIMARIE**

ATTIVITA' VACCINALE

EDUCAZIONE SANITARIA

CRONICITA'

Infine dovranno essere sviluppati gli interventi verso le fasce più deboli della popolazione infantile, in particolare per l'assistenza ai bambini cronici, ivi compreso il sostegno al disagio psico-sociale e sociale di queste famiglie, in collaborazione con i Servizi Sociali del territorio.

RIABILITAZIONE

Le priorità di intervento riabilitativo saranno rappresentate dalle gravi patologie croniche disabilitanti in particolare di pertinenza neurologica (esiti di [stroke](#), mielocerebrolesioni, sclerosi multipla, parkinson, sclerosi laterale amiotrofica); per queste condizioni è prevista la realizzazione di percorsi di cura ed assistenza personalizzati, la presa in carico continuativa da parte della UO di Medicina Riabilitativa, dalla fase acuta in degenza e successivamente nella fase post-acuta ambulatoriale, fino alla programmazione dei controlli a distanza. Tali progetti di cura saranno condivisi con tutti i professionisti coinvolti, ospedalieri e territoriali, sia sul versante sanitario che socio-sanitario.

FOCUS SULLE GRAVI PATOLOGIE CRONICHE

Taluni di questi percorsi di cura e assistenza possono anche prevedere lo sviluppo di progetti di intervento riabilitativo domiciliare mirati ad assicurare un attento monitoraggio delle condizioni evolutive per la prevenzione dei danni terziari legati alla progressione della patologia, l'educazione dei care-givers, gli adattamenti personalizzati per l'autonomia e per l'ausiliazione.

INTERVENTI DOMICILIARI

L'impegno prioritario sulle gravi disabilità rende implicito, in costanza di risorse, un intervento di razionalizzazione dell'impegno professionale sulla disabilità cronica minore (ovvero sulle patologie croniche osteoarticolari). In quest'ambito l'intervento riabilitativo dovrà sempre più assumere i connotati del supporto all'autocura, in modo da trasformare i pazienti da attori passivi dei processi assistenziali a soggetti protagonisti del loro destino, enfatizzando il loro ruolo e le responsabilità comportamentali individuali, centrali nella gestione delle problematiche sanitarie.

SUPPORTO ALL'AUTOCURA

Va pertanto posto alla base degli interventi riabilitativi il concetto dell'autonomia e dello sviluppo delle capacità dei soggetti assistiti in forma individuale o per piccoli gruppi; l'obiettivo non è sostituirsi alla persona in difficoltà, ma aiutarla ad utilizzare in maniera efficace le sue potenzialità residue fisiche, psicologiche e sociali, in vista del mantenimento, recupero o incremento della sua qualità di vita. In questo senso si può parlare di goal dell'assistenza riabilitativa solo quando persegue l'indipendenza del

soggetto assistito e cioè la messa in atto di comportamenti finalizzati a compensare il suo bisogno di cure, anche indirettamente attraverso il sostegno della famiglia o del caregiver (ad es: scuola del mal di schiena, attività fisica adattata con supervisione), senza tralasciare la necessità di intervenire in molti casi per ricondurre le attese alla realtà dell'evidenza scientifica, in presenza di una domanda di riabilitazione potenzialmente illimitata.

**INTEGRAZIONE SOCIALE
E SANITARIA**

Sul versante dell'integrazione dei servizi sociali e sanitari, il settore riabilitazione sarà direttamente coinvolto assieme al Distretto nelle attività programmatiche e di verifica proprie del nuovo Ufficio di Piano, e nelle attività di regolazione dell'accesso ai servizi ad elevata integrazione sociale e sanitaria (Unità di Valutazione Multidimensionale); svolgerà attività di referente per le gravi disabilità acquisite (DGR 2068/04), per l'applicazione della direttiva sulla erogazione dei comunicatori, per la gestione coordinata delle risorse per l'autonomia e l'adattamento finalizzato al superamento delle barriere architettoniche (Legge 29) e nei rapporti con l'Ausilioteca Regionale per la prescrizione di ausili per la comunicazione e la domotica.

**RIABILITAZIONE
INTENSIVA ED
ESTENSIVA**

Ulteriori obiettivi strategici della Riabilitazione sul versante territoriale sono costituiti dal miglioramento della continuità nei percorsi post-dimissione, dalla definizione dei percorsi di presa in carico integrati con l'U.O di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Età Evolutiva per i soggetti minori con importanti patologie ortopedico-traumatologiche e reumatologiche.

Sul versante ospedaliero, accanto alla ottimizzazione dei percorsi previsti per le gravi cerebrolesioni nei rapporti con gli hub regionali, e dalla funzione di regolazione e verifica degli invii di pazienti ai centri ospedalieri di riabilitazione intensiva (Montecatone, San Pier Damiano e gli Istituti ex art. 26), in coerenza con le indicazioni programmatiche emanate dal livello regionale, sarà avviato un processo di riordino della funzione di Riabilitazione Estensiva, che troverà punti di riferimento ospedalieri a Imola e Castel S. Pietro Terme, e nell'ambito delle unità di lungodegenza, e nelle strutture residenziali territoriali a più elevata intensità.

I processi di sviluppo della riabilitazione ospedaliera si potranno giovare, nel medio periodo, della ricollocazione del Servizio oggi ospitato al Silvio Alvisi, presso lo stabilimento ospedaliero di Imola.

Anche i percorsi di Riabilitazione Intensiva saranno oggetto di rimodulazione, in piena aderenza alle linee di indirizzo e programmazione definite a livello regionale.

CONSULTORIO FAMILIARE

A circa 30 anni dalla sua istituzione, pur riconoscendone il pieno assolvimento dei compiti istituzionalmente attribuiti, il Consultorio Familiare è oggi sollecitato a rispondere ai bisogni di una società che, nei fatti, è cambiata profondamente e chiede ai servizi un riadattamento attivo. Per fare questo occorre costruire e adattare strumenti gestionali che sappiano da una parte considerare la centralità degli utenti come valore di riferimento concreto, e dall'altra sappiano coniugare i diversi ruoli professionali, entro una più appropriata ed efficiente modalità d'uso delle risorse disponibili e una migliore e più aggiornata definizione delle responsabilità professionali.

Nuovi bisogni di salute emergono in effetti dalla popolazione giovanile, dalle popolazioni immigrate e dalle coppie di fronte alle nuove scelte procreative; il consultorio è chiamato sempre più spesso a confrontarsi con istanze che sembravano superate: l'utilizzo dell'interruzione volontaria della gravidanza come mezzo di controllo delle nascite nella popolazione immigrata, la necessità di diffondere nuovamente informazioni sulla tutela della salute rispetto a nuovi gruppi di popolazione, le espressioni di conflittualità di coppia e familiare connesse all'evoluzione dei ruoli femminili e maschili.

Le prospettive di sviluppo del Consultorio sono quindi quelle del rilancio di un servizio capace di adattarsi ai nuovi bisogni che l'utenza in questi anni sta esprimendo, in termini di qualità, di miglioramento dell'accesso e di tempestività delle risposte.

In particolare il Consultorio dovrà consolidare il suo ruolo di servizio di collegamento e di snodo tra percorsi multiprofessionali, multispecialistici ed intersettoriali integrati; una esigenza di integrazione particolarmente avvertita, sotto il profilo della semplificazione e dell'efficienza, è quella con il sociale, dove le problematiche più rilevanti potrebbero beneficiare di una presa in carico congiunta e di una condivisione di spazi operativi e di risorse.

Anche nell'ambito degli interventi di prevenzione, attuati tramite lo spazio giovani o la scuola e rivolti in particolare all'educazione alla sessualità ed alla affettività nell'adolescenza è necessario attuare un coordinamento integrato tra i vari servizi coinvolti.

Lo Spazio Giovani dovrà migliorare la propria capacità di ascolto degli adolescenti rivedendo l'attuale modalità di offerta dei servizi, sviluppando

**NUOVI BISOGNI DI
SALUTE**

**RISPOSTE INTEGRATE
SANITARIE E SOCIALI**

**SPAZIO GIOVANI E
PREVENZIONE**

progetti integrati sul versante socio-sanitario in coerenza con gli obiettivi di salute declinati nel Piano per la Salute ed il Benessere Sociale.

Particolare attenzione sarà posta per favorire l'accesso ai servizi sanitari e sociali alle donne straniere immigrate e alle popolazioni più svantaggiate, con particolare riferimento alle consulenze e visite preconcezionali, alle visite ginecologiche, ai colloqui psicologici individuali e di coppia, al tema delle mutilazioni genitali, ai corsi di accompagnamento alla nascita, al sostegno nel puerperio e all'allattamento materno, anche attraverso il ricorso ai servizi di mediazione culturale e con formazione diffusa sull'interculturalità.

**MEDIAZIONE
CULTURALE**

Una attenzione particolare sarà rivolta allo sviluppo ed alla ottimizzazione di alcuni percorsi prioritari di presa in carico:

PERCORSI PRIORITARI

- Il [percorso nascita](#), in tutte le sue fasi, dalla consulenza preconcezionale al puerperio, con ridefinizione del ruolo e delle responsabilità dei professionisti coinvolti, in particolare dell'ostetrica nell'assistenza alla gravidanza a basso rischio e con offerta proattiva dei corsi prenatali di base per raggiungere le popolazioni più svantaggiate;
- il percorso d'accompagnamento delle donne che fanno richiesta di IVG, con particolare attenzione alle donne immigrate ed alle giovanissime;
- il percorso delle donne vittima di violenza;
- il percorso delle puerpere a rischio psicosociale e/o rischio psichiatrico.

Un aspetto particolare di tutela della salute delle donne immigrate è rappresentato infine dalla promozione dell'adesione alle campagne di screening.

I processi di sviluppo del Consultorio Familiare si potranno giovare, sin dalla fine del 2011, della ricollocazione del Servizio negli spazi precedentemente occupati dagli Ambulatori di Terapia Antalgica (Ospedale Vecchio).

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE (DSM-DP)

I problemi di Salute Mentale e le Dipendenze Patologiche costituiscono oggi una quota rilevante del carico di sofferenza della popolazione generale in tutte le fasce di età. La salute mentale è fondamentale nel benessere complessivo individuale e sociale; questo appare più evidente se l'impatto delle malattie mentali viene descritto non solo in termini di prestazioni erogate (ricoveri, farmaci, ecc.) ma anche di anni di vita persi e in disabilità.

Questi problemi, che riconoscono meccanismi di causalità e conseguentemente modelli di intervento diversificati, spesso si presentano sovrapposti e richiedono quindi lo sviluppo di strategie di integrazione programmatica, professionale ed organizzativa sia nell'ambito della comunità, sia nell'ambito del sistema di cura.

In coerenza con il Piano Attuativo Regionale per la Salute Mentale gli obiettivi prioritari del DSM riguardano fundamentalmente due macrosistemi:

- **il sistema di comunità**, coordinato dagli Enti Locali in quanto titolari di tutte le politiche in grado di incidere sulla tutela del benessere sociale e mentale della popolazione, con la predisposizione del Piano per la Salute ed il Benessere Sociale, finalizzato a garantire una programmazione integrata, a livello istituzionale, professionale e gestionale, degli interventi sanitari e sociali;

- **il sistema di cura**, programmato, organizzato e gestito direttamente dall'Azienda Sanitaria, comprendente l'insieme delle risorse tecnico-professionali pubbliche e private presenti sul territorio; gli obiettivi del sistema di cura sono definiti nel presente Piano e declinati annualmente negli obiettivi di budget.

In termini generali il DSM agisce promuovendo la salute mentale nella sua accezione più ampia, sia in termini di [prevenzione primaria e secondaria](#), che di benessere complessivo della persona, resa consapevole delle proprie emozioni e dei propri comportamenti, con il coinvolgimento attivo degli utenti e dei familiari sia all'interno dell'organizzazione che nei processi psico-educativi e terapeutico-riabilitativi.

IL SISTEMA DI COMUNITA'

L'allargamento dei compiti del DSM a tutte le aree che contribuiscono alla

salute mentale della popolazione, in tutti i suoi aspetti fisici, psicologici e relazionali, ed in tutte le età della vita, impone una collaborazione allargata con tutte le agenzie sanitarie e sociali del territorio.

Costituiscono riferimenti imprescindibili, per la programmazione ed il governo dei processi in tutto l'ambito della Salute Mentale, le norme nazionali e regionali in materia di prestazioni socio-sanitarie e di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, che pongono a carico del SSN le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate.

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

In particolare, nell'area dell'integrazione socio-sanitaria, sono definite accanto alle prestazioni sanitarie, anche quelle di rilevanza sociale ovvero quelle in cui la componente sociale e sanitaria non risultano operativamente distinguibili.

Gli interventi integrati socio-sanitari prestati alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono accanto a prestazioni sanitarie azioni di protezione sociale, sono guidati dai programmi attuativi di cui al Piano per la Salute ed il Benessere Sociale.

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Nel presente Piano vengono richiamati i principi fondamentali di riferimento, mentre per una trattazione esaustiva si rinvia ai citati documenti di programmazione attuativa.

L'accesso ai servizi socio-sanitari avviene sulla scorta di una valutazione multidisciplinare, multiprofessionale e multidimensionale del bisogno, con modalità operative integrate (professionali e gestionali) e con strumenti e criteri standardizzati per di rilevazione del bisogno stesso.

VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE E MULTIDIMENSIONALE

Dalla valutazione scaturiscono piani di lavoro e programmi terapeutico-riabilitativi e assistenziali personalizzati ed integrati nelle varie componenti sanitarie e sociali; tale metodologia consente anche di garantire la piena partecipazione del Terzo Settore (coinvolto in particolare nell'ambito della Residenzialità).

PROGRAMMI TERAPEUTICI INTEGRATI

La conseguente progressiva organizzazione di una rete della struttura dell'offerta è del tutto coerente con quanto previsto dal Piano Attuativo Regionale per la Salute Mentale (Accreditamento dei DSM-DP relativo a requisiti generali e specifici anche delle Residenze Sanitarie Riabilitative Psichiatriche).

La valutazione periodica dei risultati e degli esiti dei progetti terapeutico-riabilitativi è ulteriormente garanzia di efficacia ed appropriatezza delle prestazioni erogate.

VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Nel periodo di vigenza del presente Piano sono pertanto attesi da parte del DSM interventi specifici di consolidamento e di ulteriore sviluppo di quanto già operativo nell'area socio-sanitaria, anche attraverso la ormai prossima e progressiva costruzione di un sistema di finanziamento specifico - FRNA Salute Mentale - che sarà accompagnato da un sistema di rendicontazione aziendale separata per gli interventi socio-sanitari del DSM-DP, la cui gestione, a partire dalle componenti professionali ed organizzative che li garantiscono, rappresenta quindi un importante obiettivo aziendale oltre che dipartimentale.

Dal punto di vista organizzativo e tecnico, in particolare nella fase di lungo assistenza, dovranno essere assicurate modalità di accesso, valutazione ed intervento congiunte con gli Enti Locali, nella rete dei servizi socio-sanitari.

Gli interventi del DSM-DP che concorrono alla ulteriore qualificazione del sistema integrato socio-sanitario riguarderanno in particolare:

- per il **livello territoriale** la valorizzazione delle attività terapeutico riabilitative ed in particolare di quelle volte allo sviluppo e al mantenimento di abilità lavorative, all'interno di Piani terapeutico-riabilitativi individuali (PTR), già inseriti nei Piani Distrettuali per la Salute ed il Benessere Sociale 2009/2011, nel Progetto "Budget di Cura/Salute";
- per il **livello residenziale** la definitiva strutturazione del sistema della residenzialità socio-sanitaria, supportata da un quadro di riferimento regionale unitario ed omogeneo in merito a criteri e standard di accreditamento, remunerazione omogenea per tipologie e sistema di finanziamento attraverso il FRNA.

Attività quindi prioritarie nella pianificazione per il livello residenziale socio-sanitario saranno quelle volte a:

- gestire gli accessi e garantire l'appropriatezza degli inserimenti in tali strutture attraverso la UVM, composta da operatori sanitari e sociali;
- garantire, nella fase di transizione, la continuità assistenziale tra servizi residenziali dedicati alla Salute Mentale e quelli per anziani e disabili, tenuto conto che i nuovi inserimenti di anziani e disabili in strutture dedicate sono possibili soltanto per quei casi che presentino caratteristiche prevalenti degli anziani e dei disabili, pur in presenza di patologie psichiatriche.

IL SISTEMA DI CURA

Snodo fondamentale per un corretto funzionamento del sistema di cura è

l'accesso, che richiede modalità strutturate e governate in ogni settore, differenziando e qualificando le attività di valutazione e personalizzazione dei progetti.

La presa in cura del paziente con disturbi mentali gravi e persistenti resta il punto centrale della mission del Centro di Salute Mentale e richiede oggi ulteriori sviluppi dei principi di personalizzazione e continuità anche attraverso innovazioni organizzative che favoriscano la partecipazione dell'utente al proprio piano di trattamento, superando ogni forma di pregiudizio e ogni forma di discriminazione.

**CSM: ACCESSO E PRESA
IN CURA**

Pertanto il CSM mantiene e qualifica le attività definite come funzioni di I e II livello specialistico:

- I livello, definito come presa in cura, per pazienti con disturbi gravi e persistenti, con garanzia di continuità ed unitarietà degli interventi;
- II livello specialistico, per forme di disagio psichico e/o disturbi mentali lievi o sottosoglia, non compatibili con una presa in cura diretta, definito come prodotto di consulenza (supportata da richieste e referti scritti, anche articolata con più prestazioni) per MMG e PLS, Centri Demenze, Servizi per Disabili Adulti, Residenze Socio Sanitarie Psichiatriche.

**PROGETTO LEGGERI E
SVILUPPO
DELL'INTEGRAZIONE
CON LA MG**

Quanto sopra anche nell'ottica di promuovere una azione organica e strategica di contrasto allo stigma che ancora grava pesantemente sui pazienti e sui servizi di salute mentale.

Non può inoltre passare inosservato che i soggetti con disturbo mentale presentano un rischio di morte aumentato per malattie cardiovascolari in generale ed in particolare per cardiopatia ischemica e per malattie respiratorie. Per questo motivo, una efficace azione di contrasto a queste disuguaglianze non può prescindere da interventi interdipartimentali che pongano al centro gli interventi sulla salute generale degli individui, insieme o addirittura prima ancora della presa in carico dei problemi di salute mentale delle stesse persone.

**CONTRASTO ALLE
DISUGUAGLIANZE DI
SALUTE**

Per quanto concerne le dipendenze patologiche, lo sviluppo degli interventi di prossimità e di promozione della salute coordinati dalle Equipe – Unità di Strada, operanti in contesti scolastici, nei luoghi di lavoro, nei locali di loisir ed in occasione di eventi o manifestazioni pubbliche, rappresenta un importante goal. Le politiche di interventi di prossimità hanno lo scopo di semplificare l'accesso e la presa in carico sia delle fasce marginali, sia di quelle a medio e alto funzionamento sociale e dei giovani policonsumatori, in modo tale che queste popolazioni siano presi in carico dai servizi anche in condizioni di compromissione non avanzata.

**FUNZIONI DI
PROSSIMITA' PER LE
DIPENDENZE
PATOLOGICHE**

Strategie diversificate nella logistica, nell'accoglienza e nella presa in carico sono messi in atto per i principali target di dipendenza: classiche droghe da strada, alcool, tabacco, sostanze psicostimolanti, gambling.

**DIVERSIFICAZIONE
NELLA PRESA IN CURA
DELLE TD**

Per tutti questi utenti è prevista una valutazione multidisciplinare in fase di accoglienza, da parte di operatori e professionalità diverse, con utilizzo di un supporto testistico specialistico.

Anche la presa in cura prevede lo sviluppo di interventi multidisciplinari integrati realizzati in equipe, con una proposta terapeutico-riabilitativa negoziata con l'utente e poi messa in atto, e con piani di lavoro personalizzati sui bisogni del singolo paziente tossicodipendente.

Gli interventi terapeutici possono avere valenza farmacologica sintomatica, sostitutiva, antagonista-avversativa, psicoterapica di supporto individuale, familiare e di gruppo, psico-educazionale, riabilitativa e di inserimento lavorativo, anche con l'applicazione di tecniche cognitivo-comportamentali.

Il DSM – DP è inoltre responsabile della formulazione e manutenzione di un apposito Piano delle emergenze–urgenze in psichiatria dell'adulto, dell'infanzia e adolescenza e nelle dipendenze patologiche, che ha come elementi essenziali:

**PIANO DELLE
EMERGENZE/URGENZE**

- prevenzione delle emergenze;
- definizione delle modalità di intervento dei servizi;
- definizione procedure per ASO e TSO;
- valorizzazione di luoghi di gestione alternativi alla ospedalizzazione (Centri Crisi, DH, RTI, NH);
- definizione collaborazioni con 118 e guardia medica;
- procedure per minori e Dipendenze Patologiche.

Questi obiettivi hanno orientato negli anni precedenti l'organizzazione delle singole unità operative e la strutturazione delle relazioni intradipartimentali ed interdipartimentali.

Ad oggi il sistema emergenze/urgenze per il DSM-DP, adotta una metodologia orientata alla appropriatezza, alla sicurezza, alla prevenzione e gestione del rischio, volta in particolare a ridurre al minimo i fenomeni di istituzionalizzazione presso l'SPDC.

Anche per l'utenza con consumi o dipendenze patologiche che presenta quadri di emergenza o di urgenza legati a problematiche di tipo internistico (intossicazione o overdose) o psichiatriche/comportamentali (agitazione, compulsività, delirium) i riferimenti primari sono rappresentati dalle strutture del Dipartimento di Emergenza-Urgenza e della Psichiatria adulti.

Pur privilegiando l'intervento territoriale, la politica di salute mentale della considera il momento ospedaliero come fondamentale nella gestione di situazioni acute che richiedono protezione e cure intensive, vincolandone l'utilizzo alla "massima appropriatezza clinica" onde prevenire fenomeni di istituzionalizzazione.

**SPDC E ASSISTENZA IN
ACUZIE**

Il Servizio Ospedaliero Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è dotato di 15 posti letto, ed è collocato all'interno del Presidio Ospedaliero di Imola. All'interno del Servizio Ospedaliero i processi di cura devono essere ispirati alla massima appropriatezza e, per la delicatezza del compito che svolge – che in alcune occasioni prevede la limitazione della libertà del paziente – deve combinare elevati standard etici e tecnici.

Ogni forma di limitazione della libertà deve essere rigorosamente formalizzata e devono essere rispettati i diritti alla informazione del paziente.

La limitazione delle pratiche di contenzione fisica è definito come obiettivo regionale e aziendale. La contenzione deve essere limitata alle situazioni comprese nello stato di necessità, nell'esclusivo interesse della incolumità del paziente e delle persone del contesto immediato.

Obiettivo di AVEC è il già citato sviluppo di strategie comuni per affrontare l'emergenza psichiatrica, con risposte integrate e differenziate nei territori.

L'attività delle Residenze Sanitarie Psichiatriche socio-riabilitative è definita da diverse fonti normative nazionali e regionali. La programmazione e la qualificazione del segmento residenziale sanitario si sviluppa all'interno di una precisa cornice dipartimentale che identifica nel Centro di Salute Mentale il punto di progettazione, verifica, coordinamento e governo dei percorsi clinico-assistenziali dei pazienti con bisogni complessi, anche in situazione residenziale.

**RESIDENZIALITA'
SANITARIA
PSICHIATRICA PER
ADULTI**

La modulazione dei livelli di offerta e l'eventuale riorientamento quali-quantitativo dei servizi dovrà avere a riferimento da una parte la modificazione dei bisogni della popolazione, dall'altra non potrà non considerare che i confronti con i livelli di costo di ambito regionale riferiti all'assistenza psichiatrica, denotano, come ricordato in premessa, un costo procapite più alto della media regionale. La composizione dell'offerta dei servizi non solo residenziali ma anche semiresidenziali, ospedalieri e ambulatoriali dovrà quindi con gradualità muoversi verso equilibri più confacenti ai bisogni espressi dalla popolazione, tenendo in maggior conto del tema della sostenibilità economica del sistema cura.

**SEMIRESIDENZE
PSICHIATRICHE**

La programmazione relativa al segmento della residenzialità e della semi-residenzialità dovrà inoltre tener conto dei profondi cambiamenti verificatisi negli ultimi anni relativamente ai bisogni dei nuovi utenti ed alla necessità tecnica di governo dei percorsi terapeutico-riabilitativi individuali attraverso una rete di strutture / servizi / interventi che presuppongono precisi collegamenti fra le varie articolazioni organizzative.

La complessità di questa area, difficilmente riconducibile a rigide soluzioni strutturali, richiede oggi ulteriori trasformazioni organizzative volte ad accrescere la flessibilità delle risposte, con lo sviluppo di pratiche di servizio finalizzate alla riabilitazione psico-sociale ed alla de-istituzionalizzazione.

Il Centro Diurno di Casola Canina, ha visto recentemente rimodulata la propria attività, ed è ora una struttura semiresidenziale finalizzata alla prevenzione delle ricadute delle dipendenze e alla acquisizione di strategie cognitivo-comportamentali atte a facilitare il reinserimento sociale del soggetto tossicodipendente. E' rivolto a diversi target di utenza (dipendenze da droghe, da alcool, da gioco d'azzardo patologico); quando possibile fanno parte del progetto terapeutico anche i familiari dei pazienti, ed è data particolare importanza alla sensibilizzazione ed alla attivazione della rete sociale di sostegno. Gli approcci terapeutici utilizzati sono quelli cognitivo-comportamentali ed il coping skills, il colloquio motivazionale, il rinforzo della rete sociale ed il contingency management.

**CENTRO DIURNO
ARCOBALENO**

Nell'ambito delle regole previste dall'accreditamento e attraverso gli strumenti di committenza previsti dagli atti di indirizzo regionali, sarà favorito quanto più possibile l'utilizzo delle comunità terapeutiche presenti nella provincia di Bologna, per le quali la ritenzione in trattamento è specificamente monitorata; saranno peraltro sperimentati programmi terapeutico-riabilitativi specifici per utenti alcoolisti.

**COMUNITA'
TERAPEUTICHE**

La U.O. di NPIA gestisce l'accesso dei minori attraverso iter diagnostici multi professionali che garantiscono una valutazione globale dello sviluppo normale e patologico e quindi una appropriata indicazione di trattamento.

Considerata la specificità, complessità e cronicità di diverse patologie neuropsichiatriche dell'età evolutiva, l'U.O. ha definito alcuni percorsi clinico-assistenziali sulla base di quanto disposto dalle direttive regionali: Progetto Regionale Integrato per l' Autismo (PRIA), Percorso per i Disturbi del Comportamento Alimentare, Percorso per la diagnosi e la presa in carico dei bambini con Sindrome da Deficit dell' Attenzione e dell'

**NEUROPSICHIATRIA
DELL'INFANZIA E
DELL'ETA' EVOLUTIVA**

Iperattività, Programma per i disturbi neuromotori, per i Disturbi Specifici del Linguaggio e per quelli dell' Apprendimento.

All' interno dei percorsi clinico-assistenziali la U.O. di NPIA opererà secondo strategie di sistema, interfacciandosi costantemente con quello sociale ed educativo del minore, perseguendo obiettivi di superamento dello stigma, integrazione nella realtà scolastica e sociale, eliminazione delle barriere materiali e culturali che si frappongono allo sviluppo dei minori in condizioni di particolare svantaggio.

Specifiche attenzioni assumono nel presente Piano le attività della Psicologia Clinica e della Psicologia di Comunità.

L'intervento psicologico, nell'ambito del sistema di cura, deve rispecchiare le competenze di entrambi questi ambiti disciplinari; le indicazioni contenute nei L.E.A. e nelle Linee Guida Nazionali permettono di definire i macro-confini dell'area di bisogni che necessitano di una risposta. Si rileva però la necessità di declinare per ogni target di popolazione sia gli specifici bisogni sia gli interventi eleggibili. E' pertanto necessario definire in ambito aziendale una precisa forma di coordinamento delle funzioni specifiche della psicologia già in essere, per sviluppare una maggiore integrazione (anche per quanto attiene la pianificazione delle singole aree – target) in ambito distrettuale e ospedaliero.

La forma organizzativa ipotizzata (come contenuto nel Piano Attuativo Regionale Salute Mentale) è quella del Programma Aziendale in staff con la Direzione Sanitaria Aziendale.

**PROGRAMMA
AZIENDALE PSICOLOGIA
CLINICA E DI COMUNITA'**

Nell'ambito del DSM sono sviluppati gli obiettivi di cui al Programma Dipendenze Patologiche, che consistono nell'applicazione delle linee guida regionali sul contrasto/abuso di sostanze, nell'applicazione delle direttive su alcool e tabacco, nella funzione di osservatorio sulle dipendenze e nel coordinamento delle attività formative specifiche.

**PROGRAMMA
DIPENDENZE
PATOLOGICHE**

Infine, per tutto il DSM, si imporrà sempre più come necessaria, la predisposizione e l'individuazione di obiettivi verificabili e misurabili, legati ai processi ed agli esiti dei trattamenti ed alla valutazione del rapporto costo/efficacia, anche al fine di perseguire una piena legittimazione etica e scientifica delle attività svolte.

**VALUTAZIONE DI
PROCESSO E DI ESITO**

IL DIPARTIMENTO DI SANITÀ' PUBBLICA

Il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda USL di Imola, intende mantenere e rafforzare il suo ruolo e la sua presenza nella comunità locale, attraverso una forte relazione con le istituzioni ed i cittadini.

Il ruolo, così definito, è improntato ai principi di lealtà e spirito di servizio ed è caratterizzato dalla qualità dell'offerta dei servizi, in relazione ai nuovi bisogni di salute connessi ai cambiamenti economico-sociali.

La realizzazione dei Piani per la Salute ha permesso a tutti i professionisti del Dipartimento di mettere in campo le proprie competenze, in sinergia con gli attori sociali, delineando un percorso virtuoso, che continuerà, con l'obiettivo primario di migliorare il livello di salute e di benessere della comunità per arrivare alla massima [prevenzione](#) possibile sulle cause di malattia più diffuse: il "fare salute" consiste nella promozione della salute e, in particolare, nel contrasto ai comportamenti a rischio della popolazione.

E' necessario inoltre definire ruolo e sviluppare relazioni e attività coordinate con l'Area Vasta Emilia Centro.

Non c'è dubbio che il confine geografico dei dieci comuni dell'Azienda UsI di Imola non circoscrive i problemi correlati all'ambiente, alle attività produttive, alla sanità animale, alla salute e sicurezza sul lavoro, alla mobilità delle popolazioni, alle condizioni economiche ed alle situazioni familiari ed individuali di disagio.

Per questo motivo è necessario instaurare relazioni strutturate con i servizi del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL di Bologna, al fine di dare risposte coerenti in ambito provinciale, che posseggano le stesse metodologie di approccio e siano in grado di assicurare risposte con caratteristiche uniformi.

Risulta, infatti, elemento di confusione per un titolare di attività produttive ricevere risposte diverse a fronte di un problema analogo in ambito provinciale.

Costruire relazioni finalizzate a condividere modelli di lavoro per realizzare

modalità comuni di intervento nell'ambito della vigilanza sanitaria, della sicurezza e prevenzione dei luoghi di lavoro, della sicurezza alimentare, permette di dare un servizio migliore in tutto l'ambito provinciale, ricercando e condividendo la migliore metodologia d'intervento.

Il DSP dell'Azienda USL di Imola può svolgere, per le sue competenze e dimensioni, il ruolo di proposizione e di catalizzatore per ricercare insieme le migliori risposte.

L'Azienda USL di Bologna può mettere a disposizione alcuni specialisti di settore che l'Azienda USL di Imola non possiede; possono, altresì, essere unificate alcune attività che meglio si svolgono insieme.

Le relazioni vanno strutturate e condivise con impegni reciproci da parte delle direzioni aziendali al fine di evitare lo sviluppo di rapporti professionali basati solo sullo spontaneismo e interesse dei singoli operatori. Ne è un esempio l'Ufficio Operativo Provinciale interistituzionale delle attività di vigilanza e prevenzione (ex art. 7 del D.Lgs. 81/08), istituito nel 2009, in cui vengono sviluppati piani di lavoro congiunti sul territorio provinciale, sotto il coordinamento delle UO di Medicina del Lavoro delle AUSL di Bologna ed Imola.

La promozione della salute

Nel prossimo triennio, il Dipartimento di Sanità Pubblica, sarà impegnato nel promuovere e realizzare interventi nelle tematiche previste anche Piani della Prevenzione Nazionale e Regionale con azioni attese che saranno sempre più integrate con l'assistenza primaria, con lo sviluppo di Nuclei di Cure Primarie/Case della Salute e così declinate:

- Promozione dell'attività motoria, intesa come fattore di salute scientificamente dimostrato. In tal senso, nel triennio, verrà sviluppata una progettualità rivolta ai bambini con il progetto "Cortili per gioco" che, dalle interviste ai bambini del territorio sulla loro propensione all'attività motoria, vuole arrivare a sensibilizzare i genitori e gli insegnanti sul tema e ad individuare ipotesi migliorative (Pedibus, nuovi spazi e proposte di attività motorie, ludiche ecc.).

Verrà sviluppata una collaborazione con i Pediatri di Libera Scelta per migliorare il loro counselling verso i genitori. Inoltre, per gli anziani, la promozione dell'attività motoria consisterà nell'organizzazione delle "Passeggiate nel Parco", iniziative che prevedono il coinvolgimento di un

[INTERVENTI INTEGRATI
CON L'ASSISTENZA
PRIMARIA](#)

**PROMOZIONE
DELL'ATTIVITA'
MOTORIA**

alto numero di “giovani anziani” in varie uscite nei Parchi Pubblici di Imola con un insegnante di Scienze Motorie.

Parallelamente si completerà l'organizzazione dell'iniziativa “Imola Cammina” nel quartiere Pedagna, con la realizzazione di un percorso pedonale, assistito da informazioni sui benefici dell'attività motoria e guidato da professionisti esperti nelle Scienze Motorie che propongono anche esercizi di ginnastica dolce. Sempre nel quartiere Pedagna, l'offerta di attività motoria si completa con orari di palestra dedicati agli anziani e, con A.F.A. (Attività Fisica Adattata) anche per gli anziani con difficoltà deambulatorie.

La completa progettualità sarà realizzata in collaborazione con il C.S.I., l'AUSER e l'U.O. di Medicina Riabilitativa, entro il Piano Salute e Benessere Sociale del Circondario. Nella fascia di popolazione adulta vi sarà un intervento di promozione dell'attività motoria rivolta alla popolazione con patologie croniche, in particolare ai diabetici, in integrazione con il Centro antidiabetico aziendale, i Medici di Medicina Generale e l'Associazione GLUCASIA.

- Zooantropologia e Pet Therapy: verranno realizzati programmi di educazione e controllo sul rapporto uomo-animale-ambiente, attraverso l'intervento di monitoraggio sui selvatici, la sorveglianza sulle malattie trasmesse da vettori (in particolare la Leishmaniosi), iniziative rivolte ai proprietari di cani, e la Pet Therapy. Per quest'ultima proseguirà l'esperienza rivolta a un gruppo di giovani con handicap psichico, allargando l'intervento ad altre persone con handicap motorio, sempre della “Casa Azzurra”, proponendolo anche ad un gruppo di ospiti di una Casa di Riposo;

PET THERAPY

- Promozione di un corretto stile alimentare: si opererà nell'ambito del programma “Guadagnare salute”, per il contrasto all'obesità. Saranno garantite le azioni previste dal Piano Nazionale della Prevenzione riguardo al sistema di sorveglianza PASSI, sui rischi comportamentali ed alla prevenzione delle malattie cardiovascolari. Continuerà la sperimentazione del sistema PASSI d'argento in collaborazione con i Servizi Sociali nonché l'indagine OKKIO alla salute;

**EDUCAZIONE
ALIMENTARE**

- Mobilità sostenibile: il Mobility Manager aziendale continuerà le azioni messe in campo per favorire la mobilità sostenibile dei dipendenti con le Convenzioni ATC per abbonamenti scontati; l'ampliamento della “flotta aziendale” di biciclette e la promozione all'acquisto di bici per favorire la mobilità ciclabile; la riorganizzazione dei parcheggi auto e bici e, più in generale, della viabilità interna all'Azienda USL. Sarà garantita la

MOBILITA' SOSTENIBILE

collaborazione con gli altri Mobility Manager del territorio per azioni di miglioramento della mobilità, anche in riferimento alla progettualità del Piano per la Salute e Benessere Sociale;

- Promozione della salute nei luoghi di lavoro: in linea con il Piano Regionale della Prevenzione, saranno avviate nel triennio iniziative locali di promozione della salute ed informazione rivolte in particolare ai comparti agricoltura ed edilizia.

SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO

La realizzazione di queste azioni sarà sostenuta con piani annuali di comunicazione, valorizzando anche lo strumento INTERNET dedicato prevalentemente al mondo scolastico con la predisposizione di vero e proprio “catalogo” dell’offerta formativa. Per valorizzare l’offerta al Territorio delle azioni di promozione della salute, si esplorerà l’organizzazione aziendale di programmi integrati trasversali a vari servizi, in un sistema a matrice che preveda un capofila diverso per i diversi temi.

La Sicurezza

Le azioni attese in materia di Sicurezza ambientale oltre che le istituzionali attività di vigilanza, prevenzione, di assistenza e formazione, si concentreranno precipuamente sulle seguenti tematiche:

Sicurezza e salute nell’ambiente di lavoro:

- L’obiettivo per il prossimo triennio è di aumentare la copertura del territorio, con particolare attenzione per il settore edile. Mantenere la raccolta dei dati per l’analisi epidemiologica degli infortuni sul lavoro, al fine di metterla a disposizione di tutte le istituzioni del territorio;

VIGILANZA

- Attivare alcuni piani particolari, come il Piano Edilizia, con particolare attenzione alla prevenzione delle cadute dall’alto, al rischio di seppellimento in presenza di scavi ed alla sicurezza elettrica di cantiere;

PIANO EDILIZIA

- Piani di intervento per l’Agricoltura (comprese le imprese individuali e a conduzione familiare), le Falegnamerie, i Cancerogeni professionali, la Tutela delle Lavoratrici madri ed il contrasto al lavoro nero, in collaborazione con le forze dell’ordine;

**PIANO AGRICOLTURA E
CANCEROGENI
PROFESSIONALI**

- Contributo tecnico nei Tavoli locali che operano per il miglioramento dei luoghi di lavoro, come il “Tavolo 194” dedicato all’edilizia, il tavolo “Medici Competenti” che si intende proporre ed il nascente “Osservatorio sulla sicurezza”.

Sicurezza alimentare:

- Attuazione della normativa europea che prevede nuove forme di controllo a fronte di nuove precise forme di responsabilizzazione degli operatori del settore alimentare (OSA) con il completamento del percorso di formazione del personale e con un maggiore coinvolgimento delle associazioni di categoria;
- Definizione di linee guida, in sinergia con l'AUSL di Bologna, per il controllo in ambito provinciale delle attività della produzione primaria, al fine della valorizzazione dei prodotti locali;
- Adozione delle procedure regionali di controllo e vigilanza sulla somministrazione degli alimenti a base di selvaggina e pesce crudo, in sinergia tra i servizi Igiene e Sanità Pubblica e Igiene Veterinaria.

**CON LE ASSOCIAZIONI DI
CATEGORIA**

**NUOVE ABITUDINI
ALIMENTARI**

Prevenzione rischio amianto:

- Valutazione preventiva dei piani di lavoro nelle rimozioni dei manufatti in cemento-amianto, con una vigilanza particolare nei cantieri e, nel caso di amianto friabile, la successiva analisi campionaria per permettere il riutilizzo dei luoghi bonificati.

Sicurezza negli ambienti di vita:

- Realizzazione del progetto per la "Salute e Sicurezza nelle Scuole", d'intesa con la Prefettura, i Vigili del Fuoco e l'Azienda USL di Bologna, teso al miglioramento delle condizioni di sicurezza e vivibilità degli edifici scolastici, previo corso di formazione e successivi sopralluoghi conoscitivi.
- Attuazione locale del Progetto regionale Prevenzione caduta dell'anziano, con i servizi di Riabilitazione e con il volontariato, al fine di migliorare la prevenzione degli incidenti nella casa, che saranno registrati con tempestività attraverso un flusso informativo Dipartimento Emergenza Accettazione/DSP.

**SALUTE E SICUREZZA
NELLE SCUOLE**

**INCIDENTI NEGLI
ANZIANI**

Sicurezza stradale:

- Continuare le azioni già intraprese di promozione di corretti comportamenti, in forte integrazione con l'U.O. aziendale di Alcologia, le Polizie Municipali dei Comuni del Circondario, la Scuola, entro

progettualità anche relativamente al contributo tecnico per i Piani urbanistici.

Rischi emergenti per la salute:

- Azioni congiunte con le amministrazioni comunali per il contrasto ai vettori come la zanzara tigre.

Disuguaglianze:

- Riduzione dei rischi di infortuni dei lavoratori “irregolari” o precari e di natura domestica (intossicazione da monossido di carbonio) dovuti a condizione di precarietà economica di alcune fasce sociali presenti sul territorio, con accesso, di questi cittadini, ai servizi del Dipartimento attraverso strumenti informativi multilingue (es. opuscolo sul monossido di carbonio), modulistiche semplificate e scaricabili on-line;
- Potenziamento dell’assistenza sanitaria con un’offerta aggiuntiva di Ambulatorio Infettivo, Screening TBC e di farmaci antileptospirosi e “l’assistenza sociale” nella continuazione, per quanto di competenza, del progetto del recupero delle eccedenze alimentari dei supermercati con la collaborazione del Volontariato.

INFORTUNI

RISCHI EMERGENTI

Piano per la Salute e il Benessere Sociale:

- Coordinamento del Tavolo di “Malattie evitabili” da parte del Direttore del DSP, operando per i progetti di promozione della salute e prevenzione delle malattie del territorio con il Circondario;
- Promozione del progetto “Campo prove per la sicurezza” che propone la costruzione di un’area ove si realizza contemporaneamente la formazione professionale e l’addestramento per la sicurezza, relativamente a grandi macchine operatrici nell’edilizia, nell’agricoltura, ecc.

MALATTIE EVITABILI

**FORMAZIONE PER LA
SICUREZZA SUL LAVORO**

Funzione Epidemiologica:

L’epidemiologia è uno strumento essenziale per costruire il profilo di salute di una popolazione e permettere la lettura dei bisogni di salute che cambiano. Per ragioni di economia di scala e di scopo, ed anche per disporre di misure che risultino sufficientemente robuste, pur senza

distogliere l'attenzione da taluni specifici determinanti di salute presenti su scala locale, tale funzione deve trovare una dimensione provinciale, evitando i rischi di una sua eccessiva settorializzazione. In tal senso, nel prossimo triennio, verranno realizzate le seguenti azioni:

- Lo sviluppo di un'indagine sullo stato di salute della popolazione imolese in relazione agli inquinanti aereo dispersi, in collaborazione con dodici Medici di Medicina Generale, con il Comune di Imola e il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda USL di Bologna;
- Realizzazione di un'area di Epidemiologia a livello aziendale (e quindi Circondariale) integrata nell'ambito provinciale, in cui la massa critica della popolazione permette valutazioni epidemiologiche più valide.

**STUDIO INQUINANTI
ATMOSFERICI**

**INTEGRAZIONE
PROVINCIALE**

Attività Istituzionali ai fini autorizzativi e Medico Legali:

Nel territorio insistono 24 strutture per anziani con 1100 posti letto, pertanto:

- La Commissione di esperti ex L.R. n. 564/2000, continuerà l'attività di espressione di pareri tecnici ai Sindaci ma sarà anche esercitato il ruolo di garanzia e vigilanza che in passato i Sindaci le hanno attribuito, come prevenzione di situazioni degradate, sempre possibili in questi ambienti.
- Sarà attivata ad Imola, a partire dal 2010, una apposita Commissione medica per le periodiche visite relative alle patenti speciali (Patologie croniche come diabete e sospensione patente per varie cause), al fine di evitare ai cittadini del Circondario di recarsi a Bologna.

PATENTI SPECIALI

Le Integrazioni in Campo:

- Ottimizzazione ed integrazione delle risorse utilizzando e mettendo in rete le competenze dei diversi professionisti, le energie ed i "saperi" (ma anche gli interessi) dei vari attori della comunità;
- Integrazione professionale: interna al Dipartimento nei vari Piani di lavoro integrati; interna all'Azienda con le UU.OO. di Alcologia, Riabilitazione, Materno Infantile/Consultorio, Distretto, Cure Primarie, Ospedale ed anche con i Pediatri di Libera Scelta ed i MMG; nel territorio imolese con le Associazioni di Volontariato, il Sociale, l'Università, le Istituzioni e le Associazioni di categoria e sindacali; nell'ambito provinciale e regionale per numerose tematiche quali la formazione, l'epidemiologia,

l'ambiente, la promozione della salute, la mobilità sostenibile e le sicurezza.

La Valorizzazione delle Risorse Umane:

- Azioni rivolte alla formazione del personale, sempre più dedicate ai nuovi problemi di salute, valorizzando la formazione sul campo, sempre più organizzata e gestita internamente al DSP, con forme di integrazione con le AUSL di Area Vasta Centro;
- Valorizzazione dei tecnici della Prevenzione in maniera coerente al corso di laurea, in un processo che vedrà gradualmente aumentare l'integrazione professionale trasversalmente alle unità operative, con sempre maggiore responsabilità e autonomia del personale tecnico.

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E TECNICO (DAT)

L'EVOLUZIONE STRUTTURALE, TECNOLOGICA E DELLE POLITICHE ENERGETICHE

Le strutture aziendali di supporto, hanno il compito di garantire le condizioni necessarie e sufficienti alla produzione delle prestazioni sanitarie. Bisogna, pertanto, realizzare azioni che permettano il miglioramento delle condizioni sufficienti in termini di spazi, dotazioni tecnologiche e sistemi informatici/informativi.

PRINCIPI

Prima di dare evidenza a criteri ed azioni riferite agli strumenti, è opportuno sottolineare alcune peculiarità specifiche di tali strumenti:

- investimenti strutturali: corrispondono ad azioni concrete e tangibili che impongono materialmente il cambiamento, si caratterizzano per costi elevati, tempi medio lunghi e sono facilmente comunicabili e comprensibili a tutti;
- innovazione tecnologica: corrisponde ad azioni concrete ma relativamente tangibili che richiedono cambiamenti organizzativi, miglioramento delle conoscenze e delle competenze, sono difficili da comunicare, si caratterizzano per costi significativi e consentono il raggiungimento degli obiettivi solo mediante l'adeguamento dei comportamenti;
- politiche energetiche: corrispondono ad azioni concrete che richiedono cambiamenti organizzativi/comportamentali semplici delle persone che lavorano nell'organizzazione, sono facili da comunicare, si caratterizzano per costi a volte significativi ma consentono risparmi di lungo periodo, nonché il raggiungimento degli obiettivi anche mediante l'adeguamento dei comportamenti organizzativi.

SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE

Il Sistema informativo aziendale è inteso come un tutto con l'organizzazione dell'Azienda, secondo un approccio sinergico tra strategia, organizzazione, processi aziendali e sistemi informativi.

OBIETTIVI GENERALI

Il progetto di sviluppo dei sistemi informatici/informativi pone l'attenzione (secondo l'approccio di Porter 1986 – “catena del valore”) sulle tre variabili fondamentali: persone, processi e tecnologie. In tal senso, si intende superare la diffusa percezione che i sistemi informativi clinici siano una appendice del mondo amministrativo contabile e di controllo. Lo sviluppo dei sistemi informatici segue una logica di supporto ai processi la cui

informatizzazione deve passare, attraverso una analisi e revisione degli stessi, con il fine di superare l'approccio burocratico. La scelta delle tecnologie risponde alla logica di massima usabilità delle stesse: la continuità operativa è un obbligo da garantire h24 7 giorni su 7.

Gli sviluppi prioritari del sistema informativo si collocano nell'area della "produzione" aziendale e gli obiettivi prioritari nell'area della gestione del processo di ricovero, dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali, dello scambio informativo tra professionisti ospedale/territorio, in integrazione con le soluzioni tecnologiche realizzate a livello regionale:

SVILUPPI PRIORITARI

Il processo di ricovero, sia esso in accesso programmato o in urgenza, deve essere supportato in ogni sua fase mediante strumenti hardware e software, integrati tra loro e con gli strumenti elettromedicali: l'oggetto che si determinerà, con la realizzazione del completo supporto a tale processo, corrisponderà alla cartella clinica informatizzata;

La medicina del Territorio deve avere garantita la comunicazione con le strutture aziendali e la comunicazione paritetica, attraverso meccanismi di interazione strutturati, sicuri e nella più gran parte dei casi automatici.

Le scelte di soluzioni tecnologica adottate in Azienda, sono state fatte nell'ottica di supportare gli obiettivi descritti, con un percorso in essere ancora lungo e oneroso dal punto di vista economico, tecnologico e organizzativo, che investe una profonda revisione procedurale e culturale:

STATO DELL'ARTE

E' stato installato un sistema di portale sanitario "Galileo" mediante il quale è consultabile il repository aziendale dove sono collezionati tutti i documenti clinici prodotti dai sistemi informativi sanitari ed ospedalieri;

dal portale "Galileo" saranno accessibili tutte le applicazioni aziendali sanitarie: ad oggi sono completate le fasi propedeutiche di attivazione dei sistemi verticali di Laboratorio, Radiologia, ADT, Cartella assistenziale, gestione Registro Operatorio e procedure connesse, gestione ambulatoriale ed altre applicazioni minori;

è stata sperimentata la procedura informatizzata a supporto del percorso "prescrizione/somministrazione sacche" e la diffusione, a regime, sarà possibile appena realizzata l'integrazione con il sistema informativo trasfusionale del laboratorio hub di riferimento (AUSL Bologna);

è in corso di parametrizzazione il percorso "prescrizione/somministrazione farmaci" che coinvolge il personale infermieristico: tali funzionalità "al letto" del paziente, sono fruibili mediante postazioni PC portatili e/o tablet PC in

rete Wire-less;

i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta dell'Azienda, sono collegati nella rete SOLE in percentuale pari al 98%, sono fisicamente collegati in rete orizzontale in percentuale pari al 60%, il collegamento fisico e software no garantiscono di per sé la fruizione delle informazioni tuttavia, attualmente, sono scambiati sulla rete SOLE i referti di Laboratorio, i referti di Specialistica ambulatoriale limitatamente ad alcune discipline, i referti di Pronto Soccorso, le notifiche di ricovero e di dimissione e le lettere di dimissione limitatamente ad alcuni reparti.

Le azioni attese nel breve/medio periodo per ciò che concerne l'area ospedaliera sono:

- portare all'interno del portale "Galileo" tutte le applicazioni sanitarie al fine di dare un quadro omogeneo ed integrato delle funzionalità applicative disponibili. E' prevista in tutti i reparti della cartella assistenziale (eventualmente rivisitata in relazione alle specificità dei diversi reparti), la diffusione della somministrazione sacche controllata ed integrata, l'informatizzazione del processo di prescrizione/somministrazione, la gestione delle richieste per interni mediante il modulo Galileo "Consulenze";
- attivazione dei moduli software integrati e la reingegnerizzazione dei processi connessi e la formazione del personale che utilizzerà tali strumenti;
- introduzione di PC "medicali" con caratteristiche di tablet, palmare, lettori barcode in connessione wireless con i sistemi server, quali strumenti ottimali per il supporto dei processi clinici.

**AZIONI PRIORITARIE
NELL'AREA
OSPEDALIERA**

Le azioni attese nel breve/medio periodo per ciò che concerne l'area territoriale ed in particolare per la medicina generale sono:

- consolidare il Progetto SOLE agendo su tre direttrici principali:
 - o completare i "ritorni" dei documenti clinici portando a termine le informatizzazioni degli ambiti ambulatoriali, delle lettere di dimissioni, le integrazioni dei servizi come Radiologia (in fase di attivazione), Anatomia, Senologia ed altri ambiti;
 - o consolidare percorsi per patologia come per i pazienti diabetici, per i quali è previsto un supporto specifico nell'ambito del progetto SOLE, per i pazienti in assistenza ADI, per i pazienti TAO ed altre reti di patologia;
 - o consolidare criteri comuni per la compilazione della cartella

**AZIONI PRIORITARIE PER
L'AREA TERRITORIALE**

clinica a cura di MMG/PLS, al fine di consentire l'effettiva condivisione informativa necessaria per il concreto esercizio del ruolo dei Nuclei delle Cure Primarie e per permettere la generazione della scheda sanitaria individuale del paziente (Patient Summary).

Per quanto concerne il profilo strettamente tecnologico, le azioni principali attese sono determinate dall'esigenza di garantire la continuità operativa dei sistemi h24 7 giorni su 7 e la materializzazione, in coerenza con il Codice dell'Amministrazione Digitale e con le sue recenti modificazioni (19.2.2010) e così declinate:

- Consolidamento i server fisici e/o virtuali in data center in housing/hosting, con il completamento della rete wireless, in coerenza con le soluzioni proposte a livello regionale (Lepida);
- attivazione dal 2011 del servizio di assistenza per emergenze (h24 7 su 7) per le applicazioni critiche, con il supporto di fornitori terzi;
- adozione di soluzioni Open per la produttività individuale (Open Office);
- dematerializzazione dei documenti amministrativi e clinici e, quindi, adozione della firma digitale (della quale sono già dotati tutti i Dirigenti e parte del personale di coordinamento), al fine di superare i costi di gestione degli archivi cartacei, in coerenza con le soluzioni proposte a livello regionale (progetto PARER).

POLITICHE ENERGETICHE

Le azioni attuali e future dell'Azienda USL di Imola in materia di tutela ambientale e uso razionale dell'Energia, si inseriscono in un contesto regionale che vede la sostenibilità ambientale quale elemento basilare di programmazione, di progettazione a nuovo e in ristrutturazione, di realizzazione e di manutenzione (conduzione) di opere pubbliche. Per la progettazione a nuovo o per la riqualificazione dei reparti, sono individuati e prescritti sia in capitolato, sia in elenco prezzi, soluzioni che utilizzino materiali ecocompatibili. Al fine della riduzione dell'impatto ambientale si applicano, normalmente, tutte le misure tecniche ed organizzative per migliorare l'efficienza energetica ed il contenimento dei consumi idrici.

In tale ottica e in fase della presente programmazione triennale, vengono

individuare le seguenti azioni attese di miglioramento:

Energia:

- Utilizzo di lampade fluorescenti, a basso consumo e/o a led, in sostituzione delle lampade alogene e/o ad incandescenza;
- applicazione di sistemi di “regolazione dell'intensità luminosa” dei corpi illuminati presenti negli ambienti, che permetta un minor utilizzo di energia e migliori il comfort per il pubblico e per i degenti;
- nella produzione di calore consolidare il sistema di Teleriscaldamento;
- impiegare coibentazioni e tecniche di distribuzione dei fluidi che veicolano calore;
- migliorare la Regolazione degli impianti di distribuzione con valvole termostatiche e regolazione automatica della portata d'aria di reparto con sistemi a portata costante;
- migliorare l'isolamento termico attraverso infissi in alluminio con taglio termico e dotati di vetro a basso indice di irraggiamento, con infissi in legno e con isolamenti addizionali alle pareti esterne disperdenti dell'involucro edilizio, aventi caratteristica di Trasmittanza di valore voluto e controllato;
- adottare tecnologie a massimo rendimento energetico, macchine di ventilazione con regolazione continua della portata (inverter), motori a basse perdite, sistemi di produzione del freddo ad alto valore di rendimento (COP).

RISPARMIO ENERGETICO

Acqua:

- Utilizzazione di cassette di risciacquo a doppio pulsante;
- Rubinetterie con areatore nei lavandini e nei lavelli;
- Riduttori di flusso nell'erogatore delle docce.

RISPARMIO DELL'ACQUA

Manutenzione:

- azioni tese al mantenimento delle caratteristiche edili e impiantistiche e, dove possibile, al loro miglioramento;
- ottimizzazione dei criteri dell'utilizzo dell'energia attraverso il controllo, la verifica e il ripristino delle coibentazioni edili ed impianti; controllo della qualità della combustione e sostituzione dei produttori di calore (caldaie) con altri a miglior rendimento energetico; applicazione protocolli di controllo degli impianti previsto dalla normativa europea, nazionale e regionale;

**ATTIVITA' DI
MANUTENZIONE**

- monitoraggio di consumi e utenze finalizzato a due obiettivi di riduzione degli sprechi, ovvero appropriatezza delle azioni che implicano uso di energia; perdite, dispersioni e penali di tariffa connesse alle modalità di prelievo dell'energia.

Nell'ambito delle attività istituzionali dell'U.O., son attese alcune azioni, nel triennio, circa le potenzialità di energia da fonti rinnovabili in relazione al patrimonio immobiliare dell'Azienda USL di Imola.

ENERGIE RINNOVABILI

In particolare, gli ambiti di impiego possibili sono:

- Energia termica per riscaldamento acqua calda Sanitaria:
- Pannelli disposti su tetti con falde disposte a sud-ovest e relativi Boiler di accumulo nei sottotetti dell'Ospedale di Castel S. Pietro T.; nella Palazzina Lolli; nell'Ospedale Civile S. Maria della Scaletta – V. Montericco; nel Presidio di Borgo Tossignano e nel Polo di Medicina;
- Energia termica da recuperatore di calore negli impianti di Condizionamento: installazione di recuperatore di calore in tutti i CHILLER macchine elettriche per la produzione di Acqua Refrigerata utile al raffrescamento posti nell'Ospedale di Castel S. Pietro T., nell'Ospedale Civile S.M.S. Via Montericco; Ospedale S.M.S. Via Amendola;
- Energia elettrica da conversione fotovoltaica: installazione di impianto per la produzione di energia elettrica di Conversione diretta di energia Solare presso l'Ospedale Civile S.M.S. di Via Montericco; nel Presidio di Borgo Tossignano; nell'Edificio DEA; nell'edificio Montebello e nel Polo di Medicina;
- Acqua per usi tecnici da sorgenti artesiane: installazione di impianto per l'emungimento di acqua da pozzi artesiani per usi tecnici presso l'Ospedale di Castel San Pietro; Palazzina Lolli; Ospedale Civile S.M.S. Via Montericco; Ospedale Civile Viale Amendola e Polo di Medicina.

parte terza

IL PIANO DEGLI INVESTIMENTI 2010-2013

La pianificazione economico-finanziaria è connessa a mission e vision ed è interdipendente agli obiettivi strategici di attività di offerta dei servizi, governo clinico e investimenti.

Pertanto, l'obiettivo strategico di un buon "governo economico", è l'ottimale allocazione delle risorse disponibili non solo in relazione al perseguimento degli obiettivi di "offerta sanitaria" ma anche agli investimenti strutturali e tecnologici.

Gli investimenti strutturali previsti nel Piano Strategico Aziendale 2010 – 2013, prevedono il completamento della progettazione e la realizzazione degli interventi finanziati ex art. 20 della legge n. 67/88 – 1° e 2° stralcio – IV fase, ed in particolare:

**INVESTIMENTI
STRUTTURALI DI
MEDIA DIMENSIONE**

Programma investimenti straordinari in Sanità (ex art.20 legge 67/88 - 1° stralcio – IV fase):

Gli interventi previsti dall'Accordo di Programma Regionale e finanziati con fondi dello Stato – Regione Emilia-Romagna sono:

- intervento di manutenzione straordinaria per la riqualificazione degli ex reparti di Emergenza dell'Ospedale Civile di Imola, consistente nella realizzazione di un **poliambulatorio chirurgico con attività di endoscopia** e del **reparto di Day Hospital Oncologico**.
- intervento di manutenzione straordinaria di porzione del IV piano dell'Ospedale Civile di Imola per la realizzazione di un **reparto di degenza destinato all'U.O. di Chirurgia**, sito al IV piano (m.q.1500). Sarà, inoltre, completata la ristrutturazione della porzione rimanente del IV piano per le UU.OO. di attività chirurgica, per una superficie complessiva ristrutturata di mq.3000.

Programma investimenti straordinari in Sanità (ex art. 20 legge 67/88 – 2° stralcio – IV fase).

Gli interventi previsti dalla proposta di Accordo di Programma Regionale che saranno finanziati con fondi dello Stato – Regione Emilia-Romagna e che copriranno l'arco temporale compreso tra il 2011 e il 2013, sono così articolati:

- intervento di **ammodernamento tecnologico del blocco operatorio** consistente nell'installazione di sistemi pensili, lampade scialitiche, sistemi multimediali per la visualizzazione di immagini cliniche e degli impianti e lavori edili ad essi connessi;
- intervento di manutenzione straordinaria del reparto di Medicina dell'Ospedale Civile di Imola, consistente nel **riassetto edile ed impiantistico dei settori 1 e 2 del reparto di Medicina**, sito al 6° piano dell'Ospedale, per una porzione di mq 1500;
- manutenzione straordinaria del 3° piano per una superficie di mq 3000 per il **riassetto dei reparti di Geriatria e Lungodegenza**. (l'intervento verrà realizzato in 2 stralci);
- realizzazione **Casa della Salute presso il Polo Sanitario di Castel S. Pietro T.** – 1° stralcio;

Sono, inoltre, previsti interventi finanziati con fondi derivanti dal Programma regionale investimenti in Sanità), finalizzati alla riduzione del rischio sismico e fondi aziendali per interventi per il miglioramento dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e per la conservazione del patrimonio immobiliare:

- Completamento, nel 2010, dell'intervento di "Manutenzione straordinaria per la **realizzazione delle Residenze e del reparto di Diagnosi e Cura Psichiatrico**, presso l'Ospedale Civile di Imola", (ex reparto di Ortopedia) con la realizzazione di 14 posti letto per la Residenza e 15 posti letto per il reparto di Diagnosi e Cura, per una superficie di mq 1550. I lavori si sono conclusi ad aprile 2010 e la struttura è già attiva.

I finanziamenti regionali in Sanità prevedono, inoltre, tra il 2010 e il 2011:

- l'intervento di **adeguamento impiantistico del Blocco Operatorio dell'Ospedale Civile di Imola, con la realizzazione dell'ottava sala** operatoria ed un rifacimento degli impianti elettrici e meccanici, delle canalizzazioni e delle unità di trattamento dell'aria.
- **attuazione dei programmi di intervento per la riduzione del rischio sismico**, già realizzati nell'Ospedale di Castel S. Pietro T. nella porzione, a piano terra; per tale intervento è stato stanziato uno specifico finanziamento statale gestito dal Servizio Geologico, Sismico e dei Suoli della Regione Emilia-Romagna.

Attuazione dei programmi di edilizia sanitaria realizzati con fondi propri

dell'Azienda USL di Imola realizzati nel 2010:

- Manutenzione della **nuova sede dei Poliambulatori chirurgici** con un nuovo riassetto funzionale e distributivo degli spazi (mq 1000);
- adeguamento degli spazi degli ex Poliambulatori chirurgici e trasferimento degli studi medici attualmente posizionati al 5° piano del corpo degenza;
- intervento per la **realizzazione della sede di inter-nucleo** consistente nella ristrutturazione di una porzione di edificio contiguo all'Ospedale Vecchio di Imola, dislocato a piano terra, per la realizzazione di spazi per: l'ambulatorio infermieristico, medici per la Continuità Assistenziale diurna, consulenze specialistiche, MMG per patologie croniche, assistente sociale;
- **ampliamento degli ambulatori destinati allo screening mammografico** presso l'UOC di Radiologia dell'Ospedale Civile di Imola;
- interventi di manutenzione straordinaria degli ambienti e delle finiture esterne dei corpi di fabbrica e dell'area cortiliva e per porzioni del manto di copertura del Polo Sanitario di Medicina;
- attivazione, dell'area pediatrico-consulenziale, per una superficie di mq 300 destinati agli **studi dei Pediatri di Libera Scelta, della Pediatria di Comunità e del Consultorio Familiare** del Polo Sanitario di Medicina.

Le trasformazioni logistico-strutturali progettate per l'Ospedale Nuovo di Imola hanno come obiettivo quello di concentrare, in una unica sede, tutte le funzioni ospedaliere attualmente collocate in strutture esterne (Ospedale Vecchio / Presidio Sanitario L. Lolli e Silvio Alvisi), in una ottica di razionalizzazione dei percorsi del paziente e di ricerca di sinergie di sistema.

Le suddette trasformazioni verranno realizzate in un periodo di tempo superiore alla durata del presente Piano Strategico. Peraltro, è necessario definire, nel corso di validità del Piano medesimo, sia la progettazione iniziale, sia il reperimento dei rilevanti finanziamenti necessari alla loro realizzazione.

L'intervento prioritario consiste nella realizzazione di una piastra polifunzionale in adiacenza all'ingresso principale, collegata alla struttura ospedaliera, funzionale alla facilitazione dell'accesso dei cittadini alle prestazioni per esterni. Questa costruzione sarà destinata ad ospitare le attività ambulatoriali specialistiche presenti negli attuali Poliambulatori B, la

**TRASFORMAZIONI
LOGISTICO-
STRUTTURALI DI
LUNGO TERMINE**

dialisi e l'attività di riabilitazione. L'intervento di ampliamento avrà una superficie complessiva di circa 6.000,00 mq. Si prevede di iniziare la progettazione nel 2012, con inizio lavori e completamento negli anni successivi.

Al contempo è prevista la realizzazione della nuova sede della Camera Mortuaria di Imola e del servizio di Anatomia Patologica, nelle immediate vicinanze della zona destinata a parcheggio, all'interno di una struttura indipendente rispetto alla struttura dell'Ospedale. La progettazione verrà iniziata nel 2012, l'esecuzione dei lavori, con particolare riferimento alla nuova Camera mortuaria, sarà effettuata in collaborazione ed accordo con le amministrazioni comunali interessate.

Si prevede inoltre di realizzare, in adiacenza alla struttura sopraccitata, un magazzino destinato ad ospitare gli archivi aziendali ed il magazzino economale. Il suddetto intervento, è ritenuto non prioritario e verrà realizzato compatibilmente con il reperimento delle risorse finanziarie necessarie.

Ulteriore intervento previsto è la ristrutturazione degli spazi lasciati liberi dal trasferimento dei Poliambulatori B. Tali spazi saranno destinati ad ospitare gli uffici della Direzione Farmaceutica ed il servizio di Genetica Medica che attualmente si trovano collocate al Padiglione Lolli.

Gli interventi descritti, ed in particolare quello ritenuto prioritario (la Piastra Polifunzionale) saranno finanziati in parte da alienazioni del patrimonio aziendale e, in parte, da finanziamenti regionali/nazionali.

Le planimetrie degli interventi sono inserite [nell'allegato 2.](#)

Infine, una attenzione particolare viene riservata all'area dell'ex Ospedale Lolli e dell'Ospedale Vecchio. Questa area è prioritariamente destinata a diventare il Polo Sanitario Territoriale di Imola, confluendo al suo interno tutte le attività sanitarie territoriali (attività ambulatoriale, distrettuale, e di prevenzione). In questa direzione va la recente ristrutturazione della Palazzina ex Lolli, inaugurata nel 2010. Altra linea di sviluppo dell'area ex Lolli è quella formativa, con l'obiettivo di concentrarvi tutta la formazione universitaria. In tale ottica si è realizzata una importante intesa con la Fondazione della Cassa dei Risparmi, che ha portato alla ristrutturazione dell'area del Padiglione 3, inaugurata ad ottobre 2011 e messa a disposizione della facoltà di Farmacia dell'Università di Bologna. Obiettivo del Piano, nel corso di validità dello stesso, è di mettere a punto un progetto complessivo di utilizzo dell'intera Area, ed in particolare dell'Ospedale Vecchio, in collaborazione con le Istituzioni locali, per riqualificare ulteriormente e mettere a disposizione della città e delle sue esigenze un'area di grande pregio.

Nel periodo 2011-2013, sono previsti investimenti in Tecnologie Sanitarie in concomitanza dell'apertura di nuove strutture o ristrutturazioni di vecchie strutture dell'azienda.

In particolare:

- L'adeguamento impiantistico e tecnologico (apparecchiature sanitarie ed installazione fissa tipo pensili e lampade scialitiche) delle Sale operatorie e la realizzazione di una nuova Sala Operatoria di tipo "integrato", ovvero integrazione tra tecnologie biomediche ed informatiche, per dare al medico la massima accessibilità e gestione delle informazioni (cliniche e immagini) del Blocco Operatorio dell'Ospedale di Imola, finanziato, sia dalla Regione Emilia Romagna sia dallo Stato (ex art. 20).
- Sostituzioni e integrazione di tecnologie obsolete, con finanziamenti Regionali e Statali ad hoc, in occasione della ristrutturazione delle seguenti aree:
 - Ex area di Medicina d'urgenza per la realizzazione della nuova area endoscopica dell'Ospedale di Imola;
 - Reparto di degenza ordinaria di chirurgia/urologia 4° piano dell'Ospedale di Imola;
 - Reparti di degenza ordinaria di Geriatria e Lungodegenza 3° piano dell'Ospedale di Imola;
 - Porzione del Reparto di degenza ordinaria di medicina interna 6° piano dell'Ospedale di Imola.

Gli investimenti tecnologici riguarderanno , come già effettuato per le Aree del Nuovo DEA, l'acquisizione di nuove tecnologie, anche innovative, per il miglioramento della qualità e sicurezza dei processi diagnostico/terapeutici (es. sistema solleva malati a binario, letti da degenza elettrificati, tecnologie wi-fi, ecc.).

Oltre quanto sopra indicato, saranno previsti ulteriori investimenti "ordinari" per Tecnologie Sanitarie di "media-bassa Tecnologia", necessarie sia per garantire il "turn-over" per obsolescenza e sia per l'introduzione di nuove tecnologie, anche innovative, necessarie per il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dei processi diagnostico-terapeutici.

Per quanto riguarda investimenti di Tecnologie Sanitarie di "Alta Tecnologia", (tipo, TAC, Mammografi) saranno oggetto di valutazione in termini sia di opportunità/necessità di acquisto sia di specificità/tipologia

(in base all'attività e case mix) che terranno in considerazione analisi di ottimizzazione ed efficienza a livello di Area Vasta e/o Regionale.

LEGGI E DOCUMENTI di RIFERIMENTO

- D.L.vo n.229/1999
- L.R. n. 50/1994
- Piano Attuativo Locale 2004-2006
- Piano Strategico AUSL Imola 2006-2009
- Atto Aziendale e Regolamento Attuativo, 2008
- Piano Sanitario Regionale 2008-2010
- Patto per la Salute 2010-2012 Provvedimento del 3.12.2009
Conferenza Stato-Regioni
- Linee di indirizzo RER 2009-2010.

AREE STRATEGICHE

Gli allegati riportati successivamente in questa parte del Piano Strategico costituiscono una traduzione operativa degli indirizzi riportati nella parte generale. Gli stessi non hanno la pretesa di rappresentare in modo esaustivo ogni singolo orientamento in una prospettiva strategica.

Per tale loro natura sono quindi allegati suscettibili di evoluzioni e modificazioni di volta in volta conseguenti o a modificazioni del contesto locale o a indirizzi di carattere regionale o nazionale.

E' quindi ipotizzabile che detti materiali siano sottoposti ritmicamente o occasionalmente a revisioni.

1) PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI PER LE MALATTIE ACUTE E CRONICHE PREVALENTI

Il tema delle patologie acute e croniche prevalenti, termine con il quale ci riferiamo alle patologie cardiovascolari, cerebrovascolari, oncologiche, pneumologiche, endocrinologiche (diabete) ed in generale alle patologie mediche e chirurgiche dell'anziano, continua ad essere l'elemento cardine della mission dell'AUSL di Imola. L'ottica di sviluppo è quella della ricerca della sempre maggiore integrazione tra ospedale e territorio, al fine di favorire una continuità dell'assistenza di sempre maggiore qualità. L'approccio è quello di sperimentare nuovi modelli organizzativi e nuovi setting assistenziali. In questo senso l'AUSL di Imola ha già iniziato a promuovere, nel territorio e nell'area ospedaliera, nuovi modelli quali la medicina di iniziativa e l'assistenza per [intensità delle cure](#), che trovano applicazione all'interno delle dieci aree strategiche che l'Azienda intende sviluppare nel corso del prossimo triennio.

ICTUS (STROKE)

La selezione dei casi di residenti imolesi con diagnosi di dimissione di stroke acuto porta ad un totale di 233 pazienti dimessi dagli ospedali della Regione Emilia-Romagna nel corso del 2010. Di questi 212, pari al 91% del totale, sono stati dimessi dall'ospedale di Imola. Il trend della patologia mostra negli anni una sostanziale costanza, essendo stati i casi trattati dall'ospedale di Imola 201 nel 2006, 232 nel 2007, 201 nel 2008, 211 nel 2009.

Nel corso del 2008, anche in funzione dell'apertura del "Nuovo DEA", un gruppo di professionisti dell'azienda ha rivisitato il percorso "Stroke Care", già proposto nel 2005 ed ha elaborato una proposta di gestione del paziente con stroke sintonica ai nuovi indirizzi regionali (D.G.R. 1720/2007) ed adattata al contesto ospedaliero imolese.

Le linee di indirizzo tracciano gli aspetti organizzativi salienti del percorso assistenziale integrato del paziente con stroke sia nella fase acuta che nella fase degli esiti, declinato nella fase pre-ospedaliera, ospedaliera e post-dimissione.

Con l'attivazione del nuovo DEA a maggio 2009 sono stati introdotti nuovi elementi strutturali, clinici ed organizzativi che hanno elevato qualitativamente l'assistenza al paziente con stroke.

Sono stati formati i professionisti del DEA per l'addestramento al riconoscimento precoce dei sintomi e alla applicazione delle scale accettate a livello internazionale. E' stato inoltre richiesto ai professionisti il superamento del test di somministrazione della Scala NIH (Stroke Scale), con certificazione ufficiale previo superamento di prova.

E' stato attivato il percorso di terapia trombolitica al paziente eligibile (nel corso del 2010 i casi trattati sono stati 5). La nuova terapia trombolitica, nella sua fase sperimentale conclusiva di valutazione degli esiti, comporta l'inserimento dei casi trattati in un registro internazionale di pazienti, gestito dal Karolinska Institute di Stoccolma, registro dal quale vengono tratte le informazioni sugli esiti nel breve e nel medio periodo in termini di sopravvivenza e qualità della vita.

I pazienti con stroke, secondo il nuovo percorso aziendale, trascorrono le prime 24-48 ore presso la degenza di terapia semi-intensiva, anch'essa di nuova creazione con l'apertura del DEA, per poi passare, secondo il principio di gradualità delle cure, verso un'area di degenza dedicata ad alta intensità clinico-assistenziale in area medica (Stroke Care). Dal 1 giugno 2010 l'AUSL di Imola ha dato avvio alla fase attuativa del progetto "Gradualità delle Cure in area medica", sperimentazione di una nuova modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza che vede il superamento delle compartimentazioni di disciplina e l'orientamento verso il modello per aree omogenee di cura.

In tutto il percorso assistenziale il paziente viene seguito da un team aziendale multidisciplinare e multiprofessionale di operatori, tra i quali l'infermiere case manager, il neurologo, il fisiatra.

Criticità / aree di miglioramento

Il modello per intensità/complessità delle cure è partito da pochi mesi, ora l'obiettivo è portare a regime il modello, che comprende l'alta intensità assistenziale, lavorare sull'attività riabilitativa migliorando la fruibilità, in spazi adeguati, della riabilitazione durante la degenza e nel post dimissione, sul territorio ed al domicilio e potenziare le attività di consulenza neurologica.

Obiettivi per il triennio 2011 – 2013 per l'area Ictus (Stroke)

Obiettivo 1: portare a regime il modello per [intensità / complessità delle cure](#) che comprende l'alta intensità assistenziale completando il percorso di definizione della rete stroke care per la gestione della fase acuta del paziente con stroke, con posti letto dedicati e gruppo professionale multidisciplinare formato ad hoc.

Obiettivo 2: garantire la presa in carico riabilitativa precoce in sede ospedaliera e la continuità assistenziale attraverso l'elaborazione di piani di dimissione individuali da parte del team aziendale multidisciplinare e migliorando la fruibilità, in spazi adeguati, della riabilitazione durante la degenza e nel post dimissione, sul territorio ed al domicilio.

Obiettivo 3: definire percorsi dedicati al paziente con stroke con il coinvolgimento dei servizi distrettuali e dei servizi sociali dei Comuni, con particolare riferimento ai percorsi relativi a dimissione protetta e cure domiciliari, riabilitazione post-ospedaliera e residenzialità a lungo termine.

SCOMPENSO CARDIACO

Lo scompenso cardiaco (SC) è una sindrome clinica con un notevole impatto socio-economico, determinato dalla costante evoluzione della patologia, in controtendenza rispetto ad altre malattie cardiovascolari che negli ultimi 10 anni hanno manifestato un trend negativo.

Dai dati di letteratura lo scompenso cardiaco ha una rilevante prevalenza nella popolazione generale (1.5 - 2%), prevalenza in continua espansione per il progressivo invecchiamento della popolazione (11,5% nella fascia di età > 74 anni nel Circondario imolese al 01.01.08) e per l'aumentata sopravvivenza dei pazienti con cardiopatia ischemica.

L'Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia-Romagna ha condotto alcune analisi sui ricoveri ordinari e di Day Hospital per scompenso cardiaco effettuati in regione dal 2000 al 2005 per determinarne l'incidenza e la prevalenza nella popolazione. I tassi di incidenza e di prevalenza dello SC per sesso e per classi di età che sono stati ottenuti per la popolazione provinciale, se applicati all'attuale popolazione imolese (131.961 abitanti al 01.01.2011), stimano un'incidenza di circa 500 nuovi casi/anno ed una prevalenza di circa 2250 casi.

Un'indicatore utilizzabile per una stima dell'epidemiologia dello SC è fornito dall'analisi dei ricoveri ospedalieri. Il DRG 127 (Insufficienza cardiaca e shock), con i 394 casi nell'anno 2010, è il secondo DRG di dimissione tra gli over 54 assistiti presso il Presidio Ospedaliero di Imola.

La distribuzione per età cresce al crescere delle fasce di età. La fascia di età over 79, corrispondente al 7,1% della popolazione, determina il 71,6% dei ricoveri per scompenso.

Nel definire una nuova rete gestionale del paziente affetto da SC più che di diversi modelli di gestione è opportuno parlare di differenti percorsi di cura, che si caratterizzano in relazione alla severità della malattia e alla presenza di comorbidità, all'età, al tessuto sociale di riferimento. Infatti, i principi che regolano la rete assistenziale del paziente con SC, di stretta correlazione tra ospedale e territorio, dovrebbero essere considerati come unitari, mentre diversi per le diverse tipologie di pazienti, fino alla personalizzazione per il singolo caso, andrebbero considerati i bisogni e di conseguenza i percorsi assistenziali.

La gestione integrata dei pazienti in una rete di servizi territoriali richiede un chiaro processo di cura, con una dettagliata definizione dei percorsi diagnostici e terapeutici (PDT), dei profili assistenziali, dei ruoli e delle responsabilità dei diversi operatori sanitari.

Lo scompenso cardiaco deve essere quindi considerato in un'ottica di assistenza integrata, al fine di prevenirne le episodiche riacutizzazioni. In questo contesto, con il progetto di ricerca di Area Vasta "NOA" (Nuova Organizzazione Ambulatoriale) sono già stati definiti i presupposti per la sperimentazione di una attività medico-infermieristica sul territorio che prevede una presa in carico ed un monitoraggio periodico di questa tipologia di pazienti, in stretta collaborazione con specialisti ospedalieri.

Il progetto vuole anche realizzare, sviluppando le interfacce tra l'area ambulatoriale cardiologica ospedaliera e il Nucleo di Cure Primarie, una struttura organizzativa che preveda l'attivazione di una rete professionale e di approcci globali ed integrati ai problemi della persona, finalizzata a garantire la tempestività dell'accesso, la presa in carico e la continuità tra ospedale e territorio.

Il progetto sperimentale vede pertanto coinvolti ed integrati gli specialisti cardiologi ospedalieri, i medici di medicina generale e gli infermieri ospedalieri e territoriali.

In questa prima fase sperimentale, sono stati coinvolti nel progetto gli 11 medici di famiglia che fanno parte del Nucleo Cure Primarie Imola centro ovest, che hanno selezionato circa 150 tra i loro pazienti. Questo servizio si affianca all'ambulatorio per lo scompenso cardiaco presente a livello ospedaliero già da alcuni anni presso la Cardiologia.

Nell'Ambulatorio è presente un infermiere che offre un servizio complementare a quello del medico: accoglie, ascolta i problemi, consiglia, esegue la terapia eventualmente prescritta dal medico e si rapporta con le strutture sociosanitarie territoriali ed ospedaliere. L'infermiere segue il paziente anche attraverso un monitoraggio telefonico, per assicurarsi del mantenimento di un buon stato di compenso psico-fisico ed in caso di instabilità clinica contatta l'Ambulatorio dello Scompenso Cardiaco ospedaliero. Studi dimostrano che gli assistiti con scompenso cardiaco trattati secondo il modello seguito da questa sperimentazione possiedono maggiori conoscenze, presentano una maggiore compliance al trattamento, utilizzano meno i servizi specialistici con una significativa diminuzione dell'ospedalizzazione.

Obiettivi per il triennio 2011 – 2013 per l'area “Scompenso cardiaco”

Obiettivo 1: concludere la sperimentazione del progetto NOA e mettere a regime un modello organizzativo che garantisca presa in carico, continuità assistenziale e tempestività di accesso ai servizi per i pazienti con scompenso cardiaco gestiti sul territorio.

Obiettivo 2: gestire il tema del fine vita dei pazienti con scompenso attraverso l'elaborazione di protocolli tra area post-acuzie e Hospice.

2) ASSISTENZA ONCOLOGICA E CURE PALLIATIVE

I tassi standardizzati di mortalità nell'AUSL di Imola vedono al primo posto i decessi per “Malattie del sistema circolatorio”, al secondo i “Tumori” ed al terzo le “Malattie dell'apparato respiratorio”.

I tassi di decessi per tumori, confrontati con i tassi regionali, sono inferiori alla media regionale per la popolazione totale ed il sesso femminile, ma superiori per il sesso maschile.

Il tasso di mortalità per tumore dell'AUSL di Imola è per le femmine il valore più basso della Regione (239 vs 277 media regionale), in calo sia sul 2006 sia sul 2007.

Per i maschi l'AUSL di Imola è posizionata nel 2008 tra i valori più elevati della regione (359 vs 344 media regionale); valori superiori sono stati registrati, in ordine decrescente, a Ferrara, Cesena, Parma e Piacenza. Il tasso del 2008 risulta più elevato sia del 2006 che del 2007.

Se si analizza la mortalità per tumore nel 2008, scomposta per le principali neoplasie si evidenzia, riguardo al genere femminile, i tassi di mortalità più elevati, in ordine decrescente, per i tumori della mammella, dei polmoni e del colon-retto; riguardo al genere maschile, i tassi di mortalità più elevati, in ordine decrescente, si osservano per i tumori del polmone, del colon-retto e della prostata.

L'assistenza ospedaliera ai pazienti oncologici imolesi nel corso del 2009 ha generato complessivamente 2.040 ricoveri, di cui circa il 25% erogato in Day Hospital. Di questi il 53,2% sono stati erogati dal Presidio Ospedaliero di Imola.

Nella tabella che segue le dimissioni per diagnosi principale oncologica sono state suddivise per categoria diagnostica principale.

Categoria diagnostica principale (MDC)	Regime di erogazione		
	Degenza Ordinaria	Day Hospital	TOTALE
01-SISTEMA NERVOSO	75	9	84
02-OCCHIO	6	10	16
03-ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA	40	5	45
04-APP. RESPIRATORIO	141	43	184
06-APP. DIGERENTE	199	27	226
07-FEGATO, VIE BILIARI E PANCREAS	133	19	152
08-APP. MUSCOLOSCHIELETR., TESS. CONNETTIVO	33	38	71
09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA	208	35	243
10-ENDOCRINI METABOLICI NUTRIZIONALI	25	2	27
11-RENE E VIE URINARIE	194	1	195
12-APP. RIPRODUTTIVO MASCHILE	67	3	70
13-APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE	30	6	36
16-SANGUE E ORGANI EMATOPOIET. SIST. IMMUNITARIO	4	1	5
17-MIELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM. DIFFERENZIATE	321	330	651
23-FATT. INFLUENZ.SALUTE ED IL RICORSO AI S.SANITARI	6	4	10
MDC NON ASSEGNABILE	2	1	3
PRE MDC	22	0	22
TOTALE COMPLESSIVO	1.506	534	2040

Tabella 1: residenti AUSL di Imola ovunque dimessi per diagnosi principale oncologica (codici di diagnosi da 140.0 a 208.91, da 230.0 a 239.9, v58.0 e v58.1), suddivisi per categoria diagnostica principale (MDC) e regime di erogazione. Anno 2009.

Riguardo l'assistenza oncologica i principali riferimenti extra-aziendali dei cittadini imolesi sono l'Azienda Ospedaliera S. Orsola-Malpighi, l'Ospedale Bellaria e l'Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori (IRST) di Meldola (FO), strutture con le quali l'AUSL di Imola sigla annualmente appositi accordi di fornitura.

In particolare la relazione instaurata con l'IRST garantisce la fruizione di attività di secondo e terzo livello e prevede adeguate relazioni con le strutture ed i professionisti interni all'azienda per le condizioni per le quali può essere offerto il medesimo approccio terapeutico. Questo modello consente di dare continuità al percorso del singolo paziente e governare gli aspetti economici legati alla mobilità passiva verso altre strutture provinciali e regionali.

Riguardo alle cure palliative l'AUSL di Imola registra una performance superiore alla media regionale ed allo standard definito a livello nazionale relativamente ai deceduti per tumore assistiti al domicilio e/o in Hospice, 70,3 % nel 2008.

I decessi per malattia neoplastica nel territorio dell'Azienda USL di Imola sono stati 422 nel 2007 e 422 nel 2008, di cui il 36% in area ospedaliera, il 37% in Hospice, il 15% al domicilio, il 4% in strutture residenziali, l'8% in altri luoghi.

Obiettivi per il triennio 2011 – 2013 per l'area “Assistenza oncologica e Cure palliative”

Obiettivo 1: potenziamento delle funzioni ed introduzione di nuovi modelli assistenziali correlati alla diagnosi delle malattie oncologiche prevalenti, in particolare la diagnostica polmonare (attività broncoscopica).

Obiettivo 2: revisione dei principali percorsi oncologici gestiti in collaborazione con i servizi aziendali ed extra aziendali

- Percorso mammella (Radiologia, Chirurgia, Dipartimento Oncologico Bellaria per radioterapia e IORT)*
- Percorso colon-retto (Anatomia Patologica, Endoscopia Digestiva)*
- Percorso polmone (Pneumologia, Chirurgia).*

Obiettivo 3: revisione dell'assetto delle strutture di assistenza oncologica: collocare, entro il 2010, il Day Hospital oncologico all'interno dell'ospedale di Imola e programmare l'attivazione di nuove funzioni specialistiche (oncologia per degenti).

Obiettivo 4: Integrare la rete delle cure palliative con nuove attività quali l'ambulatorio delle cure palliative e il Day Hospice.

Obiettivo 5: governare i percorsi di II e III livello e la mobilità passiva attraverso la definizione dei percorsi del paziente oncologico.

3) LA RETE DELLA RIABILITAZIONE

Con l'acquisizione di Montecatone Rehabilitation Institute (MRI) la rete della riabilitazione aziendale assume una valenza diversa nell'ambito regionale e nazionale. Con lo scopo di effettuare approfondimenti per le funzioni di riabilitazione ospedaliera delle mielolesioni, delle cerebrolesioni e dell'offerta di riabilitazione post-acuzie è stato attivato un gruppo di lavoro di area vasta formato da professionisti dell'area riabilitativa. I risultati di tale lavoro verranno utilizzati a livello regionale per effettuare le valutazioni sul sistema dell'offerta riabilitativa tutta, su base sovra-provinciale.

Riguardo alle reti riabilitative interne all'AUSL, ospedaliere e territoriali, occorre sviluppare, sia in termini strutturali che organizzativi l'approccio assistenziale alle patologie dell'anziano, considerandolo nella sua globalità, con maggiore attenzione alla componente riabilitativa post-chirurgica.

Le priorità di intervento riabilitativo saranno rappresentate dalle gravi patologie croniche disabilitanti in particolare di pertinenza neurologica (esiti di stroke, mielocerebrolesioni, sclerosi multipla, parkinson, sclerosi laterale amiotrofica); per queste condizioni è prevista la realizzazione di percorsi di cura ed assistenza personalizzati, la presa in carico continuativa da parte della UO di Medicina Riabilitativa, dalla fase acuta in degenza e successivamente nella fase post-acuta ambulatoriale, fino alla programmazione dei controlli a distanza.

I processi di sviluppo della riabilitazione ospedaliera si potranno giovare, nel medio periodo, della ricollocazione del Servizio oggi ospitato al Silvio Alvisi, presso lo stabilimento ospedaliero di Imola.

Obiettivi per il triennio 2011 – 2013 per l'area “Rete della Riabilitazione”

Obiettivo 1: progettare la nuova logistica per l'attività di riabilitazione.

4) L'ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA ED AL PARTO: IL PERCORSO NASCITA

Gli undici obiettivi previsti dalla D.G.R. 533/2008 sul Percorso Nascita prevedono un grande impegno sul tema dell'assistenza pre-natale, dell'assistenza al parto e dell'assistenza post-natale, sia in termini di definizione delle reti cliniche che la governano che di acquisizione di competenze per l'esercizio dei ruoli professionali previsti. In questo contesto si inseriscono le valutazioni da effettuare a livello regionale sulla opportunità di valorizzare il ruolo di spoke del Punto Nascita di Imola nell'ambito dei tre livelli di assistenza previsti con il potenziamento dell'area neonatologica, disciplina la cui presenza caratterizza gli spoke di II livello e determina la possibilità di prendere in carico casi di prematurità più precoce e lo sviluppo degli indirizzi regionali, in corso di definizione, sul tema della attribuzione ai centri Hub della funzione di trasporto neonatale e del trasporto materno assistito.

Gli obiettivi 1 e 2 prevedono la ridefinizione del percorso pre-natale con la offerta di almeno 2 ecografie nel corso della gravidanza, una tra la 11° e la 13° settimana ed una tra la 19° e la 20° di gestazione e l'offerta attiva del cosiddetto “ test combinato “ o “bitest”. Il test combinato consiste nell'esecuzione di una ecografia per traslucenza nucale (ecografia genetica) e di un prelievo ematico per due determinazioni biochimiche (“bi-test”, gonadotropina corionica e proteina plasmatica A) e rappresenta il primo step per la definizione del rischio di anomalie fetali, in particolare la sindrome di Down. Il test di screening, di tipo probabilistico, consente di selezionare, tra tutte le gravide, un ristretto gruppo di donne ad alto rischio a cui offrire metodiche diagnostiche invasive di secondo livello (villocentesi, amniocentesi). Attualmente, secondo i criteri definiti dal D.M 10.09.98 (“Decreto Bindi”), che regola l'accesso alle prestazioni diagnostico-strumentali in gravidanza, l'offerta di villocentesi ed amniocentesi in regime di esenzione dalla compartecipazione alla spesa riguarda le sole gravide over 34.

L'obiettivo 3 prevede la valorizzazione del ruolo dell'ostetrica nella presa in carico della "gravidanza fisiologica", ovvero della gravidanza a basso rischio. Il modello proposto, già utilizzato nel mondo anglosassone e studiato, per quel che concerne l'impatto sugli esiti, dal Ministero della Sanità, prevede, definito il livello di rischio di ciascuna gravidanza, l'individuazione di una o di un gruppo di ostetriche per la presa in carico della gravida. In collaborazione con l'ostetrica, il medico di medicina generale, i consultori e le altre strutture territoriali costituiscono la rete di assistenza integrata alla donna in gravidanza. L'ostetrica garantisce alle gravide a basso rischio un piano assistenziale personalizzato sulla base di protocolli e procedure concordate e formalizzate all'interno dell'area ospedaliera e del Consultorio Familiare. Questo modello prevede, in presenza di complicazioni, il coinvolgimento di medici specializzati in ostetricia e di altri specialisti.

Riguardo al tema del contenimento del dolore in travaglio di parto, che costituisce l'obiettivo 11 della DGR 53/008, il Punto nascita dell'ospedale di Imola sta sviluppando il percorso volto ad incrementare l'attività di analgesia farmacologica così come previsto dalle linee guida che la Regione Emilia-Romagna ha elaborato sul tema nel corso del 2007 (deliberazione n. 1921 del 10 dicembre 2007).

Secondo la classificazione regionale l'offerta della analgesia farmacologica deve essere proporzionale alle dimensioni del punto nascita, ovvero al numero di parti effettuati. Il Punto nascita dell'ospedale di Imola, con 1120 parti effettuati nel corso del 2009, si configura come punto nascita di tipologia C.

Criticità / aree di miglioramento

Gli obiettivi previsti dalla D.G.R. 533/2008 costituiscono una sfida sia relativamente al tema delle competenze professionali necessarie sia relativamente al tema dei modelli organizzativi sottesi all'assistenza alla gravidanza ed al parto ed al puerperio.

Tutti gli obiettivi infatti prevedono l'acquisizione di competenze ulteriori, a partire dalle tecniche di esecuzione della ecografia genetica, per quale è necessario che i ginecologi acquisiscano una certificazione presso la Fetal Medicine Foundation e mantengano nel tempo l'esecuzione di un certo numero di indagini per conservare tale certificazione. Anche dal lato della professione dell'ostetrica il modello di assistenza alla gravidanza fisiologica impone il raggiungimento di nuovi obiettivi professionali.

La partoanalgesia non viene ancora erogata in maniera sistematica a tutte le donne che lo richiedono, essendo garantita, comprendendo l'anestesia epidurale, al 10% delle gravide con parto vaginale. Occorre quindi sviluppare ulteriormente questo percorso, con la collaborazione di tutti i professionisti coinvolti (anestesisti, ostetriche, ginecologi).

Riveste importanza strategica anche la definizione del livello di assistenza da dedicare al tema della infertilità di coppia, con la strutturazione di un centro i primo livello con la collaborazione di ginecologi ed urologi.

Obiettivi per il triennio 2011 – 2013 per l'area "Assistenza alla gravidanza e al parto"

Obiettivo 1: attivazione dell'offerta attiva del test combinato (bitest).

Definizione di un percorso condiviso ospedale – territorio per la definizione dell'offerta attiva del test combinato.

Obiettivo 2: definizione del percorso per la gravidanza fisiologica valorizzando il ruolo dell'ostetrica nella presa in carico delle gravide a basso rischio.

Valorizzare la figura professionale dell'ostetrica nella gestione della gravidanza fisiologica sulla base del D.L. 206/2007 art. 48 e e D.G.R. 533/2008 mediante l'elaborazione e l'implementazione di percorsi assistenziali condivisi tra gli operatori relativamente alla gravidanza fisiologica e alla gravidanza a rischio.

Obiettivo 3: Controllo del dolore da parto

Raggiungere a regime il numero di 180 -220 procedure di analgesia previsto per i Punti nascita di tipologia C.

5) LA RETE PROVINCIALE DEL 118

Sull'ambito dell'emergenza territoriale, già governato su base provinciale da Bologna Soccorso, è opportuno ricercare maggiori collaborazioni in ambito interaziendale per la copertura delle aree distrettuali limitrofe alle altre aziende sanitarie, come ad esempio l'area del Comune di Medicina.

Oggetto della revisione sarà la postazione dislocata presso il polo medicinese che attualmente opera sulle 24 ore. I mezzi di soccorso dislocati nelle aree limitrofe a quella del polo medicinese intervengono, in seguito a chiamata a prescindere dai confini comunali di USL, così come il mezzo posizionato presso il polo medicinese.

Molte emergenze del comune di Medicina sono effettuate da mezzi delle postazioni limitrofe e, parimenti, il mezzo di Medicina effettua servizi per cittadini di altra area. La % di reciprocità di intervento variano tra il 40 e 60% e con standard di servizio conformi ai dettami di sicurezza imposti dalla Regione.

Per la postazione di Medicina, sulla base dei livelli di utilizzo osservati e dallo studio dei livelli di copertura offerti dai mezzi a disposizione anche dagli ambiti territoriali limitrofi, si ritiene sicuro modificare l'offerta di servizio alle 12 ore diurne, dalle 8 alle 20, a cui si integrerà l'offerta del volontariato della Croce Rossa a copertura del servizio dalle 20.00 alle 08.00. L'integrazione nel sistema di emergenza territoriale delle associazioni di volontariato è previsto secondo le modalità definite dalla programmazione regionale e dal percorso di accreditamento ai sensi della DGR n. 44 del 26/01/2009, della Determinazione del Direttore Generale e Politiche Sociali n. 12.861 del 1.12.2009 e dalla circolare n. 4/2010.

Questa modalità di copertura dell'emergenza territoriale è già ampiamente collaudata, sia in ambito imolese, che in altre ampie zone territoriali regionali (Bologna, Reggio Emilia, Parma).

Le regole di ingaggio dei mezzi rimangono invariate dipendendo dalla tipologia dell'emergenza, dal tipo di mezzo richiesto, dalla vicinanza dell'evento alla postazione di emergenza, dal fatto che un mezzo sia o meno già ingaggiato in un altro servizio.

Sono previste soluzioni, attualmente al vaglio, che prevedono una gestione dinamica delle aree di sosta dei mezzi e di un programmato rischieramento sul territorio coerente con il susseguirsi degli interventi di soccorso, da effettuarsi coinvolgendo, a livello sovraziendale, le aree limitrofe. Che rientrano nelle reti dell'emergenza di Bologna e Ferrara.

Obiettivi per il triennio 2011 – 2013 per l'area “Rete provinciale 118 e la continuità assistenziale”.

Obiettivo 1: pervenire ad una gestione dinamica delle aree di sosta dei mezzi del comprensorio medicinese e delle aree limitrofe afferenti alle reti dell'emergenza di Bologna e Ferrara al fine di consentire la copertura del territorio coerente con il susseguirsi degli interventi di soccorso.

6) LA RETE CLINICA DEI LABORATORI

Il tema della integrazione delle risorse e dei servizi, ovvero l'ottica di valutare le economie di sistema ricercando sinergie strutturali ed organizzative sia interne che in ambito provinciale e di area vasta, diventa essa stessa una modalità strategica con cui considerare lo sviluppo dell'AUSL di Imola nel prossimo medio-lungo periodo.

Un ragionamento di questo tipo va fatto sui laboratori presenti in azienda, il Laboratorio Analisi, la Medicina Trasfusionale, la Genetica Medica e l'Anatomia Patologica.

Su questo ambito possono essere individuate sinergie logistiche ed organizzative, reti cliniche interne e collaborazioni esterne, come già perseguito nelle altre aziende della provincia ed in altre aree vaste della regione. L'accorpamento logistico consentirebbe di acquisire competenze professionali a maggiore valenza trasversale sull'area, la sinergia con le altre aziende razionalizzerebbe il sistema dell'offerta generando ambiti di specializzazione peculiari in ciascuna azienda.

Il tema del Laboratorio Analisi ha già condotto all'attivazione di un gruppo di lavoro formato da professionisti dell'azienda con lo scopo di valutare la fattibilità di unificare in ambito provinciale alcune aree di attività specialistiche che non inficiano la necessità di garantire tempestività all'iter diagnostico, ovvero non riguardano le determinazioni sul paziente urgente, sul paziente in terapia anticoagulante e sul paziente potenzialmente infetto.

L'area della Medicina Trasfusionale, può trovare adeguata sinergia logistica con Laboratorio Analisi. In ambito provinciale, a cui è già funzionalmente collegata, può trovare migliore valorizzazione della corposa attività di raccolta sangue che viene effettuata localmente.

La Genetica Medica ed il laboratorio di genetica in particolare devono consolidare il ruolo di Hub provinciale ed eventualmente inter-provinciale, come previsto dalle delibere regionali.

Possono inoltre trovare migliore sinergia organizzativa nella condivisione degli spazi con l'Anatomia Patologica.

Obiettivi per il triennio 2011 – 2013 per l'area “Rete clinica dei laboratori”

Obiettivo 1: valutare la fattibilità del laboratorio unico provinciale.

Obiettivo 2: progettare la nuova logistica aziendale dell'area dei laboratori (Laboratorio Analisi, Trasfusionale, Genetica, Anatomia Patologica).

7) LO SVILUPPO DELL'AREA OSPEDALIERA: GLI OSPEDALI DI IMOLA E CASTEL SAN PIETRO TERME

La Regione Emilia Romagna con la DGR n. 2188 del 27/12/2010 ha adottato un provvedimento di riduzione dello standard dei posti letto che dovrà risultare non superiore a 4,2 p.l. per mille abitanti, comprensivi dello 0,7 p.l. per mille abitanti per riabilitazione e lungodegenza post-acuzie, al netto dei posti letto calcolati sulla base del saldo di mobilità in giornate di degenza, dedicati in via prevalente od esclusiva a pazienti provenienti da altre regioni; tale standard dovrà essere trapiantato al 31/12/2011.

Il nuovo patto per la salute 2010-2012 (provvedimento del 3.12.2009 dell'intesa Stato-Regioni), dà alcune indicazioni, recepite dalla Regione Emilia-Romagna, cui l'Azienda USL di Imola intende attenersi:

In particolare, sembrano determinanti le seguenti indicazioni strategiche:

- promuovere il passaggio da ricovero ordinario a ricovero diurno e da ricovero diurno al regime ambulatoriale;
- favorire l'assistenza residenziale domiciliare;
- assicurare minori oneri a carico del SSN rispetto all'erogazione in regime ospedaliero (integrazione della lista dei 43 DRG ad alto rischio di in appropriatezza, già portata ad 89 dalla DGR n. 1890 del 06/12/2010 e ridefinizione delle dotazioni organiche).

L'assistenza ospedaliera dell'AUSL di Imola è attualmente caratterizzata dalla presenza di due stabilimenti, Imola e Castel San Pietro, complementari nelle funzioni: Imola sede elettiva per l'emergenza-urgenza, le cure ad elevata intensità assistenziale e i servizi di diagnosi e cura più complessi, Castel S. Pietro sede elettiva per chirurgia di giorno e con breve degenza e per cure long-term a bassa complessità

Le indicazioni di sviluppo coerenti con le linee di indirizzo nazionali e regionali presuppongono la promozione del passaggio dall'attività di ricovero ordinario a quella di ricovero diurno e di quest'ultima al regime ambulatoriale complesso (Day Service) ed ambulatoriale semplice, la promozione dell'assistenza residenziale e domiciliare a garanzia della continuità assistenziale post-dimissione e della riduzione degli oneri derivanti dalla erogazione in regime ospedaliero di attività potenzialmente inappropriata in termini di patologia e di durata della degenza.

Un forte contributo in termini di innovazione è rappresentato dal nuovo modello clinico-organizzativo per [intensità/complessità delle cure](#), già introdotto in diverse strutture ospedaliere della Regione ed in

fase avanzata di sviluppo nell'ospedale di Imola. Esso è incentrato sulla stratificazione del bisogno clinico-assistenziale del paziente e sulla integrazione clinica interdipartimentale, interdisciplinare ed interprofessionale, ed è caratterizzato da:

- centralità del cittadino (logistica centrata sul paziente, raggruppamenti di pazienti con bisogni omogenei);
- integrazione delle risorse (condivisione risorse umane, tecnologiche, nuovi schemi logistici);
- coinvolgimento dei professionisti (configurazione di nuovi meccanismi organizzativi, nuovi ruoli, forte interdipendenza tra processo di cura e processo di assistenza);
- impegno particolare alle relazioni sinergiche con i servizi territoriali (Lega, 2009).

La pianificazione di una nuova struttura ospedaliera presuppone la definizione di uno scenario di medio periodo, ovvero che miri a definirne l'assetto nei successivi 5-10 anni. Pertanto gli obiettivi a lungo termine individuati troveranno parziale sviluppo entro il prossimo triennio.

Le linee di sviluppo di medio periodo dell'ospedale di Imola

Obiettivo 1: Completare, entro la prima metà del 2011, il trasferimento delle funzioni ospedaliere ancora presenti all'ospedale Vecchio (Day Hospital Oncologico, ambulatori pneumo-allergologici, servizio di Terapia Antalgica).

Nei prossimi anni dovrà continuare l'attività di rientro delle funzioni ospedaliere attualmente dislocate all'Ospedale Vecchio (Farmacia, Genetica, Anatomia Patologica), e, si auspica, anche quelle riabilitative, ospedaliere e territoriali attualmente collocate al "Silvio Alvisi".

Nel contempo per le funzioni che rimangono collocate all'Ospedale Vecchio (Distretto e Dipartimento di Cure Primarie, Dipartimento di Sanità Pubblica, Direzione Generale e Dipartimento Amministrativo e Tecnico) dovranno essere valutate soluzioni logistiche che consentano la concentrazione dei servizi e la rivalutazione delle aree ospedaliere non più utilizzate.

Obiettivo 2: Progettare la realizzazione c/o Ospedale Nuovo di Imola di piastre tecniche e con ciò contribuire, negli anni successivi, al trasferimento sia di alcune funzioni proprie dell'area ospedaliera (laboratori, Camera Mortuaria) che di alcune funzioni afferenti alla territorialità (assistenza specialistica ambulatoriale, riabilitazione) che di alcune funzioni di supporto (magazzino farmaceutico, magazzino economale).

Il piano di rientro delle funzioni assistenziali non può che passare dalla creazione di nuovi spazi, azione possibile all'interno del perimetro ospedaliero, e dalla rifunzionalizzazione di quelli esistenti, nell'ottica di facilitare la fruibilità dei percorsi, in particolare quelli del paziente che accede all'assistenza specialistica ambulatoriale.

Obiettivo 3: Adeguare le degenze con aggiornamento impianti e aumento comfort alberghiero (3°, 4° e 5° piano). Si ricercherà il miglioramento del comfort alberghiero in area di degenza e la creazione di

altri spazi di degenza (al quinto piano) funzionali all'inserimento di nuove discipline specialistiche (oncologia per degenti).

Obiettivo 4: Potenziare le attività chirurgiche anche attraverso il potenziamento del blocco operatorio (realizzazione della 8° sala operatoria)

Verrà perseguito anche il potenziamento dell'area chirurgica (ottava sala operatoria) e l'organizzazione dell'attività per intensità di cura anche in area chirurgica.

Obiettivo 5: Completare lo sviluppo del modello di assistenza per intensità delle cure / complessità assistenziale nel DEA, in area medica e in area chirurgica.

Le linee di sviluppo di medio periodo dell'ospedale di Castel San Pietro

Obiettivo 6: ridefinire la mission dell'ospedale di Castel San Pietro orientandolo verso l'integrazione con le attività territoriali (Casa per la Salute) e verso le cure long-term e la palliazione.

Riguardo lo stabilimento di Castel san Pietro Terme è importante perseguire e completare al suo interno l'integrazione delle attività sanitarie e socio - sanitarie afferenti al Dipartimento di Cure Primarie (Casa della Salute).

Questo sviluppo della struttura satellite consente di sviluppare i percorsi integrati e protetti sul territorio che derivano dalla funzione di erogazione delle cure long-term e della palliazione. Per questi ambiti di attività sono in previsione nuovi modelli assistenziali innovativi (ambulatorio di cure palliative, Day Hospice).

Altra area strategica su cui concentrare la progettazione futura è quello dell'attività di chirurgia di giorno, per la quale è possibile integrare l'offerta con le altre discipline presenti in azienda (es. urologia, ginecologia, ortopedia) e ricercando accordi per la mobilità attiva dalle aree distrettuali contigue.

8) LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE: I POLI SANITARI TERRITORIALI (I NUCLEI DELLE CURE PRIMARIE E LE CASE DELLA SALUTE), LA SALUTE MENTALE E LA SANITA' PUBBLICA

Nella progettazione strategica della sanità locale il territorio assume un ruolo assolutamente centrale. La valutazione dei bisogni espressi ed il conseguente adeguamento dei servizi, la riprogettazione ed il rafforzamento dei percorsi clinici integrati tra ospedale e territorio che garantiscano continuità della presa in carico, la riorganizzazione dell'assistenza territoriale attraverso la realizzazione della Casa della Salute, l'integrazione dei percorsi sanitari con quelli sociali, delle attività dell'Azienda Sanitaria e dell'ASP: questi e molti altri sono i temi centrali di cui il Distretto ed il Dipartimento di Cure Primarie costituiscono lo snodo centrale.

La Casa della Salute è un presidio del Distretto, la cui gestione complessiva è affidata al Dipartimento di Cure Primarie che coordina le attività erogate e cura le interfacce con gli altri dipartimenti. È la sede di accesso e di erogazione dei servizi sanitari, sociosanitari e socio assistenziali rivolti alla popolazione dell'ambito territoriale di riferimento del Nucleo di Cure Primarie (NCP).

L'obiettivo dell'indirizzo regionale è la realizzazione, in modo omogeneo su tutto il territorio, di strutture sanitarie e sociosanitarie, che siano un punto di riferimento certo per i cittadini e alle quali ci si può rivolgere in ogni momento per trovare una risposta ai propri problemi di salute. Come gli ospedali, anche queste strutture possono avere diversa complessità ed in relazione alle caratteristiche orogeografiche del territorio e alla densità della popolazione, prendono il nome di Casa della Salute e hanno il compito di assicurare un punto unico di accesso ai cittadini, garantire la continuità assistenziale nelle 24 ore 7 giorni su 7, organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino, rafforzare l'integrazione con l'ospedale soprattutto in relazione alle dimissioni protette, migliorare la presa in carico integrata dei pazienti con problemi di salute mentale, sviluppare programmi di prevenzione rivolti al singolo, alla comunità e a target specifici di popolazione.

Questa innovativa modalità assistenziale è la naturale evoluzione del processo di strutturazione delle sedi dei Nuclei di Cure Primarie; le funzioni della Casa della salute si estendono ben oltre la medicina generale e l'assistenza infermieristica primaria, e contemplano la pediatria di libera scelta, la farmacia, la prevenzione collettiva, la salute mentale e l'integrazione socio-sanitaria.

Menzione particolare merita il polo sanitario di Medicina, che andrà incontro a diversi cambiamenti che determineranno la sua trasformazione in Casa della Salute.

Detta trasformazione comporterà un ammodernamento strutturale e funzionale del polo stesso con investimenti volti a completare e migliorare i servizi connessi con le cure primarie.

L'area attualmente occupata dalla diagnostica per immagini dovrà subire un radicale intervento di revisione in modo da accogliere, nell'ambito del gruppo di MMG già presenti (4), altri 3 colleghi che in tale area si trasferiranno. A questo fine mentre le diagnostiche non radiologiche rimarranno in sede (ecografia, ecodoppler), quella radiologica, attualmente poco fruita, si sposterà presso Castel S. Pietro Terme.

Per incrementare l'offerta di servizio fruibile dai cittadini e prescrivibile dai MMG saranno attivati in sede una postazione per telecardiologia con effettuazione di elettrocardiogrammi inviabili a richiesta dal medico alla Cardiologia di Imola per via telematica e refertati dai cardiologi del reparto con riscontro informatico.

Attivazione sperimentale col nucleo di Cure Primarie di Medicina di un percorso connesso al trattamento della BPCO. A questo fine sarà possibile effettuare in loco attività di spirometria.

Attivazione di uno spazio giovani nell'ambito delle attività consultoriali e ampliamento della specialistica ginecologica.

La revisione del polo qui riassunta permette di prefigurare una Casa della Salute le cui funzioni sono di seguito complessivamente rappresentate.

Evoluzione del Polo Sanitario di Medicina in Casa della Salute

Anno 2011:

- da maggio 2011 attivazione di una sessione settimanale ambulatoriale di chirurgia
- da giugno 2011 aumento di 2 ore/settimana di ostetricia-ginecologia ambulatoriale (dott.ssa Canedi, per attivazione Spazio Giovani)
- 26 settembre 2011: attivazione Spazio Giovani (lunedì ore 14-16 presenza contemporanea di ostetrica, ginecologa e psicologa)
- Ottobre 2011: installazione di elettrocardiografo con trasmissione telematica del tracciato all'U.O. di Cardiologia dell'Ospedale di Imola e invio del referto presso la sede di nucleo (prevista attivazione del percorso entro novembre 2011)
- Revisione del PDT della BPCO, con utilizzo dello spirometro in dotazione al Nucleo di Cure Primarie per esecuzione delle spirometrie di primo livello, e avvio entro il 2011 in via sperimentale nel nucleo del nuovo PDT che prevede il reclutamento attivo dei pazienti, la collaborazione tra MMG e infermieri di nucleo, l'integrazione con il Centro Antifumo
- Avvio dei lavori di ristrutturazione del I piano per la creazione del Polo Pediatrico/Consultoriale
- Attivazione nuovo percorso per le consulenze geriatriche a domicilio, nelle strutture residenziali e semiresidenziali

Anno 2012:

- Completamento del Polo Pediatrico Consultoriale al piano I: realizzazione della Pediatria di Gruppo (3 PLS), trasferimento della Pediatria di Comunità (dal II piano) e del Consultorio Familiare/Spazio Giovani (dal piano terra)
- Ristrutturazione del piano terra (locali ex radiologia) con ampliamento degli ambulatori della Medicina di gruppo (+ 3 MMG) e della sede di Nucleo (2 ambulatori medici anziché 1).
- Ampliamento della zona poliambulatoriale (con potenziamento della diagnostica ecografica, e mantenimento delle specialità presenti: cardiologia, dermatologia, oculistica, ORL, ortopedia, neurologia, urologia, gastroenterologia e medicina riabilitativa.)
- Ampliamento Centro Diurno per Anziani.

Obiettivi per il triennio 2011 – 2013 per l'area "Poli Sanitari Territoriali"

Obiettivo 1: Realizzazione, entro il 2011, della Casa per la Salute presso lo stabilimento di Castel San Pietro Terme (ai sensi della DRG 291/2010). [Allegato 1.7.a.](#)

Obiettivo 2: Realizzazione, entro il 2011, della Casa per la Salute presso il Polo Sanitario di Medicina (ai sensi della DRG 291/2010). [Allegato 1.7.b.](#)

Obiettivo 3: Conclusione, entro il 2012, del percorso di definizione delle sedi fisiche e della composizione dei Nuclei di Cure Primarie.

Obiettivo 4: Studio di Fattibilità per la riorganizzazione del Presidio Sanitario Ospedale Vecchio-Lolli di Imola e per la realizzazione di una Casa della Salute. [Allegato 1.7.c.](#)

SALUTE MENTALE

L'attuazione del Piano regionale per la Salute Mentale ha già comportato, in questo ambito, la definizione e la pianificazione degli interventi congiunti tra azienda sanitaria ed enti locali, nei tempi e nei modi richiesti dalla Regione. Gli obiettivi definiti sono stati in parte già realizzati durante il 2010 (trasferimento del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) della Residenza Trattamenti Intensivi (RTI) nei nuovi spazi presso l'ospedale di Imola, nonché del Centro di Salute mentale e del Day Hospital presso il Padiglione "Lolli") ma troveranno ulteriore sviluppo nel corso del prossimo triennio.

Riguardo al livello territoriale, tali obiettivi riguardano la definizione del Centro di Salute Mentale quale punto unico di progettazione, verifica e governo dei percorsi clinico-assistenziali e la valorizzazione delle attività terapeutico riabilitative ed in particolare quelle volte allo sviluppo ed al mantenimento di abilità lavorative all'interno dei "Piani terapeutici riabilitativi individuali (PTR) nel Progetto Budget di Cura/Salute.

Per il sistema residenziale e semiresidenziale si dovrà procedere alla definitiva strutturazione e riclassificazione del sistema della residenzialità e semiresidenzialità socio-sanitaria psichiatrica. Per la parte relativa all'assistenza semiresidenziale la nuova programmazione strutturale parte dalla necessità di differenziare le attività per pazienti con bisogni molto diversi (pazienti con forte disabilità primaria e pazienti con prevalente disfunzionalità relazionale e sociale) e con la necessità quindi di esercitare una forte connessione con la domiciliarità e l'abitare supportato. In questo senso la confluenza dei due nuclei attuali (Centro Diurno Lolli e Laboratorio Girasole) in un unico riferimento rappresenta il punto di collegamento con i percorsi riabilitativi personalizzati da strutturare nell'ambito dei budget di cura.

Occorre inoltre definire, in ambito provinciale il piano della gestione delle emergenze/urgenze riguardanti non solo la psichiatria dell'adulto ma quella anche dell'infanzia e adolescenza.

Riguardo l'area delle dipendenze patologiche, la pianificazione, anch'essa rivista alla luce delle indicazioni contenute nel Piano per la Salute Mentale e dei requisiti previsti dell'accreditamento istituzionale, prevede la chiusura, entro l'anno, del Centro Crisi, non accreditabile, vicariato dalla struttura (RTI) collocata presso l'Ospedale nuovo e il potenziamento, entro i primi mesi del 2011, dell'attività semiresidenziale (centro diurno) con l'internalizzazione delle funzioni.

Obiettivi per il triennio 2011 – 2013 PER L'AREA "Salute Mentale"

Obiettivo 1: portare a termine quanto già declinato nel piano di applicazione del Piano regionale per la Salute Mentale.

SANITA' PUBBLICA

I mutamenti dei bisogni di salute, generati da un contesto demografico e sociale in evoluzione e dall'impatto determinato su di esso dalla crisi economica degli ultimi anni, determinano la necessità, per la Sanità Pubblica, di orientare la propria mission e la propria vision verso nuovi temi e nuovi modi di promuovere la salute e la vigilanza.

La medicina preventiva, al fine di cogliere i bisogni di salute, valutare e graduare i rischi per la salute della popolazione e con ciò favorire i comportamenti di salute, deve acquisire modalità di azione proattive, inserirsi sempre più sul territorio e trovare nella popolazione stessa e nelle sue rappresentanze forme di collaborazione forti.

Il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL di Imola è impegnato nella promozione della salute attraverso la promozione di stili di vita sani, in particolare la promozione dell'attività fisica, la cura dell'alimentazione e la lotta al tabagismo, con l'attivazione di programmi di informazione che partono dalle scuole.

Il tema delle diseguaglianze sociali e del loro impatto sui determinanti di salute viene affrontato con la consapevolezza di dover rivolgere particolare attenzione a target specifici di popolazione (basso reddito, bassa scolarità, lavoro precario) ed offrire servizi che ne favoriscano l'accessibilità. In questo ambito il tema della prevenzione delle malattie trasmissibili, in particolare quelle riemergenti come la tubercolosi, riveste particolare importanza.

Particolare attenzione viene rivolta agli anziani con il progetto regionale di prevenzione delle cadute, in collaborazione con il servizio di riabilitazione ed il volontariato nonché con il programma di salute e benessere nelle case di riposo.

Anche in ambito di sicurezza sono promossi i progetti per la prevenzione degli incidenti domestici, e degli incidenti stradali.

Anche in tema di sanità pubblica sono possibili sinergie in area provinciale e in area vasta nell'ottica della standardizzazione delle modalità operative.

Le modalità di contatto con l'utenza devono anche tenere in considerazione nuove forme di comunicazione, quali quella della rete internet.

Obiettivi per il triennio 2011 – 2013 PER L'AREA “Sanità Pubblica”

Obiettivo 1: sviluppare il tema della promozione degli stili di vita sani e della prevenzione secondaria nelle malattie cronico-degenerative.

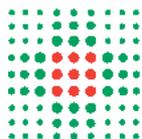
Obiettivo 2: promuovere la vigilanza sulla sicurezza degli alimenti anche attraverso la collaborazione con le associazioni di volontariato.

Obiettivo 3: Favorire l'accesso alle fasce più deboli della popolazione all'Ambulatorio Infettivo (screening tubercolosi, offerta farmaci antileptosirosi)

Obiettivo 4: Ricercare sinergie in ambito provinciale per la standardizzazione delle modalità operative.

Obiettivo 5: ricercare sinergie interne all'Azienda per lo sviluppo dei progetti congiunti:

- Dipartimento Materno-Infantile, Consultorio Familiare MMG e Pediatri di Libera Scelta per promozione attività motoria e lotta all'obesità nelle scuole;*
- Servizio di Riabilitazione per attività fisica adattata (AFA);*
- Distretto per Progetto Cuore e sorveglianza nelle case di riposo;*
- Dipendenze Patologiche per pazienti, alcool nelle scuole e lavoro*
- Presidio Ospedaliero per prevenzione delle malattie trasmissibili e legionellosi.*



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

EVOLUZIONE DELLO STABILIMENTO OSPEDALIERO DI CASTEL S. PIETRO TERME E REALIZZAZIONE DELLA CASA DELLA SALUTE

***ALLEGATO 1.7.a. AL
PIANO STRATEGICO E ATTUATIVO LOCALE 2010-2013
DELL'AUSL DI IMOLA***

***Presentato al Consiglio Comunale di
Castel S.Pietro Terme, il 30 marzo 2011***

PREMESSA

Il presente documento costituisce un allegato, parte integrante, del Piano Strategico e Attuativo Locale 2010-2013 dell'Azienda USL di Imola e assieme a questo viene sottoposto alla consultazione allargata a tutti i soggetti istituzionali cui competono le funzioni di programmazione e controllo strategico in materia sanitaria.

Coerentemente a quanto già precedentemente definito nell'ambito dei pregressi documenti di pianificazione attuativa dell'Azienda USL di Imola, anche nel nuovo Piano Strategico e Attuativo Locale viene precisata la mission dello stabilimento ospedaliero di Castel S. Pietro Terme, che viene di seguito e per esteso riportata.

IL PROFILO DELLO STABILIMENTO DI CASTEL SAN PIETRO

Se lo stabilimento di Imola si caratterizza come centro di riferimento per le cure in regime di emergenza-urgenza, per trattamenti intensivi e semi intensivi, per la fruizione delle alte tecnologie, lo stabilimento di Castel San Pietro si connoterà come struttura complementare dove troveranno risposta le attività chirurgiche a sostanziale sviluppo diurno e le esigenze collegate alle cure long term, ivi compreso l'hospice.

La disponibilità presso il polo castellano di un blocco operatorio dotato di tre sale, con a supporto spazi di degenza a regime diurno, permette di prefigurare un consolidamento e un ampliamento delle attività di chirurgia di giorno. Oltre quindi alle attività di chirurgia generale attualmente svolte, sarà possibile ampliare la vocazione chirurgica diurna ad altre specialità, con ciò prefigurando un **polo multispecialistico di Day Surgery** a servizio non solo dell'azienda imolese. A questo fine sarà di fondamentale importanza la predisposizione di accordi di fornitura in ambito provinciale che legittimino i flussi di mobilità verso il polo castellano.

Il Day Surgery è un modello organizzativo-assistenziale moderno che prevede la possibilità di effettuare interventi e procedure diagnostiche o terapeutiche con il ricovero e la dimissione del paziente in una sola giornata. Introdotta in Italia nei primi anni '90, la "chirurgia di giorno", è stata avviata nella nostra azienda nel 2000, ponendo a riferimento aziendale proprio il centro castellano.

Le attività di Day Surgery attualmente svolte riguardano oltre alla Chirurgia Generale, le specialità di Otorinolaringoiatria e Oculistica.

La pianificazione attuativa locale, oltre a consolidare e incrementare quanto attualmente erogato in regime di Day Surgery presso lo stabilimento castellano, prefigura già nel 2011 l'avvio anche di attività afferenti alle specialità di Ortopedia, Urologia e Ginecologia.

La disponibilità di 3 sale operatorie complanari alla degenza diurna è una condizione logistica molto favorevole, e un utilizzo pieno di questa struttura potrebbe prefigurare un incremento significativo

degli attuali volumi di attività di Day Surgery, che ammontano ora a complessivi 1500 interventi, di cui oltre 600 di chirurgia generale, altrettanti di oculistica e quasi 200 di otorinolaringoiatria.

Le specialità che potranno affiancarsi a quelle presenti trasferiranno gran parte della loro attività in Day Surgery presso il polo di Castel San Pietro permettendo di ipotizzare un incremento graduale dal 30 al 50 % o oltre dell'attività.

La struttura castellana diverrà potenzialmente in grado di accogliere fino ad un massimo di 3.000 interventi/anno di chirurgia generale, urologica, oculistica, otorinolaringoiatrica, ortopedica e ginecologica. Il centro sarà dotato della strumentazione di base per la chirurgia generale e di tutte le attrezzature più moderne per le chirurgie specialistiche.

Di fondamentale importanza sarà la cura dei rapporti con i Medici di Medicina Generale sia per l'invio dei pazienti sia per la restituzione dei pazienti a domicilio post trattamento chirurgico.

Questo incremento di attività dello stabilimento ospedaliero di Castel S. Pietro, con trasferimento di attività e di risorse dallo stabilimento di Imola, sarà contestualmente accompagnato dal trasferimento di attività chirurgiche a Imola (circa 1000 interventi di Oculistica e Otorinolaringoiatria) che richiedono degenza ordinaria e maggiori garanzie di sicurezza e mix di servizi di supporto (terapia intensiva e semi-intensiva, diagnostica radiologica complessa, servizio trasfusionale, ecc.).

Progressivamente, nei prossimi tre anni si prevede un costante sviluppo delle attività di chirurgia di giorno, anche in virtù della costante introduzione di nuove tecniche di chirurgia mini-invasiva ed alla evoluzione delle tecniche anestesologiche.

Non sempre dove si fa Day Surgery esiste una degenza dedicata e un'organizzazione indipendente; in molte realtà ospedaliere, ed anche ad Imola, la Day Surgery viene praticata all'interno dei reparti tradizionali, utilizzando alcuni posti letto che vengono riservati alla "chirurgia di giorno" e utilizzando spazi operatori frequentemente indistinti.

In questi casi il paziente, dopo l'intervento, viene ricoverato in una degenza ordinaria dove, non essendoci un personale infermieristico dedicato, può a volte non essere assistito adeguatamente ai fini di una dimissione precoce protetta. Inoltre quando questi "interventi a bassa complessità" sono effettuati nell'ambito di contesti non specifici, rischiano assai spesso di finire in coda ad interventi a più elevata priorità (emergenza, urgenza) o addirittura di essere rimandati, con ovvi disagi per il paziente.

La soluzione migliore anche secondo il SICADS (Società Italiana di Chirurgia Ambulatoriale e Day Surgery) è invece quella di realizzare Unità Multidisciplinari di Day Surgery in contesti ospedalieri, proprio come nel caso di Castel S.Pietro, in modo da costruire un'organizzazione autonoma e finalizzata, propri posti letto e personale medico, infermieristico e amministrativo specificamente

formato per questo tipo di interventi. Come dimostra l'esperienza internazionale, ciò può comportare considerevoli miglioramenti di efficienza.

Non si può inoltre trascurare che negli anni la Day Surgery si è rivelata ideale anche dal punto di vista dell'efficacia delle cure e della soddisfazione del paziente per gran parte degli interventi a “bassa complessità”, per cui è addirittura superiore all'ospedalizzazione tradizionale. I vantaggi per il paziente, soprattutto nel caso di prestazioni erogate presso centri dedicati, sono infatti molteplici, perché il Day Surgery offre un percorso assistenziale organizzato su misura del paziente, che ne rispetta i tempi e risponde al meglio alle esigenze anche delle persone con disabilità. Ciò comporta una diminuzione dei disagi e dello stress emotivo conseguenti al ricovero, sia per i pazienti, sia per i familiari. Inoltre la degenza limitata a poche ore riduce al minimo la possibilità di contrarre infezioni ospedaliere, che ogni anno in Italia colpiscono 500.000 persone in seguito a interventi tradizionali. A questo si aggiunge una maggior garanzia di privacy e comfort, specie per le prestazioni erogate in strutture che sono a tal fine progettate.

Il Day Surgery è dunque un modo moderno di intendere la chirurgia, di qualità e concentrato nel tempo, che garantisce risultati di pari efficacia rispetto all'assistenza tradizionale e coinvolge le più recenti acquisizioni tecnologiche: può essere applicato a interventi o altre procedure diagnostiche e terapeutiche, invasive e semi-invasive, in anestesia locale, loco-regionale, e generale, di molte specialità chirurgiche.

Gli spazi della struttura potranno essere utilizzati non solo da medici chirurghi dell'AUSL di Imola, ma anche dai medici dipendenti di altre Aziende sanitarie, grazie ad accordi specifici.

I vantaggi della Day Surgery sono inoltre rappresentati da una più rapida conduzione della terapia operatoria, che non è appesantita dalle pratiche burocratiche e organizzative proprie del regime di ricovero ordinario; l'intero processo terapeutico risulta concentrato all'interno delle ore diurne ed è evidente perciò l'enorme importanza di una organizzazione efficiente, allenata, rapida, sicura, che nulla lascia all'improvvisazione, ma pianifica e realizza un totale controllo del processo dalla fase pre-operatoria fino al momento dedicato alla dimissione, fornendo inoltre un servizio di pronta disponibilità al quale i pazienti possono rivolgersi in qualsiasi momento per richiesta di chiarimenti o di aiuto anche per via telefonica.

Il secondo importante argomento costitutivo della Mission dello stabilimento castellano, è rappresentato dalle **Cure Long Term (Lungodegenza, post-acuzie e riabilitazione estensiva)**, che fanno riferimento a pazienti che, superata le fase acute di malattia, hanno necessità di consolidare la propria condizione sia sul piano clinico, sia su quello assistenziale, che su quello riabilitativo. Sono pazienti per i quali non è più necessario un assiduo monitoraggio clinico, né l'utilizzo di tecnologie

invasive o a elevato impatto, ma che necessitano di assistenza sistematica e di interventi riabilitativi volti al recupero pieno delle residue facoltà fisiche e psicologiche.

A questo riguardo, se le condizioni di contesto lo consentiranno, è possibile prefigurare un coinvolgimento gestionale della componente infermieristica col supporto diretto dei medici di medicina generale (ospedale di comunità).

Per quanto attiene alle attività connesse con la palliazione, tale tema in prospettiva oltre che prevedere il consolidamento della **funzione di Hospice** già presente, prevede l'ampliamento del concetto di [cure palliative](#) a patologie di diversa natura rispetto a quelle oncologiche. Sono esempi da ricordare quelli relativi alle condizioni cardiorespiratorie ormai refrattarie alle terapie, ovvero alcune fasi evolutive di patologie degenerative del sistema nervoso quali la sclerosi multipla, la sclerosi laterale amiotrofica ecc. In questa ottica sono elementi di innovazione la realizzazione dell'ambulatorio per le cure palliative, quale elemento fondamentale della rete delle cure con finalità di agevolazione dell'ingresso e della presa in carico del paziente, ovvero della dimissione e riconsegna al domicilio e al medico di medicina generale dello stesso. Complementare all'ambulatorio sarà l'attivazione del Day Hospice quest'ultimo finalizzato al sostegno delle fasi assistenziali con svolgimento diurno e rientro a domicilio a fine giornata.

Permarrà nello stabilimento castellano la funzione di Lungodegenza post-acuzie con uno sviluppo delle attività di riabilitazione estensiva coerente agli indirizzi che saranno emanati dal livello regionale; anche la Gastroenterologia manterrà le attività ambulatoriali (di visita, di diagnostica eco-addominale ed endoscopica) e svilupperà la funzione di ricovero a ciclo continuo con posti letto fruibili su di una piattaforma logistica dipartimentale.

Infine il grande investimento di carattere strategico della **Casa della Salute**, struttura di riferimento della pianificazione sanitaria regionale, finalizzata al completamento dell'integrazione delle attività sanitarie e sociosanitarie afferenti al Dipartimento delle Cure Primarie, ma anche luogo privilegiato di erogazione di servizi collegati alla prevenzione, attraverso la presenza di terminali del Dipartimento di Sanità Pubblica. Nella Casa della Salute è inoltre prevista l'erogazione di prestazioni e servizi afferenti al Dipartimento di Salute Mentale, in tal modo configurando un profilo completo dell'offerta di servizi territoriali. Il progetto viene descritto dettagliatamente nel paragrafo seguente.

IL PROGETTO DI CASA DELLA SALUTE

Coerentemente alle linee di indirizzo regionali, orientate alla creazione di un punto di accoglienza e orientamento ai servizi per tutti i cittadini, nonché di un ambito nel quale erogare assistenza sanitaria, nell'ambito della pianificazione attuativa locale l'Azienda USL di Imola ha elaborato un

progetto volto alla creazione di una Casa della Salute presso il presidio ospedaliero di Castel San Pietro Terme.

La Casa della Salute si pone l'obiettivo di essere un punto di riferimento certo per i cittadini: ad esso, strutturato come un sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone fin dal momento dell'accesso, si possono rivolgere tutti i cittadini per trovare una risposta ai loro problemi di salute.

La Casa della Salute è la sede pubblica dove trovano collocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie, ivi compresi gli ambulatori di Medicina Generale e Specialistica ambulatoriale, e i Servizi Sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione. In essa si realizza la prevenzione per tutto l'arco della vita e la comunità locale si organizza per la promozione della salute e del ben-essere sociale.

Le finalità

La realizzazione della Casa della Salute è uno degli obiettivi di potenziamento del sistema di Cure Primarie. La istituzione della Casa della Salute ha come principale obiettivo quello di favorire, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, la unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie, principi fondamentali, affermati esplicitamente dalla legge n. 229/99 e dalla legge n. 328/2000, ma finora scarsamente applicati.

La realizzazione di una Casa della Salute trova a Castel S. Pietro le condizioni di non eccessiva dispersione territoriale per potersi realizzare, con l'aggregazione dei servizi che non comportano una difficoltà o una limitazione di accesso per i cittadini, propria delle strategie di centralizzazione organizzativa.

Gli obiettivi

La Casa della salute è una sede fisica e insieme un centro attivo e dinamico della comunità locale per la salute e il ben-essere che raccoglie la domanda dei cittadini e organizza la risposta nelle forme e nei luoghi più appropriati, nell'unità di spazio e di tempo.

La Casa della salute deve:

- garantire la continuità assistenziale e terapeutica per 24 ore e sette giorni su sette;
- assicurare un punto unico di accesso dei cittadini alla rete dei servizi e la presa in carico della domanda;
- operare per programmi condivisi di integrazione sociale e sanitaria;
- ricomporre le separazioni storiche esistenti tra le professioni sanitarie, realizzare concretamente l'attività interdisciplinare tra medici, specialisti, infermieri, ostetriche e terapisti e di integrare operativamente le prestazioni sanitarie con quelle sociali;

- organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino nelle sedi più idonee, privilegiando il domicilio e il contesto sociale delle persone;
- sviluppare programmi di prevenzione per tutto l'arco della vita, basati su conoscenze epidemiologiche e sulla partecipazione informata dei cittadini;
- sviluppare, tramite il distretto, rapporti di collaborazione con l'ospedale di riferimento sia per l'interdipendenza tra cure primarie, cure specialistiche e diagnostica strumentale che per la definizione di protocolli per accessi e dimissioni programmate;
- favorire il controllo collegiale delle attività, e la valutazione degli outcomes interno ed esterno ai servizi;
- curare la comunicazione sanitaria a livello della relazione terapeutica medico operatore/paziente, a livello della relazione tra le strutture e nei confronti della cittadinanza e della pubblica opinione;
- offrire occasioni di formazione permanente degli operatori, con particolare riguardo al lavoro di gruppo.

La struttura

Le soluzioni adottate per la Casa della Salute di Castel S. Pietro tengono conto di evidenti esigenze di flessibilità modulare in rapporto al contesto di riferimento e ai servizi da consolidare. Esse sono il risultato dell'incontro tra la cultura sociale e la cultura progettuale del territorio, non solo per tarare e progettare a misura dei bisogni, ma per inserire la Casa della Salute nel complesso delle relazioni interne ed esterne al territorio, per fare di essa un centro che rafforza le relazioni tra i cittadini e la rete dei servizi sociosanitari.

La Casa della salute è visibile, sul territorio, come luogo fisico nel quale si concentrano una serie di servizi e di attività attualmente dispersi e frammentati. Ciò la rende riconoscibile come il luogo al quale fa capo, sul territorio, la presa in carico e la continuità assistenziale, e concorre a creare le condizioni perché diventi un punto di riferimento certo per i cittadini.

La Casa della Salute è realizzata in maniera tale da essere fisicamente accessibile (nessuna barriera architettonica!) e organizzata in maniera da garantire la massima disponibilità dei propri servizi ed attività, a cominciare dalla informazione e dalla prenotazione di prestazioni.

La Casa della Salute opera concentrando e integrando i servizi e i percorsi per l'accesso ad essi, privilegiando la semplificazione burocratica, in particolare per l'accesso alle prestazioni sanitarie e sociali, oltre che per la segnalazione di disagi, disservizi e reclami.

La Casa della Salute è la sede unica dei servizi e degli operatori; solo alcune attività, che hanno una sufficiente autonomia di gestione, sono ubicate eccezionalmente in sede diversa: ad esempio le

strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili che hanno una forte identità gestionale ed una strutturazione distinta.

In ogni caso, la Casa della salute, con l'essenzialità della rete dei servizi, con i sistemi informatizzati e con la sua struttura organizzativa, assicura un forte coordinamento per garantire comunque un'attività programmata e l'integrazione delle attività sanitarie, sociali e sociosanitarie dell'area di riferimento, corrispondente al bacino di Nucleo della Cure Primarie di Dozza e Castel S. Pietro Terme.

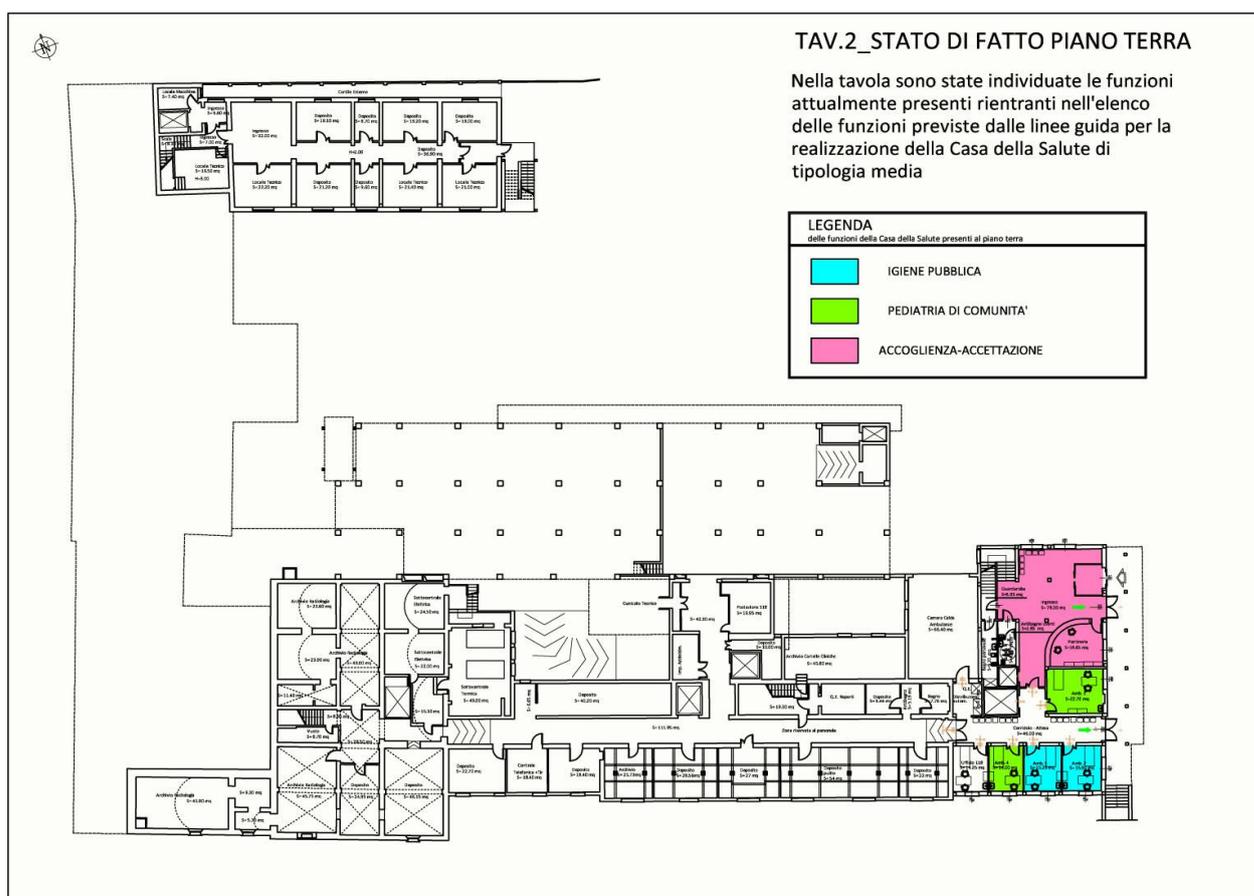
STATO DI FATTO

In relazione al bacino di utenti di riferimento e al contesto, la Casa della Salute avrà un taglio dimensionale medio: ciò implica la presenza, consigliata dalle linee guida, di una serie di attività e di locali. L'analisi dello stato di fatto del presidio ha evidenziato la presenza di un buon numero di tali attività: obiettivo del presente progetto è quindi riorganizzarle in un unicum coerente ed omogeneo.

Ad oggi il presidio di Castel San Pietro presenta:

- al PIANO TERRA:

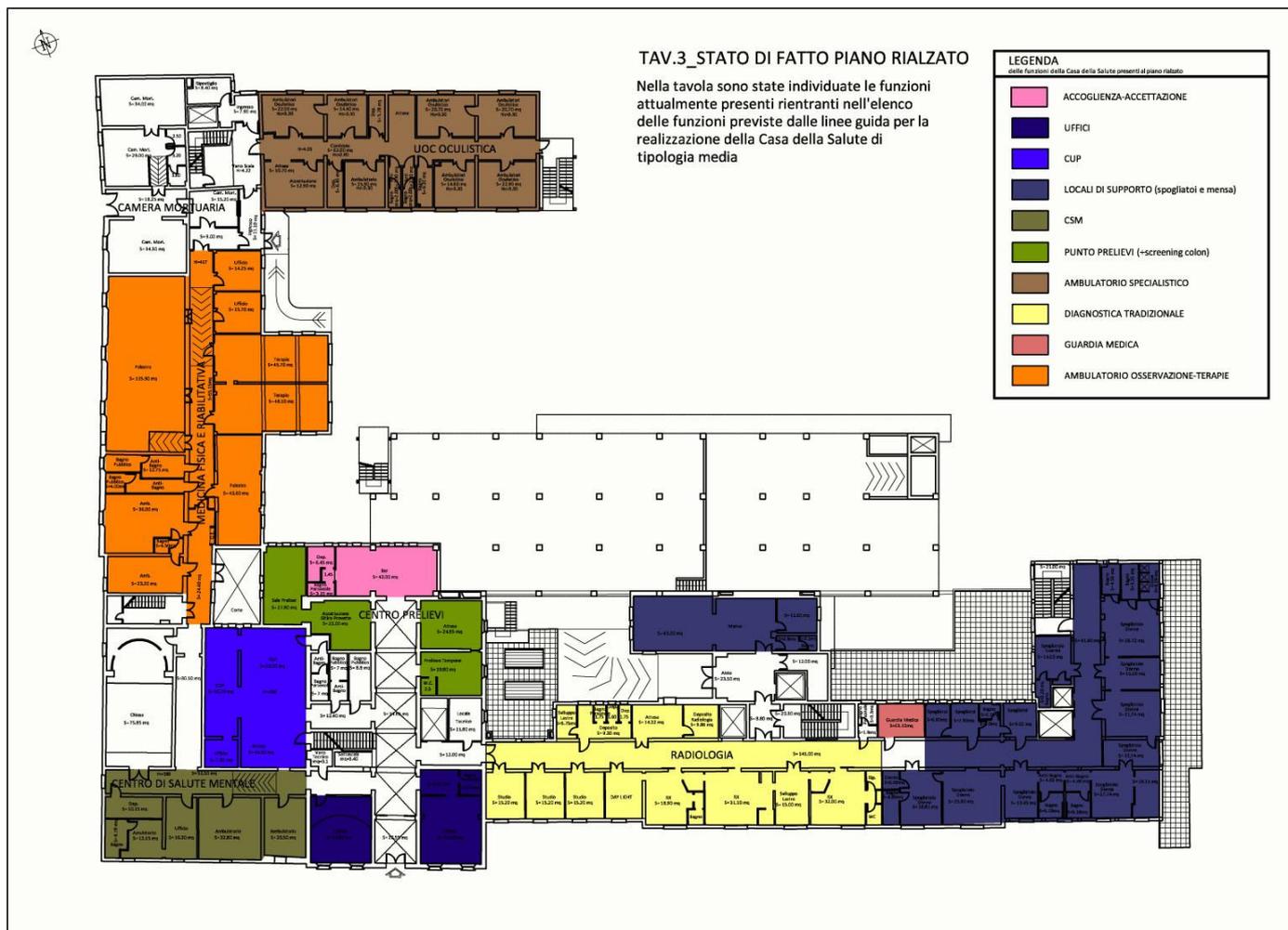
- ✓ zona accettazione - accoglienza (area pubblica);
- ✓ n. 2 ambulatori di Igiene Pubblica (area clinica);
- ✓ n. 1 ambulatorio della Pediatria di Comunità (area clinica);



- al PIANO RIALZATO:

- ✓ Punto di ristoro (area pubblica);

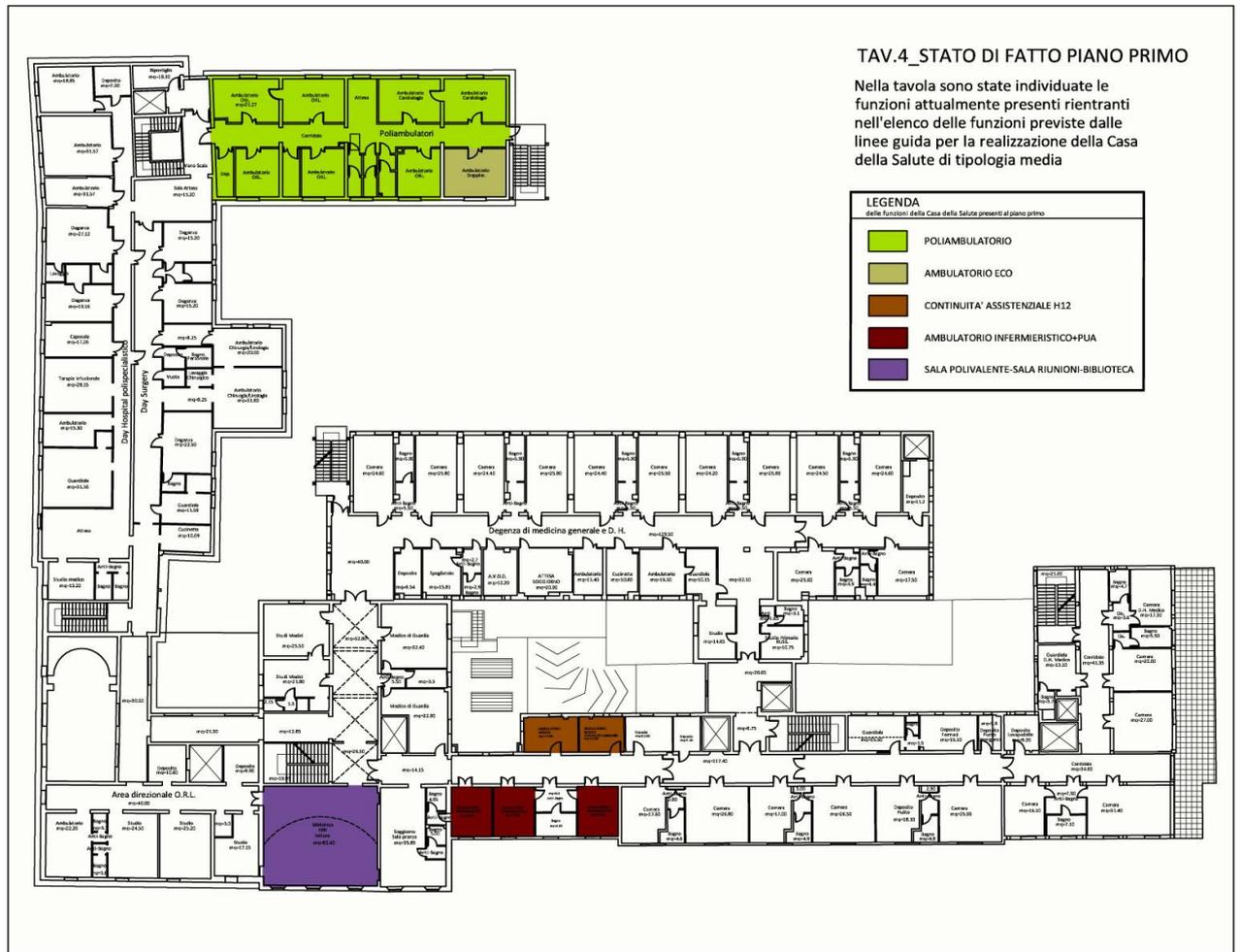
- ✓ CUP/sportello unico (area pubblica - area di staff);
- ✓ Mensa (area di staff);
- ✓ Spogliatoi (area staff);
- ✓ Uffici (area staff);
- ✓ Diagnostica tradizionale-radiologia (area clinica);
- ✓ Centro prelievi (area clinica);
- ✓ Centro di salute mentale (area clinica);
- ✓ Ambulatori specialistici - oculistica (area clinica);
- ✓ Ambulatori di medicina fisica e riabilitativa (area clinica);
- ✓ Guardia medica (area clinica).



1. **al PIANO PRIMO:**

- ✓ Biblioteca con funzione di sala riunioni e sala polivalente (area di staff);
- ✓ Poliambulatori (area clinica);

- ✓ Ambulatorio eco (area clinica);
- ✓ Sede di nucleo: n. 2 ambulatori medici, n. 2 ambulatori infermieristici, n. 1 ambulatorio osservazione-terapie (area clinica).



Nelle **PALAZZINE**, adiacenti ma distaccate dall'edificio principale del presidio, trovano inoltre collocazione:

- 1) una medicina di gruppo: n. 6 studi medici e n. 1 ambulatorio infermieristico;
- 2) una pediatria di gruppo: n. 3 studi medici e n. 1 ambulatorio infermieristico;
- 3) l'U.O. di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva: n. 3 ambulatori medici (psicologo e logopediste).

TAV.1_STATO DI FATTO

Rilievo Palazzine A e B con indicazione delle funzioni attualmente presenti

LEGENDA	
	CONSULTORIO FAMILIARE
	NEUROPSICHIATRIA ETA' EVOLUTIVA
	LOGOPEDIA
	PEDIATRIA DI GRUPPO
	MEDICINA DI GRUPPO



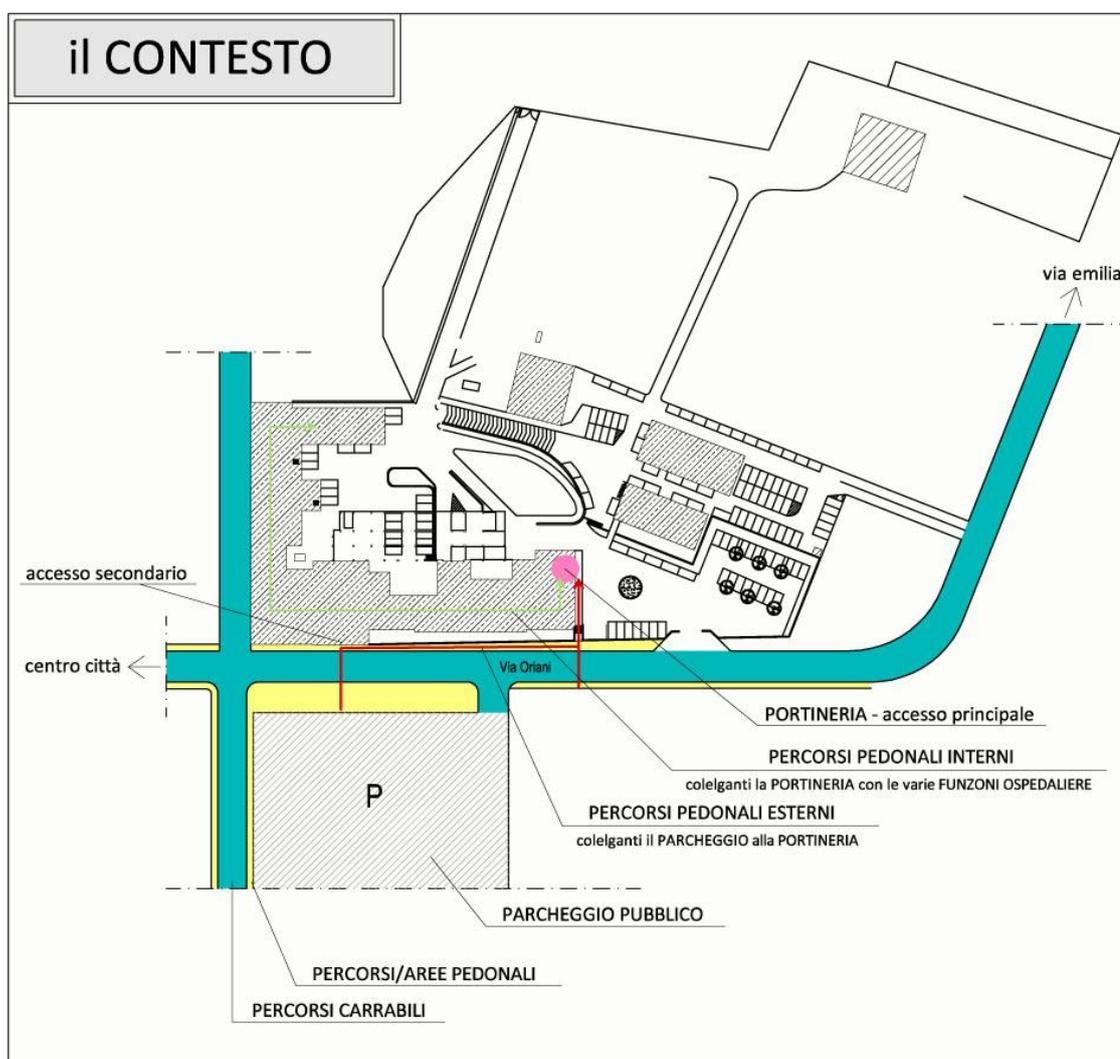
L'obiettivo di riferimento nella realizzazione della Casa della Salute è quello di creare un polo funzionale, omogeneo e compatto, caratterizzato da percorsi interni semplici e intuitivi e ben inserito nel contesto cittadino. La realizzazione del progetto per il presidio di Castel San Pietro Terme si articolerà in tre stralci progettuali, indipendenti fra loro, e ciascuno dei quali funzionalmente completo.

TABELLA DI SINTESI DELLO STATO DI FATTO

	funzioni Casa della Salute previste dalle linee guida per tipologia media	localizzazione allo Stato di Fatto	
AREA CLINICA	ASSISTENZA PRIMARIA NCP	 MEDICINA DI GRUPPO	PALAZZINA A
		 AMBULATORIO PEDIATRICO PLS	PALAZZINA B
		 AMBULATORIO INFERMIERISTICO+PUA	PALAZZINA A e PIANO PRIMO
		 CONTINUITA' ASSISTENZIALE H12	PIANO PRIMO
		 AMBULATORIO OSSERVAZIONE-TERAPIE	PALAZZINA B
		 AMBULATORIO OSTETRICO (+S.Pap test)	PALAZZINA B
		 AMBULATORIO SPECIALISTICO	PIANO RIALZATO
		 SEDE DI NUCLEO	PIANO PRIMO
		 GUARDIA MEDICA	PIANO PRIMO
		AREA CLINICA	SERVIZI SANITARI
 POLIAMBULATORIO	PIANO PRIMO		
 DIAGNOSTICA TRADIZIONALE	PIANO RIALZATO		
 AMBULATORIO ECO	PIANO PRIMO		
 CSM	PIANO RIALZATO		
 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	PALAZZINA B		
 CONSULTORIO FAMILIARE	PALAZZINA B		
 PEDIATRIA DI COMUNITA'	PIANO TERRA		
AREA CLINICA	PREVENZIONE	 VACCINAZIONI	PIANO TERRA
		 SCREENING PAP-TEST (COMPUTATO IN AMB.OSTETRICO)	PALAZZINA B
		 SCREENING COLON RETTO (COMPUTATO IN PRELIEVI)	PIANO TERRA
AREA DI STAFF		 UFFICI	PIANO RIALZATO
		 CUP	PIANO RIALZATO
		 SPORTELLINO UNICO	PIANO RIALZATO
		 UFFICI DI STAFF	PIANO RIALZATO
		 LOCALI DI SUPPORTO	PIANO RIALZATO
AREA PUBBLICA		 ACCOGLIENZA-ACCETTAZIONE	PIANO TERRA E PIANO RIALZATO

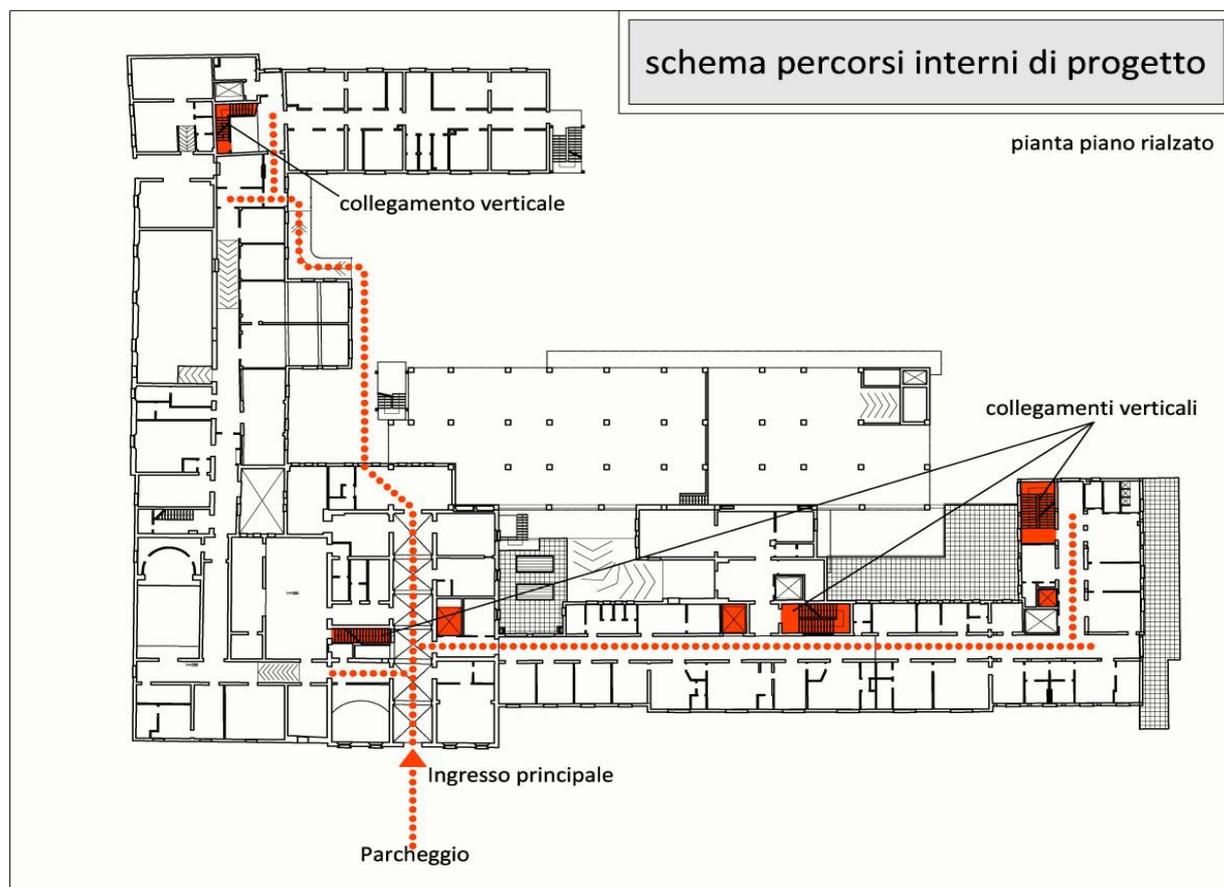
ORGANIZZAZIONE FUNZIONALE ED ELEMENTI COSTITUTIVI

Lo Stabilimento Ospedaliero di Castel San Pietro Terme presenta attualmente due ingressi, uno principale posto sul lato orientale e uno secondario posto sul lato meridionale, frontalmente rispetto al parcheggio pubblico. Sul fronte orientale si sviluppa un percorso carrabile, via Oriani, che permette l'accesso al parcheggio e connette il centro cittadino alla via Emilia. Il presidio è ben connesso al sistema di percorsi dei mezzi pubblici, le cui fermate sono più vicine all'accesso su via Oriani.



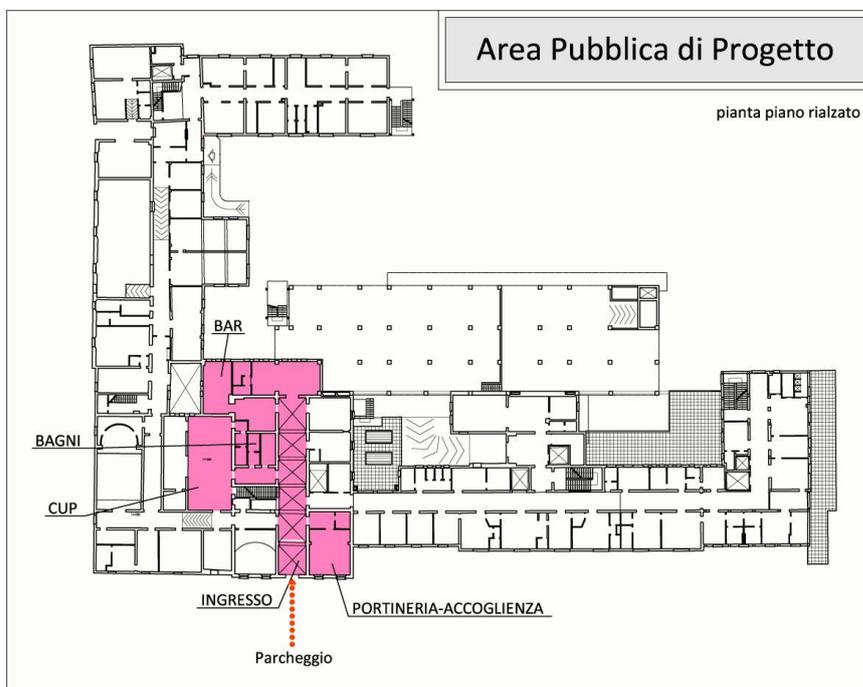
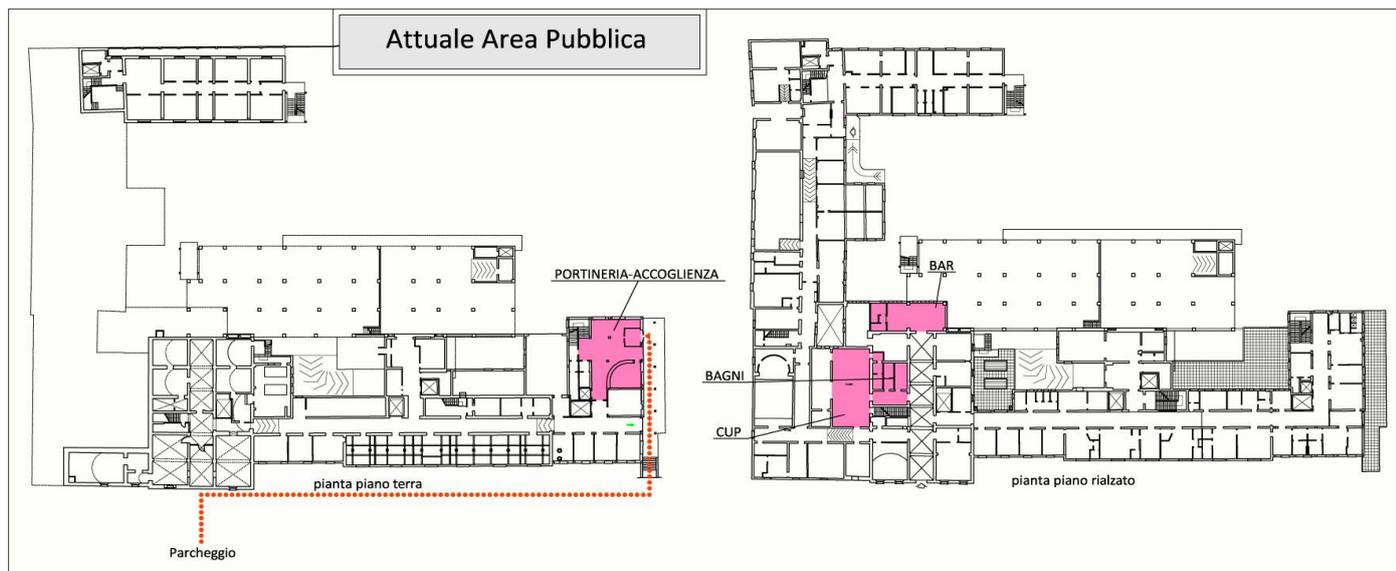
La Casa della Salute a regime sarà localizzata su due livelli del presidio: piano rialzato e piano primo, in modo da avere un accesso diretto e da essere in contatto immediato con gli utenti. A partire dai

due ingressi sarà possibile interagire tra i livelli mediante sistemi di collegamento verticali disposti in quattro punti dell'edificio.



Area Pubblica

Coerentemente con le linee guida, le funzioni inserite nella macro-*area pubblica* saranno il più possibile raggruppate negli spazi di primo contatto con gli utenti. Essendo l'*area pubblica* un punto focale di raccolta e di raccordo, sarà immediatamente raggiungibile e visibile dall'ingresso, che a sua volta sarà ben identificabile e punto di arrivo di percorsi esterni provenienti dal parcheggio e dal centro città. Le considerazioni sopra riportate hanno indotto a progettare di localizzare l'area pubblica, comprendente l'ingresso, l'accettazione, il punto informazioni, il CUP e il punto di ristoro, al piano rialzato, frontalmente al parcheggio pubblico di pertinenza.



La Casa della Salute deve diventare il punto di incontro più prossimo tra il cittadino ed il sistema organizzato del servizio socio-sanitario.

Nella posizione di più semplice accoglienza si trovano i punti di accesso alla sanità (**CUP**) e all'assistenza sociale (**Sportello Sociale**); sono ivi collocati i punti di accesso alla valutazione multidimensionale degli utenti non autosufficienti, la cui attività è direttamente collegata alla rete dei servizi e definisce le procedure di effettiva presa in carico del paziente portatore di patologie complesse.

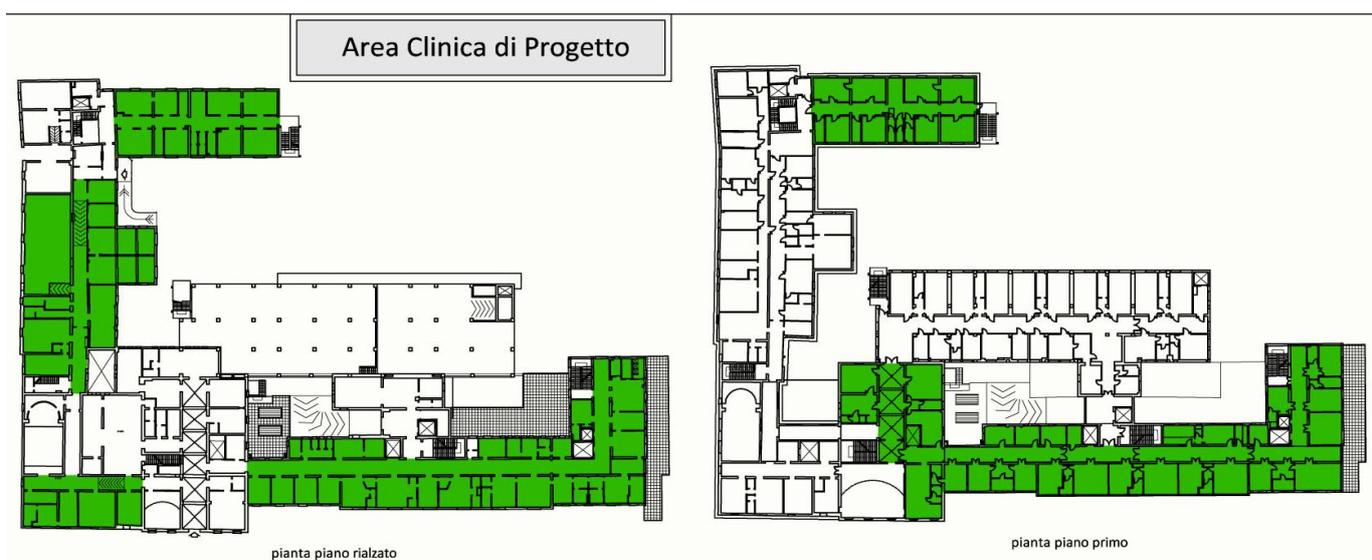
Questi sono i punti ai quali si rivolgono i cittadini per le informazioni e le prenotazioni, per la presa in carico dei loro bisogni assistenziali e per l'organizzazione di risposte adeguate.

La Casa della Salute dispone di un'area dedicata alle attività amministrative per il governo della struttura, con personale adeguato per consistenza e professionalità, per l'informazione e la comunicazione con i cittadini, per il supporto alle attività sanitarie e sociali, in modo da semplificare i percorsi assistenziali dei cittadini e da "liberare" gli operatori sanitari dalle incombenze burocratiche che limitano e complicano l'esercizio della professione.

Si avvale inoltre fortemente del contributo delle tecnologie innovative, tra le quali la telemedicina, la teleassistenza e più in generale l'ICT, in particolare per garantire la realizzazione di una modalità operativa a rete, che integri i vari attori deputati alla presa in carico dei pazienti complessi (Ospedali, residenze, servizi sociali, ecc.). L'innovazione tecnologica e i sistemi di informatizzazione consentono di stabilire in tempo reale rapporti di consulenza e di collaborazione a distanza con centri diagnostici e di alta qualificazione. Il teleconsulto, la telediagnosi clinica, la teleassistenza ed il telemonitoraggio sono già oggi un sistema di conoscenze alla portata dei professionisti.

Area Clinica

L'*area clinica* rappresenta il cuore della Casa della Salute, in essa si raggruppano tutti i servizi clinici che l'utente potrà trovare all'interno della struttura. Le attività rientranti in tale ambito sono raggiungibili dall'area pubblica: in parte sono posizionate sullo stesso piano rialzato e in parte si trovano al piano primo, facilmente raggiungibile a partire dal punto di accoglienza e accettazione mediante collegamenti verticali.



Nel dettaglio l'area clinica ricomprende le seguenti linee di attività:

- **Prestazioni in emergenza e Punto Prelievi.** Alla porta della Casa della Salute è prevista la presenza del punto di soccorso 118. Uno spazio funzionale dedicato è destinato alle attività di prelievo, con articolazione oraria dal lunedì al sabato dalle 7,00 alle 10,00, ivi compreso il servizio di prelievo a domicilio per le persone non deambulanti.

- **L'Assistenza Primaria** è rappresentata a sua volta dalle seguenti componenti:

- una Medicina di Gruppo composta da 6 medici di medicina generale che assicurano per i loro assistiti una presenza ambulatoriale dal lunedì al venerdì per 7 ore giornaliere, dalle 8 alle 12 e dalle 17 alle 20;

- ad integrazione di tali fasce orarie, l'ambulatorio di Nucleo di Cure Primarie, accessibile per tutti gli assistiti del territorio Castel S. Pietro-Dozza, è attivo dal lunedì al venerdì dalle 12 alle 17 e il sabato dalle 8 alle 12, con rotazione di tutti i 21 medici del Nucleo, per piccoli interventi che non necessitano di assistenza in Pronto Soccorso, eseguiti in collaborazione da MMG e infermieri professionali; in tale sede è attivata la rete orizzontale SOLE di nucleo, grazie alla quale i medici in turno possono consultare la cartella sanitaria degli assistiti che si rivolgono all'ambulatorio, per una migliore appropriatezza nella risposta ai bisogni di salute;

- dalle ore 12 alle 20 del sabato e prefestivi e dalle ore 8 alle 20 della domenica e dei festivi, è presente l'ambulatorio della Continuità Assistenziale; i medici di Continuità assistenziale della sede di Castel S. Pietro svolgono anche attività domiciliare dalle ore 8 del sabato alle ore 8 del lunedì mattina e dei prefestivi e festivi infrasettimanali;

- una Pediatria di Gruppo costituita da 3 Pediatri di Libera Scelta che assicurano una presenza ambulatoriale di 7 ore dal lunedì al venerdì (dalle 9 alle 12 e dalle 15 alle 19)

- l'assistenza infermieristica ambulatoriale, dalle 8 alle 17 dal lunedì al venerdì e dalle 8 alle 12 il sabato, con infermieri assegnati stabilmente alla Casa della Salute;

- l'assistenza infermieristica domiciliare, attiva dalle 7 alle 19 dal lunedì e sabato e con reperibilità la domenica mattina;

- Degenze Territoriali (Ospedale di Comunità), con alcuni posti letto nei quali ricoverare condizioni non trattabili al domicilio, con copertura infermieristica continuativa e tutela medica garantita dai medici di famiglia e dagli specialisti, secondo il bisogno, integrati con l'area delle cure long-term ospedaliera.

- **Sanità Pubblica e Prevenzione**

Nella Casa della Salute si avrà la presenza dei servizi tipici della Sanità Pubblica ma anche una presenza fisica di aspetti della Promozione della Salute: si pensa ad esempio ad uno "Sportello della

Prevenzione” con la presenza di diversi professionisti dell’Ausl di Imola, a rotazione su diversi temi di salute, ma anche a periodiche campagne di prevenzione-promozione sui vari temi di salute con il supporto di operatori esperti e mezzi audiovisivi.

La Casa della salute è lo spazio strategico in cui si costruiscono rapporti di collaborazione tra servizi sociosanitari e cittadini, si sviluppano programmi partecipati e mirati di intervento sui fattori ambientali, sulle cause di malattia, si impostano i programmi di educazione alla salute mirati ad alcuni target, e si sviluppano le collaborazioni di intervento intersettoriale.

In quest’area trovano collocazione le proiezioni funzionali del Dipartimento di Sanità Pubblica:

- per la U.O. Igiene e sanità Pubblica, ambulatori settimanali di 4,5 ore per visite mediche (es. pazienti, caccia, certificazioni varie), vaccinazioni (es. antitetaniche, antinfluenzali e viaggiatori internazionali), consulenze per viaggiatori internazionali, notifiche di malattie infettive adulti e bambini e informazioni sanitarie

Per la U.O. di Igiene Veterinaria, presenza di un punto di raccolta per richieste e consegna di documentazione per gli allevatori (es. documenti per trasporto animali da reddito e dati anagrafici degli animali) e apertura di un ambulatorio settimanale con un medico veterinario per ricevimento utenti (allevatori e cittadini).

- **Consultorio Familiare** (attivato il 13 aprile 2011) con ambulatorio ostetrico-ginecologico il mercoledì mattina (5 ore), spazio giovani il mercoledì pomeriggio (2 ore); ambulatorio ostetrico (puerperio) il martedì mattina; ambulatorio Pap Test (da definire, verrà attivato in seguito); ambulatorio psicologico il lunedì mattina; rappresenta la sede elettiva per l’educazione alla vita degli adolescenti, per la preparazione dei giovani alla vita matrimoniale, per l’educazione della donna al parto, per il contrasto delle pratiche abortive, per la prevenzione dei rischi nel campo della maternità e infanzia e per la salute delle donne, con particolare riguardo a quelle di provenienza extracomunitaria.

- **Attività Specialistica**, con ambulatori dedicati come da tabella seguente, in cui operano sia gli specialisti convenzionati che quelli dipendenti dalla struttura ospedaliera; sono qui comprese prestazioni di tecnologia diagnostica semplice utilizzate o direttamente dai medici di base o dagli specialisti, con il supporto di tecnici di radiologia presenti nella struttura in orari programmati.

BRANCA SPECIALISTICA	ORE SETTIMANALI	PRESTAZIONI
Cardiologia	20	44 visite con ECG + 3 Holter e 2 ECG sforzo
Dermatologia	8	24 piccoli interventi
Gastroenterologia	22	8 visite, 12 colonscopie, 13 EGDS. 15 ecogr, 12 Breath test

Fisiatria	6	17 visite
Oculistica	30	82 visite, 40 esami strum (FAG, OCT)
ORL	62	60 visite, 80 esami strum
Ostetricia	17	10 visite e 30 ecografie
Urologia	4	16 visite
Radiologia	80	330 prestazioni rx tradizionali
Ecografia	13	34 ecografie

- **Pediatria di Comunità**, presente il lunedì e mercoledì mattina (5 + 5 ore) e il mercoledì pomeriggio (4 ore) ogni 14 gg
- **Centro di Salute Mentale** con attività ambulatoriale medico/infermieristica al mattino per cinque giorni alla settimana (8,00-14,00) e con un pomeriggio settimanale dedicato (14,00-20,00) per attività programmate di visita e controllo; gli infermieri svolgono servizio di accettazione, somministrazione terapie, erogazione e distribuzione farmaci, colloqui e visite domiciliari; ogni paziente viene seguito con un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato da uno psichiatra di riferimento, prevedendo anche l'integrazione di altre figure professionali del Dipartimento e/o la collaborazione con i servizi sanitari, sociali e le agenzie del territorio, anche nell'ottica di stabilire continuità e stabilità dell'equipe specialistica di riferimento (Progetto Leggeri).
- **Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Età Evolutiva** che garantisce una apertura del servizio con attività ambulatoriale programmata, dal lunedì al venerdì per 3 pomeriggi alla settimana; vengono trattate tutte le patologie che afferiscono all'UONPIA. Vengono effettuate prime visite e percorsi di valutazione diagnostica; la sede castellana già rappresenta la sede elettiva aziendale per le valutazioni dei pazienti 0-3 anni, con equipe composte da medico e/o psicologo e logopedista. Per l'area neuromotoria, è ivi collocato il punto di riferimento per tutta l'Azienda USL, come pure per l'orientamento scolastico e per il percorso di integrazione ai sensi della legge 104/92; l'ambulatorio in particolare si occupa di tutti i rapporti con le scuole superiori. Attualmente non sono attivati presso la sede di CSP laboratori psicoeducativi, che sono però previsti e in via di implementazione.
- **Servizio di Recupero e Riabilitazione Funzionale** che garantisce attività rivolte sia agli utenti ricoverati presso l'Ospedale e sia ad utenti che accedono dall'esterno per visite e prestazioni riabilitative ambulatoriali. Le attività ambulatoriali sono articolate su cinque giorni alla settimana per complessive 31 ore di impegno medico, con controlli in palestra e visite domiciliari. Complessivamente sono dedicati 2 terapisti della riabilitazione a tempo pieno, uno per l'area di degenza ed uno per l'area riabilitativa ambulatoriale, che operano in due palestre distinte. Le attività

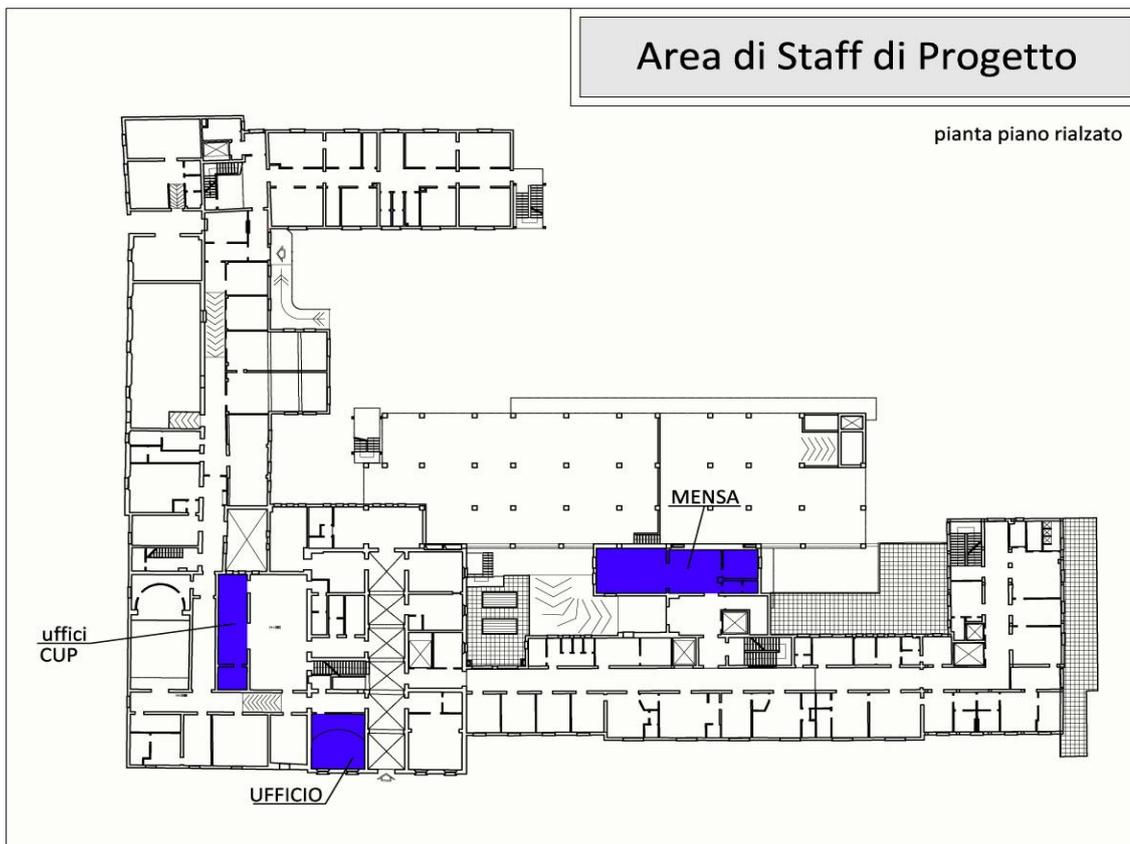
di ricovero in riabilitazione estensiva constano di attività di consulenza, predisposizione e messa in atto dei progetti riabilitativi per gli utenti presi in carico presso l'Ospedale di Castel S. Pietro Terme.

- **Servizi Sociali**, per i quali si prevede di integrare nella Casa della Salute l'attività di accoglienza e orientamento della cittadinanza, con la presenza dell'assistente sociale in orari da concordare con l'ASP, ed il coordinamento dell'assistenza domiciliare di tipo sociale.

I servizi omogenei per target o per risorse utilizzate, sono organizzati in raggruppamenti basati sulle attività comuni: zone dedicate ai servizi per l'infanzia, zone di ambulatori per prestazioni di medicina specialistica, zona per trattamenti fisioterapici ecc.

Area di Staff

Gli spazi facenti parte dell'*area di staff*, ad uso prevalente del personale sanitario e amministrativo, sono dislocati in ambiti a sé stanti e non accessibili agli utenti, come nel caso di spogliatoi e mensa. Tali spazi trovano collocazione al piano terra e al piano rialzato; il piano primo rimane di esclusiva competenza dell'area clinica.



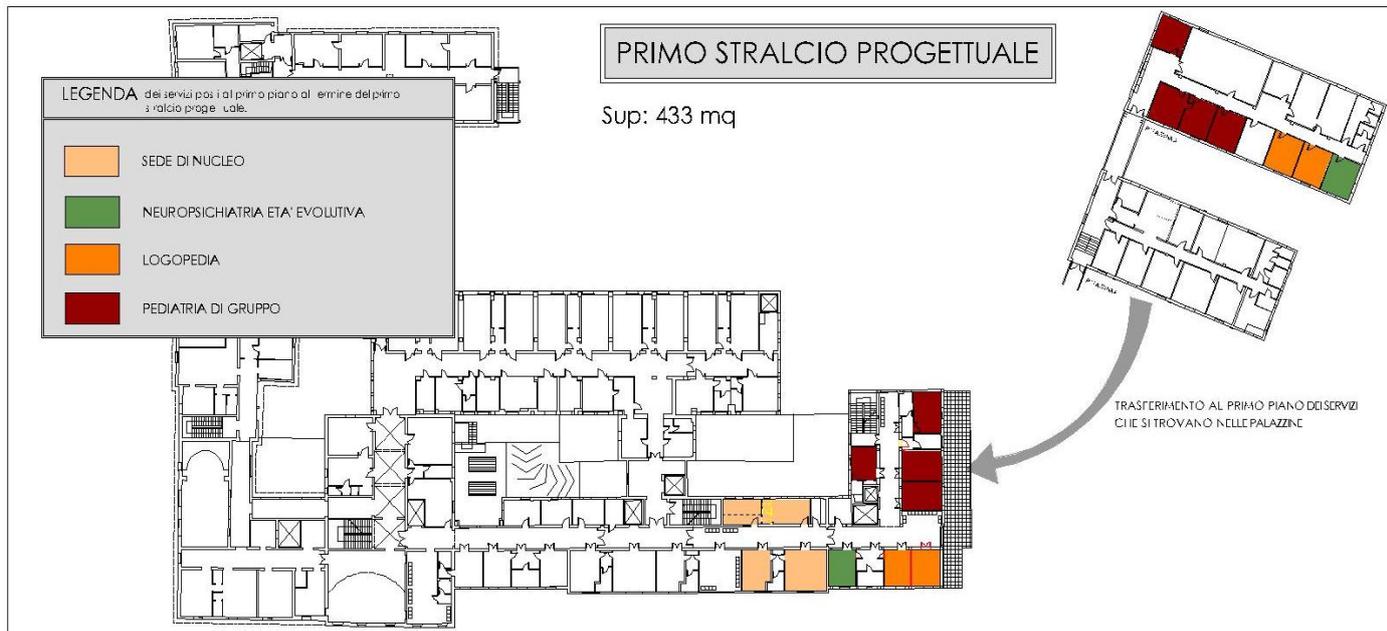
STRALCI PROGETTUALI

Stralcio 1. La prima fase prevede il trasferimento di una serie di attività, rientranti nella macro-*area clinica*, dal primo piano della palazzina B di pertinenza del presidio, dove attualmente trovano collocazione, al primo piano del presidio stesso. L'area d'intervento, posta a sud-est, sarà oggetto di lavori al fine di garantire adeguati livelli funzionali e prestazionali agli ambienti.

Le attività soggette a trasferimento sono:

- ✓ n. 3 ambulatori medici e n. 1 ambulatorio infermieristico della pediatria di gruppo;
- ✓ n. 3 ambulatori dell'U. O. di Neuropsichiatria dell'età evolutiva;

Verrà inoltre spostata la sede del nucleo, comprendente n. 2 ambulatori medici che garantiscono la continuità assistenziale, n. 1 ambulatorio infermieristico e n. 1 sala per le terapie infusionali, da una porzione all'altra del piano primo, per garantire una disposizione più funzionale agli utenti.



Stralcio 2. Tale fase prevede il completamento della realizzazione dell'area clinica al primo piano, nell'ottica di creare uno spazio ben definito, omogeneo e di facile accessibilità per gli utenti.

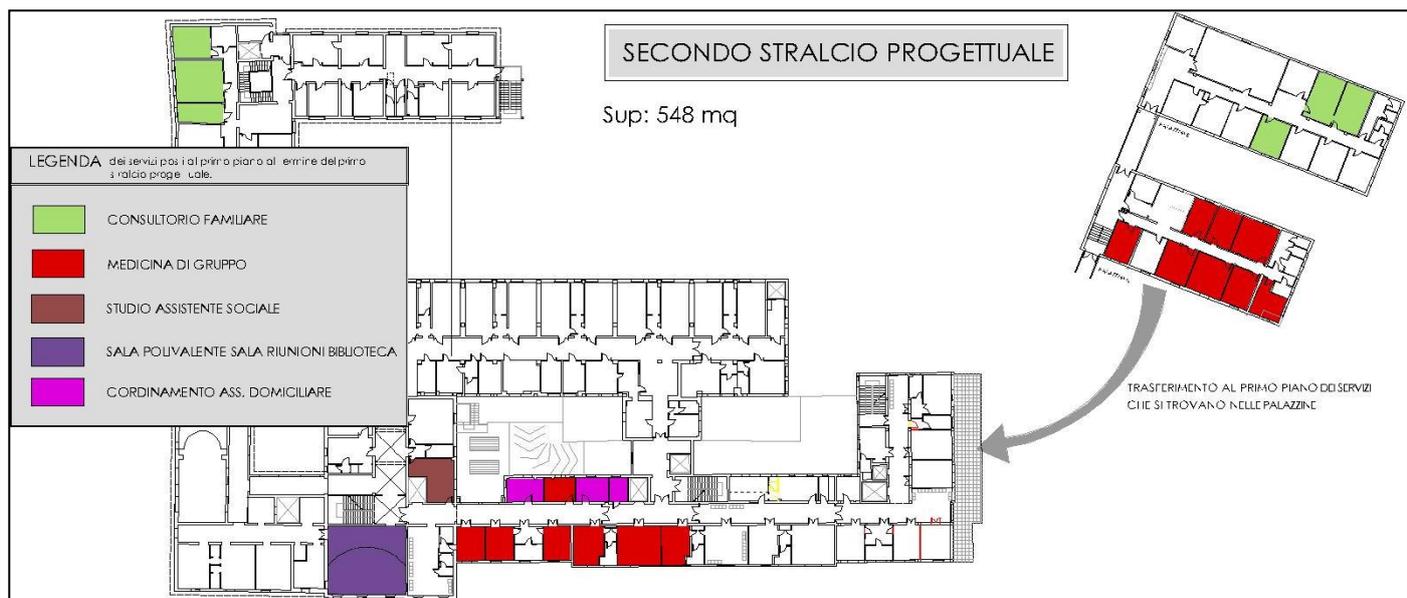
In adiacenza ai servizi realizzati nel primo stralcio, verranno trasferite le attività attualmente poste nella palazzina A (completando così l'operazione di svuotamento):

- ✓ n. 6 ambulatori e n. 1 segreteria della medicina di gruppo;
- ✓ n. 3 ambulatori del consultorio familiare (ginecologa, psicologa e ostetrica).

Per completare la gamma dei servizi fornita dalla Casa della Salute, al primo piano vengono inseriti anche:

- ✓ n. 1 studio per assistente sociale (area clinica);
- ✓ n. 1 ufficio per il coordinamento dell'assistenza domiciliare con il relativo deposito (area clinica).

Nei primi due stralci verrà inoltre perseguito l'obiettivo di adeguamento alla sicurezza degli ambienti rientranti nella gamma di servizi offerta della Casa della Salute.

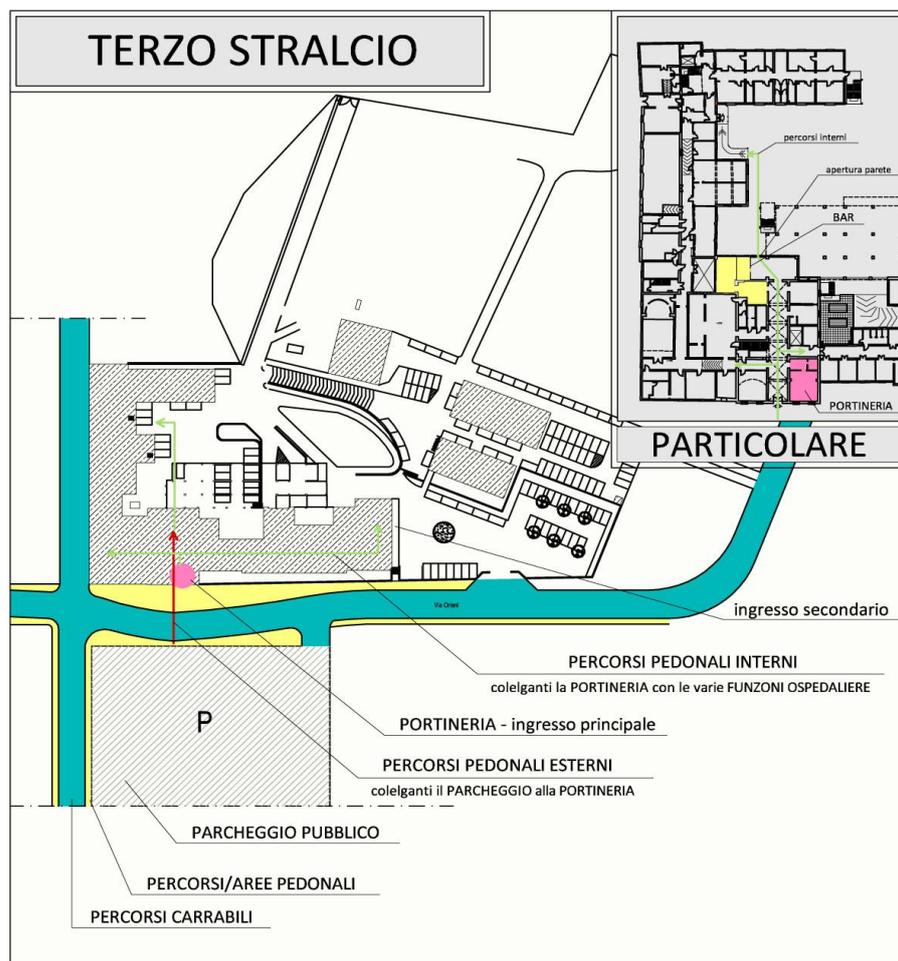


Stralcio 3. La terza fase di progetto è orientata a dare coerenza al sistema di percorsi sia interni che esterni e a riorganizzare, rimodulare gli spazi dell'area pubblica. Attualmente il presidio di Castel San Pietro Terme ha il principale punto di accesso-accoglienza decentrato, sul lato orientale, e un ingresso, secondario per la mancanza di personale adibito all'accoglienza, posto frontalmente al parcheggio pubblico.

L'ipotesi progettuale elaborata prevede lo spostamento, in tale fase, della zona accoglienza presso l'ingresso su via Oriani. Esternamente ciò comporterebbe una miglior collocazione della Casa della Salute nel sistema di percorsi cittadini e un più funzionale collegamento con la zona del parcheggio; una leggera deviazione della strada adiacente consentirebbe inoltre la creazione di un'area pedonale in prossimità dell'ingresso e quindi un'ulteriore miglioria a tale ipotesi che sarà concertata con il Comune di Castel San Pietro Terme.

Lo spostamento della portineria-accoglienza consentirebbe anche di avere percorsi interni più razionali, intuitivi e in linea con le linee guida regionali. Per perseguire al meglio questi obiettivi si ipotizza di creare un'apertura nella parete settentrionale dell'attuale bar per permettere, con un percorso esterno coperto, il collegamento con l'ala del presidio in cui si trovano l'oculistica e i poliambulatori, che attualmente sono raggiungibili con percorsi interni piuttosto articolati.

Il punto di ristoro sarà leggermente traslato negli spazi del centro prelievi, mantenendo quindi la sua centralità nell'area pubblica. L'ingresso orientale rimarrebbe come ingresso secondario da assegnare ad uso prevalente del personale, raggiungendo così l'obiettivo di separazione dai flussi degli utenti.



A completamento del progetto Casa della Salute, in tale fase si prevede anche di trasferire gli ambulatori di Igiene pubblica e pediatria di comunità, che rimarrebbero isolati al piano terra a seguito dello spostamento della portineria. Tali ambulatori insieme al centro prelievi, i cui ambienti diventeranno di competenza del punto di ristoro, saranno disposti in adiacenza alla radiologia al piano rialzato. Conseguentemente gli spogliatoi verranno trasferiti al quarto piano, consentendo un'ulteriore separazione tra l'area di pertinenza dello staff e l'area clinica.



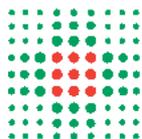
STIMA DEI COSTI

	Superficie	Costo unitario	Costo complessivo	Tipo di finanziamento
1° Stralcio	433 mq	1319 €/mq	571.410 €	Art.20 L 67/88 Stato-Regioni
2° Stralcio	548 mq	1361 €/mq	746.000 €	Finanziamenti Regionali
3° Stralcio	552,5 mq	1810 €/mq	1.000.000 €	Alienazioni

Gli importi relativi al terzo stralcio sono ipotesi di costo stimati in relazioni al particolare tipo di intervento.

CRONOPROGRAMMA

	Tempi di esecuzione
1° Stralcio	2011
2° Stralcio	2012
3° Stralcio	2013



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

EVOLUZIONE DEL POLO SANITARIO DI MEDICINA E REALIZZAZIONE DELLA CASA DELLA SALUTE

***ALLEGATO 1.7.b. AL
PIANO STRATEGICO E ATTUATIVO LOCALE 2010-2013
DELL'AUSL DI IMOLA***

***Presentato al Consiglio Comunale di
Medicina, il 16 maggio 2011***

PREMESSA

Il presente documento costituisce un allegato, parte integrante, del Piano Strategico e Attuativo Locale 2010-2013 dell'Azienda USL di Imola e assieme a questo viene sottoposto alla consultazione allargata a tutti i soggetti istituzionali cui competono le funzioni di programmazione e controllo strategico in materia sanitaria.

Coerentemente a quanto già precedentemente definito nell'ambito dei pregressi documenti di pianificazione attuativa dell'Azienda USL di Imola, il consolidamento e lo sviluppo del Nucleo delle Cure Primarie e del Polo Sanitario di Medicina, il cui profilo viene di seguito e per esteso riportato, rappresenta un importante fattore critico di successo per il conseguimento delle finalità istituzionali dell'intera azienda sanitaria.

IL PROFILO DEL NUCLEO DI CURE PRIMARIE E DEL POLO SANITARIO DI MEDICINA

Il territorio del comune di Medicina è parte del Nucleo di Cure Primarie che comprende anche i territori del comune di Castel Guelfo e della frazione di Sesto Imolese del comune di Imola, aggregati dall'asse di comunicazione della S.S. S.Vitale; complessivamente la popolazione residente in questo Nucleo ammonta a 22.146 abitanti.

Sono presenti in questo territorio 16 medici di medicina generale e 5 pediatri di libera scelta con ambulatori dislocati nei suddetti aggregati urbani e nelle frazioni di Ganzanigo, S. Antonio, Portonovo e Villa Fontana; a Medicina e a Castel Guelfo sono presenti due **Medicine di Gruppo**, una in ciascun capoluogo comunale, che garantiscono una accessibilità ambulatoriale di 7 ore/die per cinque giorni alla settimana.

Presso il polo sanitario di Medicina è attivo un **Ambulatorio di Nucleo** che garantisce la presenza di un medico di medicina generale e una estensione della continuità assistenziale diurna per 5 ore/die, dal lunedì al venerdì e per 4 ore al sabato mattina, per tutti gli assistiti di questo territorio. Le attività dei Medici di Medicina Generale sono supportate ed integrate da infermieri professionali; un **Ambulatorio Infermieristico** è aperto dal lunedì al venerdì dalle 8,00 alle 17,00 ed il sabato dalle 8,00 alle 12,00.

Il polo sanitario ospita una **Pediatria di Gruppo**, composta da tre pediatri di libera scelta, che garantisce una accessibilità ambulatoriale di 7 ore/die per cinque giorni alla settimana; è inoltre attivo a Medicina un **Punto Prelievi** aperto dal lunedì al sabato dalle 7,00 alle 10,00 con una disponibilità giornaliera di oltre 100 prelievi.

Il polo sanitario di Medicina è uno dei quattro punti aziendali in cui si articola la presenza del Servizio di **Continuità Assistenziale** (ex Guardia Medica) che opera per consulti telefonici o con interventi domiciliari notturni (dalle 20.00 alle 8.00), il sabato e i prefestivi (dalle 10.00 alle 20.00) e i festivi

(dalle 8.00 alle 20.00); è possibile inoltre l'accesso diretto del cittadino presso l'ambulatorio di continuità assistenziale i prefestivi e i festivi dalle 8.00 alle 20.00.

La rete del soccorso extraospedaliero prevede a Medicina una **Ambulanza 118** con equipaggio composto da autista soccorritore e infermiere professionale.

E' inoltre presente a Medicina una importante e articolata attività di **Specialistica Ambulatoriale**, con le funzioni specialistiche, le prestazioni e l'impegno settimanale riportate nella tabella che segue.

Funzioni Specialistiche	Prestazioni	Ore/settimanali
Ortopedia	Visite	5
Cardiologia	Visite, ECG, Holter	9,30
Urologia	Visite	4,30
Medicina dello Sport	Visite idoneità sportiva	3,30
Neurologia	Visite	4,30
Fisiatria	Visite	9,40
Dermatologia	Visite	5
Oculistica	Visite	10
Gastroenterologia	Visite	2,30
Chirurgia Generale	Visite	4,30
Ostetricia	Visite, Pap Test	21,30
Ginecologia	Visite, Ecografia Ostetrica I e III trimestre, Ecografia Ginecologica	10
Otorinolaringoiatria	Visite, Audiometrie	10
Ecografia	Eco Addominale, Eco Tiroidea, Eco Osteoarticolari, Eco Tessuti Molli	9,45
Radiologia	Rx Scheletro, Rx Torace, Ortopantomografia, Densitometria	25
Odontoiatria (privata in convenzione)	Conservativa e Protetica per utenti in condizioni di vulnerabilità sanitaria o sociale	40

Presso l'ex ospedale medicinese è attivo un punto di distribuzione diretta di farmaci ad alto costo (ad uso ambulatoriale) e di presidi medico-chirurgici.

L'attività di **Riabilitazione Fisiatria**, oltre a quella specialistica ambulatoriale riportata in tabella, si articola in visite domiciliari, consulenze nelle strutture protette, ed attività in palestra sotto la guida di un terapeuta della riabilitazione, distribuite per 5 giorni alla settimana, per 6 ore/die.

Le attività di **Pediatria di Comunità** sono articolate in forma ambulatoriale nella misura di 6 ore/settimanali, con presenza del Medico Pediatra e dell'Assistente Sanitaria che svolgono prestazioni quali informazioni sulla salute, verifica dei calendari vaccinali nelle popolazioni immigrate, programmazione del test tubercolinico, consulenze ai genitori o al personale della scuola per problematiche sanitarie o connesse a malattie croniche in minori che frequentano le collettività, esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, visite per riammissione scolastica, ecc. Presso le scuole sono programmati interventi finalizzati a limitare la diffusione di talune patologie infettive, con sopralluoghi, interventi di educazione sanitaria diffusione di materiale informativo, ecc.

Il **Consultorio Familiare** garantisce attività specialistica ostetrico-ginecologica (ricompresa nella precedente tabella), attività di tipo ostetrico, psicologico e di promozione della salute.

All'interno della programmazione ambulatoriale è ricavato uno spazio per la salute della donna migrante (2 ore quindicinali), con la presenza di una mediatrice di etnia araba.

L'attività ostetrica (5 ore/settimanali) comprende il percorso di assistenza alla gravidanza fisiologica, l'esecuzione di pap-test, il puerperio ambulatoriale rivolto alle neomamme con sostegno all'allattamento al seno, il controllo della crescita neonatale, l'accudimento del neonato, ecc.

L'attività psicologica (7 ore/settimanali) comprende interventi psicodiagnostici e psicoterapeutici rivolti alle donne, alle coppie e alle famiglie; sono previste attività di consulenza rivolte agli utenti, alle scuole o ad altri servizi.

Le attività di promozione della salute sono prevalentemente strutturate in ambito scolastico, con una programmazione che spazia dai corsi di prevenzione del maltrattamento a quelli relativi alla sessualità ed all'affettività negli adolescenti.

Anche i servizi della Salute Mentale sono consistentemente presenti nel polo sanitario di Medicina.

Il **Centro di Salute Mentale**, cui competono funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disturbo psichico a favore della popolazione adulta, ha un profilo multi professionale rappresentato da medici specialisti psichiatri, psicologi, infermieri professionali, assistenti sociali, educatori, ed è presente a Medicina per attività cliniche programmate, come visite ambulatoriali, domiciliari, e distribuzione farmaci ad alto costo, per circa 14 ore/settimanali.

La **Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Età Evolutiva** è presente a Medicina con attività ambulatoriale specialistica programmata, attività di psicologia (4 ore/settimanali), logopedia (25 ore/settimanali) e di fisioterapia (8 ore/settimanali); il punto di erogazione ambulatoriale assicura le attività cliniche di base, diagnostiche e riabilitative; viene inoltre svolto l'iter diagnostico multi professionale per i piccoli da 0 a 3 anni, generalmente segnalati dai pediatri di libera scelta.

I servizi della Prevenzione sono articolati come segue.

L'**Igiene e Sanità Pubblica** garantisce attività ambulatoriali per 5 ore/settimanali finalizzate a visite mediche (patente di guida, licenza di caccia, certificazioni varie), vaccinazioni negli adulti, consulenze per viaggiatori internazionali, notifiche di malattie infettive, informazioni sanitarie, ecc.

I **Servizi Veterinari** garantiscono la presenza di un punto di raccolta per richieste e consegna di documentazione per gli allevatori (es. documenti per trasporto animali e dati anagrafici) e la copertura del territorio per le problematiche di sanità animale, igiene degli alimenti di origine animale ed igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Analoga copertura del territorio viene garantita dai servizi di prevenzione e sicurezza sul lavoro, per le priorità aziendali di sicurezza in particolare dei comparti industriali, agricoltura ed edilizia.

I servizi della prevenzione hanno contribuito a realizzare nel territorio di Medicina due percorsi di Pedibus per gli studenti delle scuole primarie del Comune, nell'ambito delle attività di promozione dell'attività motoria di cui al vigente Piano per la Salute ed il Benessere sociale del Circondario Imolese.

Funzionalmente e strutturalmente integrate con il polo sanitario di Medicina sono le due **Strutture Residenziali per anziani non autosufficienti** dotate rispettivamente di 48 e 15 posti letto accreditati (ulteriori 2 posti letto, ad esaurimento, sono riservati ad utenti bolognesi) ed il **Centro Diurno** per anziani (con 16 posti).

LE TENDENZE EVOLUTIVE DEI SERVIZI A MEDICINA

Sin dall'ingresso del Comune di Medicina nell'Azienda USL di Imola, avvenuto nel novembre 2003, il principio base della programmazione strategica in questo territorio è stato quello di sviluppare **quanto più possibile il livello di autosufficienza**, ovvero di perseguire il dimensionamento e la funzionalità ottimale dei servizi presenti, in modo da soddisfare localmente la domanda di assistenza della popolazione residente, porre il Presidio Ospedaliero di Imola e Castel S.Pietro come primo riferimento, contenere i flussi di mobilità passiva in discipline di non alta specialità, e indirizzare i flussi in uscita lungo i percorsi concordati nell'ambito delle reti cliniche provinciali.

Tale indirizzo di programmazione trova assoluta conferma nel nuovo Piano Strategico e Attuativo Locale.

In effetti, per ragioni di ordine storico e di limitrofia geografica ai centri ospedalieri della città di Bologna, la popolazione residente nel Comune di Medicina si avvale frequentemente dei servizi della AUSL e dell'AOSP del capoluogo provinciale; e così si registrano indici di dipendenza dalle strutture dell'Azienda USL di Imola molto più bassi rispetto alla restante popolazione residente nei comuni del Circondario Imolese: nel 2010, solo il 45,5% dei medicinesi è stato ricoverato negli stabilimenti

ospedalieri dell'AUSL di Imola (Vs media aziendale del 68,7%) e il 76,6% ha ottenuto prestazioni di specialistica ambulatoriale (Vs media aziendale del 86,9%).

Quanto sopra rappresenta comunque il risultato di alcune azioni realizzate nell'ambito del comune di Medicina che avevano determinato un iniziale (nei primi due anni dall'ingresso nell'Azienda Usl di Imola) recupero di attrattività.

Tra le azioni con effetti più rilevanti devono essere annoverate gli investimenti e i primi interventi di ristrutturazione del polo sanitario, l'avvio di attività ambulatoriali specialistiche precedentemente non presenti (urologia, chirurgia generale, gastroenterologia, ecc.) con invio di specialisti qualificati del Presidio Ospedaliero, la riorganizzazione dei flussi dell'emergenza-urgenza territoriale (118) con trasporto centralizzato su Imola dei mezzi su ruota, l'apertura dell'ambulatorio di continuità assistenziale di Nucleo, attivato grazie al contributo infermieristico dell'AUSL e dei medici di medicina generale del gruppo medicinese, e altre azioni di promozione delle attività e dei servizi offerti dalla "nuova" Azienda di riferimento.

I primi lavori di ristrutturazione del Polo Sanitario di Medicina, avviati nel settembre 2005 e completati in poco più di un anno dal loro inizio, hanno consentito l'apertura di nuovo Centro Unico di Prenotazione, del Centro Prelievi, delle palestre per la riabilitazione e di 7 nuovi ambulatori per i medici di medicina generale, sede del nucleo delle cure primarie.

La ristrutturazione del complesso ha comportato un costo complessivo di circa 2 milioni di euro ed una ingente mole di lavoro, anche rispetto alla progettazione vera e propria, visti anche i vincoli imposti dalla Soprintendenza ai beni culturali: la struttura ospedaliera medicinese, infatti, sorge tra le antiche mura del convento annesso alla chiesa dell'Osservanza, la cui ultimazione risale al 1745; il cambio di destinazione che portò l'immobile a divenire un ospedale è del 1808; l'edificio, di circa 4.000 mq, è quindi composto da un aggregato di varie tipologie costruttive che si sono evolute nell'arco di oltre tre secoli.

L'intervento, effettuato in due tempi, è stato contraddistinto dall'adeguamento delle linee impiantistiche principali: idrauliche, elettriche, antincendio, trasmissione dati e riscaldamento-climatizzazione e da lavori edili, concentrati soprattutto sul piano terra, che hanno comportato un riassetto funzionale e la ristrutturazione degli ambienti oltre un consolidamento strutturale. Con il primo stralcio di lavori sono stati realizzati i nuovi locali CUP, con particolare attenzione alle persone con disabilità dove è presente uno sportello dedicato, Centro Prelievi e Centro riabilitativo che, oltre al totale rifacimento strutturale delle sale, hanno anche visto la sostituzione del mobilio e delle attrezzature informatiche. Rimesso a nuovo anche il cortile interno dell'antico chiostro, grazie al prezioso e generoso contributo di alcune imprese medicinesi. Con il secondo stralcio di intervento si è ottenuto il completamento di 7 nuovi ambulatori, di sale d'attesa e locali ad uso ufficio. Come

ultima fase dell'intervento è stato riammodernato il locale di accesso al Polo Sanitario, che ospita la portineria.

In continuità e in coerenza con quanto sopra descritto, lo sviluppo dei servizi e del grado di autosufficienza del territorio di medicina dovrà passare, nel periodo di vigenza della nuova pianificazione attuativa locale, attraverso l'ulteriore **potenziamento dell'assistenza primaria**, nelle sue diverse forme ed espressioni e con il **rafforzamento delle attività specialistiche** presenti nel polo medicinese, nell'ottica di costruire sempre più percorsi integrati con le componenti dell'assistenza primaria stessa.

A partire dalle consolidate esperienze locali di associazionismo della medicina generale e della pediatria di libera scelta, si provvederà a sviluppare l'integrazione multi professionale (con gli infermieri professionali, con le assistenti sociali, con gli specialisti presenti e con il presidio ospedaliero), in modo da massimizzare caratteristiche di valore quali la prossimità delle cure, la domiciliarità, le relazioni fiduciarie con un team di professionisti che lavorano per gli stessi obiettivi, la continuità delle cure e della presa in carico.

Tale scelta strategica si pone anche l'ambizioso obiettivo di promuovere un ricorso maggiormente appropriato ai servizi per l'emergenza (Pronto Soccorso ospedaliero) e alla specialistica ambulatoriale, con la messa a disposizione di percorsi diagnostico-terapeutici quanto più possibile completi e modulabili sulle esigenze dei singoli, in condizioni di semplificata accessibilità.

La forma di sviluppo più strutturata dei servizi che fanno capo alle cure primarie è rappresentata dalla **Casa della Salute**, il cui progetto viene dettagliatamente descritto nel capitolo che segue.

Sul versante delle **strutture per anziani non autosufficienti**, coerentemente agli indirizzi di programmazione assunti dalla Regione Emilia Romagna e dal Nuovo Circondario Imolese nell'ambito del Piano per la Salute ed il Benessere Sociale 2009-2011, in termini di priorità di intervento nell'area sociale e socio-sanitaria, anche le strutture socio-sanitarie presenti a Medicina sono impegnate nelle attività propedeutiche all'accREDITAMENTO istituzionale.

Il processo di accREDITAMENTO transitorio, in linea con le modalità previste dagli atti di indirizzo regionali, sarà completato entro giugno 2011, e in questo modo tutti i soggetti erogatori entreranno a pieno titolo all'interno delle dinamiche di costruzione del welfare locale.

Il processo di accREDITAMENTO e la conseguente specificazione dei contratti di servizio, a partire dal presupposto della separazione delle responsabilità di programmazione e committenza da un lato, e della produzione dall'altro, risponde in primis all'esigenza di disporre di servizi qualificati dal punto di vista tecnico-professionale ed organizzativo, rispondenti a criteri e requisiti espliciti che vengono certificati proprio attraverso l'accREDITAMENTO.

Con una logica di equità e di imparzialità, tenendo ovviamente conto della offerta dei servizi già esistenti, del fatto che deve essere assicurata continuità e riconoscimento al ruolo esercitato ai soggetti e ai servizi presenti sul territorio, con una gradualità che traguarderà la data prevista per l'accreditamento definitivo (2013), verrà avviato il processo di omogeneizzazione fra Case Protette e RSA, con contestuale e coerente rimodulazione dei parametri assistenziali concernenti la componente degli Infermieri Professionali, dei Terapisti della Riabilitazione e dell'assistenza fornita dai Medici di Medicina Generale e con una allocazione ed una distribuzione delle risorse più coerente con i bisogni assistenziali degli ospiti. Per la ex RSA si prevede in particolare di rimodulare le presenze infermieristiche in modo da incrementare le risorse presenti nelle ore diurne (ad elevato assorbimento assistenziale) in luogo delle ore notturne. Sin dalla prima applicazione della nuova disciplina pattizia si è prevista la rideterminazione degli oneri di cui al FRNA per il 2011 sulla base del costo di riferimento dei servizi accreditati e del case mix degli utenti, per i posti ricompresi nei contratti di servizio e volti alla accoglienza residenziale definitiva e continuativa di soggetti non autosufficienti.

Una considerazione particolare merita infine il progetto di **riorganizzazione del servizio di emergenza territoriale** che coinvolge il punto di soccorso extraospedaliero di Medicina. Questo progetto, messo a punto congiuntamente dalle Direzioni dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza delle Aziende Sanitarie di Bologna e di Imola, e validato dalle rispettive Direzioni Sanitarie aziendali, ha come obiettivo la ricerca della massima integrazione possibile delle risorse nelle aree di confine, allo scopo di ottimizzare l'efficienza organizzativa degli interventi e l'efficacia delle azioni del 118, in termini di minimizzazione dei tempi di intervento e mantenimento di elevati standard di qualità dell'assistenza.

Le valutazioni effettuate congiuntamente dai competenti organismi tecnici aziendali, sugli andamenti degli interventi effettuati dal servizio di emergenza extraterritoriale, suddivisi per comune, per fascia oraria, e per mezzo di soccorso intervenuto nel corso del 2010, avevano evidenziato tassi di utilizzo variabili e degni di attenta riflessione.

In particolare si è evidenziato un diverso impegno dei mezzi di soccorso dislocati nel territorio dell'AUSL di Imola, specie nelle ore notturne, dove l'attività dei mezzi presenti a Imola, Castel S. Pietro Terme e Medicina consta rispettivamente di 3,5, 1,7 e 1,3 interventi medi per turno. L'attività complessiva del mezzo presente a Medicina, pari a 1724 interventi/anno, vede circa 500 interventi/anno, pari al 27% del totale, eseguiti di notte.

Analizzando in particolare l'assistenza prestata in favore dei cittadini residenti nel comune di Medicina, coperta per oltre il 75% dei casi dal mezzo stanziale, si rilevano mediamente 0,9 interventi per turno notturno.

Sulla scorta di queste considerazioni è stata valutata positivamente la fattibilità e l'ottemperanza ai requisiti organizzativi previsti per l'emergenza territoriale di una riorganizzazione che veda la sospensione della attività per la fascia oraria notturna (20,00 – 7,00) del mezzo di emergenza situato presso il polo sanitario di Medicina; sulla base dei dati storici di attività, questa attività può essere agevolmente vicariata dal mezzo presente presso l'Ospedale di Castel S.Pietro, ovvero presso l'Ospedale di Budrio, sia in termini di sicurezza, che di tempestività della risposta.

Già nel corso del 2011 si prevede pertanto un periodo di sperimentale applicazione del modello descritto, della durata di 6 mesi, nel corso del quale sarà verificata la realizzazione delle condizioni poste in premessa, e saranno rilevate eventuali situazioni di criticità meritevoli di revisione del modello organizzativo medesimo.

Nell'ambito della sperimentazione è prevista, nelle ore notturne, una attività integrata svolta in collaborazione con i mezzi del soccorso volontario (CRI ed altri soggetti) presenti nel territorio del Comune di Medicina.

Sarà pianificato un monitoraggio periodico ed accurato della fase sperimentale, identificando indicatori idonei a tal fine, ed intervenendo tempestivamente con interventi correttivi, laddove emergessero criticità. Trascorso il termine dei 6 mesi di sperimentazione, sarà valutata l'efficacia e la funzionalità del modello organizzativo proposto, confermandolo ovvero rivedendone gli aspetti eventualmente rilevati come critici.

IL PROGETTO DI CASA DELLA SALUTE

Coerentemente alle linee di indirizzo regionali, orientate alla creazione di un punto di accoglienza e orientamento ai servizi per tutti i cittadini, nonché di un ambito nel quale erogare assistenza primaria, l'Azienda USL di Imola ha elaborato un progetto volto alla creazione di una Casa della Salute presso il polo sanitario di Medicina.

La realizzazione della Casa della Salute è uno degli obiettivi di potenziamento del sistema di Cure Primarie; la istituzione della Casa della Salute ha come principale obiettivo quello di favorire, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, la unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e sociali, principi fondamentali, affermati esplicitamente da molte norme vigenti, ma finora scarsamente applicati.

Le funzioni di assistenza primaria erogate nella sede sono:

- Accoglienza, prima valutazione del bisogno, orientamento ai servizi;
- Gestione coordinata delle patologie croniche;
- Pianificazione e gestione integrata dell'assistenza domiciliare;

- Educazione sanitaria/terapeutica a diversi target di popolazione per la migliore gestione della propria patologia (paziente esperto) o per favorire stili di vita sani;
- Assicurazione della continuità assistenziale per problemi ambulatoriali urgenti tutti i giorni della settimana
- Assistenza farmaceutica sulla base di linee guida condivise.

La realizzazione di una Casa della Salute trova nel polo sanitario medicinese le condizioni logistiche per potersi realizzare, con l'aggregazione di servizi e strategie di centralizzazione organizzativa che non comportano penalizzazione al grado di prossimità della risposta o una limitazione di accesso per i cittadini.

Gli obiettivi

La Casa della salute è una sede fisica e insieme un centro attivo e dinamico della comunità locale per la salute e il ben-essere che raccoglie la domanda dei cittadini e organizza la risposta nelle forme e nei luoghi più appropriati, nell'unità di spazio e di tempo.

La Casa della salute deve:

- garantire la continuità assistenziale e terapeutica per 24 ore e sette giorni su sette;
- assicurare un punto unico di accesso dei cittadini alla rete dei servizi e la presa in carico della domanda;
- operare per programmi condivisi di integrazione sociale e sanitaria;
- ricomporre le separazioni storiche esistenti tra le professioni sanitarie, realizzare concretamente l'attività interdisciplinare tra medici, specialisti, infermieri, ostetriche e terapisti e di integrare operativamente le prestazioni sanitarie con quelle sociali;
- organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino nelle sedi più idonee, privilegiando il domicilio e il contesto sociale delle persone;
- sviluppare programmi di prevenzione per tutto l'arco della vita, basati su conoscenze epidemiologiche e sulla partecipazione informata dei cittadini;
- sviluppare, tramite il distretto, rapporti di collaborazione con l'ospedale di riferimento sia per l'interdipendenza tra cure primarie, cure specialistiche e diagnostica strumentale che per la definizione di protocolli per accessi e dimissioni programmate;
- favorire il controllo collegiale delle attività, e la valutazione degli outcomes interno ed esterno ai servizi;

- curare la comunicazione sanitaria a livello della relazione terapeutica medico operatore/paziente, a livello della relazione tra le strutture e nei confronti della cittadinanza e della pubblica opinione;
- offrire occasioni di formazione permanente degli operatori, con particolare riguardo al lavoro di gruppo.

La struttura

Le soluzioni adottate per la Casa della Salute di Medicina tengono conto di evidenti esigenze di flessibilità modulare in rapporto al contesto di riferimento e ai servizi da consolidare.

La Casa della salute è visibile, sul territorio, come luogo fisico nel quale si concentrano una serie di servizi e di attività che diversamente corrono il rischio di essere dispersi e frammentati. Ciò la rende riconoscibile come il luogo al quale fa capo, sul territorio, la presa in carico e la continuità assistenziale, e concorre a creare le condizioni perché diventi un punto di riferimento certo per i cittadini.

La Casa della Salute è realizzata in maniera tale da essere fisicamente ben accessibile e organizzata in maniera da garantire la massima disponibilità dei propri servizi ed attività, a cominciare dalla informazione e dalla prenotazione di prestazioni.

La Casa della Salute opera concentrando e integrando i servizi e i percorsi per l'accesso ad essi, privilegiando la semplificazione burocratica, in particolare per l'accesso alle prestazioni sanitarie e sociali, oltre che per la segnalazione di disagi, disservizi e reclami.

La Casa della Salute è la sede unica dei servizi e degli operatori; in ogni caso, con l'essenzialità della rete dei servizi, con i sistemi informatizzati e con la sua struttura organizzativa, assicura un forte coordinamento per garantire comunque un'attività programmata e l'integrazione delle attività sanitarie, sociali e sociosanitarie dell'area di riferimento, corrispondente al bacino di Nucleo della Cure Primarie di Medicina e Guelfo.

La Casa della Salute si avvale principalmente della presenza di una équipe multi professionale di assistenza primaria formata da medici di medicina generale, infermieri e assistenti sociali.

La sede è punto di riferimento dei medici di quel Nucleo di Cure Primarie, dei pediatri di libera scelta e dei medici di continuità assistenziale.

I medici, pur mantenendo il proprio ambulatorio dislocato sul territorio, svolgono a turno parte della propria attività in modo coordinato presso la struttura, in modo da garantirne un'apertura continuativa durante l'arco della giornata, anche in integrazione coi medici di continuità assistenziale nei giorni prefestivi e festivi.

A questa sede possono rivolgersi tutti i cittadini di quell'ambito territoriale negli orari in cui il proprio medico non è presente nel suo ambulatorio, per un problema ambulatoriale urgente o per attività programmate: dagli ambulatori per patologia alla somministrazione di cicli di terapia, alla esecuzione di prelievi ematici.

Nella stessa sede i medici di medicina generale possono erogare direttamente l'assistenza quando lavorano in forma associata.

Elemento di qualità che caratterizza la struttura è rappresentato dalla informatizzazione e dal collegamento in rete coi medici che fanno riferimento a quel Nucleo e con le strutture di riferimento dell'Azienda Sanitaria.

La struttura è dotata di una sala riunioni per facilitare gli incontri fra i professionisti o per incontri con gruppi di cittadini su particolari problemi di salute.

Oltre alla funzione CUP è presente un punto di accoglienza che dà informazioni, fa una prima valutazione del bisogno, orienta ai servizi per problematiche specifiche.

In questo contesto le cure primarie devono garantire la risposta ai bisogni espressi dal cittadino, nello svolgersi di un processo unitario, che prende in carico il paziente all'interno di un sistema capace di esaurire le sue esigenze o di affidarlo a strutture specialistiche. Si tratta di un modello organizzativo che risponde all'idea che il paziente non vada solo curato, perché il sistema è in grado di prendersi cura di lui, conferendo in tal modo una connotazione di natura preventiva e riabilitativa al sistema stesso.

Sono presenti, integrate alle attività di assistenza primaria, le attività consultoriali, le attività specialistiche ambulatoriali di base, la pediatria di comunità, le attività di prevenzione e profilassi delle malattie infettive e di certificazione della sanità pubblica, le attività del Centro di Salute Mentale.

Nella stessa sede sono collocate inoltre le strutture residenziali per gli anziani non autosufficienti e il centro diurno.

La Casa della Salute include differenti tipi di spazio, suddivisi per grandi **aree omogenee**; queste aree (pubblica, clinica e di staff) raggruppano assieme gli spazi per funzione, così da creare zone separate, riconoscibili dall'utente e rendere il più possibile chiari i percorsi e l'orientamento.

L'**area pubblica** comprende l'ingresso, le aree di attesa, il punto di informazioni, e il punto di ristoro; è il più possibile aperta per dare sensazione di accoglienza all'utente. Il fulcro dell'area accettazione è il banco informazioni principale, snodo dei percorsi all'interno della Casa della Salute; nella reception l'utente viene accolto e preso in carico: può ottenere informazioni generali, accedere ai servizi del presidio, ottenere ulteriori informazioni per il proseguimento del percorso di cura ecc..

Anche l'area esterna, comprendente l'ingresso del presidio e i parcheggi per gli utenti, è parte dell'area pubblica ed è progettata per consentire un facile raggiungimento dell'ingresso con lo studio delle pavimentazioni e con l'uso della segnaletica esterna.

L'**area clinica** rappresenta il cuore della Casa della Salute e al suo interno si trovano ambienti aperti al pubblico (ambulatori, ecc.) e ambienti riservati al solo personale (locali tecnici, ecc.).

I servizi simili sono organizzati in raggruppamenti basati sulle attività comuni: zone di ambulatori per prestazioni di medicina generale, ambulatori specialistici, zone per trattamenti fisioterapici, zone dedicate ai servizi per l'infanzia, ecc.

L'**area di staff** comprende la zona amministrativa, la zona degli spogliatoi, gli ambienti di relax del personale, aule e sale riunioni dedicate, aree direzionali del Dipartimento di Cure primarie, e del Servizio Infermieristico, sedi di associazioni di volontariato, ecc.

In generale gli utenti e gli accompagnatori non debbono raggiungere la zona dello staff che ha una funzione prevalentemente di servizio. Pertanto questa macro area è collocata in una zona periferica della struttura o comunque in una zona lontana dai percorsi principali.

Sono compresi in questa macroarea anche gli spazi dedicati alla gestione degli approvvigionamenti e allo smaltimento dei rifiuti e zone di servizio necessarie al funzionamento del presidio.

Il Progetto

In relazione al bacino di utenti di riferimento e al contesto, la Casa della Salute avrà un taglio dimensionale piccolo: ciò implica la presenza, consigliata dalle linee guida, di una serie di attività e di locali. L'analisi dello stato di fatto del presidio ha evidenziato la presenza di un buon numero di tali attività: obiettivo del presente progetto è quindi riorganizzarle in un unicum coerente ed omogeneo. L'obiettivo nella realizzazione della Casa della Salute è quello di creare un polo funzionale, omogeneo e compatto, caratterizzato da percorsi interni semplici e intuitivi.

La realizzazione comporterà due interventi indipendenti fra loro, e ciascuno dei quali funzionalmente completo.

La Casa della Salute sarà articolata su tre piani del polo sanitario, con un accesso diretto e semplificato; sarà possibile interagire tra i livelli mediante sistemi di collegamento verticali disposti in due punti dell'edificio.

Al Piano terra (figura 1) sono già ora presenti l'area pubblica con l'accettazione-accoglienza, punti di attesa e punto di ristoro (bar).

Sempre a questo piano si realizzerà una porzione consistente dell'area clinica: a destra dell'atrio principale viene realizzata la sede degli Ambulatori di Nucleo, con due ambulatori infermieristici, uno spazio per la continuità assistenziale (ex guardia medica), due ambulatori medici e spazi per l'assistenza sociale, per l'assistenza domiciliare e per il 118. Questi spazi vengono ricavati laddove ora insistono ambulatori specialistici.

A sinistra dell'atrio principale vengono ampliati gli spazi ambulatoriali della Medicina di Gruppo per dar modo ad altri medici di trasferire dentro il polo sanitario il loro ambulatorio principale.

Nei locali attualmente dedicati alla radiologia convenzionale, che viene superata, vengono ristrutturati gli spazi per realizzare un Nuovo Poliambulatorio Specialistico, in grado di ospitare anche nuove o più consistenti funzioni specialistiche.

Invariate rispetto allo stato attuale le altre funzioni dell'area clinica: il punto prelievi, gli spazi per la terapia fisica ed il centro diurno.

Incrementa invece l'area di staff, che già vedeva presenti un punto CUP, spogliatoi e locali di supporto, con una nuova sala riunioni.

Al Primo piano, restano invariati gli spazi dedicati alla struttura residenziale per anziani non autosufficienti di cui si è detto in premessa, e gli spazi dedicati alla funzione ambulatoriale di odontoiatria privata e convenzionata.

Vengono invece riorganizzati (figura 2) gli spazi dedicati alla pediatria di gruppo, alla pediatria di comunità, alla ostetricia, alla ginecologia e consultorio familiare, e di un comune sala di attesa, in modo da renderli maggiormente integrati e fruibili.

Al secondo piano (figura 3) restano immutati gli spazi dedicati alla sanità pubblica, al centro di salute mentale adulti ed alla neuropsichiatria dell'infanzia e dell'età evolutiva.

Area Clinica

Nel dettaglio l'area clinica ricomprenderà quindi le seguenti linee di attività:

- **Prestazioni in emergenza e Punto Prelievi.** Alla porta della Casa della Salute è prevista la presenza di una postazione del soccorso extraospedaliero con presenza di un'ambulanza 118 H 12 con equipaggio formato da autista soccorritore e infermiere professionale. Per la copertura delle ore notturne sarà avviata una sperimentazione con il coinvolgimento diretto delle postazioni di soccorso di Castel S.Pietro e Budrio, e con lo sviluppo dell'integrazione con i mezzi del soccorso volontario (CRI) presenti nel territorio del comune di Medicina.

. Uno spazio funzionale dedicato è destinato alle attività di prelievo, ivi compreso il servizio di prelievo a domicilio per le persone non deambulanti.

- **L'Assistenza Primaria** sarà rappresentata a sua volta dalle seguenti componenti:

- una Medicina di Gruppo che potrà veder incrementare i medici di medicina generale associati, assicurando comunque presenza ambulatoriale di 7 ore dal lunedì al venerdì ;

- un Ambulatorio di Nucleo di Cure Primarie, accessibile per tutti gli assistiti del nucleo, attivo dal lunedì al venerdì dalle 12 alle 17 e il sabato dalle 8 alle 12, c, per piccoli interventi che non necessitano di assistenza in Pronto Soccorso, eseguiti in collaborazione da MMG e infermieri professionali; in tale sede è attivata la rete orizzontale SOLE di nucleo, grazie alla quale i medici in turno possono consultare la cartella sanitaria degli assistiti che si rivolgono all'ambulatorio, per una migliore appropriatezza nella risposta ai bisogni di salute;

- un ambulatorio della Continuità Assistenziale dalle ore 12 alle 20 del sabato e prefestivi e dalle ore 8 alle 20 della domenica e dei festivi, con presenza di medici di Continuità assistenziale che svolgono anche attività domiciliare dalle ore 8 del sabato alle ore 8 del lunedì mattina e dei prefestivi e festivi infrasettimanali; questo ambulatorio, integrato con quello di Nucleo, rappresenterà una delle risposte organizzative alla crescente domanda di prestazioni ambulatoriali tempestive;

- una Pediatria di Gruppo costituita da 3 Pediatri di Libera Scelta che assicurano una presenza ambulatoriale di 7 ore dal lunedì al venerdì;

- l'assistenza infermieristica ambulatoriale, dalle 8 alle 17 dal lunedì al venerdì e dalle 8 alle 12 il sabato, con infermieri assegnati stabilmente alla Casa della Salute;

- l'assistenza infermieristica domiciliare, attiva dalle 7 alle 19 dal lunedì e sabato e con reperibilità la domenica mattina;

- Degenze Territoriali (Ospedale di Comunità), con alcuni posti letto ricavati presso le strutture residenziali per anziani, nei quali ricoverare anziani non trattabili al domicilio, con copertura infermieristica integrata con l'area della residenzialità protetta e tutela medica garantita dai medici di famiglia o di continuità assistenziale, secondo il bisogno;
- Strutture Residenziali per anziani non autosufficienti dotate rispettivamente di 48 e 15 posti letto accreditati ed un Centro Diurno per anziani (con 16 posti) i cui servizi potranno giovare dell'integrazione con le funzioni presenti nella Casa della Salute (Assistenza dei Medici di Medicina Generale, della Continuità Assistenziale, dell'assistenza specialistica, infermieristica, ecc.).

- **Sanità Pubblica e Prevenzione**

Nella Casa della Salute si avrà la presenza dei servizi tipici della Sanità Pubblica ma anche una presenza fisica di aspetti della Promozione della Salute: si pensa ad esempio ad uno "Sportello della Prevenzione" con la presenza di diversi professionisti dell'Ausl di Imola, a rotazione su diversi temi di salute, ma anche a periodiche campagne di prevenzione-promozione sui vari temi di salute con il supporto di operatori esperti e mezzi audiovisivi.

La Casa della salute è lo spazio strategico in cui si costruiscono rapporti di collaborazione tra servizi sociosanitari e cittadini, si sviluppano programmi partecipati e mirati di intervento sui fattori ambientali, sulle cause di malattia, si impostano i programmi di educazione alla salute mirati ad alcuni target, e si sviluppano le collaborazioni di intervento intersettoriale.

In quest'area trovano inoltre collocazione le proiezioni funzionali del Dipartimento di Sanità Pubblica:

ambulatori di Igiene e sanità Pubblica e, per l' Igiene Veterinaria, la presenza di un punto di raccolta per richieste e consegna di documentazione per gli allevatori.

- **Consultorio Familiare** con ambulatorio ostetrico-ginecologico, attività psicologica e con la nuova attivazione di 2 ore/settimanali di spazio giovani; rappresenta la sede elettiva per l'educazione alla vita degli adolescenti, per la preparazione dei giovani alla vita matrimoniale, per l'educazione della donna al parto, per il contrasto delle pratiche abortive, per la prevenzione dei rischi nel campo della maternità e infanzia e per la salute delle donne, con particolare riguardo a quelle di provenienza extracomunitaria.

- **Attività Specialistica**, anche incrementale rispetto a quella attualmente garantita, con ambulatori in cui operano sia gli specialisti convenzionati che quelli dipendenti dalla struttura

ospedaliera, che dovranno sempre più sviluppare programmi di assistenza integrata alle condizioni di prevalente cronicità, in accordo con gli attori protagonisti dell'assistenza primaria.

- **Pediatria di Comunità**, con presenza di attività vaccinali e di educazione/promozione della salute dell'infanzia e dell'adolescenza.
- **Centro di Salute Mentale** con attività ambulatoriale medico/infermieristica, accettazione, somministrazione terapie, erogazione e distribuzione farmaci, colloqui e visite domiciliari; in prospettiva ogni paziente sarà seguito con un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato da uno psichiatra di riferimento, prevedendo anche l'integrazione di altre figure professionali del Dipartimento e/o la collaborazione con i servizi sanitari, sociali e le agenzie del territorio, anche nell'ottica di stabilire continuità e stabilità dell'equipe specialistica di riferimento (Progetto Leggeri).
- **Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Età Evolutiva** con attività ambulatoriale programmata per il trattamento di tutte le patologie che afferiscono all'UONPIA.
- **Servizio di Recupero e Riabilitazione Funzionale** che garantisce attività rivolte sia agli utenti ospitati presso le strutture protette e sia ad utenti che accedono dall'esterno per visite e prestazioni riabilitative ambulatoriali..
- **Servizi Sociali**, per i quali si prevede di integrare nella Casa della Salute l'attività di accoglienza e orientamento della cittadinanza, con la presenza dell'assistente sociale in orari da concordare con l'ASP, ed il coordinamento dell'assistenza domiciliare di tipo sociale.

I servizi omogenei per target o per risorse utilizzate, sono organizzati in raggruppamenti basati sulle attività comuni: zone dedicate ai servizi per l'infanzia, zone di ambulatori per prestazioni di medicina specialistica, zona per trattamenti fisioterapici ecc.

SCHEDA INTERVENTI - POLO SANITARIO DI MEDICINA

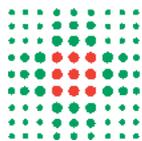
INTERVENTO	ANNO DI ESECUZIONE	COSTO
Centro Pediatrico Consultoriale e Sistemazioni esterne	2011	50.000 € di lavori Fondi da mutuo e regionali
Poliambulatori (nell'ex radiologia) – piano terra	2012	80.000 € di lavori; 30.000 € per arredi Fondi da alienazione

Descrizione sintetica degli Interventi:

CENTRO PEDIATRICO CONSULTORIALE (piano primo): rifacimento delle finiture edili dei diversi locali, compresa la realizzazione di una compartimentazione REI come elemento di separazione con la ex R.S.A. di Medicina; infine l'intervento comprende la realizzazione di una sala d'attesa.

SISTEMAZIONI ESTERNE: manutenzione delle grondaie e del manto di copertura

POLIAMBULATORI: rifacimento delle finiture nei diversi locali comprendenti la sostituzione degli attuali controsoffitti e la completa tinteggiatura dei locali, compresa la manutenzione degli impianti elettrici e meccanici necessari al fine di adattare gli ambienti ad un uso ambulatoriale.



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

***PROPOSTA METODOLOGICA PER LA
RIORGANIZZAZIONE DEL PRESIDIO
SANITARIO OSPEDALE VECCHIO - LOLLI
E PER LA REALIZZAZIONE DI UNA
CASA DELLA SALUTE***

***ALLEGATO 1.7.c. AL
PIANO STRATEGICO E ATTUATIVO LOCALE 2010-2013
DELL'AUSL DI IMOLA***

PREMESSA

Il presente documento costituisce un allegato, parte integrante, del Piano Strategico e Attuativo Locale 2010-2013 dell'Azienda USL di Imola e assieme a questo viene sottoposto alla consultazione allargata a tutti i soggetti istituzionali cui competono le funzioni di programmazione e controllo strategico in materia sanitaria.

Contiene una valutazione preliminare metodologica, finalizzata a porre le basi per la realizzazione di uno studio di fattibilità per la realizzazione della Casa della Salute di Imola, all'interno del complesso dell'ex Ospedale Civile, ora presidio sanitario territoriale Ospedale Vecchio - Lolli.

Il complesso, la cui origine risale alla seconda metà del 1700, occupa un'area di oltre 60.000 mq, con edifici monumentali e diversi corpi di fabbrica, per una superficie disponibile pari a circa 40.000 mq di coperto; all'interno dei suoi padiglioni risulta già attualmente ospitata la massima parte se non la totalità delle funzioni previste per una Casa della Salute di grandi dimensioni (cfr. Linee Guida Regionali per la realizzazione delle Case della Salute - RER – D.G.R. n. 291 / 2010)

L'intervento presenta diversi gradi di complessità e criticità, derivanti essenzialmente dai seguenti fattori:

- la collocazione territoriale dell'area in questione, direttamente a ridosso del centro storico cittadino ed in una zona a cerniera tra le principali direttrici viarie, la sua valenza intrinseca urbana (potenzialità di sviluppo, patrimonio edilizio di pregio storico-artistico, valore economico in relazione alla sua collocazione cittadina, ecc.)
- l'estensione rilevante dell'area disponibile, anche in relazione alle specifiche esigenze dimensionali proprie di una Casa della Salute;
- la molteplicità degli edifici presenti e la loro eterogeneità per tipologia, stato di conservazione e pregio architettonico;
- la molteplicità di funzioni, anche non propriamente sanitarie, attualmente ospitate (Università, associazioni di volontariato, raccolta sangue AVIS, Attività Teatrali TILT, La Cicoria, ecc.).

Per poter procedere in maniera adeguata e rispondere compiutamente alle diverse esigenze ed aspettative che sottendono ad un intervento di questa natura, in accordo con l'Amministrazione Comunale di Imola si intende adottare la metodologia di seguito descritta, al fine di pervenire ad una generale riorganizzazione ed ottimizzazione delle risorse disponibili e a definire le eventuali e necessarie integrazioni di servizi e/o strutture di complemento.

METODOLOGIA

Gli spunti metodologici per l'approccio alla riorganizzazione del presidio sanitario in questione si possono sinteticamente riassumere in quattro fasi temporalmente distinte.

FASE 1 – ANALISI

a) Analisi urbanistica e territoriale con specifici approfondimenti in merito a:

- viabilità;
- accessi veicolari e pedonali;
- parcheggi interni ed esterni all'area;
- rapporti con la città e vocazioni dell'area e dei complessi edilizi (con il supporto dei referenti comunali);
- sistema dei percorsi interni e delle aree cortili, giardini, opere esterne, ecc.

b) Analisi strutturale del complesso storico ospedaliero, con mappature tematiche relative a:

- superfici (organizzate in apposite tabelle)
- stato di conservazione degli edifici (caratteristiche costruttive, vulnerabilità sismica, statica e coperture, ecc.)
- dotazione impiantistica degli edifici (in particolare rispetto alla conformità degli impianti esistenti)
- cronologia interventi (interventi recenti, fino alla data a cui si può risalire);
- vincoli (soprintendenza, conformità edilizia ed urbanistica, ecc.)
- funzioni sanitarie ospitate con verifica del rispetto dei requisiti minimi di Accreditamento.

FASE 2 – PROGRAMMA FUNZIONALE

Il programma funzionale della Casa della Salute e degli altri servizi sanitari e/o sociali (ivi comprese le funzioni non socio-sanitarie) che si intendono collocare nell'area sarà definito in base alla rilevazione delle attività sanitarie, all'analisi dei flussi, alle più recenti valutazioni epidemiologiche e più in generale agli indirizzi di programmazione sanitaria del territorio imolese.

Tale programma porterà ad identificare diversi scenari a medio e lungo termine, e preciserà i seguenti elementi (in maniera autonoma rispetto alla collocazione e al dimensionamento attuale dei servizi):

- funzioni ed elementi costitutivi;
- tipologia dei servizi erogati e dimensionamento di massima delle seguenti funzioni.

FASE 3 – PROGRAMMA EDILIZIO

Al termine delle fasi di analisi e di programmazione funzionale si potranno definire le strategie progettuali di massima, con l'individuazione della soluzione ottimale, scelta come la migliore combinazione tra gli scenari funzionali e le opzioni strutturali.

Tale scelta sarà motivata sia dal punto di vista architettonico e funzionale, sia dal punto di vista delle possibili economie di gestione dovute, ad esempio, a dismissioni e/o accorpamenti, ovvero alla complessiva riorganizzazione e razionalizzazione delle risorse umane e materiali.

Non ultimo, risulterà determinante il punto di vista dei rapporti con la città, per una complessiva valorizzazione dell'area, del suo effettivo utilizzo e degli sviluppi futuri.

FASE 4 – PROGETTAZIONE

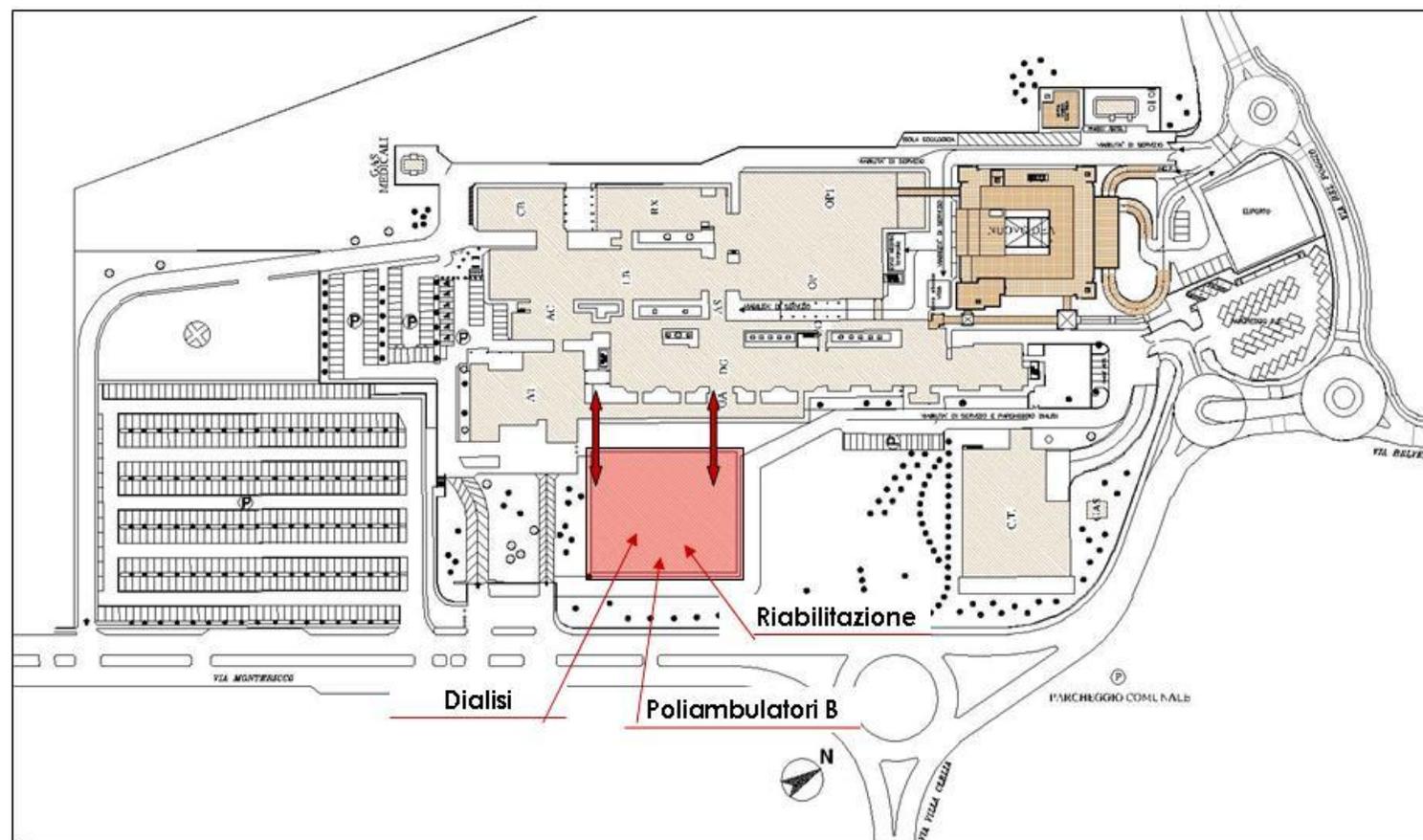
Come ultima fase, strettamente dipendente da quelle precedenti, si imposteranno le attività progettuali vere e proprie, definite dal vigente regolamento dei Lavori Pubblici e secondo le normative tecnico-edilizie di riferimento (Progetto Preliminare, Progetto Definitivo ed Esecutivo).

PLANIMETRIE E INTERVENTI STRUTTURALI DI MEDIO TERMINE OSPEDALE DI IMOLA

ALLEGATO 2

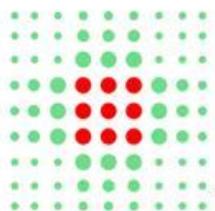


*Nuove funzioni ambulatoriali
per un accesso facile*



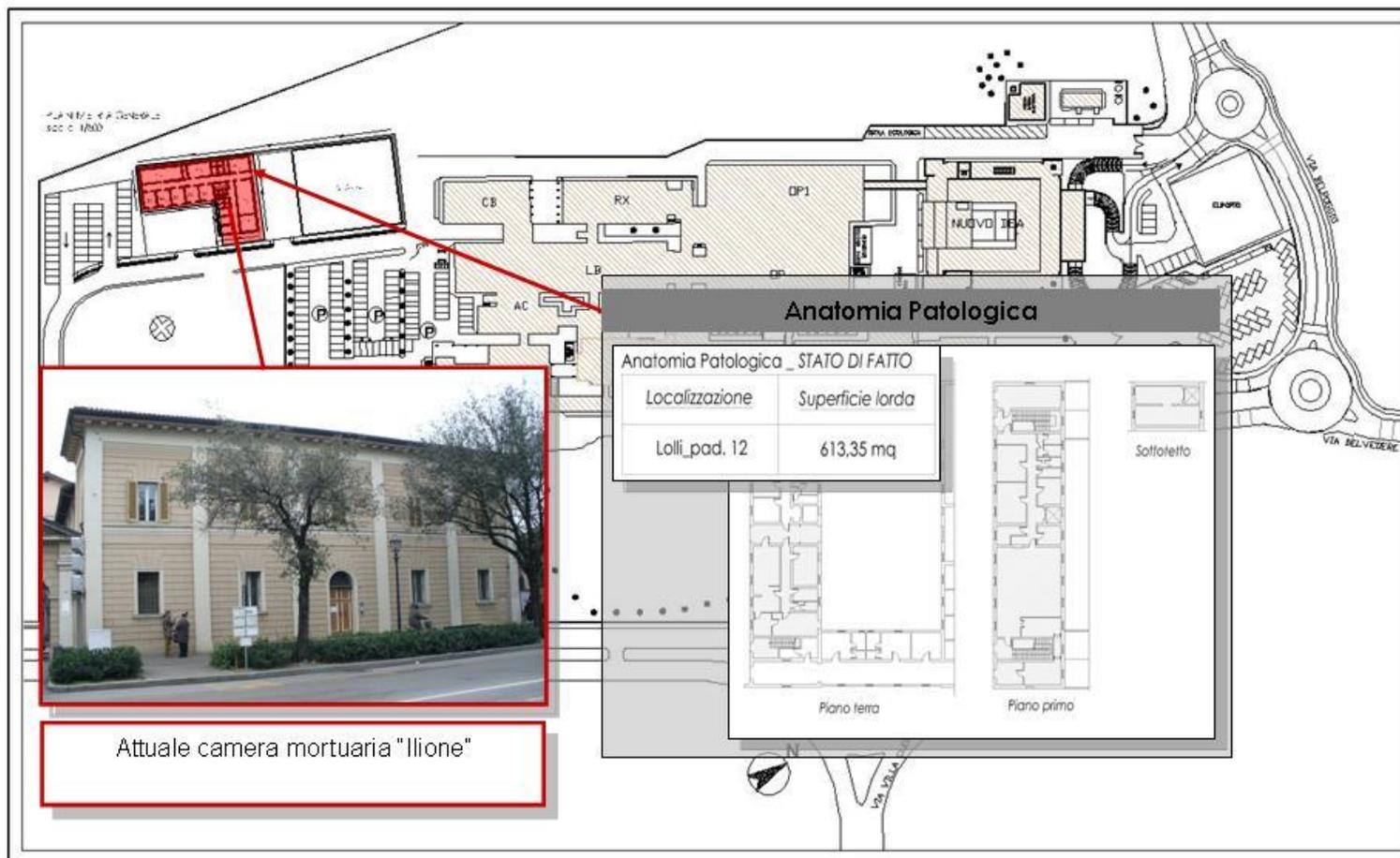
PLANIMETRIE E INTERVENTI STRUTTURALI DI MEDIO TERMINE OSPEDALE DI IMOLA

ALLEGATO 2



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Camera mortuaria
Anatomia Patologica



PLANIMETRIE E INTERVENTI STRUTTURALI DI MEDIO TERMINE OSPEDALE DI IMOLA

ALLEGATO 2



*Piastra di Laboratorio:
-laboratori di Genetica Medica
- sede direzionale della farmacia*

