

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

Bilancio di missione *2011*



La Direzione Generale ringrazia tutti gli operatori
dell'Azienda USL di Imola
per aver contribuito alla realizzazione di questo
bilancio di missione

Alla sua 9° edizione, il Bilancio di Missione dell'Azienda Usl di Imola fornisce ancora una volta la rendicontazione delle attività e dei risultati aziendali riferiti al 2011.

Un anno importante, in cui l'Ausl di Imola ha approvato in via definitiva il Piano Strategico 2010-2013, dopo il lungo percorso di redazione e condivisione con gli operatori interni, le istituzioni, i portatori di interesse ed i cittadini del territorio, ma in cui vengono rendicontati anche i risultati delle prime attivazioni organizzative del Piano Strategico stesso.

Questo Bilancio conferma il profilo di una Azienda sanitaria dinamica e tesa a realizzare soluzioni organizzative innovative e flessibili, in grado di soddisfare al meglio i mutevoli bisogni di salute della comunità (efficacia) e di garantire la sostenibilità economica del sistema sanitario locale (efficienza), anche di fronte ai sempre più stringenti vincoli finanziari di questi anni.

Vincoli che, come si evince da questo Bilancio, sono stati letti ed agiti dall'Ausl di Imola come opportunità di miglioramento continuo ed hanno incentivato azioni di appropriato utilizzo ed allocazione delle risorse disponibili. Ricordiamo solo i buoni risultati ottenuti nel campo della farmaceutica territoriale, resi possibili dalla sinergica e puntuale attività di professionisti interni, medici di famiglia e cittadini oltre che dai relativi provvedimenti nazionali.

In generale il 2011 può certamente essere considerato un anno positivo per l'Ausl di Imola, che nel prossimo biennio dovrà impegnarsi ulteriormente per continuare a garantire la realizzazione di quanto programmato nel Piano Strategico ed Attuativo, che è piano di sviluppo e non di contrazione dei servizi per la salute. Tutto ciò in un contesto oggettivamente difficile, che metterà ancora una volta alla prova la capacità di cambiamento e di adattamento organizzativo dell'Azienda, con l'obiettivo di continuare a garantire i livelli quali-quantitativi dei propri servizi e di salvaguardare un equo diritto alla salute per tutti i propri cittadini.

Come accade ogni anno, il Bilancio di Missione dell'Azienda USL di Imola ha proprio l'obiettivo di fornire alla comunità locale ed ai portatori di interesse gli elementi conoscitivi necessari ad una valutazione ragionata del grado di raggiungimento di questi obiettivi e delle modalità con cui essi sono stati perseguiti, perché con la partecipazione di tutti si possa guardare con ottimismo al futuro della sanità del nostro territorio

Maria Lazzarato

Indice generale

1. Contesto di riferimento.....	7
1.1 Territorio.....	7
1.1.1 Collocazione geografica, viabilità ed infrastruttura	10
1.2 Ambiente.....	11
1.2.1 Fonti di inquinamento	11
1.3 Popolazione	13
1.3.1 Struttura demografica della popolazione residente.....	13
1.3.2 Aspettativa di vita.....	17
1.3.3 Natalità.....	19
1.3.4 Anziani e grandi anziani	20
1.3.5 Stranieri.....	22
1.3.6 Famiglie.....	25
1.3.7 Soggetti in condizione di marginalità potenzialmente portatori di bisogni	26
1.4 Condizioni socio-economiche	27
1.4.1 Mercato del lavoro.....	28
1.4.2 Tenore di vita.....	31
1.5 Osservazioni epidemiologiche	31
1.5.1 Mortalità	32
1.5.2 Mortalità per grandi cause	33
1.5.3 Malattie Infettive	35
1.6 Stili di vita.....	37
1.6.1 Situazione nutrizionale e abitudini alimentari	38
1.6.2 Attività fisica	38
1.6.3 Abitudine al fumo	38
1.6.4 Consumo di alcol	39
1.6.5 Stato di salute percepito	39
1.7 Sicurezza.....	40
1.7.1 Incidenti stradali	40
1.7.2 Infortuni sul lavoro	42
1.7.3 Infortuni domestici	44
Sezione 1 - Sintesi principali indicatori	46
2. Profilo Aziendale.....	47
2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale	47
2.1.1. Sostenibilità economica.....	47
2.1.2 Sostenibilità finanziaria	53
2.1.3 Sostenibilità patrimoniale	54
2.2 Impatto sul contesto territoriale.....	56
2.2.1 Impatto economico	56
2.2.2 Impatto sociale	57
2.2.3 Impatto ambientale	59
2.3 Livelli essenziali di assistenza	60
2.3.1 Assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro.....	61
2.3.2 Assistenza distrettuale	68
2.3.3 Assistenza ospedaliera	85
Sezione 2 - Sintesi principali indicatori	100

3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali 101

3.1 Partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria..... 101

3.1.1 Nuovi strumenti di *governance*..... 101

3.1.2 L'integrazione sociale e sanitaria 104

3.2 Universalità ed equità di accesso 107

3.2.1 Il *board* equità e l'equità in pratica 107

3.2.2 Il Fondo Regionale per la non Autosufficienza (FRNA)..... 108

3.2.3 Politiche sanitarie e socio – assistenziali per aree con maggior disagio 112

3.2.4 Governo delle liste di attesa per ricovero e specialistica 114

3.3 Centralità del cittadino 119

3.3.1 Forme di partecipazione del cittadino 119

3.3.2 Valutazione gradimento del cittadino 124

3.3.3 Semplificazione e facilitazione all'accesso ai servizi 125

3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale 126

3.4.1 Appropriatazza clinica e organizzativa 126

3.4.2 Percorsi multi professionali 127

3.4.3 Ospedale senza dolore..... 129

3.4.4 Gestione del rischio "sicurezza delle cure" 131

3.4.5 Politiche di acquisto di beni e servizi: in Area Vasta e con Intercent-ER..... 134

4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione 137

4.1 "Carta di Identità" del personale..... 137

4.2 Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa 141

4.3 Gestione del rischio e sicurezza..... 142

4.3.1 Sorveglianza sanitaria e malattie professionali 143

4.3.2 Andamento del fenomeno infortunistico 143

4.4 Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione alle strategie aziendali 144

4.5 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti..... 146

4.5.1 Modalità di valutazione delle competenze..... 146

4.5.2 Percorso di sviluppo professionale e di carriera 148

4.5.3 Il sistema incentivante 148

4.5.4 Risorse collegate al salario variabile..... 149

4.6 Formazione 149

4.6.1 Pianificazione dell'attività formativa 150

4.6.2 Tipologie delle attività di formazione..... 150

4.6.3 Attività formativa "in cifre" 151

4.7 Struttura delle relazioni col personale e sue rappresentanze 155

4.7.1 Compatibilità tra vita lavorativa e vita familiare 155

4.7.2 Facilitazioni per i dipendenti 156

4.7.3 Relazioni sindacali 157

5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione 159

5.1 La comunicazione per l'accesso ai servizi..... 159

5.1.1 Le relazioni con il pubblico 159

5.1.2 Servizio Numero Verde Regionale..... 160

5.1.3 Il sistema di gestione delle segnalazioni e gli strumenti di ascolto del cittadino..... 160

5.1.4 Sito internet e social media 164

5.2 La comunicazione per le scelte di interesse della comunità..... 166

5.2.1 Eventi pubblici.....	166
5.2.2 Campagne e materiali informativi	167
5.3 La comunicazione interna aziendale	170
5.3.1 Comunicazione diretta: <i>convention</i> ed incontri aziendali tematici	170
5.3.2 Sito Intranet	171
6. Governo della ricerca e innovazione	173
6.1 Le azioni aziendali per l'esercizio della governance della ricerca	173
6.1.1 Attività di ricerca nell'AUSL di Imola	173
6.1.2 Principali progetti di ricerca aziendali e con altre Aziende	175
6.2 Sviluppo di un ambiente culturale favorevole	178
6.2.1 Accessibilità alla documentazione scientifica: la biblioteca aziendale	179
6.2.2 Collaborazione con altri Enti di Formazione	179
6.2.3 Formazione di Area Vasta Emilia Centro	180
6.3 Alta formazione	181
6.4 Information and Communication Technology	186
6.5 Accreditamento istituzionale.....	189
6.6 Ospedale di Montecatone: un'eccellenza che avanza.....	189
7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale	195
7.1 Assistenza ospedaliera per intensità di cura	195
7.1.1 Il modello clinico - assistenziale.....	195
7.2 Lo sviluppo dell'ospedale per intensità di cura nell'AUSL di Imola	196
7.2.1 Intensità di cura nel Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA)	197
7.2.2 Intensità di cura nel Dipartimento Medico	199
7.3 Considerazioni conclusive.....	201

1. Contesto di riferimento

Il contesto di riferimento, lo sfondo su cui l'azienda agisce, rappresenta il palcoscenico naturale ove questa insiste, si relaziona, oggettivizza il proprio ruolo e quindi si "legittima socialmente". Gli ambiti in cui è idealmente scomposto tale contesto, oltre a rappresentare le caratteristiche peculiari, per lo più esogene per un'azienda sanitaria, identificano quegli aspetti macro che innegabilmente incidono sulla richiesta e sui consumi dei servizi, condizionando più o meno intensamente il perseguimento degli obiettivi, così come le scelte di programmazione.

Un panorama che inserito in un quadro attuale, "minato" da sempre più marcate disuguaglianze e carichi sociali, sembra possa incidere negativamente sul nostro sistema strutturato in termini di *governance*. Proprio dalle modifiche indotte allo scenario di riferimento può partire una delle più importanti sfide per ri-orientare l'*accountability* istituzionale nel rispetto di quel "faro" sulla forte esigenza di rendicontazione che traspare anche nella presente Sezione del Bilancio.

Nel solco della metodologia dello scorso anno, al fine di non disperdere l'ultima fotografia circondariale a fine 2011, si sono modificati, in alcune rappresentazioni, gli archi temporali di riferimento, al 31 dicembre dei rispettivi anni, per garantire l'omogeneità di periodo con gli scarichi delle Anagrafi Comunali e la modulistica ufficiale ISTAT.

Imprescindibile, come sempre, il supporto conferito dalle banche dati regionali, così come dai portali tematici (Saluter e Statistica). Prezioso anche l'apporto del *Profilo di Comunità della Provincia di Bologna*, elaborato dall'Ufficio di Piano Provinciale e dalla Giunta del Nuovo Circondario Imolese, utilizzato in misura minore rispetto allo scorso anno, perché non sufficientemente aggiornato all'anno 2011. Si sono utilizzati invece, alcuni supporti informativi tratti dal nuovo strumento "Osservatorio Economico-Statistico", sempre in capo al Nuovo Circondario Imolese. Non meno importanti infine, alcuni spaccati sulla povertà locale, reperiti dal Rapporto sulle Povertà 2011 della Caritas Diocesana.

1.1 Territorio

L'analisi del contesto socio-demografico ed economico solitamente funge da supporto alla definizione di priorità ed esigenze traducibili in programmi strategici di sviluppo del territorio. Ubicazione, viabilità, caratteristiche e collocazione geografica del territorio divengono importanti per l'influenza esercitata sia sui [flussi di mobilità](#) sanitaria all'interno dell'area aziendale, ma anche da e verso i territori confinanti (come specificato in Sezione 2).

L'estensione territoriale della AUSL di Imola, con i suoi 787 Km², rappresenta un'area di confine tra l'Emilia e la Romagna, tra i territori bolognese da una parte e ravennate-ferrarese dall'altro.

Come specificato con maggior dettaglio nel [paragrafo 1.3](#), l'aspetto cui maggiormente porre attenzione è un'inversione di tendenza registrata già nel 2010, ovvero la forte contrazione che ha subito la crescita della popolazione residente nel Nuovo Circondario Imolese.

Un bacino attestatosi al 31/12 sulle 132.641 unità di cui 64.764 maschi (48,8%) e 67.877 femmine (51,2%). Poco più di un cittadino residente su due vive nel comune di Imola, anche se l'assorbimento % di questo comune sul totale dell'intero circondario nel confronto 2011-10 è in calo (2011:52,23 vs 2010:52,37). Nell'ultimo anno, piccolo incremento per Castel San Pietro Terme, l'unico comune a crescere in collina assieme a Fontanelice, ma soprattutto Medicina passato dal 12,63% del 2010 al 12,71 del 2011, che sventa nella pianura seguito da Castel Guelfo l'altro comune con segno +. Fermo restando, per gli ovvii motivi legati all'offerta lavorativa, la forte attrattività dei centri più grandi, dal 2004 (una sorta di "anno 0" per l'ingresso di Medicina) il demo-aumento si è concentrato nei territori di Medicina, Castel Guelfo, Dozza e Casalfiumanese. Se per i primi tre comuni, la chiave di lettura risulta essere la posizione altamente strategica, indotta dalla forte connessione/relazione alle reti di viabilità verso la polarità bolognese e nel contempo la contiguità con Imola, per l'ultimo, al di là della caratterizzazione che ne ha fatto un piccolo polo industriale di Vallata, sembra trattarsi di un mix di fattori.

La densità di popolazione - uno dei principali indicatori territoriali ai fini della valutazione delle attività - risulta in leggero aumento nella maggioranza dei comuni e sostanzialmente riflette le dinamiche sopracitate.

Tabella 1.1 - Superficie e densità demografica nei Comuni dell'AUSL di Imola al 31/12/2011 e confronto 2010

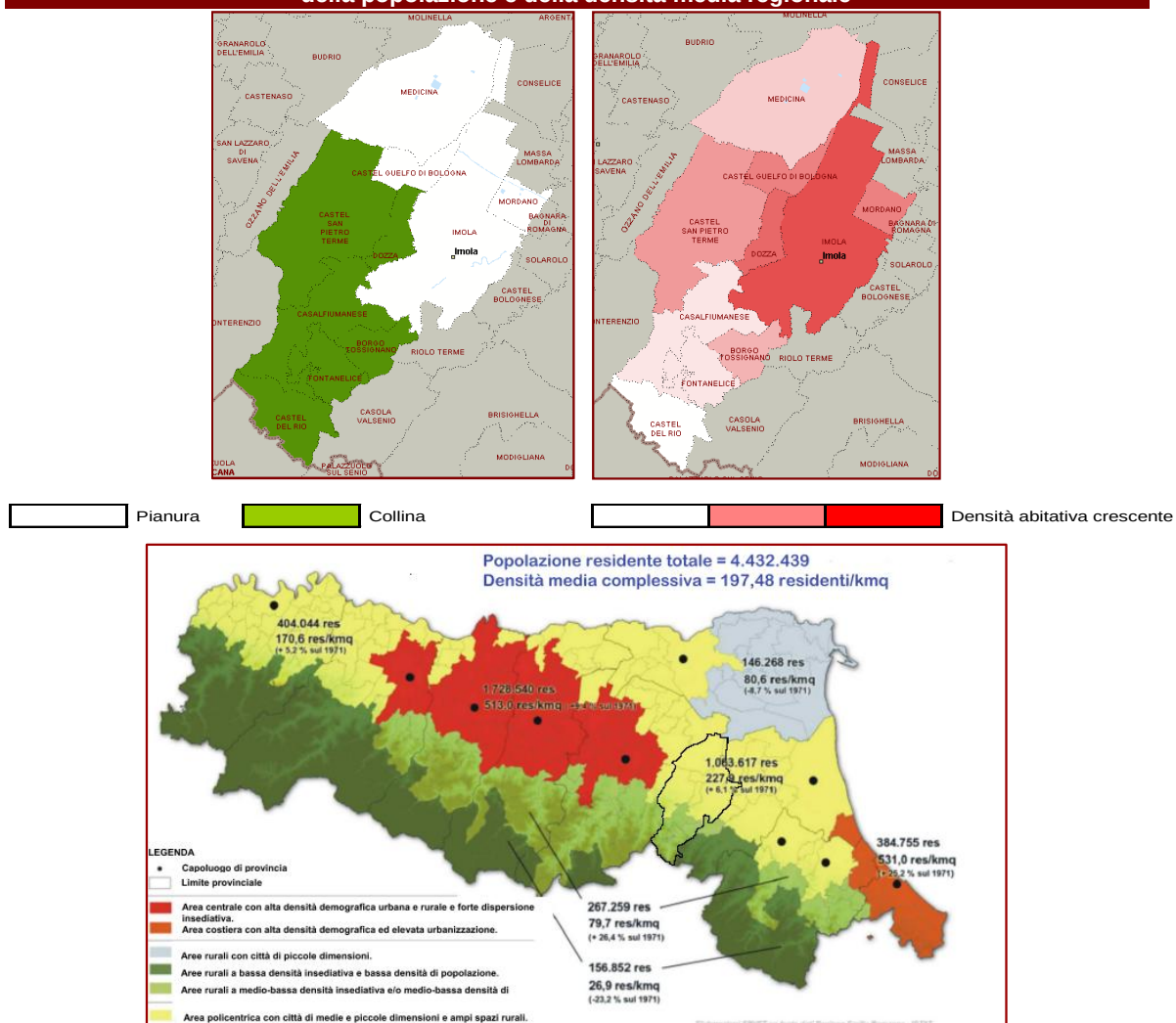
COMUNE ZONA ALTIMETRICA	SUPERFICIE	DENSITÀ DI POPOLAZIONE	POPOLAZIONE			2011 Peso% su Totale AUSL	2010 Peso% su Totale AUSL
	kmq	Pop/kmq	M	F	Totale		
Pianura							
IMOLA	204,94	338,02	33454	35820	69.274	52,23%	52,37%
MORDANO	21,46	220,13	2.411	2.313	4.724	3,56%	3,58%
MEDICINA	159,11	105,93	8.291	8.563	16.854	12,71%	12,63%
CASTEL GUELFO	28,55	152,89	2.155	2.210	4.365	3,29%	3,24%
TOTALE pianura	414,06	229,96	46.311	48.906	95.217	71,79%	71,82%
Collina							
CASTEL S. PIETRO	148,48	140,29	10.213	10.618	20.831	15,70%	15,68%
DOZZA	24,24	269,93	3.255	3.288	6.543	4,93%	4,94%
CASALFIUMANESE	81,97	42,58	1.737	1.753	3.490	2,63%	2,64%
BORGO TOSSIGNANO	29,12	114,94	1.653	1.694	3.347	2,52%	2,52%
FONTANELICE	36,57	53,76	995	971	1.966	1,48%	1,46%
CASTEL DEL RIO	52,56	23,73	600	647	1.247	0,94%	0,95%
TOTALE collina	372,94	100,35	18.453	18.971	37.424	28,21%	28,18%
TOTALE GENERALE	787	168,54	64.764	67.877	132.641	100%	100%
Prov. Bologna (2010)		267,90					
RER (2010)		197,50					
ITALIA (2010)		201,00					

Fonte: Anagrafi Comuni Nuovo Circondario Imolese, Statistica Regione E.R. e pubblicazione ISTAT "Noi Italia" – Ed. 2011

Imola, con un dato da anni superiore alla media provinciale, raggiunge la densità di 338 abitanti per Km². Diametralmente opposta la densità abitativa del comune di Castel del Rio, pari a circa 24 residenti/Km². Gli incrementi 2011 di questo indicatore riguardano principalmente Castel Guelfo e Dozza attestatisi rispettivamente a 152,89 e 269,93 residenti/Km². In rialzo di una unità pro Km², anche Medicina, ma qui la vastità territoriale (159 km²) tende a limitarne la densità abitativa. Tutti i valori di questi comuni sono inevitabilmente correlati ai fenomeni migratori di quest'ultimo quinquennio che hanno contraddistinto queste realtà più di altre.

Incrociando i dati in Tabella 1.1 con i quelli in Figura 1.2. si desume (escludendo le zone centrali ad alta densità urbana prospicienti i capoluoghi di provincia) una densità abitativa di pianura del territorio imolese poco al di sopra della media dell'area padana emiliano-romagnola (227,9 ab/kmq). Tale caratteristica si amplifica nettamente nel confronto con le analoghe zone collinari sia centro emiliana che romagnola forlivese-cesenate.

Figura 1.2 - Distribuzione dei Comuni della AUSL di Imola per zona altimetrica e densità e mappa della popolazione e della densità media regionale



Fonte: elaborazione ERVET – Emilia Romagna su dati ISTAT 2010

Come verificato dai dati regionali, si inizia ad abbozzare a livello RER un lieve aumento della collina a discapito della pianura indotto dai flussi migratori dell'ultima generazione, dai costi abitativi minori rispetto alle città e, marginalmente, da scelte di vita diverse connesse a nuove opportunità lavorative legate ad aziende agrituristiche ed a nuove forme di agricoltura. A questa particolarità sembra si stia uniformando lentamente anche il circondario imolese.

I +250 nuovi residenti distribuiti nei 5 comuni collinari, nel confronto col 2010, sembrano testimoniare un inizio di inversione di tendenza. Arginata grazie ad una "nuova politica

dell'abitare" promossa in questi anni dal Governo Locale, attraverso opere di rigenerazione urbana messe in campo anche da numerosi comuni collinari, si conferma leggermente in diminuzione la dispersione abitativa: il 67,6% circa della popolazione circondariale vive nei 10 centri urbani dei comuni, il restante 32,4% è distribuito tra Frazioni ed insediamenti sparsi.

1.1.1 Collocazione geografica, viabilità ed infrastruttura

Di primaria importanza, come volano per l'impulso e l'innovazione, è l'asse via Emilia, via Selice-Montanara e le due strade perpendicolari alla via Emilia, che da Castel San Pietro Terme e da Toscanella raggiungono l'autostrada.

Sette Comuni su dieci sono attraversati da queste due importanti direttrici alle quali si aggiunge l'arteria autostradale A14 con i due caselli di Castel San Pietro Terme e di Imola.

Le analisi condotte sulla viabilità hanno evidenziato però una criticità viaria, collegata alla mancanza della complanare di Sud-Ovest progettata in parte, cui potrebbe inserirsi l'arteria "Bretella passante imolese" non ancora completata. Gli stabilimenti ospedalieri di Imola e Castel San Pietro Terme collocati nella direzione segnata dalla S.S. Emilia sono ben bilanciati dal punto di vista posizionale dai Poli Sanitari di Medicina (per la pianura del nord-ovest) e Borgo Tossignano (per la valle Santerno di sud-est), entrambi altamente strategici per una risposta ai bisogni sanitari. La Valle del Santerno, corrispondente al 5% del territorio provinciale, si incunea in un fondovalle terrazzato a prevalenza rurale che include una cospicua parte del "Parco Regionale della Vena del Gesso Romagnola"; pur offrendo forti connotazioni paesaggistiche con buone potenzialità turistiche, risulta sfavorito, proprio per la sua conformazione geo-fisica, al potenziamento dei servizi e del tessuto economico. Tuttavia, non sempre la grande estensione territoriale e la vicinanza ai grossi centri urbani sono sinonimo di eccellenza, se non associati ad altri standard pro abitante, come risulta, da un'interessante e seppur parziale tabella (Figura 1.3) inserita in un studio della Provincia di Bologna del 2007.

Infatti secondo una batteria di parametri infrastrutturali in mq (istruzione, rete civico-religiosa, verde pubblico, parcheggi) gli standard migliori, in un contesto comunque altamente qualificato a livello generale, sono appannaggio di Castel S. Pietro, Casalfiumanese e Castel del Rio nell'ordine.

Figura 1.3 – Superfici dotazioni infrastrutturali esistenti e relativo "standard" pro abitante

TABELLA a) - SUPERFICI DELLE DOTAZIONI ESISTENTI E RELATIVO "STANDARD" IN AMBITO CIRCONDARIALE														
COMUNI DEL NUOVO CIRCONDARIO IMOLESE	Popolazione di riferimento *	Istruzione (mq)	Standard (mq/ab)	Attrezzature di interesse comune										
				Civiche** (mq)	Standard (mq/ab)	Religiose (mq)	Standard (mq/ab)	Totale (mq)	Standard (mq/ab)	Verde pubbl. atteso per tempo libero gioco, sport (mq)	Standard (mq/ab)	Parcheggi pubblici (mq)	Standard (mq/ab)	AREE DOTAZIONI TOT. (mq)
BORGIO TOSSIGNANO	3.227	5.720	1,77	4.689	1,45	8.074	2,51	12.763	3,96	141.828	43,95	17.436	5,40	177.747
CASALFUMANESE	3.241	15.670	4,83	2.913	0,90	32.934	10,16	35.847	11,06	172.589	53,26	23.289	7,19	247.395
CASTEL DEL RIO	1.254	2.489	1,98	12.615	10,06	11.908	9,50	24.523	19,56	41.329	32,96	9.722	7,75	78.063
CASTEL GUELFO	3.894	25.957	6,67	9.789	2,52	7.272	1,87	17.061	4,39	88.629	22,76	24.392	6,26	156.039
CASTEL SAN PIETRO TERME	20.020	111.687	5,58	59.717	2,98	83.472	4,17	143.189	7,15	1.175.933	58,74	167.608	8,37	1.598.417
DOZZA	6.012	28.460	4,73	11.699	1,94	16.092	2,68	27.791	4,62	183.986	30,60	36.710	6,12	276.947
FONTANELICE	1.868	7.471	4,00	5.321	2,85	8.249	4,42	13.570	7,27	74.315	39,78	7.108	3,81	102.464
IMOLA	66.658	213.667	3,21	412.886	6,20	159.507	2,39	572.393	8,59	1.534.016	23,02	299.333	4,49	2.619.409
MEDICINA	15.326	51.488	3,36	50.400	3,29	30.143	1,97	80.543	5,26	339.513	22,15	52.145	3,40	523.689
MORDANO	4.403	19.021	4,32	5.748	1,31	4.118	0,94	9.866	2,25	88.731	20,15	15.468	3,51	133.086
TOTALE ambito circondariale	125.903	481.630	3,83	575.777	4,57	361.769	2,87	937.546	7,45	3.840.869	30,51	653.211	5,19	5.913.256

* Popolazione residente al 31.12.2006

** Strutture sanitarie; Centri socio-culturali

Risulta quindi imprescindibile anche dal punto di vista sanitario, un disegno articolato di rete di servizi, compatibile con l'evoluzione strutturale, tecnologica e non ultimo delle politiche energetiche, delineato non solo a livello regionale, ma anche a livello di Area Vasta Emilia Centro. Quadro complessivo recepito nell'ultimo *Piano Strategico e Attuativo Locale 2010 – 2013*, documento di pianificazione aziendale fonte di indirizzi di governo ed organizzativi.

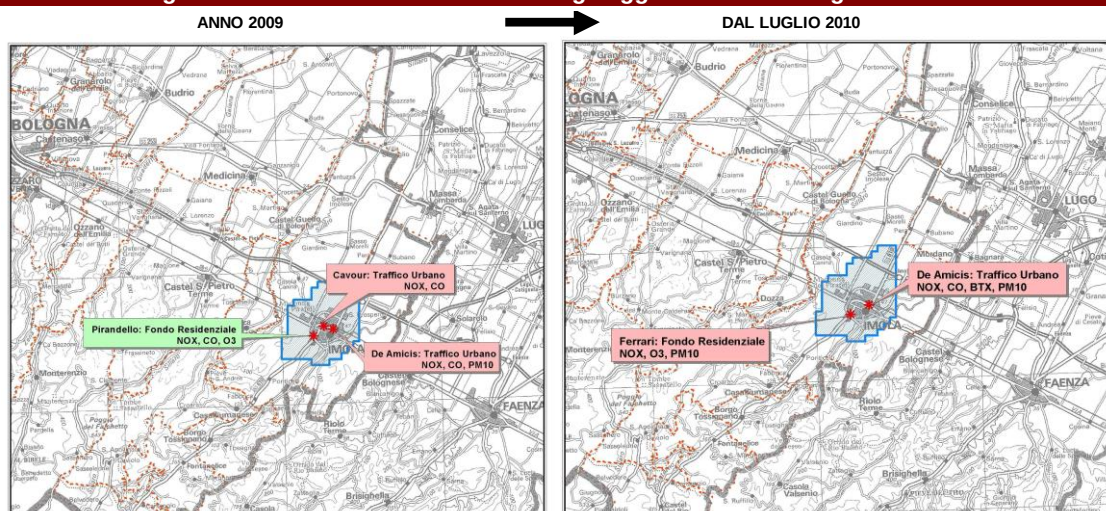
1.2 Ambiente

1.2.1 Fonti di inquinamento

La rete di monitoraggio dell'inquinamento atmosferico presente sul territorio provinciale di Bologna, costituita da stazioni di rilevamento per i principali inquinanti, è attiva dal 1998.

Sul territorio di Imola sono presenti 3 centraline, situate in Viale De Amicis, Via Cavour e nella nuova stazione Ferrari, che da maggio 2010 ha sostituito quella di Via Pirandello più arretrata rispetto alla viabilità della zona.

Figura 1.4 - Stazioni di rilevamento negli agglomerati di Bologna ed Imola



I parametri rilevati dalle stazioni sono: Biossido di azoto (NO_2); Monossido di carbonio (CO); Polveri inalabili con diametro aerodinamico $<10 \mu\text{m}$ (PM_{10}); Polveri respirabili con diametro aerodinamico $<2,5 \mu\text{m}$ ($\text{PM}_{2,5}$); Biossido di zolfo (SO_2); Ozono (O_3); Benzene (C_6H_6).

Tra gli inquinanti atmosferici l'Ozono e il PM_{10} rappresentano buoni traccianti e generici indicatori di potenziali effetti sanitari. Si tralascia la descrizione del Biossido di azoto, che risulta costantemente entro i limiti previsti.

OZONO (O_3) – I valori di riferimento indicati dalla normativa sono i seguenti: "Soglia di informazione" (media oraria): $180 \mu\text{g}/\text{m}^3$; Soglia di allarme (media di 1 ora per 3 consecutive): $240 \mu\text{g}/\text{m}^3$; obiettivo a lungo termine per la protezione della salute umana (media massima giornaliera su 8 ore nell'arco di un anno): $120 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

Per l'anno 2011, nel territorio dell'AUSL di Imola, i dati del monitoraggio dell'Ozono evidenziano che il limite previsto come Obiettivo a lungo termine ($120 \mu\text{g}/\text{m}^3$ come media giornaliera) è stato superato in 52 giornate, mentre non si è osservato nessun superamento della "Soglia di informazione" ($180 \mu\text{g}/\text{m}^3$).

Tabella 1.5 – Ozono - Superamenti dell'Obiettivo a lungo termine di Ozono. Anni 2009-2011

OZONO				
ANNO	STAZIONE	media annuale $\mu\text{g}/\text{m}^3$	Obiettivo a lungo termine media 8 h max $> 120 \mu\text{g}/\text{m}^3$	Soglia di Informazione media h $> 180 \mu\text{g}/\text{m}^3$
			n. superamenti	n. superamenti
2009	IMOLA PIRANDELLO	48	33	0
2010	IMOLA FERRARI	N.D.	N.D.	0
2011	IMOLA FERRARI	57	52	0

NB: dati 2010 non disponibili causa parziale funzionamento nuova centralina "Ferrari"

PM10 – Rappresenta la misura delle polveri ultrafini inalabili di diametro $< 10\mu\text{m}$. Il valore limite giornaliero per la protezione della salute umana è stabilito in $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$, da non superarsi per più di 35 volte nell'anno; il valore limite espresso come media annuale è pari a $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

Dall'1/1 al 31/12/2011 si sono verificati 44 superamenti del Valore Limite Giornaliero ($50 \mu\text{g}/\text{m}^3$) nell'agglomerato di Imola, concentrati nei mesi autunnali e invernali; tale dato è praticamente sovrapponibile a quello registrato nel 2010.

In Tabella 1.6 sono evidenziate le giornate in cui è stato superato il Valore Limite Giornaliero. Nel periodo 2005 – 2011, si può notare come il *trend* in diminuzione a partire dal 2007 si sia invertito dal 2010, mentre nel 2011 la percentuale di giornate /anno con valori nella norma (pari a 87,9%) è praticamente la stessa del 2010. La media annuale risulta pari a $30 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

Figura 1.6 - Polveri ultrafini (PM10) nel territorio dell'AUSL di Imola. Periodo 2005-2011

ANNO	NUMERO DI SUPERAMENTI ANNUALI	% DI GIORNATE/ANNO CON VALORI NELLA NORMA	MEDIA ANNUALE
2005	52	85,0%	n.d.
2006	69	81,1%	39
2007	49	86,6%	34
2008	38	89,5%	n.d.
2009	32	91,2%	28
2010	43	88,0%	28
2011	44	87,9%	30

Relativamente ai **campi elettromagnetici**, la loro importanza in termini di popolazione esposta deriva soprattutto dall'alto livello di percezione del rischio che si è sviluppato in questi anni nella popolazione, associato al permanere di incertezze scientifiche sul grado di pericolosità di questi agenti fisici legati soprattutto alla scarsità di dati definiti sugli effetti a lungo termine.

L'analisi in Tabella 1.7 evidenzia che nel territorio di riferimento del Circondario di Imola, la densità degli impianti per kmq. (limitatamente alla bassa frequenza) risulta sensibilmente inferiore al dato provinciale (0,29 vs 0,42) ed in misura minore al dato regionale. Inoltre molti impianti sono concentrati nel medesimo sito. Anche questo elemento rappresenta un indicatore importante relativo alla bassa disseminazione di impianti che possono determinare un'esposizione della popolazione a campi elettromagnetici. Pertanto dai dati disponibili si può affermare che non sono presenti, se si esclude l'area ove collocati gli impianti Radio-televisivi di Monte Grande a Castel San Pietro Terme (già individuato dal Piano Provinciale quale area da bonificare), situazioni di impatto rilevante sul territorio.

Figura 1.7 – Impianti elettromagnetici ed indicatori nel territorio dell'AUSL di Imola e confronti al 01/01/2011

AREA TERRITORIALE	Totale fonti elettromagnetiche (impianti telefonia mobile, tv, wmax, radio, radar)	Abitanti residenti 1/1/2011	IMPIANTI per 1.000 ab. residenti	Superficie (kmq)	DENSITA' IMPIANTI con emissioni elettromagnetiche per Kmq.
BORGHI TOSSIGNANO	4	3.323	1,20	29,12	0,14
CASALFUMANESE	27*	3.477	7,77	81,96	0,33
CASTEL DEL RIO	1	1.260	0,79	52,56	0,02
CASTEL GUELFO DI BOLOGNA	3	4.279	0,70	28,55	0,11
CASTEL SAN PIETRO TERME	73**	20.673	3,53	148,48	0,49
DOZZA	10	6.517	1,53	24,23	0,41
FONTANELICE	26	1.920	13,54	36,57	0,71
IMOLA	68	69.112	0,98	204,96	0,33
MEDICINA	15	16.675	0,90	159,1	0,09
MORDANO	4	4.725	0,85	21,53	0,19
Circondario imolese	131	131.961	0,99	787,06	0,17
Provincia di Bologna	1.558	991.998	1,57	3.702,41	0,42
Regione Emilia Romagna	6.677	4.432.439	1,51	22.445,54	0,30

NB: * di cui 20 in un unico sito; ** di cui 55 in un unico sito; *** di cui 25 in un unico sito

FONTE: elaborazione Uff. SIS su dati BD Regione E.R. ed ARPA.

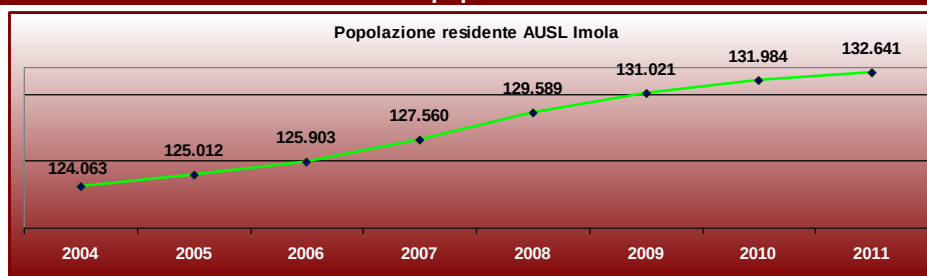
1.3 Popolazione

1.3.1 Struttura demografica della popolazione residente

L'ultimo anno è stato particolare per la demografia italiana per via del 15° Censimento della popolazione e delle abitazioni, appuntamento importante che, da 150 anni a cadenza decennale, consente di comprenderne caratteristiche e cambiamenti nel tempo. L'edizione 2011 rimarrà nella storia, perché di rilievo epocale in funzione del massiccio utilizzo delle nuove tecnologie che hanno permesso, ad esempio, di compilare il questionario attraverso la rete internet, oppure di geo-referenziare tutte le informazioni raccolte attraverso un potente Data Base archivistico di numeri civici. Il *feedback* derivato dalla popolazione è stato estremamente positivo ed anche i cittadini del comune di Imola, in questo senso, hanno fatto la loro parte: l'85,25% dei questionari imolesi è stato consegnato direttamente dai cittadini. Dei 30.193 questionari restituiti, il 40% circa è stato conferito tramite gli uffici postali, il 20% tramite web, il 25% tramite i Centri comunali di raccolta ed appunto solo il 14,75%, tramite sollecito dei rilevatori. Si stanno ultimando i controlli censuari incrociati, per cui in attesa della validazione dell'ISTAT, si è rendicontato quanto rilevato dalle 10 Anagrafi Comunali, tramite la modulistica P.2. Da sempre gli andamenti della fecondità, della

mortalità e non ultimo delle migrazioni/immigrazioni, determinano importanti conseguenze sulla composizione e quindi sulla numerosità di una popolazione. Mai, come all'interno di una congiuntura economica sfavorevole tipo quella attuale, questi elementi tendono a relazionarsi in maniera negativa. Non sfuggono a questo legame di dipendenza socio-economica, realtà territoriali dalle più svariate estensioni, anche se proprio quelle di medio-piccola entità, come la nostra, sembrano essere maggiormente colpite. Il 2010 aveva anticipato l'evento, ma il 2011 ne ha confermato l'esito: il flusso incrementale, che ha caratterizzato la popolazione residente dal 2004, sembra essersi pressoché azzerato in corrispondenza dell'ultimo anno (+0,50% sul 2010), in funzione di un aumento di sole 687 unità. Sono oramai un ricordo le variazioni % superiori al punto, come quella tra il 2008-2007 (+1,6%) che ha contribuito a mantenere l'incremento medio annuo 2004-2011 sull'ordine di 1.225 unità.

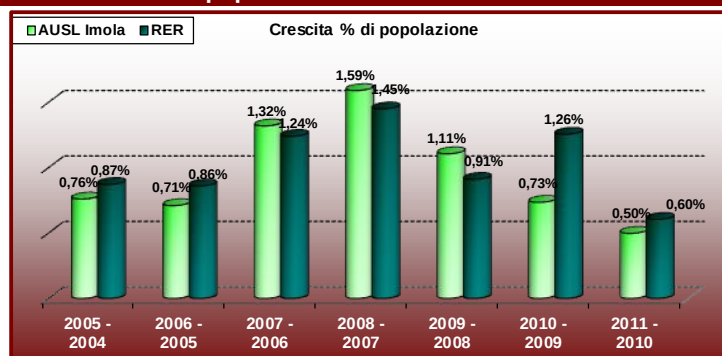
Grafico 1.8 - Variazione assoluta della popolazione circondariale. Periodo 2004-2011



Fonte: Anagrafi Comunali - Mod. ISTAT P.2

A testimonianza di quanto espresso, dal Grafico 1.9 emerge come il fenomeno abbia colpito maggiormente il territorio imolese rispetto alla realtà emiliano romagnola nel suo complesso, anche se è necessaria cautela in funzione della stima ISTAT applicata al 31/12/2011, su quest'ultimo livello. Infatti, pur "sterilizzando" dalla variazione % del territorio regionale la quota parte di popolazione acquisita dai territori ex marchigiani della Val Marecchia (periodo 2010-2009), che ha incrementato la propria popolazione di +1,26%, appare evidente l'inversione di tendenza dei due livelli a confronto, rispetto ai periodi precedenti.

Grafico 1.9 - Variazione % della popolazione circondariale e RER. Periodo 2004-2011 al 31/12



Fonte: Anagrafi Comunali, BD Regione Emilia Romagna e stima Pop. 2011 RER su base ISTAT primi 11 mesi 2011
NB: la popolazione E.R. al 31/12/2009 non comprende la quota parte della Valmarecchia, inserita solo al 1.1.2010

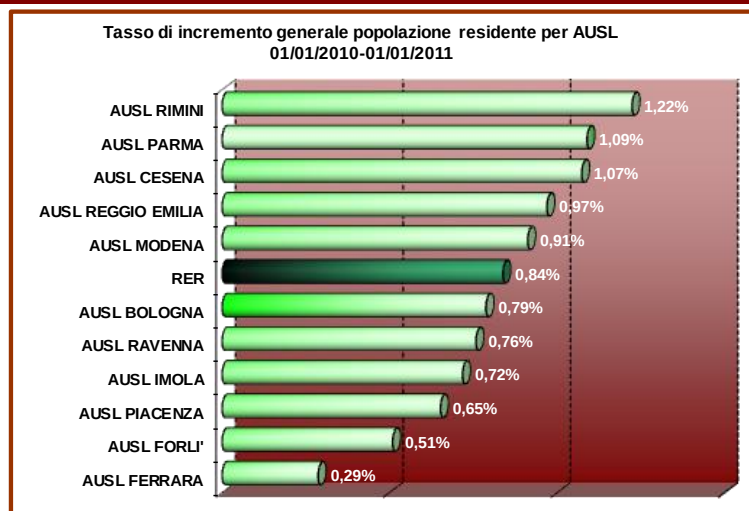
Il Grafico 1.10, che mostra il tasso di incremento generale 2010-2011 della popolazione residente per azienda territoriale all'1/1, registra un delta % della popolazione residente imolese ben al di sotto del valore medio regionale. In evidenza la dinamica demografica dell'AUSL di Rimini, che consolida il *trend* positivo iniziato con la citata acquisizione amministrativa. L'AUSL di Ferrara conferma, anche nel 2011, la propria posizione in coda al *demo-ranking* con +0,29%.

Due novità hanno caratterizzato l'assetto demografico del nostro territorio nel 2011 in una sorta di effetto combinato. In primo luogo - caratteristica mai riscontrata prima - pur in presenza dell'esiguo aumento in termini assoluti, la popolazione residente con cittadinanza straniera è aumentata maggiormente rispetto alla popolazione complessiva (681 unità *vs* 657).

Tale aumento - che ha determinato le variazioni complessive fotografate in Figura 1.11 - non è stato omogeneo nei comuni del territorio, ma si è dimostrato più concentrato su alcune realtà rispetto ad altre in funzione dell'alta mobilità della componente straniera (come dimostrato dal recente *appeal*/2011 di alcune realtà che fino ad oggi avevano attratto meno).

La seconda novità, non per ordine di importanza, è la seguente: la componente italiana è stata colpita da un decremento seppur lieve, ma su cui porre attenzione. Il motivo della "frenata" è da ricercarsi principalmente nell'attenuazione dei flussi immigratori tra comuni nell'asse sud nord e forse nella contemporanea fuga di una % di popolazione produttiva in cerca di opportunità lavorative, lettura conciliabile anche con l'incremento nel 2° semestre 2011 delle dichiarazioni di immediata disponibilità lavorativa (DID) secondo dati Nuovo Circondario Imolese.

Grafico 1.10 – Tasso di incremento generale della popolazione residente per AUSL e RER. Periodo 1/1/2010-2011

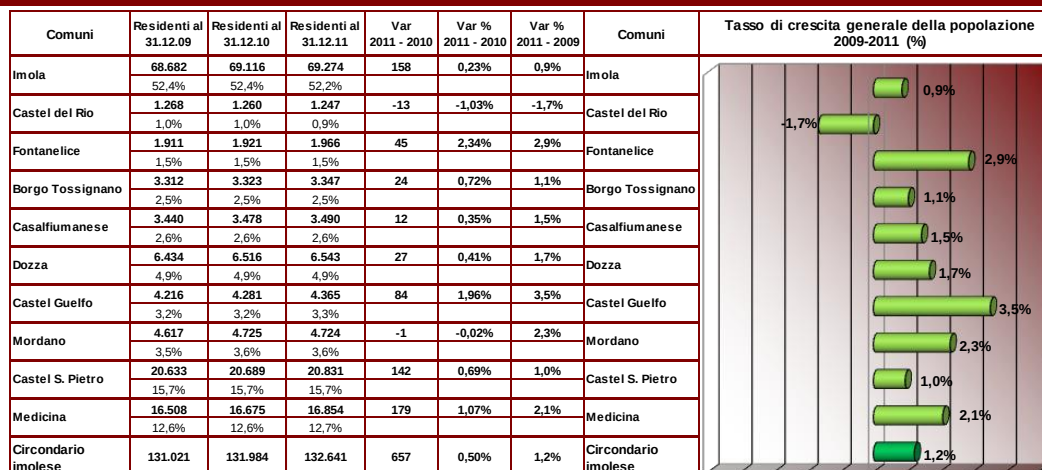


Fonte: BD regionale (i comuni ex marchigiani dell'Alta Valmarecchia sono compresi a partire dal 1.1.2010)

Il *trend* della popolazione del circondario imolese, nel periodo di "crisi" 2009-2011, mostra la corsa demografica di alcuni comuni: Castel Guelfo, Fontanelice, Mordano e Medicina - in ordine decrescente gli unici con aumenti ben superiori ai 2 punti percentuali. Necessario un distinguo statistico: se nelle prime due realtà comunali l'incremento non ha subito soste nel triennio, nel corso del 2011, Medicina ha dimezzato quanto consolidato fino a quel momento, mentre Mordano

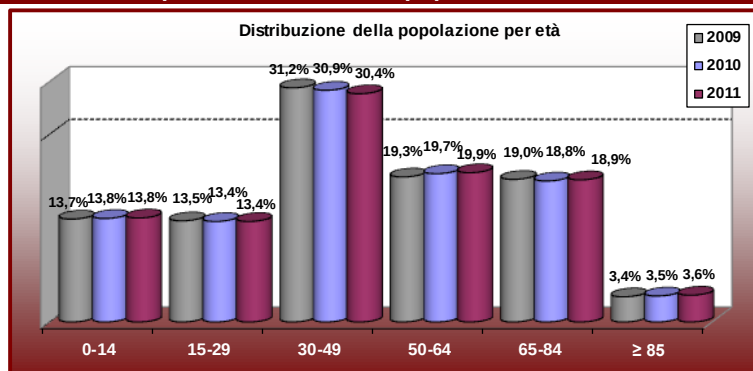
lo ha addirittura azzerato. Qui più che altrove, probabilmente acuta nell'ultimo anno, la forte contrazione legata alla correlazione demo-lavoro. In conclusione, sono 7 i comuni con un saldo 2011-10 contraddistinto da un segno negativo oppure da uno "0".

Figura 1.11 - Variazione assoluta e % della popolazione circondariale per Comune di residenza. Periodo 2009-2011



Il Grafico 1.12 riporta la struttura per fasce di età dell'intera popolazione circondariale, misurando il confronto 2009-2011.

Grafico 1.12 - Distribuzione per fasce di età della popolazione circondariale. Periodo 2009-2011



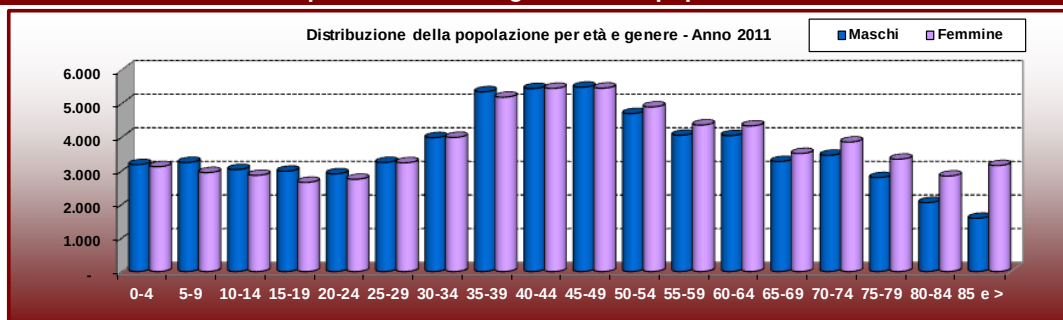
Analizzando la distribuzione per macroaggregazioni di età, ai fini dell'individuazione del cosiddetto carico sociale e per una verifica sulla ricaduta attesa in termini di impatto sui consumi sanitari, si osserva che:

- Il macroaggregato ad elevato impatto sul sistema sanitario (classi 0-14, 65-84 e >85) aumenta leggermente grazie alle classi anziane e grandi anziani, attestandosi al 36,4% della popolazione totale. Particolarità: l'incremento assoluto nel 2011 della coorte dei 65enni (bilanciata da altre classi annuali inserite nell'aggregato) dovuto principalmente alle nascite nell'anno immediatamente successivo alla fine dell'evento bellico.

- La fascia definita a “bassa produttività e moderato impatto sul sistema” mostra una sostanziale tenuta della classe di ingresso (15-29). Leggermente diverso il comportamento della classe 50-64 in incremento dello 0,2% sul 2010.
- La fascia mediana ad “alta produttività e basso impatto sul sistema sanitario” (classe 30-49) continua nel proprio inesorabile *trend*, flettendo di mezzo punto % nel confronto 2011-2010, raggiungendo il 30,4% della popolazione residente. Il fenomeno, confermato anche a livello nazionale dalle più accreditate fonti, prevede per gli anni a venire uno scenario di forte calo demografico nella fascia 30-39 anni.

La distribuzione per classi di età e genere del grafico sottostante, indica una prevalenza della popolazione maschile fino alla fascia di età comprendente i 49 anni (incidenza maggiore di nati maschi e prevalenza sempre dello stesso sesso, grazie anche alla particolarità legata agli stranieri residenti).

Grafico 1.13 - Distribuzione per fasce di età e genere della popolazione circondariale. Anno 2011



Diametralmente opposta la tendenza dai 50 anni in avanti, ove il genere femminile grazie ad un incidenza % più elevata e multifattoriale, in tutte le fasce di età, recupera il *gap* demografico nei confronti dell'altro genere. Dall'analisi della curva raffigurata nel Grafico 1.13 risulta come l'età media ed anche mediana della popolazione residente del bacino del Circondario Imolese sia di 44 anni per i maschi e di circa 46 per le femmine.

1.3.2 Aspettativa di vita

L'Emilia Romagna con gli oltre 4.459.000 residenti risulta fra le regioni, secondo la codifica NUTS – Eurostat, più popolate a livello europeo ed è anche ai primi posti in termini di longevità, quindi di aspettativa di vita. Proprio quest'ultimo aspetto ha caratterizzato nel corso degli anni la struttura della popolazione regionale, non solo come indicatore statistico del numero medio di anni di vita ad una certa età derivato da una popolazione indicizzata, ma soprattutto come forte indicatore di salute. Anche nel triennio 2008 – 2010 la speranza di vita continua nel suo ciclo ascendente sia tra gli uomini che tra le donne, pur registrando ancora significative differenze alcune “storiche” altre invece, confermandosi anno dopo anno, vedono il sesso maschile in una lenta risalita nel medio lungo periodo:

- nel triennio 2008-2010 però, rispetto al precedente 2007-2009, il *gap* tra il genere maschile e quello femminile in termini vita attesa non è diminuito in tutte le Province RER. Il differenziale di vita è infatti rimasto pressoché invariato (2007-2009: 4,71 vs 2008-2010: 4,68);
- la variazione % dell'aspettativa di vita alla nascita, nei due trienni messi a confronto, mostra una maggiore crescita per i maschi (+0,20%) rispetto alle femmine (+0,15%).

In Tabella 1.14 si riporta quanto sopra attraverso una sintesi comparata di speranza di vita e *trend* di crescita per genere: l'aspettativa di vita delle femmine risulta più elevata, mentre il tasso di crescita è inferiore; la tendenza inversa si realizza per i maschi.

Tabella 1.14 - Speranza di vita alla nascita su base triennale per Province RER

Province di residenza	2007-2009		2008-2010				Var. %	
	Maschi	Femmine	Maschi	ranking	Femmine	ranking	Maschi	Femmine
Piacenza	78,64	83,73	78,89	8	83,86	9	0,32%	0,16%
Parma	79,21	83,90	79,39	7	83,94	8	0,23%	0,05%
R. Emilia	79,18	84,08	79,48	6	84,45	7	0,38%	0,44%
Modena	79,98	84,63	80,05	4	84,86	2	0,09%	0,27%
Bologna	79,83	84,38	80,04	5	84,48	6	0,27%	0,12%
Ferrara	78,59	83,70	78,78	9	83,74	4	0,24%	0,05%
Ravenna	80,28	84,54	80,39	2	84,73	5	0,14%	0,22%
Forlì-Cesena	79,90	84,82	80,20	3	84,82	3	0,38%	0,00%
Rimini	80,14	84,66	80,44	1	84,94	1	0,38%	0,33%
RER	79,58	84,29	79,74		84,42		0,20%	0,15%

Rimini registra in ambedue i generi le migliori longevità in termini di alta speranza di vita alla nascita. Decisamente migliori le *performance* della Romagna rispetto all'Emilia, grazie anche alla Provincia di Ravenna e Forlì-Cesena tra i maschi e di Forlì-Cesena tra le femmine.

Analizzando la speranza di vita a 65 anni (Tabella 1.15), si evidenzia un recupero delle province emiliane soprattutto nell'aspettativa di vita femminile.

Tabella 1.15 - Speranza di vita a 65 anni su base triennale, per Province RER

Province di residenza	2007-2009		2008-2010		Var. %	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piacenza	17,61	21,24	17,79	21,32	1,03%	0,36%
Parma	18,05	21,39	18,06	21,39	0,08%	0,02%
R. Emilia	18,15	21,42	18,28	21,63	0,72%	0,99%
Modena	18,45	21,84	18,62	21,94	0,92%	0,47%
Bologna	18,54	21,71	18,66	21,84	0,63%	0,61%
Ferrara	17,68	21,15	17,78	21,14	0,59%	-0,04%
Ravenna	18,82	22,10	18,95	22,19	0,68%	0,43%
Forlì-Cesena	18,61	22,01	18,71	22,04	0,52%	0,15%
Rimini	18,74	22,01	18,96	22,04	1,17%	0,12%

Qui il differenziale tra i generi si riduce attestandosi a 3,2 anni, con uno scarto che tende a decrescere spostandoci dall'Emilia alla Romagna. Ciò a dimostrazione del fatto che la minor mortalità, pur strettamente legata all'aumento dell'aspettativa di vita alle varie età, non è comunque l'unico fattore che determina l'invecchiamento di una popolazione, ma il suo effetto si unisce a quelli di altre componenti quali la natalità ed i flussi migratori (in questo caso forte è il contributo delle età intermedie).

1.3.3 Natalità

L'andamento della popolazione e la sua struttura non dipendono solo da un sistema locale "attrattivo", ma anche dal comportamento riproduttivo dei residenti, imprescindibile per limitare lo squilibrio generazionale. Se sul primo punto, l'analisi 2011, ci dice che si dovrà tendere al recupero di fette di popolazione, sul secondo si osserva l'alta natalità derivata dai residenti stranieri. Il tasso grezzo di natalità riferito al 2010 fa registrare per il circondario imolese un incremento, dopo la lieve frenata del 2009 (9,82 nati su 1.000 abitanti).

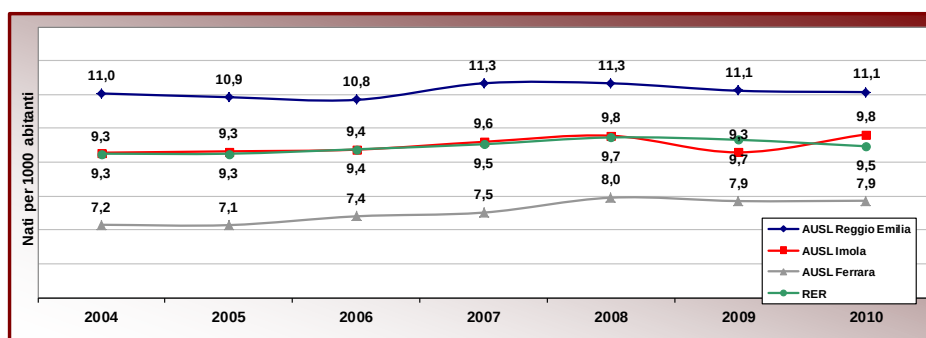
La particolarità: in un contesto regionale di complessivo calo sia a livello numerico che di tasso (prima volta dopo 15 anni) la natalità imolese è aumentata, nel corso del 2010, come in nessuna altra realtà regionale, raggiungendo nel confronto col 2004 uno scostamento del +5,8%, in linea con quello di Parma, di poco sotto alla provincia riminese e inferiore solo a quello di Ferrara.

Con lo scenario evidenziato nell'ultimo anno sarà difficile mantenere questi tassi, infatti, le prime proiezioni post-censuarie parlano, per il territorio AUSL, di un tasso attestato al 9‰.

Figura 1.16 - Tasso grezzo di natalità dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2004-2010

Aziende USL di residenza	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Var. % 2004 - 2010
AUSL Piacenza	8,34	8,33	8,56	8,68	8,74	9,15	8,52	2,2%
AUSL Parma	9,11	9,02	9,10	9,47	9,63	9,64	9,64	5,8%
AUSL Reggio Emilia	11,03	10,92	10,84	11,33	11,33	11,11	11,07	0,4%
AUSL Modena	9,99	10,22	10,04	10,18	10,54	10,34	10,20	2,1%
AUSL Bologna	9,00	8,84	9,18	9,13	9,03	9,35	8,69	-3,4%
AUSL Imola	9,28	9,32	9,37	9,60	9,78	9,29	9,82	5,8%
AUSL Ferrara	7,15	7,14	7,40	7,51	7,95	7,85	7,86	9,9%
AUSL Ravenna	8,6	8,62	9,14	9,25	9,65	9,44	9,02	4,9%
AUSL Forlì	9,09	9,10	9,53	9,20	9,54	9,21	9,46	4,1%
AUSL Cesena	9,76	9,17	9,55	9,64	9,75	9,84	9,66	-1,0%
AUSL Rimini	9,48	9,88	9,58	9,94	10,50	9,79	10,07	6,2%
RER	9,25	9,25	9,38	9,53	9,73	9,66	9,47	2,4%

Fonte: Elaborazione RER su dati Istat – Movimento e calcolo della popolazione residente



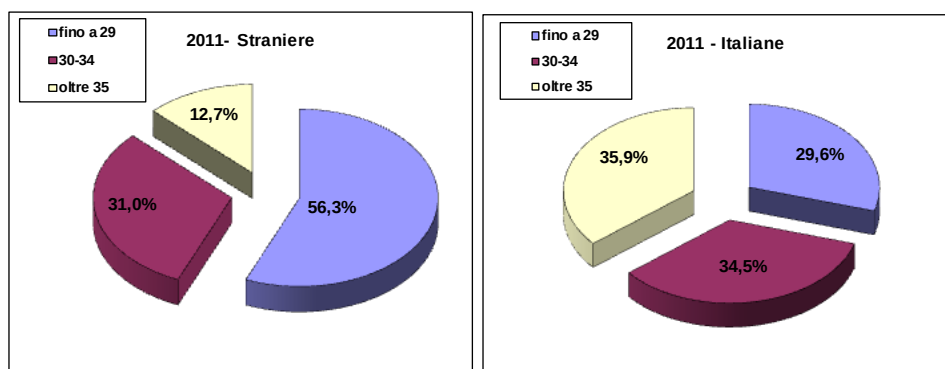
Infatti, la Figura 1.17, mostra un quadro 2011 dei parti che, seppur non esaustivo perché un "di cui" ove la componente di residenti extra aziendale non è filtrata, consente di ottenere quelle indicazioni mancanti nella precedente tabella.

Il volume dei parti presso le strutture della nostra azienda sanitaria appare in calo rispetto al 2010 (-7%). La diminuzione si spalma su quelli riferiti a madri italiane (-6,7%) e su quelli di madri straniere (-7,8%). Da notare, nell'ultimo quadriennio, il calo dei parti italiani a discapito di quelli di

cittadine straniere (-16,6% vs +38%). Circa 6 parti su 10 di [donne straniere](#) avvengono entro il 29° anno mentre la percentuale maggiore di parti di cittadine italiane avviene dopo i 35 anni.

Figura 1.17 - Parti presso Ostetricia e Ginecologia del Presidio AUSL di Imola. Periodo 2007-2011

Età	2007		2008		2009		2010		2011		Var. 2011-2007		Var. 2011-2010	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
15-19	10	2	5	12	3	14	4	5	15	9	5	7	11	4
20-24	72	51	59	57	43	65	44	70	60	66	-12	15	16	-4
25-29	193	72	170	78	147	114	155	90	163	85	-30	13	8	-5
30-34	407	56	369	58	307	78	310	83	277	88	-130	32	-33	5
35-39	221	19	261	31	228	37	259	51	250	29	29	10	-9	-22
40-44	58	6	64	5	69	8	86	9	37	7	-21	1	-49	-2
45-49	3	0	2	0	3	0	3	0	2	0	-1	0	-1	0
50 e oltre							1	0	0	0	0	0	-1	0
TOTALE	964	206	930	241	800	316	862	308	804	284	-16,6%	37,9%	-6,7%	-7,8%
Totale	1.170		1.171		1.116		1.170		1.088		-7,0%		-7,0%	



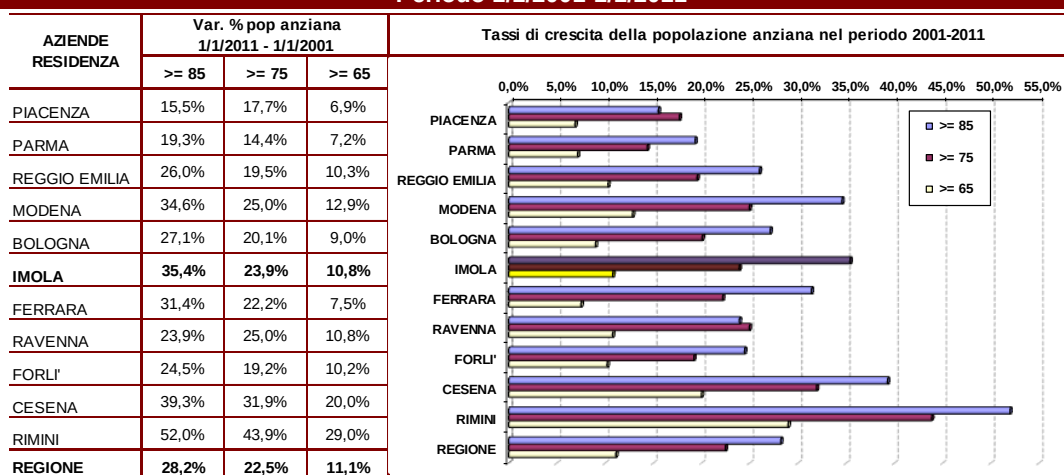
1.3.4 Anziani e grandi anziani

Il paragrafo si propone di aggiornare ed approfondire alcune linee di analisi già tracciate lo scorso anno. In particolare la verifica sulla popolazione anziana del territorio aziendale a confronto con la popolazione regionale. Dalla prima rappresentazione grafica emergono due dati di fatto:

- La realtà demografica del 1° decennio 2000 relativa alla popolazione anziana emiliano romagnola, pur in costante e generale aumento, presenta nei diversi sistemi locali coincidenti con le ASL di residenza, alcuni elementi caratterizzanti che ne determinano una variabilità.
- Tranne qualche rara specificità (forlivese, ferrarese e modenese su alcune classi età) si profila una sorta di demarcazione territoriale che identifica il territorio emiliano meno anziano di quello romagnolo, con la realtà imolese che, escludendo la fascia dei grandi anziani, sembra posizionarsi in una sorta di spartiacque. Spicca il valore particolarmente elevato della crescita del riminese per effetto dell'ampliamento che ha fatto confluire in quel livello grosse fette di popolazione anziana nel 2010.

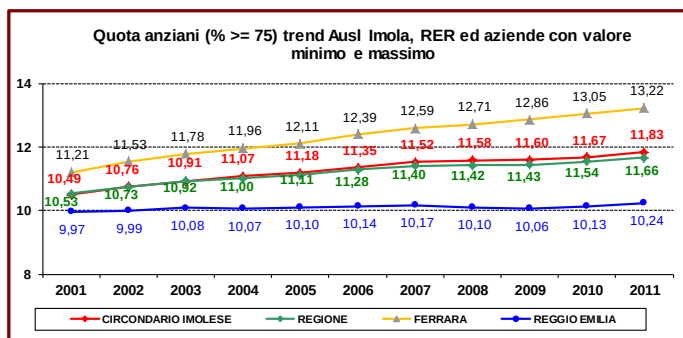
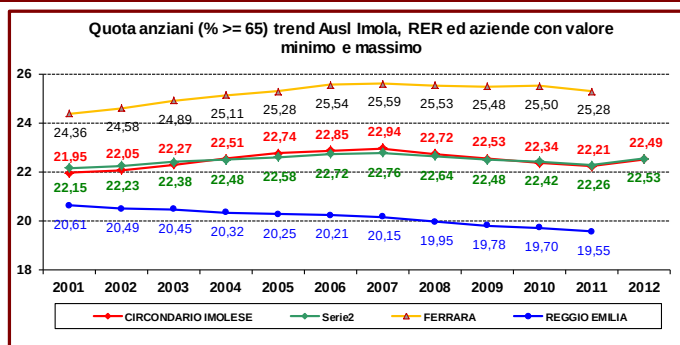
La Figura 1.18 evidenzia il tasso di crescita della popolazione circondariale ≥ 65 anni (+10,8%), nel decennio 1/1/2001-1/1/2011, esattamente sovrapponibile a quello medio regionale.

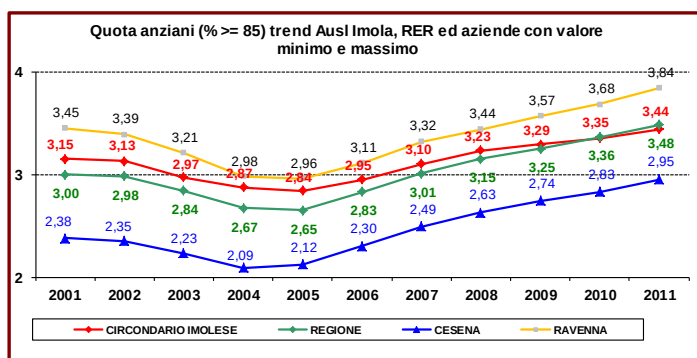
Figura 1.18 - Tassi di crescita popolazione anziana per ambiti aziendali e RER. Periodo 1/1/2001-1/1/2011



La fascia di popolazione di età ≥ 75 anni mostra invece un incremento del valore aziendale (+23,9%) superiore al valore medio regionale (+22,5%). Pur permanendo una forte forbice tra quest'ultimo livello e quello imolese, nel sottoinsieme definito "grandi anziani" ≥ 85 anni (28,2 vs 35,4) questo differenziale diminuisce di 3 punti percentuali rispetto alla stessa fotografia datata 2010. I Grafici 1.19, rappresentano bene i *trend* di invecchiamento della popolazione circondariale, posto a confronto con quello medio regionale, nonché con i sistemi locali a minor ed a maggior incidenza.

Grafici 1.19 – Indice di invecchiamento della popolazione (≥ 65) e quota incidenza ≥ 75 e ≥ 85 Periodo 1/1/2000-2011





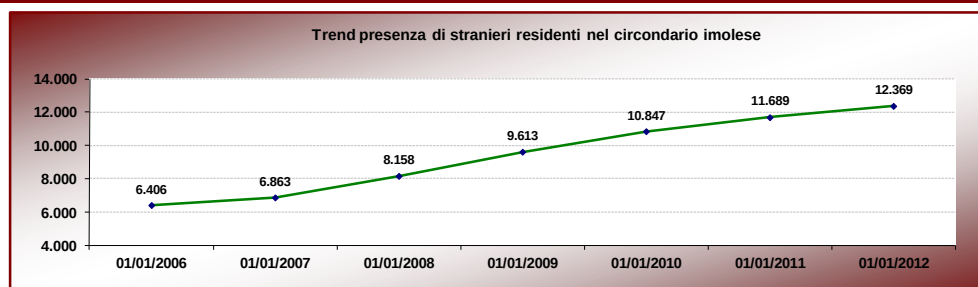
All'1/1/2011, si registra una quota anziani (≥ 65 anni) in lenta diminuzione su tutti i livelli territoriali e, proprio per questa diminuzione, l'incremento estemporaneo della "classe 46", ha comportato un aumento nel 2011 pari al +2%. La struttura demografica riferita agli *over 75* anni, vede ancora il territorio imolese, costantemente poco al di sopra dell'incidenza media regionale (11,83% *vs* 11,66%). Nei grandi anziani (≥ 85), per la prima volta grazie alla componente anziana *valmarecchiese*, il valore medio regionale supera quello del circondario imolese.

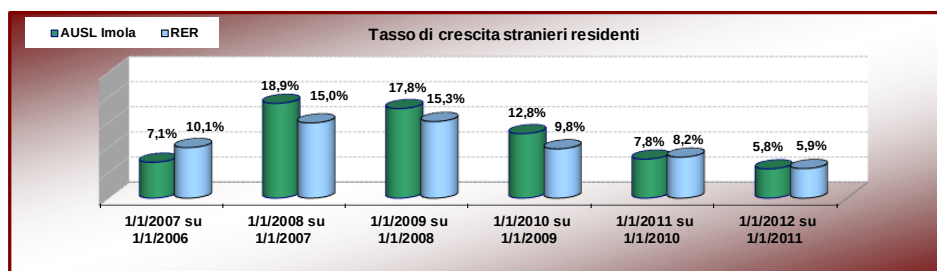
1.3.5 Stranieri

La dinamica della popolazione straniera residente continua ad essere molto attiva, pur in corrispondenza di una lieve flessione dell'incremento sul 2010 collegata alla difficile congiuntura economica. Le 12.369 unità, al 31/12/2011, costituiscono l'ammontare complessivo della cittadinanza estera nei 10 comuni del circondario, oramai un residente su 10 (9,33% della popolazione complessiva). La prevalenza è del genere femminile superiore al 9%, mentre i maschi si fermano al di sotto di quella soglia (8,6% all'1/1/2011).

Il Grafico 1.20 traccia l'espansione nel corso degli ultimi 7 anni. Il *trend* mostra una popolazione pressoché raddoppiata. La particolarità 2011: per la prima volta i residenti stranieri sono aumentati più della popolazione complessiva (680 *vs* 657 unità).

**Grafico 1.20 - Trend e tasso di crescita stranieri residenti, confronto AUSL di Imola e RER
Periodo 1/1/2006-1/1/2012**

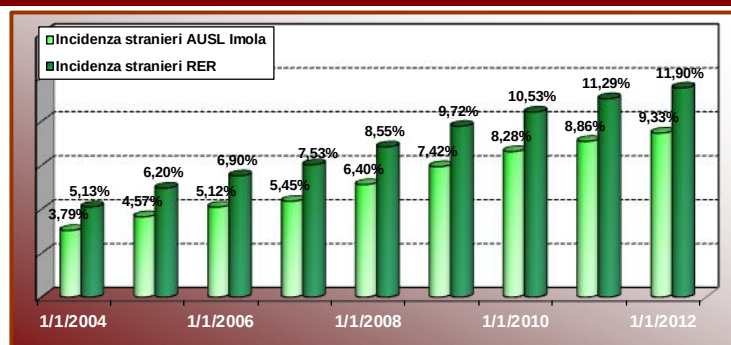




Nell'ultimo periodo i tassi di crescita sull'anno precedente, tra i due livelli (imolese e regionale), sembrano appaiarsi al ribasso. La presenza risulta essere differenziata sul territorio con una maggior incidenza 2011 nei territori di Castel del Rio (14,76), Fontanelice (12,41), Borgo Tossignano (12,28); anche se, negli ultimi anni, la crescita è stata più marcata a Castel Guelfo e Mordano. Si tratta di una popolazione prevalentemente in fascia attiva: circa il 96% di questa, appartiene al *range* età 0-59 contro il 68% di quella italiana. La fascia dei giovanissimi 0-14 assorbe il 20% di residenti stranieri, l'analoga dei pari italiani, il 13% circa.

Il peso % della popolazione straniera, in ambedue i livelli del confronto 2004-2012 è più che raddoppiato, come illustrato nel Grafico 1.21.

Grafico 1.21 - Incidenza % stranieri residenti nell'AUSL di Imola, a confronto con la media RER. Periodo 1/1/2004-1/1/2012

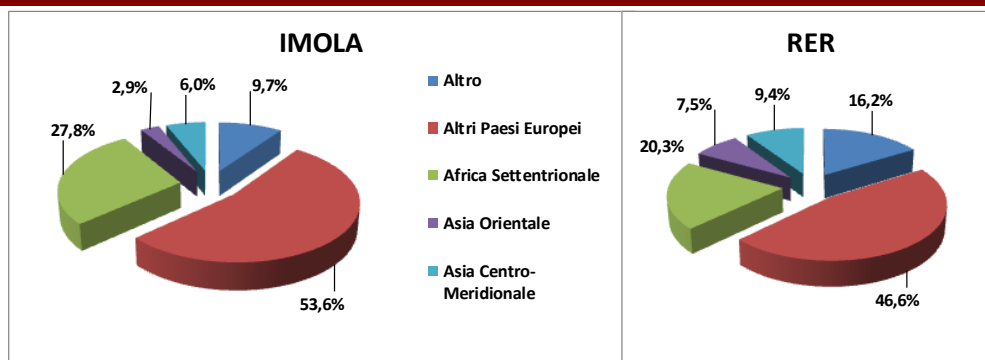


NB: dato regionale 1/1/2012 stimato Fonte: Statistica Self Service RER indicatori 2011

Il *trend* in costante aumento è contraddistinto da un differenziale sempre a favore del livello regionale attestatosi nell'ultimo periodo a +2,57% sul livello imolese.

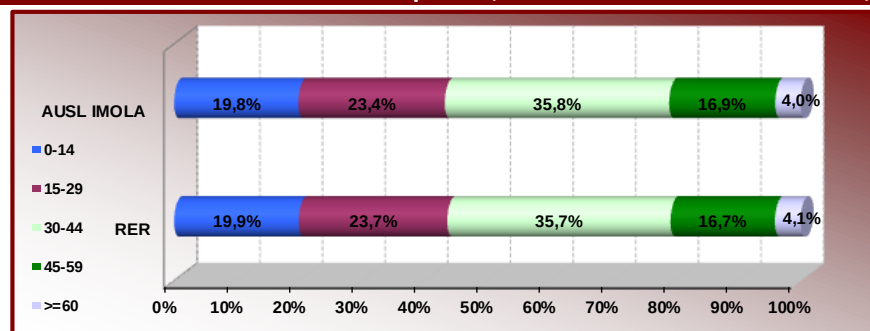
La distribuzione per genere registra una incidenza %, sul totale degli stranieri, maggiore per le femmine a livello aziendale (53%), ma anche regionale (51,47%).

Il Grafico 1.22 evidenzia la fotografia degli stranieri all'1/1/2011 sulla base delle macroaree geografiche di provenienza (Area UE a 15 Stati, anche se il recente allargamento a 27 membri imporrebbe una nuova suddivisione). La distribuzione in ambito aziendale non si discosta marcatamente dal livello regionale, se non per alcune limitate particolarità.

Grafico 1.22 - Distribuzione stranieri residenti per provenienza, confronto AUSL di Imola e RER all'1/1/2011

Il livello imolese è “prediletto” dalla componente europea (area extra UE 15) e nord africana. Il territorio regionale, che complessivamente attrae ugualmente cittadini provenienti da Paesi Europei non UE e - in misura minore rispetto al territorio imolese (20,3% vs 27,8%) - dall'Africa Settentrionale, polarizza invece in ingresso grosse fette di cittadinanza asiatica. Nel confronto 2011 su 2010 emerge: un limitato calo (-0,2%) sia in regione che nell'imolese per l'etnia europea UE, un aumento dei residuali cittadini europei, che diventa forte nel contesto imolese (+1,1%) a discapito di una flessione della cittadinanza nord africana. La novità per il livello locale riguarda l'aumento (+0,3%) della componente asiatica orientale/meridionale, pressoché assente negli anni precedenti.

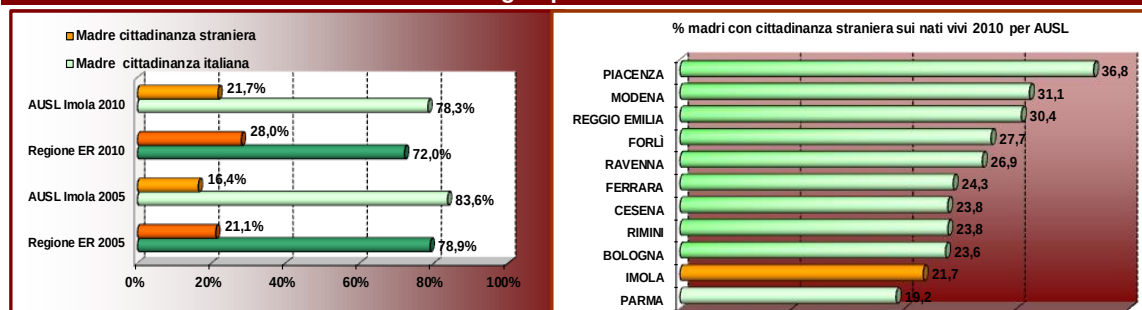
La struttura per fasce di età (Grafico 1.23) è sostanzialmente sovrapponibile tra livello aziendale e regionale, a parte il maggior contributo della fascia 15 – 29 del livello regionale rispetto al bacino circondariale imolese.

Grafico 1.23 - Distribuzione stranieri residenti per età, confronto AUSL di Imola e RER, all'1/1/2011

Come già accennato, risulta sempre più consistente l'apporto delle residenti immigrate alla natalità generale. Il Grafico 1.24 illustra come nel territorio imolese circa 1 nato su 4 abbia madre straniera, mentre a livello regionale “corre” verso l'1 nato su 3. Nel confronto 2010-2005 in ambedue i livelli, quanto perso in termini di nascite da cittadine italiane è stato acquisito dalle straniere (-5,2% +5,2 Imola; -6,9% +6,9% RER). Infine, ponendo in relazione i dati illustrati nel Grafico 1.20 sul tasso di crescita degli stranieri con quanto riportato nel Grafico 1.23, appare

chiara, quantomeno nel 2010, una maggior contribuzione alle nascite delle straniere in età feconda, rispetto alle pari condizione del livello emiliano romagnolo.

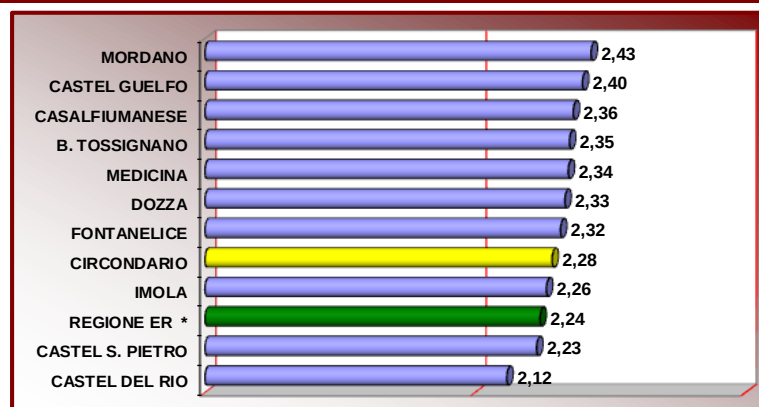
Grafico 1.24 - Incidenza di nati vivi per cittadinanza della madre, confronto tra AUSL di Imola media RER e dettaglio per AUSL. Anni 2005 e 2010



1.3.6 Famiglie

La dimensione della famiglia italiana, dal dopo guerra ad oggi, è stata strettamente modulata in funzione delle strategie di conciliazione messe in campo per equilibrare lavoro, accudimento della famiglia (bambini ed anziani) ed accesso ai servizi. La scarsa tenuta delle cosiddette reti di sostegno, una natalità a due velocità, l'aumento del fenomeno dei *single* e soprattutto l'invecchiamento della popolazione sono aspetti che hanno determinato il ridimensionamento della composizione familiare.

Grafico 1.25 - Composizione media delle famiglie residenti nei Comuni del Nuovo Circondario Imolese. Anno 2011



La famiglia locale, in termini di composizione (Grafico 1.25), mostra sostanzialmente una tenuta dei livelli mediamente più alti di quelli riscontrati in regione. La composizione media pro famiglia degli imolesi e dei castellani è in linea con il livello regionale (2,24), mentre i nuclei delle famiglie residenti negli altri comuni, grazie soprattutto all'alta incidenza straniera spalmata su una numerosità complessiva minore, tendono tutti al superamento della media circondariale (2,28 ab.). La famiglia meno numerosa si riscontra ancora nel territorio di Castel del Rio (2,12), mentre quella più consistente a Mordano con circa 2,5 componenti pro nucleo.

1.3.7 Soggetti in condizione di marginalità potenzialmente portatori di bisogni

Quando entra in crisi l'equilibrio accennato nel precedente paragrafo è possibile che si delinei, come effetto distorsivo nelle realtà familiari e di riflesso sui propri componenti, una condizione socio-psicologica che tende e può portare alla marginalità. I dati che seguono sono mutuati dall'aggiornamento 2011 del *Profilo di comunità della Provincia di Bologna*, (parte sostanziale dell'*Atto d'indirizzo e coordinamento triennale 2009-2011*) e dal *Rapporto sulle povertà Caritas 2011*. In riferimento all'accoglienza in comunità, si rileva una costante crescita dei minori inseriti nelle strutture bolognesi. Il 10% circa del totale provinciale degli affidi riguarda i servizi sociali territoriali imolesi. La rappresentazione (Tabella 1.26) mostra una certa eterogeneità tra i vari distretti dovuta al diverso *target* di utenza potenziale delle varie zone, ma anche alle difformità delle scelte messe in campo dai distretti in merito ai servizi erogati attraverso gli sportelli sociali. Si evidenzia come il 50% del totale dei minori in comunità affido per l'area imolese, sia di cittadinanza straniera.

Tabella 1.26 – Andamento affidi Minori nella Provincia di Bologna al 31/12/2009

Affido Minori	Bologna*	Imola	Casalecchio	Pianura Est	Pianura Ovest	Porretta	San Lazzaro	Totale Prov.
Minori assistiti dai servizi sociali	279	44	33	43	15	19,00	12,00	445
% sul totale provinciale	62,7%	9,9%	7,4%	9,7%	3,4%	4,3%	2,7%	100%
di cui stranieri	160	22	15	11	10	6	10	234
% stranieri sul totale minori	57,3%	50,0%	45,5%	25,6%	66,7%	31,6%	83,3%	52,6%

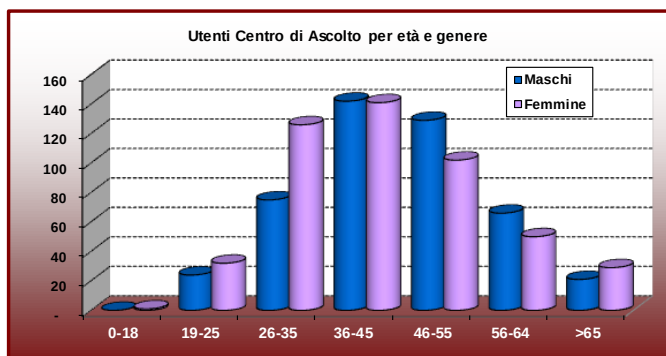
* Dati al 2008

FONTE: Profilo di Comunità della Provincia di Bologna da Sistema SISAM RER

La Tabella 1.27 prende in esame la variegata utenza che accede a questo importante punto della "Rete di solidarietà locale". La distribuzione conferma un ulteriore aumento sui dati 2010, differenziato a seconda della provenienza. Da notare, secondo quanto dichiarato sul *Rapporto*, la crescita delle richieste dei cittadini italiani del 39% sul 2007.

Figura 1.27 – Utenti Centro di ascolto Caritas: genere, provenienza e classe. Anno 2011

PROVENIENZA	DONNE	UOMINI	TOTALE	Δ% 2011-10
Italiani	229	225	454	3,9
Stranieri dell'est	88	58	146	22,7
Stranieri	164	174	338	-2,6
Totale	481	457	938	3,9



Il grafico fornisce la distribuzione dei contatti per genere e fascia età. Le richieste maggiori sono poste dalla fascia 36-45, ove il genere si equivale. Da notare la preminenza del genere femminile nelle fasce fino a 45 anni e nella over 65, mentre quella maschile nella macro fascia 46-64.

Le tabelle sotto riportate prendono in esame il flusso di richieste secondo le classiche variabili relative allo status socio - economico: situazione abitativa e lavoro. Incrociando le due tabelle ne deriva un *identikit* del fruitore tipo che risulta essere di cittadinanza prevalentemente straniera, in affitto, singolo e non occupato. Considerevole anche il numero dei senza fissa dimora o nomadi che ha raggiunto le 171 unità (+8,2% rispetto al 2010 e +32% rispetto al 2007) con una incidenza del 57% della cittadinanza italiana. La maggior parte di queste persone vive stabilmente sul nostro territorio pur avendone perso la residenza con contemporanea perdita dei diritti.

Tabella 1.28 - Situazione abitativa degli utenti del Centro di Ascolto Caritas. Anno 2011

TIPOLOGIA DI ACCOMODAMENTO	ITALIANI	STRANIERI EST EUROPA	ALTRI STRANIERI	TOTALE	%
Affitto singolo	135	54	165	354	37,7%
Affitto condiviso	6	29	23	58	6,2%
Casa popolare	115	8	43	166	17,7%
Comodato	2	0	1	3	0,3%
Proprietà	35	2	12	49	5,2%
Senza fissa dimora	97	32	42	171	18,2%
Altro*	64	21	52	137	14,6%
Totale	454	146	338	938	100%

NB: Casi definibili di incertezza abitativa oppure trattasi di: ospiti di privati, badanti, ospiti di strutture di accoglienza.

Tabella 1.29 - Status occupazionale degli utenti del Centro Ascolto. Anno 2011. Anno 2011

STATUS OCCUPAZIONALE	ITALIANI	STRANIERI EST EUROPA	ALTRI STRANIERI	TOTALE	%
Non occupato	184	92	195	471	50,2%
Salt/Inter/Stagionale	53	17	58	128	13,6%
Tempo pieno	55	13	35	103	11,0%
Part time	30	16	37	83	8,8%
Pensionato	110	2	5	117	12,5%
Altro*	22	6	8	36	3,8%
Totale	454	146	338	938	100%

NB: Casi in cui non vi è certezza sulla situazione occupazionale oppure si tratta di borse lavoro

1.4 Condizioni socio-economiche

Accogliendo implicitamente la tesi sull'esistenza di una rilevante correlazione fra condizioni economiche (sia in termini di reddito che di spesa) e livello istruzione da una parte e salute/uso appropriato dei servizi sanitari dall'altra, il paragrafo presenta caratteristiche ed andamenti del tessuto produttivo e del mercato del lavoro. Questi determinanti risultano essere particolarmente importanti al fine di descrivere le condizioni socio-economiche della popolazione di riferimento, soprattutto in un periodo ove rialzo della disoccupazione, alta inflazione e manovre di riequilibrio, erodono il reddito disponibile delle famiglie - tornato ai valori di 10 anni fa - e di conseguenza la propensione al risparmio (solo 8,8% liv. Italia 2011).

1.4.1 Mercato del lavoro

La lente di ingrandimento, per motivi di pertinenza territoriale, va naturalmente posizionata sul dato della provincia di Bologna anche se interessante risulta essere il confronto con le altre realtà. Proprio questo livello territoriale, nell'ultimo triennio, ha subito il ridimensionamento maggiore nel comparto Industria (-12%) ed un incremento in quello dell'Agricoltura (dato però strettamente legato alla stagionalità). Ne esce un panorama variegato che complessivamente nel confronto 2010-2008 (Tabella 1.30), in termini di occupati per settore, vede uno stallo dell'Agricoltura (0%) ed un arretramento dell'Industria (-4%) e del Terziario (-1%).

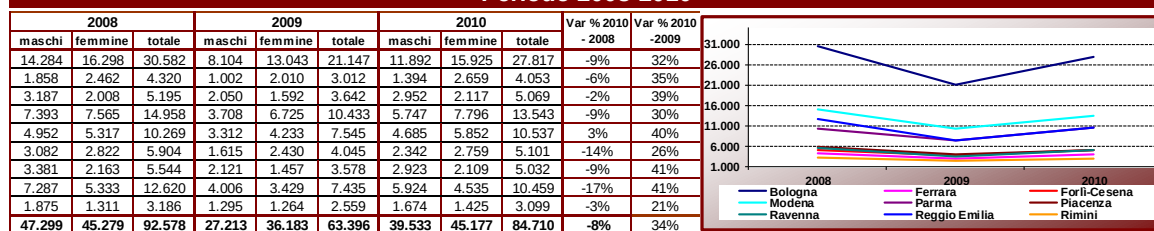
**Tabella 1.30 –Occupati per attività economica e genere nelle province della RER.
Periodo 2008-2010**

Provincia	2008									2009									2010									Var % su totale 2010-2008		
	maschi			femmine			totale			maschi			femmine			totale			maschi			femmine			totale					
	Agr.	Ind.	Terz.	Agr.	Ind.	Terz.	Agr.	Ind.	Terz.	Agr.	Ind.	Terz.	Agr.	Ind.	Terz.	Agr.	Ind.	Terz.	Agr.	Ind.	Terz.	Agr.	Ind.	Terz.	Agr.	Ind.	Terz.			
Bologna	4	105	136	3	43	161	7	148	297	4	102	133	3	34	166	7	136	300	4	94	136	4	36	162	8	130	297	17%	-12%	0%
Ferrara	10	34	45	5	11	56	15	44	100	11	35	42	6	11	55	17	46	96	9	34	42	3	9	56	12	43	98	-20%	-3%	-2%
Forlì-Cesena	5	38	55	5	11	55	10	49	110	5	36	55	4	15	54	9	51	110	8	37	55	4	11	61	12	49	116	22%	-1%	5%
Modena	5	88	88	4	38	96	8	126	185	8	87	77	4	42	96	11	128	173	6	88	75	1	42	92	8	130	167	-8%	3%	-10%
Parma	6	55	53	1	22	63	7	77	116	5	54	53	2	19	65	6	74	118	5	53	53	2	15	70	6	69	123	-9%	-11%	6%
Piacenza	5	31	37	1	7	44	6	39	81	4	32	38	1	9	43	5	41	81	3	35	34	1	8	42	4	43	76	-25%	12%	-6%
Ravenna	9	38	52	3	12	61	12	50	113	10	39	46	3	14	58	13	53	104	10	40	45	4	13	63	14	53	108	16%	5%	-4%
Reggio Emilia	8	77	61	3	29	68	11	106	129	6	69	63	1	27	75	8	96	138	5	71	61	1	25	71	6	96	132	-49%	-10%	3%
Rimini	3	29	45	1	9	49	4	38	93	2	31	44	1	8	49	3	39	92	2	30	42	1	10	46	3	39	88	-25%	4%	-5%
TOTALE RER	54	496	571	26	182	653	79	677	1.223	54	486	552	25	178	661	80	664	1.212	57	482	543	21	169	662	79	652	1.205	0%	-4%	-1%

Fonte: elaborazione Sistema Informativo Lavoro dell'Emilia-Romagna su dati ISTAT. Valori in migliaia

L'indicatore riferito ai lavoratori interinali e somministrazione lavoro (Figura 1.31) assume particolare rilevanza in quanto rappresenta la fascia di lavoratori più sensibile alle variazioni dei livelli produttivi. Incrociando i dati su base provinciale con quelli in Tabella 1.32 relativi al numero di imprese attive ne deriva che, nel 2010, l'incidenza % di tali lavoratori sul totale degli occupati della provincia di Bologna si attesta sull'8%.

**Figura 1.31 - Lavoratori con contratto interinale/somministrazione lavoro nelle Province della RER.
Periodo 2008-2010**



Fonte: Sistema Informativo Lavoro dell'Emilia-Romagna – SILER (n.atti avviamento stipulati in RER)

L'esplosione della crisi a fine 2008 ha investito anche il territorio locale. Dal 2° semestre di quell'anno si fa largo un trend negativo soprattutto in termini di addetti complessivi, che tende secondo le ultime stime, a limitare i propri effetti, riposizionando i livelli ai valori di inizio congiuntura solo in corrispondenza del 2011. Ciò in funzione anche della contrazione nel numero di imprese attive, che a differenza di altre realtà regionali ed extraregionali hanno retto bene, registrando un saldo negativo sul 2010 di -13 imprese.

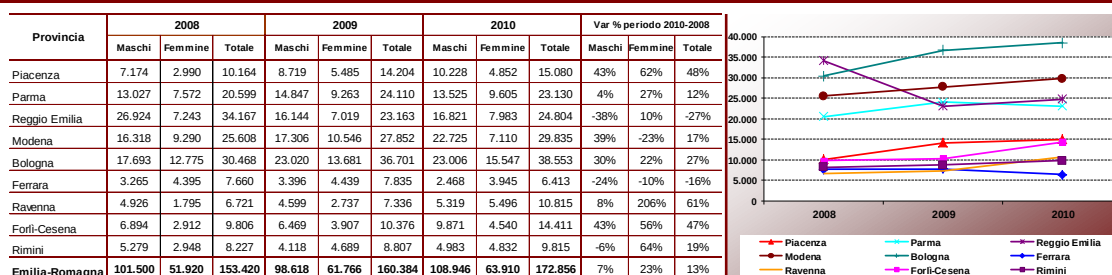
Figura 1.32 – Imprese attive per tutti i settori di attività nei Comuni del Circondario Imolese. Periodo 2009-2011 (Codice ATECO 2007)

COMUNE	2009	2010	2011	Diff. 2011-10
Borgo Tossignano	276	270	269	-1
Casalfiumanese	347	347	355	8
Castel del Rio	121	120	115	-5
Castel Guelfo di Bologna	527	524	531	7
Castel San Pietro Terme	2.010	2.013	1.999	-14
Dozza	586	592	585	-7
Fontanelice	212	202	198	-4
Imola	5.617	5.640	5.663	23
Medicina	1.480	1.489	1.481	-8
Mordano	439	449	437	-12
TOTALE IMPRESE ATTIVE	11.615	11.646	11.633	-13

Fonte: Osservatorio Economico-Statistico (NCI), quelle attive al 31/12/2011

In Figura 1.33 è rappresentato il *trend* 2008-2010 dei lavoratori stranieri nelle Province RER. In controtendenza rispetto alla numerosità di addetti complessiva, l'occupazione dei cittadini stranieri in Regione cresce nel triennio con una variazione pari a +13%. Dal 2008 gli unici bacini in calo a livello di mano d'opera di importazione sono il bacino reggiano e quello ferrarese.

Figura 1.33 - Numero lavoratori stranieri (non comunitari) per genere nelle Province della RER. Periodo 2008-2010



Fonte: Istat – rilevazione campionaria sulle forze lavoro

NB: La rilevazione (2005-2006) rileva l'occupazione media settimanale della popolazione

Nel 2010, la provincia di Bologna si consolida provincia emiliano romagnola a maggior attrazione per la mano d'opera straniera (più di 38.000 i lavoratori non comunitari impegnati). Il divario di numerosità tra i generi, presente in tutte le province tranne Ravenna e Rimini, potrebbe essere dovuto alla differenziazione di alcuni poli manifatturieri sul territorio e dall'incidenza del fenomeno badanti. Alcuni valori però pongono interrogativi (ad es. Ravenna) e quindi occorre essere particolarmente cauti su questi dati mutuati da una rilevazione campionaria sulle forze lavoro di fonte ISTAT.

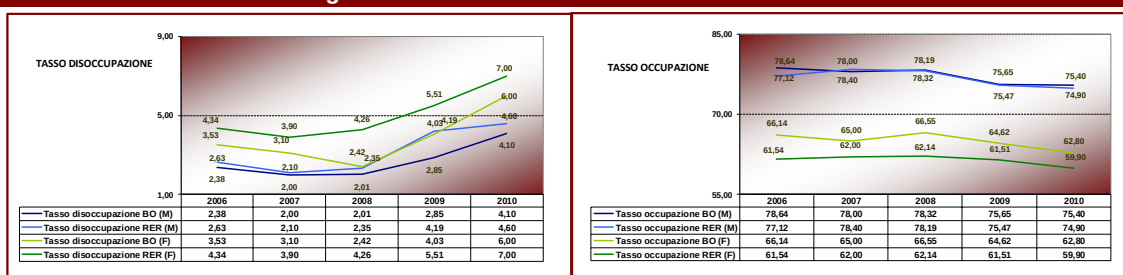
Il Grafico 1.34 pone il confronto sui tassi di disoccupazione ed occupazione per genere nel periodo 2006-2010, riferiti alla provincia di Bologna ed al valore medio regionale. Si evidenzia come il 2010 sia stato "nefasto" per la disoccupazione, qui intesa nell'accezione di tasso (in cerca di 1° occupazione/popolazione in età attiva).

Il livello regionale si conferma più colpito in ambedue i generi, raggiungendo i valori più alti dell'ultimo quinquennio, mentre nel confronto col periodo precedente, il differenziale RER si riduce drasticamente per i maschi (0,41 2010/2009 vs 1,84 2009/2008) e cresce per le femmine (1,49 vs

1,25). Il raffronto tra i generi nei due livelli mostra una caratterizzazione femminile, infatti, la differenza di mezzo punto tra i maschi raddoppia nel genere femminile.

Il tasso di occupazione (occupati/popolazione), soprattutto nell'ultimo triennio, non poteva che subire la flessione indotta dall'aumentata disoccupazione, anche se questo risulta essere mitigato dal minore aumento della popolazione residente nel 2010. Infatti, il confronto tra le curve disegnate dai 2 tassi mette in risalto un'impennata da una parte (disoccupazione) ed una diminuzione meno marcata dall'altra (occupazione).

Grafico 1.34 - Tasso di disoccupazione e di occupazione (15-64 anni) per genere in Provincia di Bologna e confronto media RER. Periodo 2006-2010

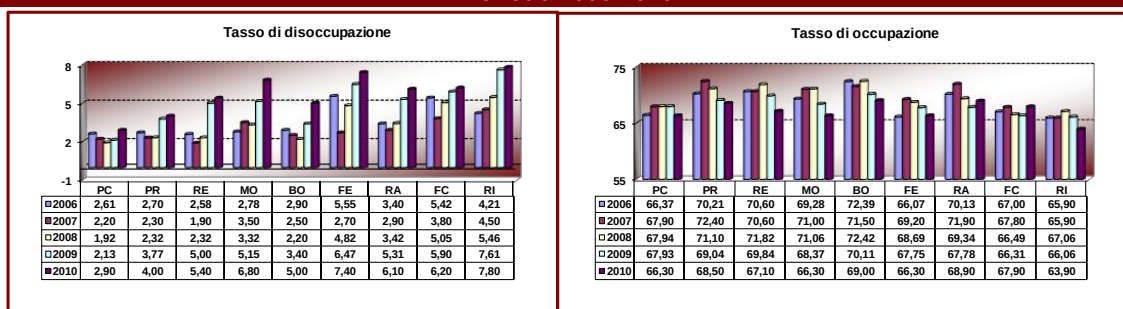


Fonte: Elaborazioni RER su dati Istat

L'analisi per genere conferma il consolidamento di un *trend* migliore nella Provincia di Bologna rispetto alla media RER, in particolare per il genere femminile, che risulta avere un tasso di disoccupazione di un punto inferiore (6,00 vs 7,00), con un tasso di occupazione maggiore di 3 punti percentuali (62,80 vs 59,90).

Dall'analisi complessiva per singole Province (Grafici 1.35), in un contesto di generale aumento, si rileva ancora la performance di Piacenza con tasso disoccupazione inferiore al 3%, mentre Ferrara e Rimini registrano lo stesso indicatore su valori prossimi all'8%.

Grafici 1.35 - Tasso di disoccupazione e di occupazione (valori %) nelle Province RER. Periodo 2006-2010



Fonte: Elaborazioni RER su dati Istat

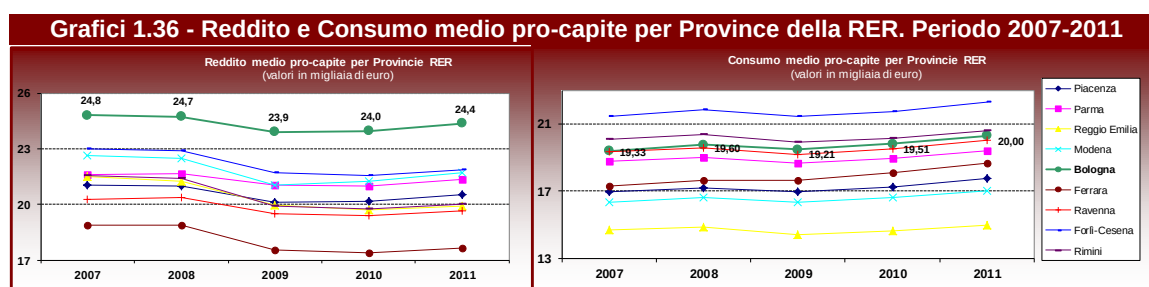
Rispetto al Tasso di occupazione le Province più "virtuose" sono: Bologna (69,00), Ravenna (68,90) e Parma (68,50) che cede solo lo 0,54 alla congiuntura sfavorevole. Il valore più basso si registra nella provincia di Rimini (63,90), anche se la Romagna tiene maggiormente rispetto all'Emilia nel confronto 2010-2008, grazie soprattutto all'area forlivese-cesenate.

Il *trend* peggiore dell'ultimo triennio viene registrato da Modena e Reggio Emilia che, all'interno di una media emiliana del -3,4%, scontano un calo dei rispettivi tassi di occupazione vicino ai 5 punti percentuali.

1.4.2 Tenore di vita

In questo ambito vengono presentati due indicatori tradizionalmente oggetto di particolare interesse per la qualità della vita: il reddito pro-capite ed il consumo pro-capite.

L'Emilia Romagna, tra le meglio posizionate nel panorama nazionale per reddito pro-abitante (dopo Lombardia e Trentino-Alto Adige - Fonte Eurostat 2009), registra nei dati 2011 il primato della provincia di Bologna. Il "redditometro" della provincia capoluogo di regione, come del resto quello di tutte le altre dopo gli anni di stallo 2009-2010, ritorna leggermente a rafforzarsi, unica vera inversione di tendenza all'interno di periodo (2007-2011) caratterizzato da un ribasso. L'apprezzamento medio bolognese 2010-2011 (1,86%) è secondo solo a quello modenese (2,25%).



Se la provincia di Bologna risulta di gran lunga primeggiare nel reddito si dimostra, invece, meno incline al consumo. Infatti, prendendo in considerazione la spesa pro-capite, tale territorio risulta terzo dopo Forlì-Cesena e Rimini, ma pur sempre al 1° posto dell'area emiliana con una media di € 20.000 a testa nel 2011. Reggio Emilia si conferma, come nel 2010, limitatamente a questo indicatore, la più parca, con Ferrara che ottiene l'incremento maggiore sul 2010.

1.5 Osservazioni epidemiologiche

La mortalità, sebbene sia un indicatore parziale, è considerata a livello nazionale e internazionale una delle principali dimensioni di *outcome* nella valutazione dell'efficacia di interventi volti al miglioramento delle Salute pubblica e più in generale dei Sistemi Sanitari.

Le cause di morte analizzate sono codificate secondo la classificazione internazionale delle malattie (*International Classification of Diseases - ICD IX-X*).

I dati vengono mostrati sotto forma di "tassi standardizzati" così da permettere un confronto migliore con le altre AUSL e con la Regione Emilia Romagna, quantificando il fenomeno al netto dei fattori confondenti (età, sesso, ecc.). Prima di addentrarci nell'analisi dei dati riportati nel

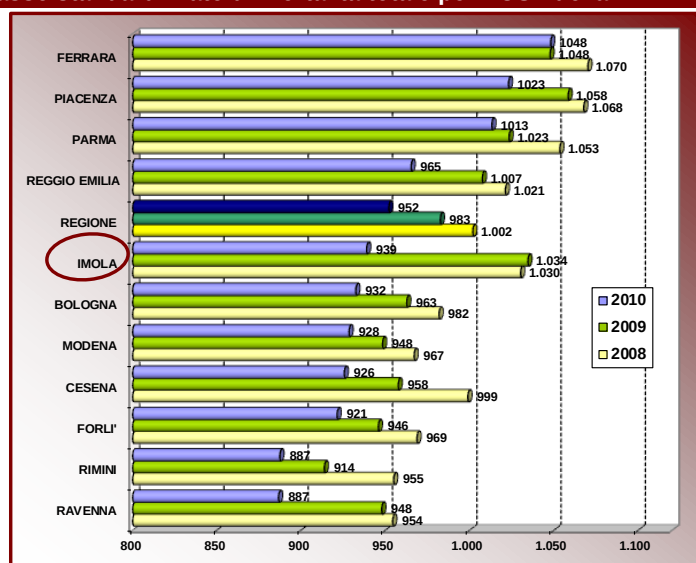
presente capitolo è opportuna una premessa. L'analisi dei dati di mortalità è utile soprattutto considerando un *trend* di un certo numero di anni, infatti, è nella serie storica di un fenomeno che si delineano in maniera chiara le variazioni dello stato di salute. Una singola annualità molto spesso è da prendere come evento isolato, conseguente a situazioni estemporanee di casualità, che in un periodo medio lungo trovano una loro logica di normalità. A seguire vengono riportati i dati epidemiologici relativi a due malattie infettive (AIDS e Tubercolosi) scelte tra tutte le malattie per la potenziale gravità ed i risultati raggiunti dal Servizio Sanitario Regionale grazie ad efficaci percorsi di diagnosi e cura.

1.5.1 Mortalità

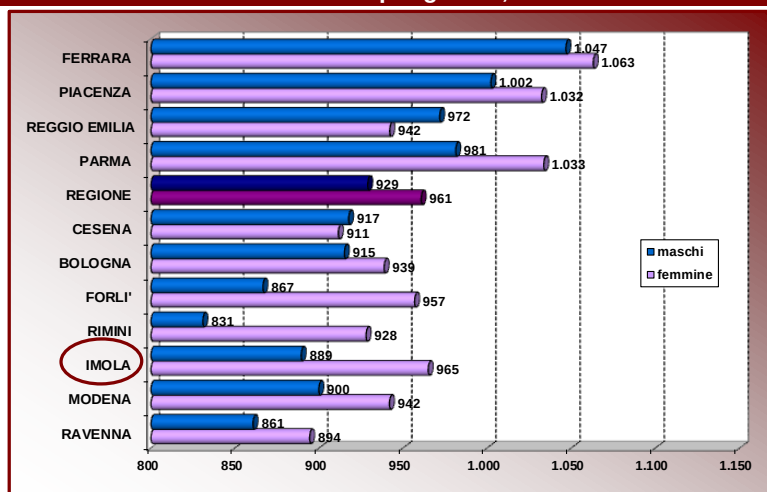
Analizzando i dati sulla mortalità, nel periodo 2008-2010, scomposti per ambiti aziendali e in ordine decrescente per l'anno 2010 (Grafico 1.37), si può evidenziare:

- il tasso standardizzato della Regione Emilia-Romagna risulta in diminuzione rispetto al 2009 (952 *vs* 983);
- l'AUSL di Ferrara presenta il tasso standardizzato di mortalità più elevato (1.048);
- l'AUSL di Rimini e Ravenna presentano quello più basso (887);
- l'AUSL di Imola si colloca al di sotto del valore medio regionale (939 *vs* 952).

Grafico 1.37 - Tasso standardizzato di mortalità totale per AUSL della RER. Periodo 2008-2010

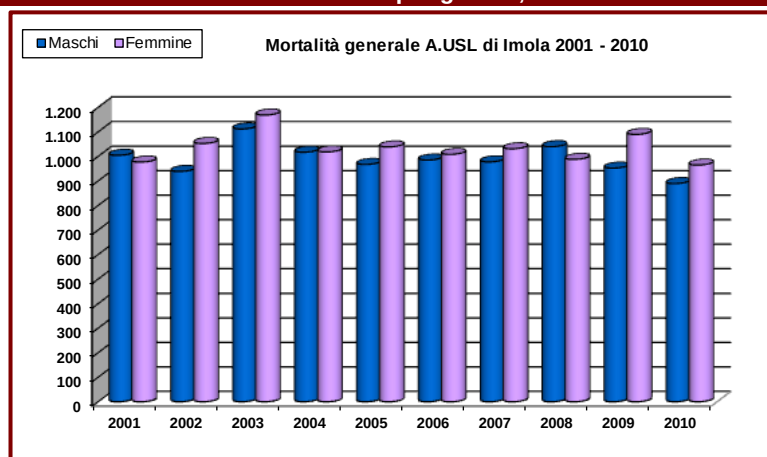


Nel Grafico 1.38 la mortalità registrata nel 2010 è scomposta per genere, per ambiti aziendali con indicazione della media regionale. Per quanto riguarda il sesso maschile, l'AUSL di Ferrara presenta il tasso di mortalità più elevato (1.047) e l'AUSL di Rimini il più basso (831); per quanto riguarda il sesso femminile l'AUSL di Ferrara presenta il tasso di mortalità più elevato (1.063) e l'AUSL di Ravenna il più basso (894).

Grafico 1.38 - Tasso standardizzato di mortalità per genere, confronto tra AUSL e RER. Anno 2010

Se analizziamo la serie storica (2001-2010) rappresentata nel Grafico 1.39 sulla mortalità per genere dell'AUSL di Imola, si può osservare che nel 2010 la mortalità femminile si è nuovamente avvicinata alla media regionale (965 vs 961), correggendo il dato anomalo dell'anno precedente. Per quanto riguarda la mortalità maschile nel 2010 il tasso per 100.000 abitanti è inferiore alla media regionale (889 vs 929).

Si rileva, inoltre, che la mortalità registrata nel 2010 sia per il sesso maschile che per quello femminile ha raggiunto il valore più basso dell'intero periodo considerato.

Grafico 1.39 - Tasso standardizzato di mortalità per genere, AUSL di Imola. Periodo 2001 - 2010

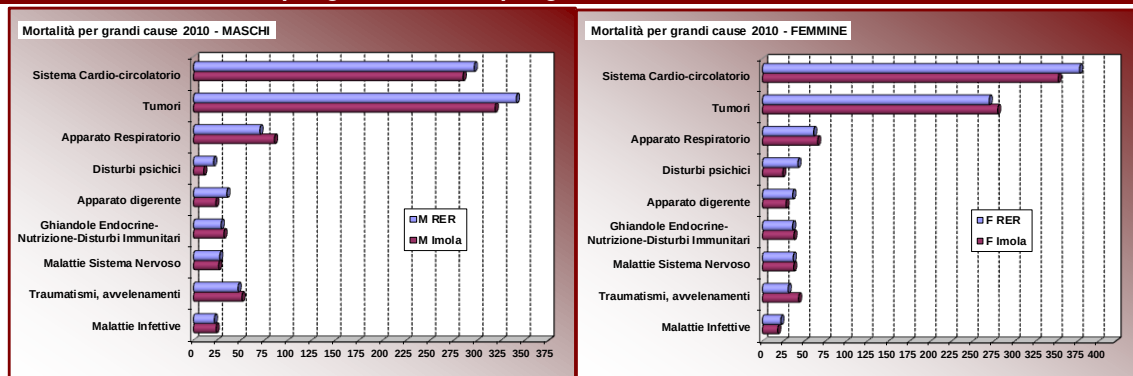
1.5.2 Mortalità per grandi cause

I grafici che seguono presentano i tassi standardizzati di mortalità nell'AUSL di Imola a confronto coi valori medi regionali, per le principali cause, relativi all'anno 2010, distintamente per genere. Esaminando le prime tre cause di morte si può osservare che al primo posto si posizionano i decessi per "Malattie del sistema circolatorio", al secondo i "Tumori" (per il sesso maschile questa è la prima causa di morte) ed al terzo le "Malattie dell'apparato respiratorio".

Il confronto con i tassi regionali permette di evidenziare che:

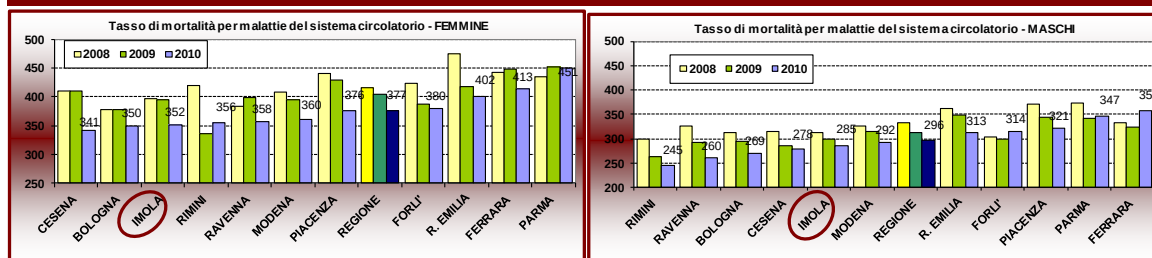
- Per le malattie del sistema circolatorio i tassi sono inferiori alla media regionale sia nel sesso maschile che nel sesso femminile.
- Per i tumori i tassi sono inferiori alla media regionale per il sesso maschile, ma superiori per il sesso femminile.
- Per le malattie respiratorie i tassi sono superiori alla media regionale nei due sessi.

Grafico 1.40 - Mortalità per grandi cause e per genere: AUSL di Imola e confronto RER. Anno 2010

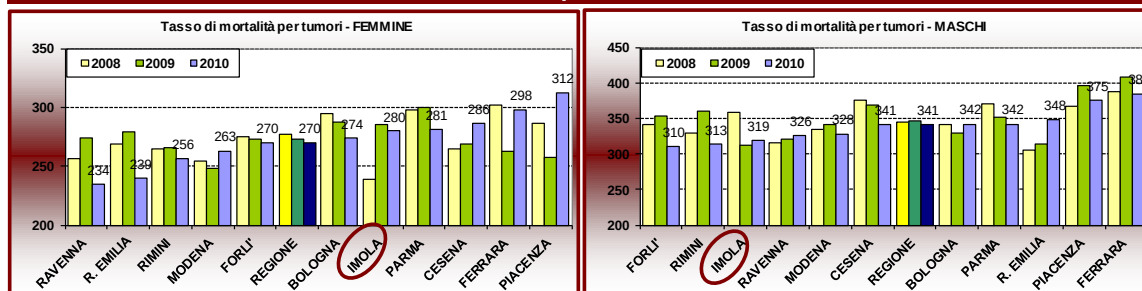


Riguardo alle "Malattie del sistema circolatorio" (Grafici 1.41) che rappresentano complessivamente la prima causa di morte, si osserva che l'AUSL di Imola nel 2010 ha una mortalità inferiore a quella media regionale sia nei maschi che nelle femmine e l'andamento risulta costantemente in riduzione negli ultimi anni.

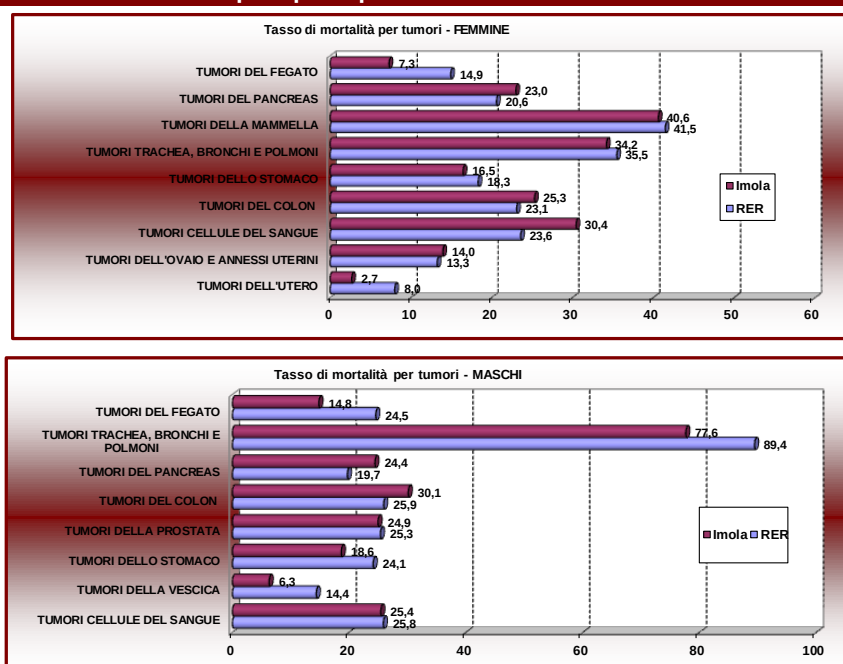
Grafici 1.41 - Tasso standardizzato di mortalità per malattie del sistema circolatorio, confronto tra AUSL RER. Periodo 2008-2010



Rispetto al grande aggregato "Tumori" (Grafici 1.42), che rappresentano la seconda più importante causa di morte per l'anno 2010, il tasso di mortalità dell'AUSL di Imola è per le femmine superiore alla media regionale (280 vs 270) ed in lieve diminuzione rispetto all'anno precedente. Per i maschi l'AUSL di Imola è posizionata nel 2010 al di sotto della media regionale (319 vs 341), valore che rappresenta uno dei più bassi di tutte le Aziende USL della Regione.

Grafici 1.42 - Tasso standardizzato di mortalità per tumore, confronto tra AUSL. Periodo 2008-2010

Se si analizza la mortalità per tumore nel 2010 scomposta per le principali neoplasie (Grafici 1.43) si evidenzia: riguardo al genere femminile, i tassi di mortalità più elevati in ordine decrescente si osservano per i tumori della mammella, dei polmoni e delle cellule del sangue (leucemie, linfomi ecc); riguardo al genere maschile, i tassi di mortalità più elevati in ordine decrescente si osservano per i tumori dei polmoni, del colon e delle cellule del sangue.

Grafici 1.43 - Tasso di mortalità per i principali tumori: AUSL di Imola e confronto RER. Anno 2010

1.5.3 Malattie Infettive

Si propone un aggiornamento e un approfondimento in merito alla morbosità, espressa come indici di prevalenza e di incidenza, rispettivamente per AIDS e Tubercolosi.

AIDS - Nel 2010, il tasso di prevalenza (che indica la proporzione dei soggetti malati sopravvissuti) dei casi di AIDS per l'AUSL di Imola è il secondo migliore di tutta la Regione (solo l'AUSL di Ravenna evidenzia un tasso più alto), ben superiore alla media regionale (61,4 vs 40,7 per 100.000 abitanti), come evidenziato in Tabella 1.44.

Il tasso di prevalenza esprime il numero dei malati di AIDS ancora in vita e dunque risente in maniera sensibile dell'efficacia delle terapie antiretrovirali nel garantire una più lunga sopravvivenza dei malati.

Tabella 1.44 - Tasso di prevalenza casi di AIDS, confronto tra AUSL e RER. Periodo 2008-2010

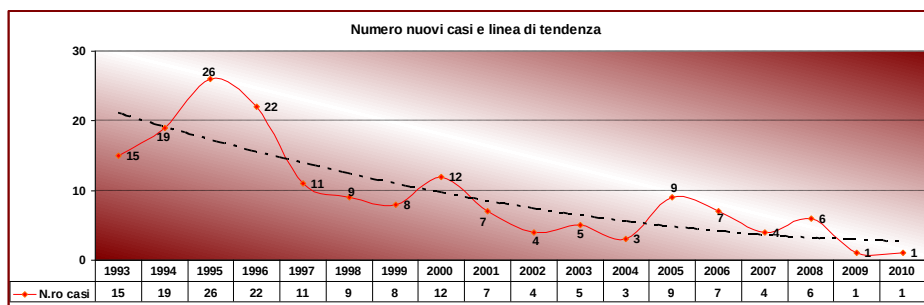
LIVELLO TERRITORIALE	2008		2009		2010	
	n. casi (*)	Tasso x 100.000 abitanti (**)	n. casi (*)	Tasso x 100.000 abitanti (**)	n. casi (*)	Tasso x 100.000 abitanti (**)
AUSL R. Emilia	136	26,2	136	25,9	144	27,1
AUSL Cesena	62	30,5	64	31,1	69	33,2
AUSL Ferrara	112	31,3	117	32,6	129	35,8
AUSL Bologna	283	33,4	291	34,1	311	36,2
AUSL Modena	227	33,0	239	34,4	250	35,7
AUSL Parma	152	35,1	155	35,4	166	37,6
RER	1669	38,5	1705	38,8	1806	40,7
AUSL Piacenza	112	39,2	113	39,2	123	42,4
AUSL Rimini	164	54,1	168	51,7	170	51,6
AUSL Forlì	101	54,6	98	52,5	111	59,1
AUSL Imola	81	62,5	78	59,5	81	61,4
AUSL Ravenna	239	62,0	246	63,2	252	64,2

* I casi prevalenti alla fine di un determinato anno sono tutti i casi, diagnosticati negli anni precedenti o nello stesso anno, che risultano in vita alla fine dell'anno considerato. Sono stati considerati solo i casi residenti in Emilia Romagna al momento della diagnosi.

** Il tasso è calcolato utilizzando la popolazione residente al 31/12 dell'anno in esame.

L'incidenza - ossia i nuovi casi che vengono diagnosticati ogni anno in rapporto alla popolazione – nel periodo 1993–2010 risulta in calo tendenziale e progressivo con una sostanziale stabilizzazione negli ultimi anni. Nel Grafico 1.45 sono rappresentati i valori assoluti per il periodo preso ad esame e la linea di tendenza.

Grafico 1.45 - Nuovi casi di AIDS registrati nell'Azienda USL di Imola. Periodo 1993-2010



Per quanto riguarda l'AUSL di Imola, in Tabella 1.46, si osserva che l'incidenza media registrata nel biennio 2009-2010, grazie ad una diagnosi di ulteriori 2 nuovi casi, risulta essere sensibilmente inferiore alla media regionale (0,8 per 100.000 ab. vs 2,1) ed in netta diminuzione rispetto al dato medio del biennio 2006-2007 e 2008-2009. Si ricorda che, in una malattia a bassa incidenza come l'AIDS, piccole variazioni nel numero annuale di casi causano significative modificazioni dell'incidenza stessa.

Tabella 1.46 - Tasso di incidenza casi di AIDS, confronto tra AUSL e RER. Periodo 2006-2010

LIVELLO TERRITORIALE	Biennio 2006-2007		Biennio 2008-2009		Biennio 2009-2010	
	n. casi (*)	Tasso medio annuale x 100.000 abitanti (**)	n. casi (*)	Tasso medio annuale x 100.000 abitanti (**)	n. casi (*)	Tasso medio annuale x 100.000 abitanti (**)
AUSL Piacenza	25	4,5	15	2,6	15	2,6
AUSL Parma	21	2,5	21	2,4	22	2,5
AUSL Reggio Emilia	28	2,8	16	1,6	12	1,1
AUSL Modena	32	2,4	27	2,0	24	1,7
AUSL Bologna	38	2,3	33	2,0	36	2,1
AUSL Imola	10	4,0	7	2,7	2	0,8
AUSL Ferrara	22	3,1	23	3,2	23	3,2
AUSL Ravenna	34	4,6	28	3,7	22	2,8
AUSL Forlì	19	5,3	10	2,7	9	2,4
AUSL Cesena	14	3,6	11	2,7	8	2,0
AUSL Rimini	23	3,9	21	3,5	12	1,9
RER	266	3,2	212	2,5	185	2,1

* Per ciascun periodo considerato il numero di casi incidenti include i ritardi di notifica. Sono stati considerati solamente i casi residenti in Emilia-Romagna al momento della diagnosi

** Popolazione di riferimento: media delle popolazioni residenti al 01/01 negli anni considerati

TUBERCOLOSI - In Tabella 1.47 si rappresenta il tasso di incidenza dei casi di TBC per 100.000 abitanti a confronto con i tassi registrati nelle altre realtà aziendali e con la media RER.

Figura 1.47 - Tasso di incidenza casi di TBC, confronto tra AUSL e media RER. Periodo 2005-2010

LIVELLO TERRITORIALE	Biennio 2005 - 2006		Biennio 2007 - 2008		Biennio 2009 - 2010	
	n. casi (*)	Tasso x 100.000 abitanti (**)	n. casi (*)	Tasso x 100.000 abitanti (**)	n. casi (*)	Tasso x 100.000 abitanti (**)
AUSL Piacenza	37	6,8	37	6,6	33	5,7
AUSL Parma	52	6,3	43	5,1	61	7,0
AUSL Reggio Emilia	85	8,8	68	6,7	66	6,3
AUSL Modena	119	9,1	105	7,8	105	7,6
AUSL Bologna	190	11,6	179	10,7	168	9,9
AUSL Imola	10	4,1	16	6,3	7	2,7
AUSL Ferrara	30	4,3	47	6,6	52	7,3
AUSL Ravenna	39	5,4	54	7,2	48	6,2
AUSL Forlì	45	12,8	30	8,3	24	6,5
AUSL Cesena	18	4,7	13	3,3	22	5,4
AUSL Rimini	41	7,2	46	7,8	56	8,9
RER	666	8,1	638	7,5	642	7,4

* I casi incidenti in ogni anno sono quelli notificati nello stesso esercizio. Sono stati considerati solamente i casi residenti e/o domiciliati in Emilia Romagna al momento della diagnosi. Il tasso è calcolato utilizzando come popolazione di riferimento la media delle popolazioni residenti al 31/12 negli anni considerati.

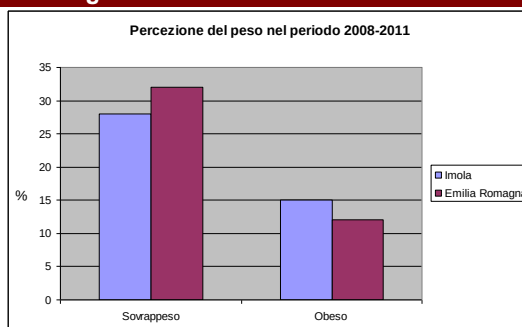
1.6 Stili di vita

Lo studio PASSI è un sistema nazionale di sorveglianza sulla Salute dei cittadini che focalizza l'attenzione in materia di comportamenti a rischio. L'indagine partita nel 2007 è condotta tramite interviste telefoniche rivolte ad un campione di residenti di età compresa tra i 18 e 69 anni e dove i due generi sono equamente rappresentati. Proprio per consentire un confronto tra ambiti territoriali, all'interno della stessa Provincia, dal 2008 è stato sensibilmente aumentato il numero delle persone coinvolte ed in ognuno degli anni considerati l'AUSL di Imola ha eseguito circa 150 interviste all'anno. Quanto riportato nei paragrafi seguenti è tratto dall'elaborazione dei dati 2008-2011 raccolti con 584 interviste a confronto con il dato medio regionale.

1.6.1 Situazione nutrizionale e abitudini alimentari

L'eccesso ponderale è piuttosto diffuso nella popolazione: circa il 28%, di cui il 15% obeso. Se li confrontiamo con la media regionale si può evidenziare che la % dei soggetti sovrappeso è inferiore (RER: 32%), mentre la % degli obesi nell'AUSL di Imola è superiore (RER: 12%).

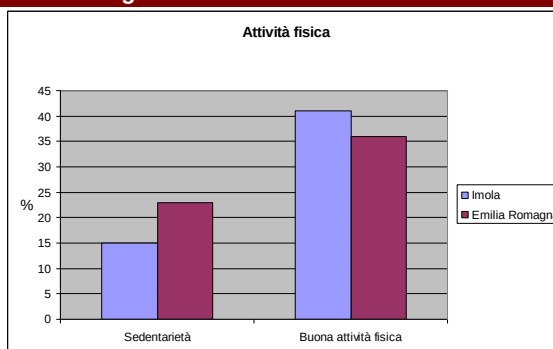
Grafico 1.48 - Stima indagine PASSI "Situazione nutrizionale". Periodo 2008-2011



1.6.2 Attività fisica

Il 42% degli intervistati raggiunge un buon livello di attività fisica (36% la media regionale), il 43% svolge una moderata attività ed il restante 15% non svolge, o quasi, attività fisica. La percentuale di sedentari è inferiore alla media regionale pari a 23%. La sedentarietà aumenta con l'età ed è più diffusa tra gli uomini.

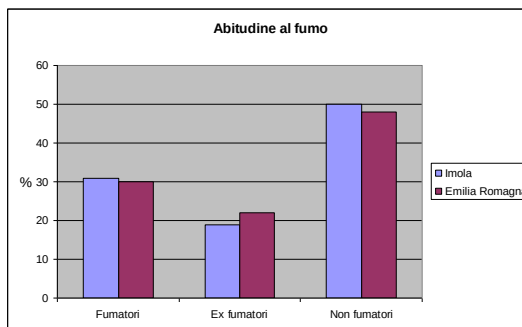
Grafico 1.49 - Indagine PASSI "Attività fisica". Periodo 2008-2011



1.6.3 Abitudine al fumo

I fumatori abituali rappresentano il 31% degli intervistati, gli ex fumatori il 19% e i non fumatori il 50% (le % medie regionali sono rispettivamente 30%, 22% e 48%). Complessivamente in media vengono fumate circa 14 sigarette al giorno. Rispetto al passato la percentuale di fumatori si è ridotta, ma rimane costante negli ultimi anni: fuma quasi un cittadino ogni 3 residenti con età compresa tra i 18 e i 69 anni. Circa la metà dei fumatori ha tentato di smettere nell'ultimo anno.

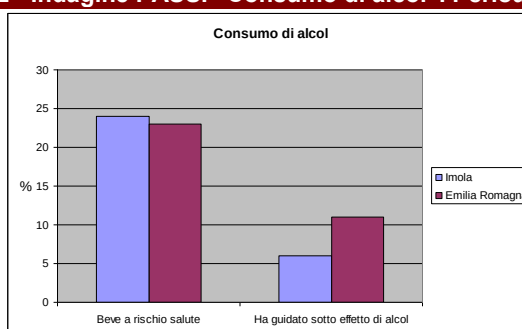
Grafico 1.50 - Indagine PASSI "Abitudine al fumo". Periodo 2008-2011



1.6.4 Consumo di alcol

Nella popolazione intervistata i bevitori ritenuti a rischio corrispondono al 24% (la media regionale è 23%) e sono soprattutto maschi e giovani; la maggior parte ha una età compresa tra i 18 e i 34 anni. Tra loro sono compresi anche i forti consumatori di alcol che bevono soprattutto fuori pasto (14%). Il 6% degli intervistati ha riferito di avere guidato dopo avere consumato alcolici (inferiore alla media regionale che è pari al 11%).

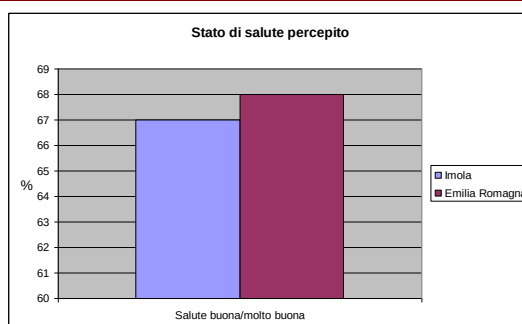
Grafico 1.51 - Indagine PASSI "Consumo di alcol". Periodo 2008-2011



1.6.5 Stato di salute percepito

La maggioranza dei cittadini nella provincia di Bologna percepisce come buono o molto buono il proprio stato di salute. Tale condizione risulta nel tempo relativamente stabile: nel periodo 2008-2011 circa il 67% dei residenti dichiara di sentirsi bene (media regionale: 68%).

Grafico 1.52 - Indagine PASSI "Stato di salute percepito". Periodo 2008-2011



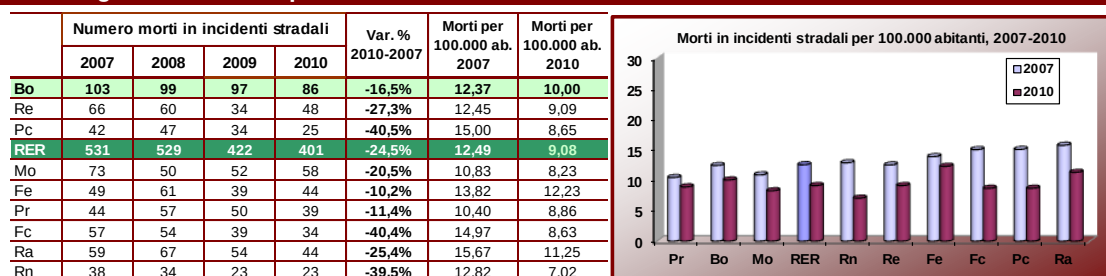
1.7 Sicurezza

1.7.1 Incidenti stradali

Gli incidenti stradali risultano essere la prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni e pertanto rappresentano un serio problema di Sanità pubblica. Analizzando i dati di mortalità per classe d'età, si può evidenziare come la morte per incidente stradale incide oltre il 50% nei giovani tra i 15 e i 24 anni; oltre il 15% nella classe di età tra i 25 e i 44 anni.

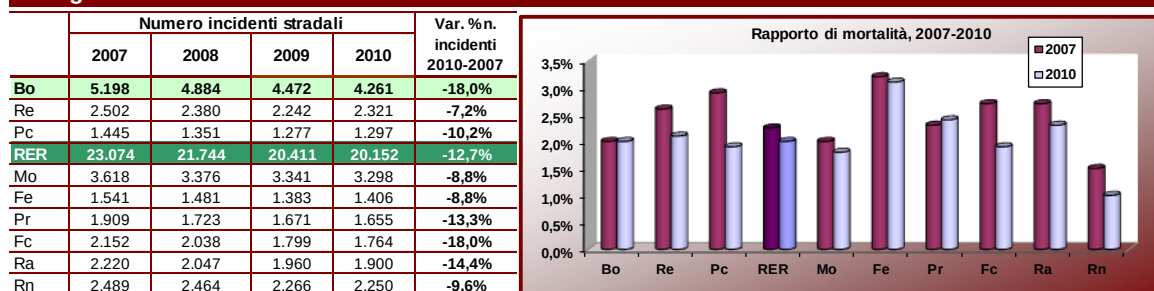
In Figura 1.53 si analizza per ambiti provinciali e per ambito regionale il numero dei morti per incidente stradale in riferimento agli anni dal 2007 al 2010, nonché la variazione percentuale tra 2007 e 2010 ed il tasso di mortalità su 100.000 abitanti negli stessi due anni messi a confronto.

Figura 1.53 - Morti per incidente stradale nelle Province della RER. Periodo 2007-2010



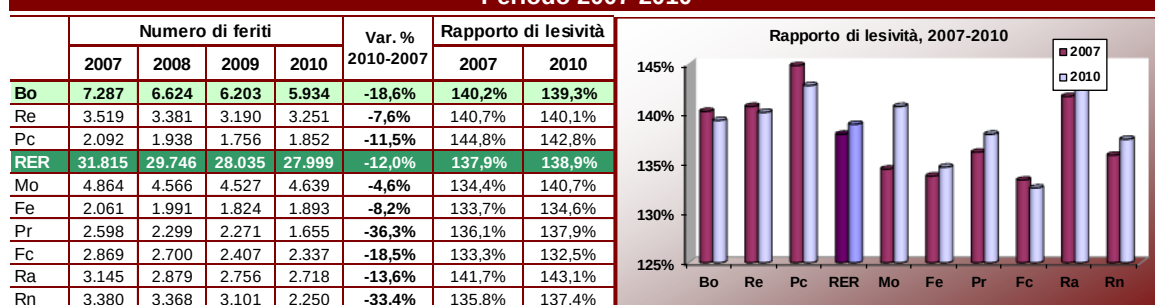
Il numero assoluto di morti in incidenti stradali fa registrare in Emilia Romagna, nel periodo 2007-2010, una consistente riduzione (-24,5%), effetto direttamente correlato alla contrazione del numero di incidenti (-12,7%), come evidenzia la Figura 1.54.

Figura 1.54 - Incidenti stradali e tasso di mortalità nelle Province della RER. Periodo 2007-2010



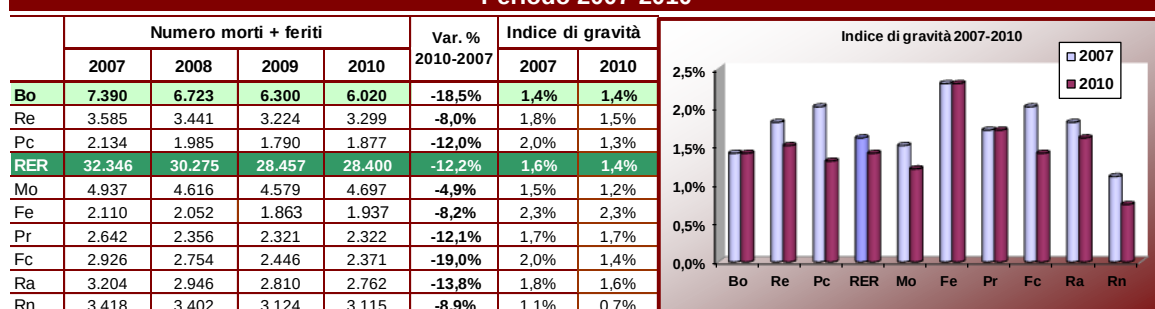
Nella Provincia di Bologna si conferma il calo del numero di incidenti (-18%) e dei morti tra il 2007 e il 2010 (-16,5%). In Figura 1.55 si riporta il numero dei feriti in incidenti stradali, la variazione percentuale tra 2007 e 2010 e il rapporto di lesività, dato dal rapporto percentuale fra il numero dei feriti e quello degli incidenti.

Figura 1.55 - Feriti in incidenti stradali e tasso di lesività nelle Province della RER. Periodo 2007-2010



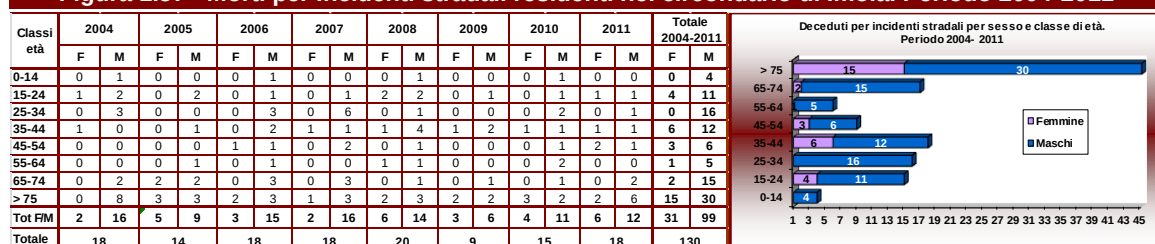
A completamento dell'analisi si riporta, in Figura 1.56, l'indice di gravità o rapporto di pericolosità, rappresentato dalla percentuale di morti sul totale dei coinvolti non illesi negli incidenti. Tale indice viene dunque calcolato mediante il rapporto percentuale fra il numero dei morti e la somma dei morti e feriti negli incidenti.

Figura 1.56 - Morti + feriti in incidenti stradali e rapporto di pericolosità nelle Province della RER. Periodo 2007-2010



Per quanto riguarda il numero di soggetti residenti nell'AUSL di Imola deceduti per incidenti stradali, nel periodo 2004-2011, si può evidenziare una mortalità media per anno abbastanza costante, in cui il basso numero di morti registrato nel 2009 è un'eccezione. E' doveroso aggiungere che il piccolo numero di casi comporta grandi variazioni percentuali anche in caso di differenze non sensibili nel numero di morti. Inoltre il dato relativo al 2011 non è definitivo a causa dei possibili ritardi di notifica di decessi avvenuti nel mese di dicembre. Si sottolinea che il numero di maschi deceduti è sempre superiore alla numerosità femminile. Un numero più che rilevante di decessi si verifica nelle persone più anziane, con età superiore a 75 anni: nel 2011 in questa fascia d'età sono decedute 8 persone per incidenti stradali.

Figura 1.57 - Morti per incidenti stradali residenti nel circondario di Imola. Periodo 2004-2011



1.7.2 Infortuni sul lavoro

Il tema degli infortuni sul lavoro è di forte impatto sociale e sanitario. L'Emilia Romagna ha un tasso superiore alla media nazionale (3,6 infortuni ogni 100 occupati vs 2,7).

Dal confronto tra i tassi standardizzati riferiti ad infortuni sul lavoro (numero infortuni/popolazione occupata per 100) presentato nella Tabella 1.58, si evidenzia come la provincia di Bologna mantenga nel periodo in esame (2007-2010) un tasso infortunistico tra i più bassi (solo la provincia di Reggio Emilia evidenzia un tasso inferiore).

Tabella 1.58 - Tasso standardizzato di infortuni indennizzati nelle Province della Emilia Romagna e confronto con i tassi regionale e nazionale. Periodo 2007-2010

	2007	2008	2009	2010	Var. %2010 su 2007
ITALIA	3,2	2,9	2,7	2,7	-14,3%
Re	3,7	3,4	3,2	3,2	-13,3%
Bo	4,0	3,6	3,3	3,3	-17,7%
Pc	4,0	3,7	3,5	3,6	-10,7%
Mo	4,2	3,7	3,6	3,6	-13,7%
RER	4,3	3,9	3,6	3,6	-15,9%
Pr	4,4	3,9	3,6	3,6	-17,6%
Fe	4,6	4,0	3,9	3,7	-19,0%
Fc	4,7	4,4	6,1	4,0	-15,6%
Ra	5,0	4,5	4,4	4,3	-14,3%
Rn	5,6	5,0	4,6	4,9	-11,9%

La Tabella 1.59 evidenzia il numero di infortuni sul lavoro in rapporto alla popolazione in età lavorativa nel periodo 2000 - 2009. Se si analizza il dato del territorio imolese, si può notare come negli anni considerati il tasso sia costantemente in calo fino a raggiungere nel 2009 il valore più basso, praticamente sovrapponibile al tasso medio regionale.

Tabella 1.59 – Rapporto % tra infortuni e popolazione in età lavorativa nelle Province della Emilia Romagna e Imola. Periodo 2000-2009

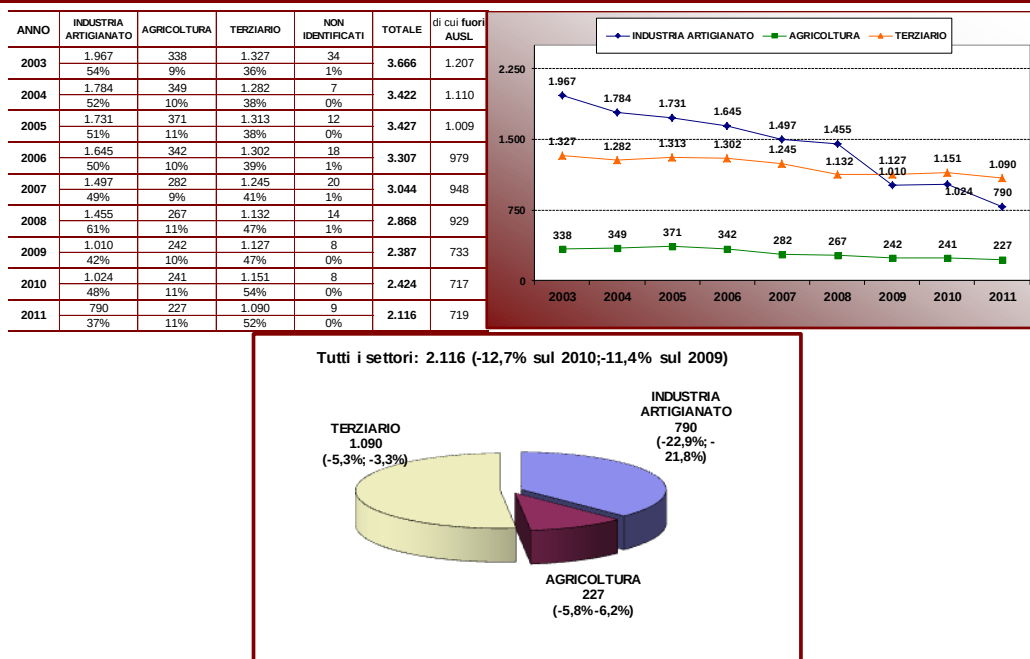
	PC	PR	RE	MO	BO	IMO	FE	RA	FO	CE	RN	RE-R
2000	4,1	4,9	4,8	4,1	3,9	5,4	4,0	4,4	5,1	4,5	5,3	4,4
2001	3,5	4,2	4,2	4,1	3,5	4,9	3,3	4,0	4,7	4,5	4,2	4,0
2002	3,7	3,9	4,0	4,1	3,4	4,8	3,8	4,2	4,7	4,5	4,4	3,9
2003	3,5	3,7	3,6	3,7	3,3	4,6	3,6	3,8	4,3	4,4	3,9	3,7
2004	3,4	3,8	3,5	3,6	3,2	4,0	4,0	3,8	4,1	4,0	3,9	3,6
2005	3,4	3,6	3,3	3,6	3,0	4,1	3,9	3,8	4,0	4,1	3,8	3,5
2006	3,6	3,6	3,2	3,5	3,0	3,9	3,8	3,6	3,9	3,7	4,0	3,5
2007	3,3	3,3	3,1	3,5	2,9	3,8	3,8	3,8	3,5	3,7	3,8	3,4
2008	3,1	3,1	2,9	3,1	2,6	3,4	3,4	3,5	3,4	3,5	3,4	3,1
2009	2,8	2,8	2,6	2,8	2,3	2,9	3,2	3,4	3,1	3,0	3,2	2,8

Fonte: Rapporto regionale OREIL – luglio 2011

Per l'ambito della AUSL di Imola si forniscono alcuni indicatori, aggiornati al 2011, tratti da fonti interne. Analizzando il numero totale di infortuni, si evidenzia una sensibile diminuzione nel 2011 rispetto al 2010 (-12,7%). Se si valuta il *trend* degli ultimi 10 anni (media fisiologica intorno a -5,5%) appare chiaro come questa flessione - non a caso simile a quella riscontrata nel 2009 rispetto al 2008 (-16,8%) e coincidente con l'inizio della contrazione economica - sia molto probabilmente associata all'andamento del mercato del lavoro e quindi alla forte flessione delle ore lavorate. Le denunce di infortunio per settori (Fonte: Pronto Soccorso AUSL Imola) vedono un

calo in tutti i comparti: industria-artigianato (-22,9%), agricoltura (-5,8%) e terziario (-5,3%). Nell'ultimo triennio di crisi, appare evidente come la curva del terziario abbia intercettato e superato quella relativa all'industria-artigianato in funzione di una maggiore numerosità infortunistica giunta nel 2011 a valori pari al 52% del complessivo.

Figura 1.60 - Andamento infortunistico nell'ambito dell'AUSL di Imola. Distribuzione per settori e comparti. Periodo 2003-2011



Nel 2011 sono stati registrati due infortuni sul lavoro con esito mortale, occorsi nel settore "edilizia" da sempre considerata una tipologia di lavoro a grande rischio infortunistico. Qualsiasi infortunio ha sempre una componente legata alla mancata osservazione di norme di prevenzione, ma, almeno in uno dei due casi mortali nel 2011, la tragica fatalità ha inciso più del dovuto.

Tabella 1.61 - Infortuni sul lavoro mortali nell'ambito dell'AUSL di Imola. Periodo 2004-2011

SETTORI	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	TOTALE
INDUSTRIA ARTIGIANATO	0	1	0	0	0	1	1	0	3
EDILIZIA	1	2	0	0	1	0	0	2	6
AGRICOLTURA	2	2	0	0	0	2	0	0	6
TERZIARIO	0	1	0	1	0	0	0	0	2
TOTALE	3	6	0	1	1	3	1	2	17

Di seguito si propone l'approfondimento relativo agli infortuni in lavoratori stranieri, registrati dal 2005 al 2011 nel territorio dell'AUSL di Imola. In Tabella 1.62 risulta evidente l'alta percentuale di infortuni nei lavoratori stranieri in particolare nel settore industria/artigianato e nel terziario.

Tabella 1.62 - Infortuni dei lavoratori stranieri nell'AUSL di Imola. Periodo 2005-2011

ANNO	Indicatore	INDUSTRIA ARTIGIANATO	AGRICOLTURA	TERZIARIO	NON IDENTIFICATI	TOTALE
2005	N.ro infortuni	1.731	371	1.313	12	3.427
	di cui immigrati (%)	64%	7%	29%	-	13,5%
2006	N.ro infortuni	1.645	342	1.302	18	3.307
	di cui immigrati (%)	62%	6%	32%	1%	14,4%
2007	N.ro infortuni	1.497	282	1.245	20	3.044
	di cui immigrati (%)	58%	5%	37%	1%	15,1%
2008	N.ro infortuni	1.455	267	1.132	14	2.868
	di cui immigrati (%)	59%	6%	35%	1%	18,2%
2009	N.ro infortuni	1.010	242	1.127	8	2.387
	di cui immigrati (%)	53%	5%	42%	-	15,2%
2010	N.ro infortuni	1.024	241	1.151	8	2.387
	di cui immigrati (%)	51%	8%	41%	-	14,3%
2011	N.ro infortuni	790	227	1.090	9	2.116
	di cui immigrati (%)	41%	6%	52%	-	11,7%

1.7.3 Infortuni domestici

L'ambiente domestico rappresenta un ambito nel quale si concentrano importanti fattori di rischio per la salute, sia dal punto di vista dell'incidentalità, sia da quello della salubrità, nonostante vi sia nella popolazione una scarsa o assente percezione del rischio.

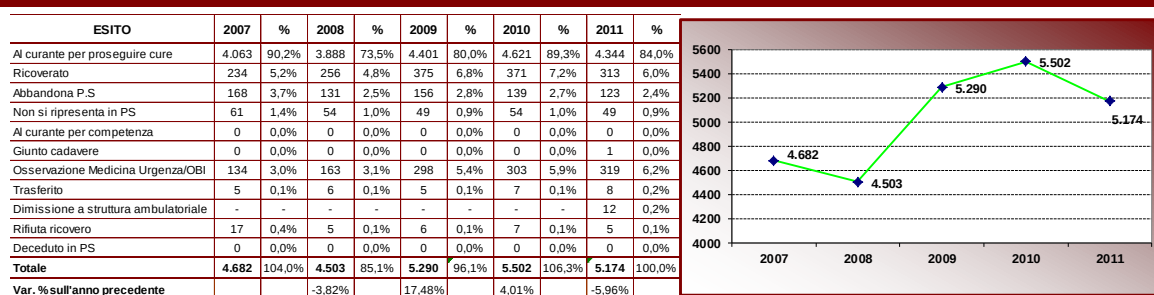
Sugli infortuni domestici non è facile avere stime concordanti, in quanto la stessa definizione di "caso" non è univoca nei diversi flussi informativi e le classificazioni difformi sono molto frequenti.

Le stime di incidenza per l'AUSL di Imola vengono eseguite sugli accessi al Pronto Soccorso.

Dai dati esposti in Figura 1.63 emerge nel 2011 un numero di infortuni annuali inferiore rispetto all'anno precedente (5.174 nel 2011 vs 5.502 nel 2010).

Il tasso grezzo per l'anno 2011 (numero di infortuni rapportato alla popolazione residente) risulta pari a 3,9%, valore leggermente superiore rispetto a quello stimato per la nostra regione dal sistema nazionale SINIACA che ha un punto di rilevazione presso il PS di Forlì (pari a circa 3,5%).

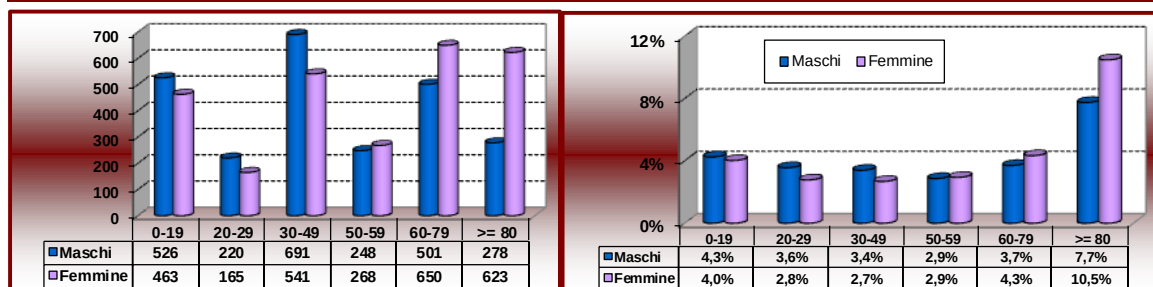
Figura 1.63 - Accesso al PS dell'AUSL di Imola, per infortuni domestici, distinti per esito. Periodo 2007-2011



Analizzando il fenomeno degli infortuni domestici nel territorio aziendale per fasce di età e genere, si confermano alcune considerazioni interessanti già evidenti negli anni scorsi (Grafici 1.64).

Gli incidenti domestici registrano la maggior frequenza nella fasce 0-19 e 30-49 anni per i maschi, e nelle fasce 60-79 e *over* 80 anni per le femmine.

Grafico 1.64 - Infortuni domestici nell'AUSL di Imola, per fasce d'età e genere. Anno 2011



L'analisi delle occorrenze di infortuni rapportata alla numerosità della popolazione esprime il "rischio di infortunio per fascia di età". Si osserva un andamento del "rischio di infortuni domestici" decrescente negli anni centrali di vita, poi via via crescente, che raggiunge i valori massimi nella fascia >80 anni; il picco riguarda le donne *over* 80 anni ed è piuttosto rilevante, a maggior ragione se si considera la numerosità relativa della popolazione femminile in età avanzata. Analizzando le cause segnalate negli ultimi anni si evidenzia che l'evento più frequente è la caduta.

Sezione 1 - Sintesi principali indicatori

INDICATORE/INFO	AUSL IMOLA	REGIONE E-R
TERRITORIO		
Densità abitativa per kmq	168,54	198,67
POPOLAZIONE AL 31/12/2012		
Popolazione residente	132.641	4.459.246
Tasso incremento popolazione 2011-2010	0,50%	0,60%
Incidenza % POP anziana >= 65 anni	22,49%	22,53%
Popolazione straniera - % su Popolazione 2011	12.369 (9,33%)	530.015 (11,9%)
Incidenza % genere femminile su tot stranieri	53%	51,47%
ASPETTATIVE DI VITA PER GENERE		
Speranza di vita alla nascita (Bologna)	F: 84,48 M: 80,04	F: 84,42 M: 79,74
NATALITA'		
Tasso grezzo natalità 2010	9,82‰	9,47‰
MORTALITA' PER GENERE 2010		
Tasso standardizzato mortalità totale (100 mila ab.)	F: 965 M: 889	F: 961 M: 929
Tasso stand. mortalità sistema circolatorio (100 mila ab.)	F: 352 M: 285	F: 377 M: 296
Tasso stand. mortalità per tumore (100 mila ab.)	F: 280 M: 319	F: 270 M: 341
Tasso stand. mortalità per malattie respiratorie (100 mila ab.)	F: 66 M: 86	F: 61 M: 70
SICUREZZA 2010		
Tasso di mortalità per incidente stradale (Bologna)	2%	2%
Tasso standardizzato di infortuni sul lavoro (Bologna)	3,3	3,6
Andamento infortunistico 2003-2011	-12,7%	-
Tasso grezzo di infortuni domestici	3,9%	3,5%
Andamento infortuni domestici 2010-2011	-6%	-

2. Profilo Aziendale

La prima parte della sezione propone il profilo economico, finanziario e patrimoniale, dell'AUSL di Imola sulla base dei dati del bilancio di esercizio al quale si rimanda per uno sviluppo maggiormente analitico. A seguire, una parte viene riservata all'impatto economico, sociale ed ambientale dell'azienda sul territorio del Nuovo Circondario Imolese, evidenziandone gli effetti economici ed occupazionali. La sezione si completa con un'analisi dei livelli di assistenza declinati per le tre aree di offerta: assistenza collettiva negli ambienti di vita e di lavoro, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. Per ciascuna delle tre aree viene presentata la struttura dell'offerta, gli indici di consumo e di attività oltre al confronto con le altre realtà aziendali della regione. La sezione si conclude con la struttura organizzativa aziendale e la mappa dei servizi territoriali.

2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

Nel presente capitolo si procede all'analisi di indicatori volti a misurare la *performance* economica, finanziaria e patrimoniale dell'azienda e più precisamente a verificare come l'azienda si stia rapportando rispetto al vincolo di bilancio determinato dal raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario posto al suo agire istituzionale. Gli indicatori elaborati costituiscono uno strumento gestionale per misurare e valutare le modalità di impiego delle risorse disponibili.

I dati economici dell'AUSL di Imola sui quali sono stati costruiti gli indicatori proposti sono desunti dal riclassificato del conto economico elaborato a livello regionale per gli anni 2009-2011.

I dati finanziari sui quali sono costruiti gli indicatori sono desunti dagli schemi di bilancio d'esercizio con particolare riferimento al Rendiconto di liquidità e sono volti a misurare la dinamica finanziaria dell'azienda e i tempi medi di pagamento.

I dati patrimoniali per la definizione degli indicatori sono desunti dal riclassificato dello stato patrimoniale in chiave finanziaria, elaborato a livello regionale oltre che da elaborazioni aziendali riferite agli investimenti.

2.1.1. Sostenibilità economica

Risultato netto dell'esercizio e incidenza dei risultati della gestione caratteristica e non caratteristica sul risultato netto. L'andamento dei risultati d'esercizio nel triennio 2009-2011 evidenzia un incremento della perdita d'esercizio tra il 2009 e il 2010 di circa 400 mila euro, mentre si rileva una significativa riduzione, di oltre 800 mila euro, nel periodo successivo 2010-2011 (Tabella 2.1).

L'incremento della perdita d'esercizio 2010 ha risentito degli effetti delle manovre di Governo che hanno ridotto sensibilmente il livello di finanziamento, ma anche degli effetti della crescita dei costi a regime sul 2010 derivanti dall'avvio del nuovo Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA), avvenuto nel corso del 2009.

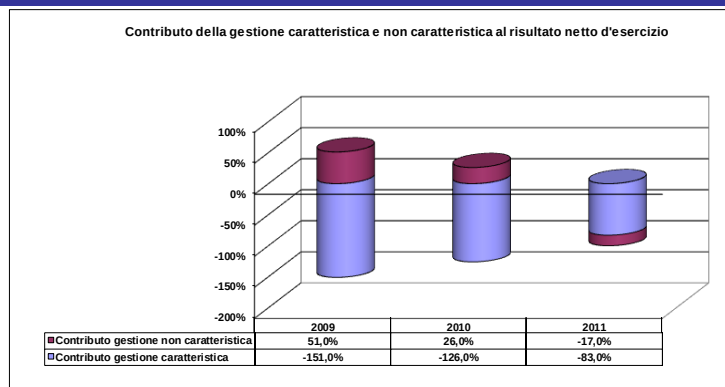
Figura 2.1 - Andamento dei risultati di esercizio della AUSL di Imola: valori assoluti e % sul volume di Bilancio, a confronto con il gruppo di AUSL senza AO. Periodo 2009-2011

INDICATORE	INFORMAZIONE	2009	2010	2011
Risultato netto d'esercizio, in valore assoluto e % sul volume di Bilancio	Risultato d'esercizio netto (in migliaia di euro)	-4.320	-4.709	-3.885
	Risultato (perdita) in rapporto al volume di Bilancio - AUSL Imola	-1,9%	-2,0%	-1,7%
	Risultato (perdita) in rapporto al volume di Bilancio - AUSL di riferimento (gruppo)	-1,8%	-1,5%	-1,0%
Incidenza risultati gestione caratteristica e non caratteristica sul risultato netto	Contributo gestione caratteristica	-151,0%	-126,0%	-83,0%
	Contributo gestione non caratteristica	51,0%	26,0%	-17,0%

Anche il 2011 è stato caratterizzato da interventi del Governo che hanno reso ulteriormente critica la situazione economico-finanziaria dell'azienda:

- la manovra estiva ha ridotto una quota del finanziamento, prevedendo l'introduzione di ticket sulle prestazioni di specialistica e sui farmaci (L. 111/2011), che per la nostra azienda si è tradotta in una riduzione del finanziamento pari a circa 840 mila euro, recuperata solo in parte dagli introiti dei nuovi ticket;
- la manovra correttiva di agosto (L. 148/2011) ha variato di 1 punto percentuale l'aliquota iva, che dal 20% è passata al 21%, iva che per le aziende del SSN costituisce un costo in quanto indetraibile.

Ciononostante, grazie al continuo monitoraggio dei costi e alle azioni di contenimento della spesa l'azienda ha conseguito un risultato d'esercizio che diminuisce di oltre 800 mila euro rispetto all'esercizio precedente e rispetta l'obiettivo assegnato per il 2011, con un miglioramento di circa 20 mila euro. In particolare sono stati raggiunti significativi risparmi sulla spesa farmaceutica territoriale per circa 1,9 milioni di euro e sul costo delle risorse umane per circa 900 mila euro. L'indicatore che segue è volto a misurare il contributo della gestione caratteristica e non caratteristica alla formazione dello stesso, intendendosi per gestione caratteristica l'attività tipica di produzione sanitaria e per gestione non caratteristica l'attività che genera componenti di reddito finanziari, straordinari e le imposte.

Figura 2.2 – Contributo della gestione caratteristica e non caratteristica al risultato d'esercizio. Periodo 2009-2011

Dall'esame dell'indicatore (Tabella 2.2) è possibile esprimere delle considerazioni positive: nel 2009 e nel 2010 si rileva un contributo positivo della gestione non caratteristica determinato in particolare dalla rilevazione di sopravvenienze attive, in riduzione nel 2010 rispetto al periodo precedente. Nel 2011 entrambi i risultati delle due gestioni concorrono alla formazione della perdita dell'esercizio, ma la situazione risulta più equilibrata, in quanto il risultato di esercizio si avvicina sempre più al risultato derivante dall'attività tipica esercitata dall'Azienda Sanitaria.

Peso della perdita dell'AUSL di Imola in RER e *performance* della gestione "tipica". In Tabella 2.3 si sintetizzano due ulteriori indici comparativi di Bilancio, che mostrano:

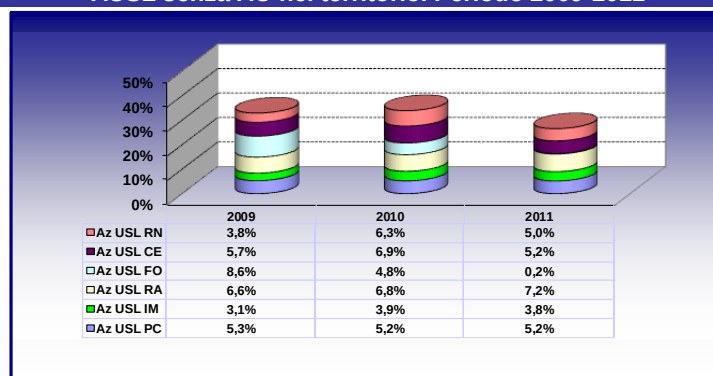
- il risultato netto d'esercizio dell'azienda in rapporto al risultato complessivo regionale, volto a misurare l'apporto della gestione aziendale alla *performance* complessiva del sistema regionale;
- l'incidenza del risultato della gestione caratteristica sulle risorse disponibili per la produzione aziendale, volto a misurare il grado di capacità dell'azienda di coprire i costi caratteristici della gestione con i relativi ricavi disponibili, che rappresentano le risorse a disposizione dell'azienda per lo svolgimento della propria attività tipica.

Tabella 2.3 - Andamento dei risultati d'esercizio e del ROC della AUSL di Imola, a confronto con il gruppo di AUSL senza AO. Periodo 2009-2011

INDICATORE	INFORMAZIONE		2009	2010	2011
Perdita d'esercizio in % sulla perdita complessiva regionale	Apporto della gestione aziendale alla performance di sistema	AUSL di Imola	3,1%	3,9%	3,8%
		AUSL senza A.O. nell'ambito territoriale di riferimento (gruppo)	32,9%	33,9%	26,5%
Perdita della gestione caratteristica (ROC), in % sui ricavi disponibili	Performance gestione caratteristica, Imola	AUSL di Imola	-3,2%	-2,9%	-1,6%
	Performance gestione caratteristica, media Ausl di riferimento	AUSL senza A.O. nell'ambito territoriale di riferimento (gruppo)	-1,6%	-1,2%	-0,8%

Nel Grafico 2.4 viene rappresentata l'incidenza complessiva per singola azienda del gruppo di riferimento rispetto alla perdita complessiva regionale.

Grafico 2.4 - Incidenza della perdita d'esercizio sulla perdita totale RER, ascrivibile al gruppo delle AUSL senza AO nel territorio. Periodo 2009-2011



L'incidenza della perdita del gruppo di AUSL senza AO nel territorio è, per l'esercizio 2011, pari al 26,5% ed evidenzia una significativa riduzione rispetto ai periodi precedenti. Coerentemente, anche l'AUSL di Imola registra un'incidenza della propria perdita su quella complessiva RER pari al 3,8%, valore in decremento rispetto all'esercizio precedente.

Analisi per Fattori Produttivi. Gli indicatori che seguono analizzano i fattori produttivi impiegati nel processo produttivo dell'azienda e si propongono di misurare:

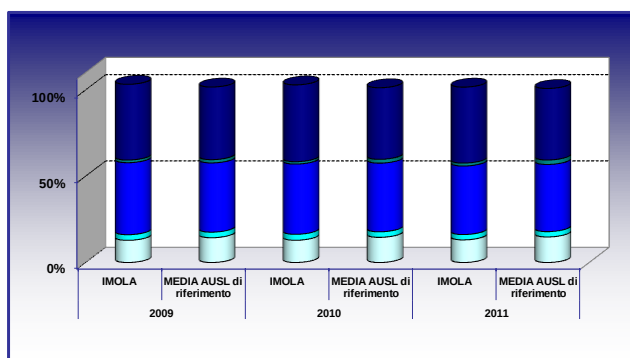
- il grado di assorbimento delle risorse a disposizione dell'azienda articolate per fattori produttivi impiegati nel processo di produzione rispetto ai ricavi disponibili;

la composizione percentuale dei costi per fattori produttivi rispetto al consumo totale annuo aziendale.

In Figura 2.5 si riporta l'incidenza dei vari fattori produttivi impiegati sui ricavi disponibili dell'azienda a confronto con la media regionale del gruppo di riferimento.

Figura 2.5 - Scomposizione per fattori produttivi del risultato della gestione caratteristica dell'AUSL di Imola e confronto con la media AUSL senza AO. Periodo 2009-2011

Fattori produttivi/Ricavi disponibili	2009		2010		2011	
	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento
Beni di consumo	12,8%	14,4%	12,9%	14,6%	13,1%	14,8%
Beni strumentali	3,3%	3,2%	3,5%	3,2%	3,1%	3,1%
Servizi	41,7%	40,1%	40,7%	39,8%	39,7%	38,9%
Costi amm.vi e generali	1,5%	1,9%	1,4%	2,2%	1,7%	2,6%
Costo del lavoro	43,8%	42,1%	44,5%	41,5%	44,0%	41,4%
Tot costi a gestione diretta	103,2%	101,6%	102,9%	101,2%	101,6%	100,8%



I dati disponibili dell'ultimo triennio evidenziano un assorbimento di risorse disponibili derivante principalmente dal costo per servizi e lavoro, coerentemente a quanto si verifica a livello regionale. Tali voci rappresentano, infatti, i principali aggregati di spesa dei bilanci delle Aziende Sanitarie. Per quanto riguarda l'AUSL di Imola è possibile verificare che il costo del lavoro mantiene l'incidenza più elevata rispetto al gruppo di riferimento, con l'evidenza di una crescita in contro tendenza nel 2010 che è giustificata dall'ampliamento della dotazione organica per l'apertura del Nuovo DEA, effettuata nel corso del 2009 e a regime nel 2010. Nel 2011, l'AUSL di Imola ha adottato misure di contenimento della spesa che hanno comportato risparmi considerevoli sul costo del personale, derivanti in parte dall'applicazione delle riduzioni previste

dall'art. 9 del DL. 78/2011, con particolare riferimento alla rideterminazione dei fondi del personale, in parte dalla riorganizzazione dell'attività distrettuale, dell'emergenza territoriale, dell'area critica/unità coronarica, oltre ad una forte limitazione delle assunzioni programmate. Ciò è coerente con la riduzione dello 0,5% del livello di assorbimento di risorse disponibili da costo del lavoro (44,5% nel 2010 vs 44,0% nel 2011), che si evidenzia sull'AUSL di Imola contro una riduzione a livello regionale del 0,1% (41,5% nel 2010 vs 41,4% nel 2011).

L'assorbimento di risorse disponibili derivate dal costo per servizi evidenzia per l'AUSL di Imola valori che si mantengono al di sopra della media regionale, ma con un *trend* in calo nel triennio preso a riferimento, in linea con l'andamento del gruppo regionale di appartenenza. Le cause sono da ricercarsi fondamentalmente nei servizi sanitari e in particolare nei costi della farmaceutica territoriale, con risparmi che per l'AUSL di Imola si sono tradotti in circa 1,9 milioni di euro rispetto al 2010, corrispondente al -8,50%, che si inquadra nel più ampio contesto dell'andamento regionale della spesa farmaceutica.

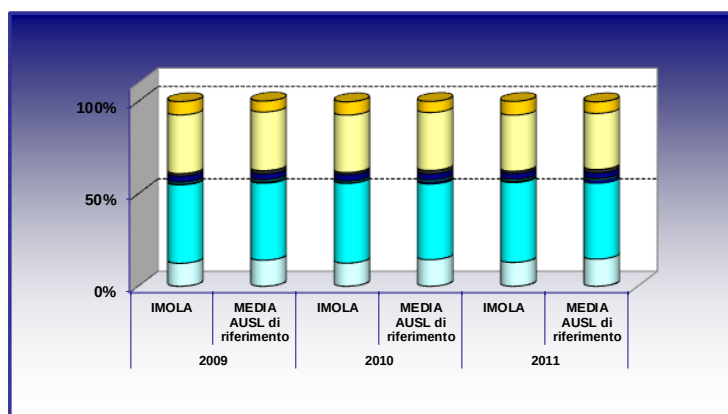
Il grado di assorbimento dei ricavi disponibili derivante dal costo per **beni di consumi** continua, anche nel 2011, a confermarsi a livelli inferiori rispetto all'andamento medio del gruppo di appartenenza, giustificato dai maggiori costi per servizi derivanti dalle esternalizzazioni in essere nell'azienda. In ogni caso, l'AUSL di Imola evidenzia un *trend* nel triennio in crescita, coerentemente all'andamento della media regionale del gruppo.

Per quanto attiene i **beni strumentali**, dopo un biennio con valori superiori alla media regionale giustificati dagli ammortamenti non sterilizzati, derivanti dall'investimento per la costruzione del nuovo DEA la cui apertura è avvenuta nel 2009 e a regime nel 2010, si evidenzia nel 2011 un livello di assorbimento di risorse per beni strumentali pari all'andamento medio del gruppo regionale. Tale risultato deriva principalmente dal fatto, che il Piano degli Investimenti 2011 risulta quasi completamente finanziato da Contributi in conto Capitale, con la conseguenza che gli ammortamenti derivanti dagli investimenti 2011 sono stati per la maggior parte sterilizzati.

In Figura 2.6 si propone di analizzare le stesse categorie di fattori produttivi analizzate nell'indicatore precedente rispetto al consumo totale delle risorse impiegate dall'azienda.

Figura 2.6 - Scomposizione per fattori produttivi dei risultati della gestione tipica e confronto con la media delle AUSL senza AO. Periodo 2009-2011

Composizione dei fattori produttivi	2009		2010		2011	
	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento	IMOLA	MEDIA AUSL di riferimento
Beni di consumo	12,4%	14,1%	12,5%	14,4%	12,9%	14,7%
Costo del lavoro	42,5%	41,7%	43,2%	41,0%	43,3%	41,1%
Accantonamenti	0,3%	0,6%	0,2%	0,9%	0,6%	1,3%
Costi amm.vi e generali	1,2%	1,3%	1,1%	1,3%	1,1%	1,2%
Beni strumentali	3,2%	3,1%	3,4%	3,2%	3,1%	3,1%
Manutenzioni	1,4%	1,8%	1,2%	1,9%	1,3%	1,8%
Servizi sanitari	31,8%	31,8%	31,1%	31,4%	30,4%	30,4%
Servizi non sanitari	7,2%	5,9%	7,2%	6,0%	7,4%	6,3%



Analogamente all'indicatore precedente, nel periodo preso in esame, i costi per l'erogazione di servizi sanitari e i costi per il lavoro rappresentano la percentuale di maggiore rilievo sul totale dei costi per fattori produttivi impiegati.

Fondo per la non autosufficienza (FRNA). I ricavi relativi all'FRNA derivano dalle delibere di finanziamento regionale e dal risconto 2010 e corrispondono al piano di utilizzo del FRNA approvato dalla Giunta del Circondario, sul quale si fornisce un approfondimento in [Sezione 3 par. 3.2.2](#). La disponibilità del fondo è costituita da € 11.803.006 di contributi regionali, da € 45.670 di contributi da enti locali per Fondo Nazionale Non Autosufficienza e a € 499.223 di residui degli anni precedenti, oltre a € 2.809 insussistenze del passivo ordinarie.

Il [Bilancio separato del FRNA](#) evidenzia per l'AUSL di Imola, nel 2011, una spesa pari a € 12.350.707. Considerando le aree di intervento, la spesa risulta così distribuita:

- € 9,429 milioni, corrispondenti al 76,3% della spesa complessiva sono imputabili all'area "anziani", di cui 1,390 milioni di euro destinati all'assegno di cura;
- € 2,856 milioni, corrispondenti al 23,1% della spesa complessiva sono imputabili all'area "disabili", di cui 120 mila per assegni di cura per gravissime disabilità acquisite;
- € 65 mila, corrispondente al restante 0,6% della spesa complessiva, riguardano interventi trasversali per anziani e disabili, quali contributi per l'adattamento domestico e per l'autonomia nell'ambiente domestico.

Tabella 2.7 - Bilancio separato FRNA 2010 dell'AUSL di Imola, al 31/12/2011

A	VALORE DELLA PRODUZIONE FRNA	
01:30	CONTRIBUTI FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA - FRNA	€ 12.347.899
01.30.001	Contributi da Fondo Sanitario Regionale	€ 9.581.487
01.30.002	Altri contributi da Regione	€ 2.221.519
01.30.004	FRNA- Contributi da enti locali da Fondo Nazionale Non Autosufficienza	€ 45.670
01.30.007	Contributi anticipati di esercizi precedenti	€ 499.223
08:30	SOPRAVVENIENTE ATTIVE ED INSUSSISTENZE DEL PASSIVO ORDINARIE - FRNA	€ 2.809
08.30.010	FRNA insussistenze del passivo ordinarie	€ 2.809
TOTALE A VALORE DELLA PRODUZIONE		€ 12.350.707

B	COSTI DELLA PRODUZIONE FRNA	
10:30	ONERI A RILIEVO SANITARIO E RETTE - FRNA	€ 10.055.359
10.30.002	Oneri a rilievo sanitario per assistenza presso strutture residenziali e centri diurni pubblici	€ 4.249.774
10.30.003	Oneri a rilievo per assistenza presso strutture residenziali e centri diurni privati	€ 2.419.164
10.30.012	Oneri a rilievo per assistenza presso centri diurni pubblici	€ 204.207
10.30.013	Oneri a rilievo sanitario per assistenza anziani presso centri diurni privati	€ 95.923
10.30.023	Oneri a rilievo sanitario per Assistenza Domiciliare Integrata	€ 884.258
10.30.032	Oneri per assistenza gravissime disabilità presso strutture residenziali pubbliche	€ 154.490
10.30.033	Oneri per assistenza gravissime disabilità acquisite presso strutture residenziali private	€ 28.714
10.30.092	Rette per disabili presso centri socio-riabilitativi residenziali pubblici	€ 332.598
10.30.093	Rette per disabili presso centri socio-riabilitativi residenziali privati	€ 942.081
10.30.112	Rette per disabili in strutture semiresidenziali (centri socio-riabilitativi diurni) pubbliche	€ 442.170
10.30.113	Rette per disabili in strutture semiresidenziali (centri socio-riabilitativi diurni) private	€ 301.981
10:31	ALTRI SERVIZI SANITARI FRNA	€ 784.238
10.31.041	Altri servizi sanitari da privato	€ 784.238
10:32	ASSEGNI SUSSIDI E CONTRIBUTI FRNA	€ 1.511.110
10.32.001	Assegni di cura anziani	€ 1.390.680
10.32.021	Assegni di cura gravissime disabilità acquisite	€ 120.060.000
10.32.042	Altri contributi - gestione esterna all'Ausl	€ 370.000
TOTALE B COSTI DELLA PRODUZIONE		€ 12.350.707
RISULTATO D'ESERCIZIO		€ 0,000

2.1.2 Sostenibilità finanziaria

Gli indicatori che seguono si pongono l'obiettivo di esprimere la dinamica finanziaria dell'azienda attraverso la rappresentazione sintetica delle entrate e delle uscite dei mezzi monetari intervenuti nel periodo; e i tempi medi di pagamento dei debiti verso i fornitori.

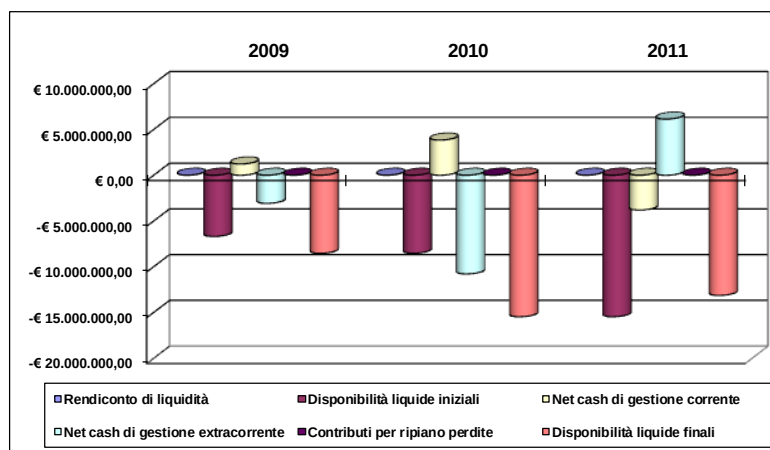
Il primo indicatore si desume dallo schema del Rendiconto di Liquidità, attraverso una rappresentazione sintetica dei risultati delle varie gestioni, come rappresentato in Figura 2.8.

L'andamento negli esercizi evidenzia una situazione di carenza di liquidità in tutti i periodi presi a riferimento, con alcune differenze determinate principalmente dall'andamento dei risultati delle gestioni, degli investimenti e dei finanziamenti. Il valore delle **disponibilità liquide iniziali e finali** evidenzia un valore negativo determinato dall'anticipazione di tesoreria, a cui l'azienda ricorre per far fronte al pagamento di debiti verso fornitori. Il risultato della **gestione corrente** a fine esercizio 2011 evidenzia un risultato negativo pari a € 3,799 milioni, le cui cause principali sono da ricercarsi nell'incremento dei crediti verso la Regione Emilia Romagna in particolare per Fondo Sanitario Regionale e Fondo Regionale per la non Autosufficienza.

Il risultato della **gestione extracorrente** evidenzia un saldo positivo pari a € 6,132 milioni. Tale risultato deriva principalmente dall'accensione del nuovo Mutuo per 10 milioni di euro erogato in due tranches, di cui una a maggio e l'altra a dicembre. Nel periodo preso a riferimento non sono stati erogati **contributi per ripiano perdite**.

Figura 2.8 – Rendiconto di liquidità. Periodo 2009-2011

Rendiconto di liquidità	2009	2010	2011
Disponibilità liquide iniziali	-€ 6.688.581	-€ 8.527.253	-€ 15.467.109
Net cash di gestione corrente	€ 1.231.582	€ 3.844.656	-€ 3.799.422
Net cash di gestione extracorrente	-€ 3.070.254	-€ 10.784.513	€ 6.133.764
Contributi per ripiano perdite	€ 0	€ 0	€ 0
Disponibilità liquide finali	-€ 8.527.253	-€ 15.465.100	-€ 13.132.767



In Tabella 2.9 si riportano i tempi medi di pagamento delle principali categorie di fornitori nel periodo 2009-2011. Tale indicatore va letto in correlazione con l'indicatore precedente, che esprime la dinamica finanziaria dell'azienda e le cause che hanno portato a generare più o meno risorse nei periodi presi in esame. I tempi medi di pagamento evidenziano un andamento crescente nel triennio 2009-2011.

Tabella 2.9 - Tempi di pagamento in giorni dei fornitori della AUSL di Imola. Periodo 2009-2011

Ritardi medi nei pagamenti	2009	2010	2011
Beni economali	220	270	330
Prodotti farmaceutici	220	270	330
Servizi in appalto	220	270	330
Farmaceutica convenzionata	30	30	30
Case di Cura	120	150	150
Assistenza termale	180	180	180
Cooperative sociali	90	60	60
Enti Gestori Case Protette	90	60	60
Protesica	220	270	330
Attrezzature	220	210	280

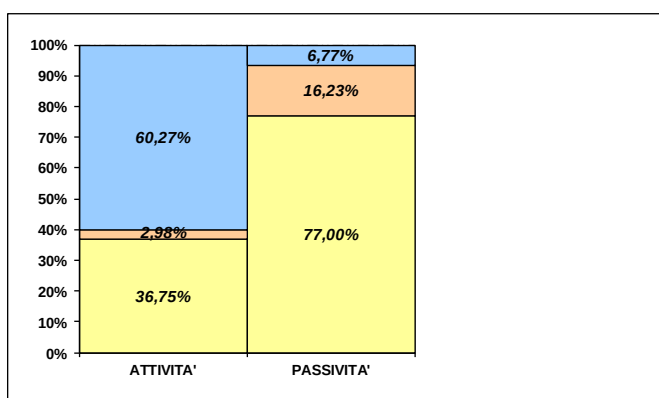
2.1.3 Sostenibilità patrimoniale

Gli indicatori che seguono sono volti a misurare la solidità patrimoniale dell'azienda attraverso l'esame della struttura degli investimenti, delle dinamiche che caratterizzano gli stessi, dei finanziamenti aziendali e delle relazioni che intercorrono tra investimenti e finanziamenti. A tal fine si è fatto riferimento al riclassificato in chiave finanziaria, elaborato dalla Regione che esprime i

valori in base al tempo di realizzo monetario. In Figura 2.10 si riporta una sintesi dei dati tratti dallo Stato Patrimoniale riclassificato dalla RER.

Figura 2.10 - Stato Patrimoniale riclassificato AUSL di Imola e media AUSL senza AO 2009-2011

ATTIVITA'	AUSL Imola '09	Media AUSL '09	AUSL Imola '10	Media AUSL '10	AUSL Imola '11	Media AUSL '11	AUSL Imola '09	Media AUSL '09	AUSL Imola '10	Media AUSL '10	AUSL Imola '11	Media AUSL '11	PASSIVITA'
Liquidità immediate e differite	35%	37%	34%	36%	37%	38%	71%	80%	79%	84%	77%	83%	Finanziamenti a breve
Scorte	3%	2%	3%	2%	3%	3%	12%	9%	11%	8%	16%	10%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	62%	61%	63%	61%	60%	59%	17%	11%	10%	8%	7%	7%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'



Nel contesto regionale di riferimento tutte le Aziende Sanitarie evidenziano una struttura patrimoniale con un attivo nel quale prevalgono gli investimenti a fronte di un passivo dove assumono maggiore rilevanza i debiti a breve termine.

Tale situazione è sintomo di una criticità che trova il suo fondamento in parte nella realizzazione di investimenti non interamente finanziati con risorse dedicate, in parte nell'accumularsi di perdite d'esercizio autorizzate e non ripianate all'interno della voce Patrimonio Netto, tanto che alcune aziende della Regione evidenziano un Patrimonio Netto negativo, in quanto, il valore delle perdite accumulate supera il valore degli altri componenti positivi di patrimonio netto, quali contributi in conto capitale, donazioni vincolate ad investimento ecc..

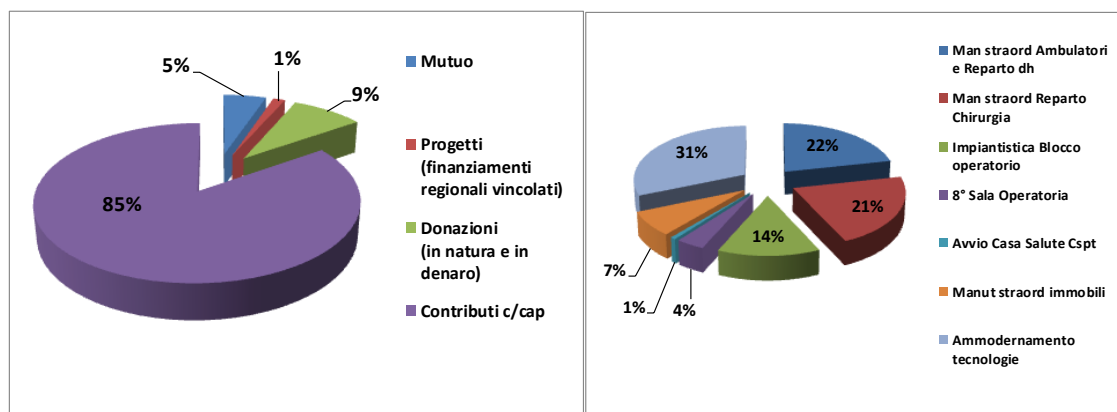
Nel periodo preso in esame i valori dell'AUSL di Imola tendono ad avvicinarsi alla media delle AUSL del gruppo di riferimento, pur continuando a mantenere la caratteristica dell'azienda che presenta un rapporto tra attivo immobilizzato (investimenti) e patrimonio netto sommato ai finanziamenti a medio lungo termine tra i migliori della Regione.

Di seguito si presenta il prospetto riepilogativo degli investimenti realizzati nel 2011 e delle relative fonti di finanziamento. La Figura 2.11 mostra come l'85% della copertura finanziaria derivi da contributi in conto capitale, il 5% da mutuo e l'1% da finanziamenti regionali.

L'acquisizione mediante [donazioni e finanziamenti privati](#) copre complessivamente il 9% della spesa per investimenti dell'anno 2011.

Figura 2.11 - Consuntivo 2011 Piano degli Investimenti dell'AUSL di Imola e fonti di finanziamento

DESCRIZIONE INTERVENTO	Mutuo	Progetti (finanziamenti regionali vincolati)	Donazioni (in natura e in denaro)	Contributi c/cap	Totale investimenti realizzati
Manutenzione straordinaria per la realizzazione di ambulatori e reparto DH Ospedale di Imola - Intervento H30 (Progr. Straord. Investimenti in Sanità ex art. 20 L. 67/88-IV Fase, I stralcio) - Rep DH Oncologico - Endoscopia - e completamento IV PIANO				€ 1.279.498	€ 1.279.498
Totale				€ 1.279.498	€ 1.279.498
Manutenzione straordinaria per la manutenzione reparto degenza Ospedale di Imola - Intervento H31 (Progr. Straord. Investimenti in Sanità ex art. 20 L. 67/88 - IV FASE, I stralcio) - Reparto Chirurgia IV P.				€ 1.125.409	€ 1.125.409
Mobili e arredi				€ 146.573	€ 146.573
Totale				€ 1.271.982	€ 1.271.982
Intervento di adeguamento impiantistico Blocco Operatorio - Intervento L21 (Progr Regionale Investimenti in Sanità)				€ 805.869	€ 805.869
Totale				€ 805.869	€ 805.869
Realizzazione 8° Sala Operatoria Blocco Operatorio Ospedale di Imola			€ 54.404		€ 54.404
			€ 170.392		€ 170.392
Totale			€ 224.796		€ 224.796
Realizzazione della "Casa della Salute" nel Polo Sanitario di Castel S. Pietro Terme 2° stralcio - Intervento n. M15 (Programma Regionale di Investimenti in Sanità)				€ 43.394	€ 43.394
Totale				€ 43.394	€ 43.394
Interventi di manutenzione straordinaria per adeguamento normativo - Intervento M16 (Programma Regionale Investimenti in Sanità) TOT € 1.087.000				€ 215.150	€ 215.150
Totale				€ 215.150	€ 215.150
Manutenzione straordinaria immobili e impianti	€ 227.813				€ 227.813
Totale	€ 227.813				€ 227.813
Attrezzature sanitarie	€ 10.785	€ 12.000	€ 188.559	€ 608.836	€ 820.180
Hardware e software	€ 32.563	€ 56.488	€ 10.476	€ 683.110	€ 782.637
altri beni	€ 4.813	€ 2.260	€ 90.697	€ 49.542	€ 147.312
Automezzi		€ 14.877			€ 14.877
Ausili per assistenza territoriale	€ 25.300			€ 59.651	€ 84.951
Immobilizzazioni immateriali	€ 5.979				€ 5.979
Totale	€ 79.440	€ 85.625	€ 289.732	€ 1.401.139	€ 1.855.937
TOTALE GENERALE	€ 307.253	€ 85.625	€ 514.528	€ 5.017.032	€ 5.924.439



2.2 Impatto sul contesto territoriale

2.2.1 Impatto economico

L'AUSL di Imola, nel 2011, offre direttamente occupazione a 1.781 persone, alle quali vanno aggiunti i medici convenzionati (169) e il personale con contratto libero professionale e atipico (29), per un totale di 1.979 occupati (si rimanda alla Sezione 4 per un dettaglio sul [Personale aziendale](#)). Il monte salari e i compensi erogati complessivamente al personale dipendente e convenzionato risultano pari a circa € 102 milioni, ponendo l'azienda in posizione di preminenza sul locale mercato del lavoro e più in generale sul sistema economico/produttivo del territorio. La Tabella 2.12 mostra la distribuzione dei dipendenti per ruolo e residenza, con evidenza della quota di dipendenti (circa l'80%) residente nel Nuovo Circondario Imolese.

**Tabella 2.12 - Dipendenti della AUSL di Imola per ruolo e % dei residenti nel territorio circondariale
Periodo 2009-2011**

Ruolo	2009	2010	2011
INFERMIERI	765	763	753
MEDICI E VETERINARI	262	272	271
AMMINISTRATIVI	195	202	201
OTA OSS AUSILIARI	217	199	207
TECNICI NON SANITARI	153	163	158
TECNICI SANITARI	142	142	138
DIRIGENTI SPTA	41	52	53
Totale	1.775	1.793	1.781
Totale dipendenti residenti	1.443	1.434	1.413
% dipendenti residenti	81,3%	80,0%	79,3%

Sulla base dei dati di Union Camere Emilia Romagna gli occupati del Circondario Imolese vengono stimati in 47.939 (giugno 2011). Il personale aziendale risulta essere il 4% dell'occupazione complessiva sul territorio imolese. Inoltre, dei 1.781 dipendenti, 68 appartengono a categorie protette. Al dato riguardante i dipendenti dell'AUSL di Imola va aggiunto l'indotto generato su imprese del territorio in ordine alla rilevante mole di risorse economiche gestite (oltre 200 milioni di euro/anno di sola spesa corrente) e per la significativa quota di attività esternalizzate. A tal proposito si segnalano alcuni elementi utili a delineare l'impatto economico dell'AUSL di Imola rispetto al territorio:

- un totale di 925 fornitori, dei quali 384 con sede in Emilia Romagna, numero che ricomprende 118 fornitori con sede nel Circondario Imolese (12,7%);
- una spesa, nell'anno 2011, per servizi esternalizzati (alberghieri, tecnici, manutenzione, ausiliari di supporto e per affidamenti di servizi socio-sanitari) di circa € 12.700.000, che dà occupazione a circa 400 addetti;
- nell'ambito dei servizi esternalizzati sono stati affidati appalti a cooperative sociali di tipo A e tipo B per un importo annuo di circa € 4.080.000.

2.2.2 Impatto sociale

Donazioni. I cittadini del territorio Imolese hanno sempre dimostrato particolare sensibilità al tema della salute pubblica, partecipando e sostenendo concretamente lo sviluppo dei servizi.

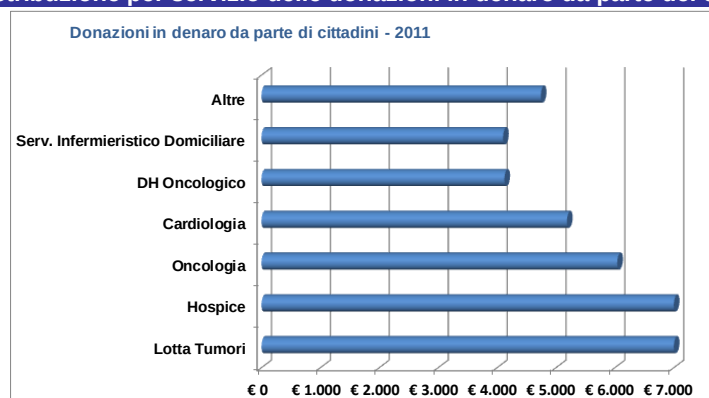
Nel 2011, l'AUSL di Imola, ha registrato un considerevole numero di donazioni da parte di cittadini, imprese ed istituti bancari per un valore complessivo di circa € 800.000, testimonianza di particolare sensibilità e fiducia verso il settore sanitario. Le donazioni dei cittadini in denaro sono state pari a € 100.000, mentre ammonta a circa € 180.000 il valore delle donazioni in beni (arredi, piccoli elettrodomestici e presidi vari).

I contributi di Fondazioni, Istituti Bancari ed Aziende del territorio, per attrezzature sanitarie e per finanziare particolari progetti, ammontano a oltre € 500.000 (Tabella 2.13).

Tabella 2.13 - Lasciti, donazioni e contributi verso l'AUSL di Imola. Periodo 2009-2011

Lasciti e donazioni	2009	2010	2011
Donazioni di beni a patrimonio da parte di cittadini	€ 176.675	€ 127.378	182.070
Donazioni in denaro da parte di cittadini	€ 152.000	€ 128.000	€ 101.143
Donazioni e contributi da parte di soggetti istituzionali (Fondazioni, Banche, Aziende, ecc.)	€ 2.543.088	€ 666.451	€ 509.855

Il grafico che segue rappresenta l'orientamento delle donazioni in denaro effettuate dai cittadini, con evidenza della particolare sensibilità verso la lotta contro i tumori e l'oncologia in generale. Anche nel 2011 è stato significativo il contributo da parte dei vari soggetti istituzionali allo sviluppo tecnologico dell'azienda tramite la donazione di nuove e moderne attrezzature. Ciò è stato possibile grazie all'impegno di Istituzioni e Imprese locali quali: Fondazione Cassa di Risparmio di Imola e Cassa di Risparmio di Imola, Gruppo Banca Popolare di Lodi, Fondazione Cassa dei Risparmio di Ravenna, SACMI.

Grafico 2.14 – Distribuzione per servizio delle donazioni in denaro da parte dei cittadini. Anno 2011

Va segnalato, inoltre, il finanziamento della Fondazione Cassa di Risparmio di Imola e Cassa di Risparmio di Imola di circa € 100.000, per l'invio dei referti a domicilio e un finanziamento dell'Associazione "Io vivrò Gianluca Fantelli" per un progetto sulla SLA. In Tabella 2.15 si riporta l'elenco delle principali attrezzature sanitarie donate ai servizi dell'AUSL di Imola.

Tabella 2.15 – Distribuzione per servizi delle attrezzature donate da soggetti istituzionali. Anno 2011

Servizi destinatari	Apparecchiatura donata	Valore donazione
Blocco Operatorio	Prefabbricazione, sistemi Pensili, Lampada scialitica e integrazione (ottava sala operatoria)	€ 224.797
Ambulatorio Cardiologia	Letino con Cicloergometro per ecostress	€ 11.940
Pronto Soccorso	4 ECG Avanzati Philips mod. TC 50	€ 23.520
Ambulatorio Medico	3 Aggiornamento ECT TECHNOS	€ 120.000
DH Oncologico	1 Poltrona Prelievo; 4 Letti di Degenza Elettrici; 2 Frigoriferi Farmaci	€ 19.184
Nefrologia e Dialisi	Ecotomografo per accessi venosi	€ 13.915
Distretto	Recapito postale referti	€ 96.500
TOTALE GENERALE		€ 509.856

2.2.3 Impatto ambientale

L'AUSL di Imola ha posto particolare attenzione, negli ultimi anni, agli aspetti inerenti l'impatto ambientale ed in particolare all'uso razionale dell'energia, allo smaltimento dei rifiuti e alla mobilità. Di seguito si descrivono le principali azioni ed i risultati in riferimento al 2011.

Politiche per l'uso razionale dell'energia ed il rispetto ambientale. E' continuata la campagna di sensibilizzazione denominata "Io spengo lo spreco" rivolta agli operatori per promuovere un corretto e più razionale uso dell'energia. E' proseguita la sistematica rilevazione dei consumi riguardanti utenze gas, energia elettrica, acqua potabile e teleriscaldamento, utile anche ad assolvere annualmente alle norme in materia di ricognizione delle risorse energetiche richieste a questa amministrazione dal Ministero della Salute, Regione Emilia Romagna e FIRE. Nell'ambito delle politiche energetiche l'azienda ha aderito alla convenzione fra l'agenzia regionale Intercent-ER e la società HERACOMM per la fornitura di energia elettrica e alla convenzione per l'acquisto del Gas Metano sul libero mercato fra l'agenzia regionale Intercent-ER e la società HERACOMM. E' stata monitorata e verificata con esito positivo l'applicazione del protocollo siglato nel 2010 con il fornitore unico HERA SPA per il prezzo del teleriscaldamento, che ha previsto benefici in termini tariffari (abbassamento dei prezzi unitari e dei canoni base) a fronte di azioni virtuose in termini di prelievo di energia termica in specifiche fasce orarie.

Gestione dei rifiuti sanitari. Sono proseguite le attività di formazione/informazione capillare verso tutti i dipendenti dell'azienda per completare la corretta identificazione dei rifiuti prodotti e le relative tecniche di smaltimento, descrivere la rete integrata di intervento che viene adottata per lo smaltimento dei rifiuti sanitari, favorire in via prioritaria la prevenzione e la riduzione della produzione di rifiuti attraverso il reimpiego, il riciclaggio e il recupero, ottimizzando la raccolta, il trasporto e lo smaltimento. In questa ottica l'azienda ha elaborato un opuscolo informativo "Il rifiuto: dove lo metto?" per una corretta raccolta e gestione differenziata dei rifiuti prodotti in area sanitaria, con successiva distribuzione presso le Unità operative. Si evidenzia rispetto all'anno precedente: la diminuzione dei rifiuti pericolosi a rischio infettivo da kg 156.769 a Kg 136.704 è stata pari a -12,7%; la diminuzione della produzione di farmaci scaduti da Kg 652 a Kg 466 è stata pari a -28,5%; una maggiore produzione di rifiuti liquidi pericolosi, da kg 37.551 a kg 39.732 pari ad un aumento del 5,8%, riconducibile all'utilizzo di una nuova strumentazione presso l'Anatomia Patologica che ha comportato un maggior numero di lavaggi per ciclo di produzione.

Piano della Mobilità aziendale. Per incentivare l'uso dei mezzi pubblici da parte dei dipendenti nel tragitto casa-lavoro è proseguita la convenzione ATC per fornire abbonamenti a prezzo agevolato. E' stata stipulata una convenzione con un rivenditore locale per l'acquisto di biciclette a prezzi scontati per i dipendenti e con Area Blu per l'utilizzo di bici-*sharing* di "Imola in Bici". Sono state acquistate 5 biciclette distribuite ad altrettanti servizi aziendali e messi in uso depositi sicuri e chiusi per le biciclette e aggiunti moduli con rastrelliera e tettoia presso i due presidi ospedalieri.

2.3 Livelli essenziali di assistenza

Nei paragrafi seguenti viene esplicitato il valore dei risultati aziendali per singolo LEA con evidenza circa il loro posizionamento nel Sistema Regionale in una logica di *benchmarking*. Ogni LEA - Sanità Pubblica, Territorio e Ospedale - viene analizzato correlando i costi pro-capite di specie e le attività/servizi erogati. E' necessario premettere che in alcune circostanze il dato messo a disposizione dalla Regione è relativo all'esercizio 2010, pertanto, in dette occasioni i dati 2011 presentati originano da fonti interne aziendali. La serie storica privilegiata prende a riferimento di norma l'ultimo triennio. In prima analisi, si riportano i costi pro-capite delle AUSL della Regione Emilia Romagna, per il periodo 2008-2010, in ordine crescente per costo 2010 con relative variazioni assolute e percentuali nel triennio considerato (Tabella 2.16).

Tabella 2.16 - Costo pro-capite ponderato delle AUSL e dato medio RER. Periodo 2008-2010

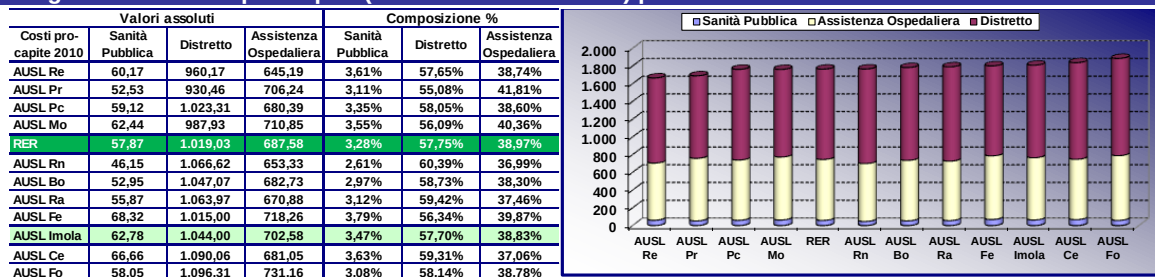
AZIENDE	Costo pro-capite 2008	Costo pro-capite 2009	Costo pro-capite 2010	Var. ass. 2010 - 2008	Var. % 2010 - 2008
AUSL Re	1.609,53	1.647,00	1.662,93	53,40	3,3%
AUSL Pr	1.620,44	1.664,43	1.685,49	65,05	4,0%
AUSL Pc	1.725,29	1.737,12	1.757,34	32,05	1,9%
AUSL Mo	1.681,93	1.749,24	1.761,97	80,04	4,8%
RER	1.693,83	1.742,73	1.764,47	70,64	4,2%
AUSL Rn	1.657,93	1.728,48	1.769,95	112,02	6,8%
AUSL Bo	1.706,63	1.750,23	1.786,43	79,80	4,7%
AUSL Ra	1.746,78	1.777,29	1.792,17	45,39	2,6%
AUSL Fe	1.717,87	1.774,28	1.800,93	83,06	4,8%
AUSL Imola	1.748,24	1.799,47	1.815,19	66,95	3,8%
AUSL Ce	1.747,12	1.809,32	1.839,17	92,05	5,3%
AUSL Fo	1.823,77	1.905,89	1.882,43	58,66	3,2%

L'incremento medio di periodo registrato a livello regionale è del 4,2%, mentre l'AUSL di Imola si attesta al 3,8%. In termini assoluti, la crescita dei costi pro-capite tra 2008 e 2010 è stata pari a € 66,95, mentre la crescita media regionale pari a € 70,64, riducendo il *gap* di costo pro-capite tra l'AUSL di Imola e la media regionale che passa da € 54,41 del 2008 a € 50,72 del 2010.

Il *gap*, per l'anno 2010, si scompone tra i 3 macrolivelli nella misura seguente:

- [Sanità pubblica](#) + € 4,91
- [Assistenza Ospedaliera](#) + € 15,00
- [Distretto](#) + € 24,97

In termini generali (Figura 2.17) l'AUSL di Imola presenta costi pro-capite superiori alla media regionale su tutti e tre i macro-livelli assistenziali anche se in percentuali diverse. Da evidenziare comunque la riduzione sul fronte del macro-livello Distretto che quasi dimezza il *gap* dal valore medio regionale rispetto al 2009, come si riduce anche il *gap* relativo macro-livello Sanità pubblica. L'analisi di dettaglio, comprensiva del *trend* 2008-2010, sarà effettuata nei paragrafi seguenti, dedicati ai costi e agli *output* per singoli macrolivelli.

Figura 2.17 - Costi pro-capite (in valore assoluto e %) per LEA delle AUSL e media RER. Anno 2010

In Tabella 2.18 il finanziamento per quota capitaria assegnato alle aziende USL nel periodo 2009 – 2011.

Tabella 2.18 - Finanziamento pro-capite delle AUSL e dato medio RER. Periodo 2009-2011

AZIENDE	finanziamento pro-capite 2009	finanziamento pro-capite 2010	finanziamento pro-capite 2011	Var. ass. periodo	Var. % periodo
Reggio E.	1.490,96	1.516,84	1.543,01	52,05	3,5%
Rimini	1.487,85	1.508,24	1.558,89	71,04	4,8%
Cesena	1.508,78	1.535,03	1.578,27	69,49	4,6%
Modena	1.516,92	1.542,90	1.580,04	63,12	4,2%
RER	1.571,34	1.593,75	1.627,91	56,57	3,6%
Parma	1.597,15	1.614,12	1.627,92	30,77	1,9%
Imola	1.574,23	1.591,63	1.633,80	59,57	3,8%
Ravenna	1.591,38	1.612,99	1.664,33	72,95	4,6%
Bologna	1.614,68	1.634,70	1.666,48	51,80	3,2%
Forlì	1.607,84	1.634,45	1.668,33	60,49	3,8%
Piacenza	1.629,45	1.657,31	1.695,68	66,23	4,1%
Ferrara	1.677,21	1.701,39	1.728,31	51,10	3,0%

2.3.1 Assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro

Il costo pro-capite del livello di Assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro, pur rimanendo al di sopra della media regionale, ha registrato nel 2010 una riduzione percentuale pari a -2,85%, passando da € 64,62 a € 62,78 (Tabella 2.19).

Tale riduzione, analizzando i sotto livelli assistenziali, è stata registrata per quanto riguarda l'Igiene e la Sanità pubblica (da € 35,71 a € 34,87), la Tutela della salute negli ambienti di lavoro (da € 11,37 a € 10,61) e la Veterinaria da € 15,75 a € 15,44.

Tabella 2.19 - Andamento costo pro-capite del livello Assistenza Sanità Pubblica, confronto tra AUSL e dato medio RER. Periodo 2008-2010

Costo pro-capite Sanità pubblica							
	Costi 2008 (*)	Costo Pro-capite 2008	Costi 2009 (*)	Costo Pro-capite 2009	Costi 2010 (*)	Costo Pro-capite 2010	Var % costi 2010/2009
USI Pc	19.382	64,91	18.523	59,29	18.811	59,12	1,55%
USI Pr	26.419	55,45	28.264	56,36	26.438	52,53	-6,46%
USI Re	36.326	65,11	35.262	60,89	35.435	60,17	0,49%
USI Mo	42.092	60,52	42.525	61,04	43.197	62,44	1,58%
USI Bo	44.492	58,52	41.156	54,36	40.560	52,95	-1,45%
USI Imola	7.361	67,33	7.292	64,62	7.171	62,78	-1,66%
USI Fe	22.841	68,40	20.522	63,88	21.987	68,32	7,14%
USI Ra	21.831	61,67	20.207	56,55	20.028	55,87	-0,89%
USI Fo	13.761	68,73	13.833	66,41	12.897	58,05	-6,77%
USI Ce	13.761	68,71	14.108	68,67	13.878	66,66	-1,63%
USI Rn	13.365	46,20	12.309	43,04	13.957	46,15	13,39%
RER	261.631	61,19	254.001	58,55	254.359	57,87	0,14%

(*) Costi totali in migliaia di euro

Programmi regionali di *screening*. I programmi di *screening* sono interventi di prevenzione secondaria il cui obiettivo è la diagnosi precoce di lesioni precancerose e la riduzione della mortalità per cancro. Uno *screening* oncologico garantisce l'offerta attiva e gratuita di un test di 1° livello e di eventuali approfondimenti a tutta la popolazione residente e domiciliata in fasce di età nelle quali un intervento di prevenzione può avere maggiore possibilità di diagnosi precoce e cure efficaci. Si riportano di seguito, per i tre *screening* oncologici attivi, le caratteristiche diagnostiche, gli indicatori di avanzamento ed adesione e gli esiti relativi agli esami di 1° livello.

Tabella 2.20 – Caratteristiche dei tre programmi di screening

Programma screening	Tumore collo dell'utero	Tumore mammella	Tumore colon retto
Attivo dal	1996	1995	2005
A chi è rivolto	donne 25 - 64 anni	donne 45 - 74 anni	donne e uomini 50 - 69
Periodicità	ogni 3 anni	ogni anno: 45 - 49 anni ogni 2 anni: 50 - 74 anni	ogni 2 anni
Esame di 1° livello	Pap test	Mammografia	Ricerca sangue occulto
Approfondimento se test di 1° livello positivo	Colposcopia e test HPV	Mammografia, ecografia, eventuale biopsia	Colonscopia

Gli indicatori maggiormente utilizzati per rappresentare i risultati degli *screening* sono:

- **l'avanzamento del programma**, determinato dalla percentuale di persone invitate in un anno rispetto alla popolazione teorica da invitare (% persone chiamate / persone da chiamare); tale indicatore deve tendere al 100%;
- **l'adesione a invito**, che è la percentuale di persone che aderiscono al programma sul totale delle invitate (% persone esaminate / persone invitate nell'anno).

Nella tabella che segue si riportano i dati di avanzamento e adesione registrati dal 2009 al 2011 e il confronto con la media regionale.

Tabella 2.21 – Indicatori di attività degli *screening* per la prevenzione dei tumori e confronto con la media RER. Periodo 2009-2011

Programmi regionali screening: prevenzione tumore collo dell'utero, mammella e colon retto		ANNO 2009		ANNO 2010		ANNO 2011 (*)	
		IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.
% Avanzamento Programma	Screening tumore collo dell'utero	84,9%	101,2%	107,9%	106,4%	96,0%	97,1%
	Screening tumore della mammella	89,0%	102,6%	54,6%	90,4%	89,0%	80,0%
	Screening Colon Retto	73,6%	92,1%	98,7%	102,6%	90,8%	94,6%
% Adesione a invito	Screening tumore collo dell'utero	62,0%	61,9%	61,0%	60,0%	67,8%	58,9%
	Screening tumore della mammella	78,9%	73,2%	68,4%	72,9%	73,2%	64,5%
	Screening Colon Retto	58,9%	51,5%	53,8%	53,1%	57,0%	55,0%

(*) Il dato 2011 non è definitivo

I dati mostrano come l'azienda continui a rispettare gli obiettivi dei tre *screening* oncologici, sia in termini di avanzamento del programma (relativamente alla prevista tempistica di *round*), sia di adesione della popolazione all'invito. A partire da marzo 2010 lo *screening* per la diagnosi precoce del tumore alla mammella è stato esteso anche alle donne di fascia di età tra i 45-49 anni e 70-74

anni, in attuazione alla DGR 1035/2009. L'estensione delle fasce di età ha comportato la chiamata di un maggior numero di donne che giustifica l'abbassamento, nel 2010, della *performance* di avanzamento al programma. Situazione, comunque, recuperata a partire dal 2011, dove il dato di avanzamento del programma risulta superiore al dato medio regionale.

In Tabella 2.22 si riportano i dati 2010 di avanzamento e di adesione a tale programma, in riferimento alle nuove fasce di età (45-49 e 70-74 anni) e il confronto regionale.

Tabella 2.22 - Screening tumore mammella: avanzamento e adesione nuove fasce di età. Anno 2010

AZIENDE	%AVANZAMENTO PROGRAMMA		%ADESIONE INVITO	
	45 - 49 ANNI	70 - 74 ANNI	45 - 49 ANNI	70 - 74 ANNI
Usl Pc	100,1%	77,2%	61,6%	56,0%
Usl Pr	93,8%	39,7%	49,5%	50,6%
Usl Re	102,8%	54,6%	70,7%	71,1%
Usl Mo	5,5%	34,0%	80,1%	65,3%
Usl Bo	60,8%	37,0%	58,4%	83,3%
Usl Imola	67,9%	60,4%	51,2%	62,7%
Usl Fe	99,3%	57,4%	61,4%	68,4%
Usl Ra	14,1%	46,2%	99,2%	73,9%
Usl Fo	27,8%	11,6%	100,0%	100,0%
Usl Ce	100,1%	79,2%	68,8%	66,1%
Usl Rn	98,4%	79,0%	61,7%	50,9%
RER	66,5%	49,0%	62,7%	65,6%

Nel caso l'esame di 1° livello risulti positivo sono previsti approfondimenti diagnostici di 2° livello. La tabella che segue rappresenta la % di esiti positivi all'attività di 1° livello per l'anno 2010.

Tabella 2.23 – Percentuale esiti positivi all'esame di Primo livello. Anno 2010

Programma screening	Tipologia di esame	N.ro Esami 1° livello	N.ro persone positive al test 1° livello	% positivi ad esame di 1° livello
Screening tumore collo dell'utero	Pap test	10.216	762	7,40%
Screening tumore della mammella	Mammografia	5.785	239	4,10%
Screening Colon Retto	Ricerca sangue occulto	9.676	338	3,50%

Vaccinazioni infantili. Per quanto riguarda le vaccinazioni contro polio, morbillo, Hib, pertosse, al compimento del 2° anno di vita, l'AUSL di Imola mantiene valori di copertura elevati e superiori alla media regionale (Tabella 2.24).

Tabella 2.24 - Tasso di copertura per vaccinazioni nei bambini e confronto RER. Periodo 2008-2011

Copertura vaccinale infanzia	ANNO 2008		ANNO 2009		ANNO 2010		ANNO 2011	
	IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.	IMOLA	Media R.E.R.
Poliomelite	98,2%	97,4%	97,7%	97,3%	97,8%	96,7%	98,4%	n.d.
Morbillo	96,1%	93,6%	96,0%	93,7%	96,2%	92,9%	96,8%	n.d.
Emofilo (HIB)	96,9%	96,5%	97,1%	96,5%	96,5%	96,0%	97,5%	n.d.
Pertosse	97,9%	97,1%	97,6%	97,1%	97,7%	96,4%	98,3%	n.d.

Per il 2011 non è possibile il confronto con la media regionale, anche se i dati aziendali registrano un consolidamento delle coperture vaccinali con valori superiori allo standard del 95%.

La copertura vaccinale meningococco a 24 mesi e a 16 anni (Tabella 2.25), pur registrando una leggera flessione nel 2010, presenta valori superiori alla media regionale.

Tabella 2.25 - Tasso copertura meningococco per vaccinazione a 24 mesi e 16 anni. Periodo 2008-2011

Tasso copertura meningococco	Coperura vaccinale al 24° mese				Copertura vaccinale a 16 anni			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
IMOLA	95,5%	95,8%	93,3%	94,3%	86,1%	91,1%	86,9%	90,1%
Media RER	92,4%	93,2%	92,3%	n.d	74,4%	74,8%	76,3%	n.d

Per quanto riguarda la vaccinazione antipapilloma virus (HPV), la % di ragazze che hanno aderito alla vaccinazione attesta un eccellente livello di copertura, ponendo l'AUSL di Imola ai primi posti per *performance* a livello regionale (Tabella 2.26).

Tabella 2.26 - Copertura vaccinale HPV per le coorti di nascita 1997-1999 al 31/12/2011

Copertura vaccinale HPV	Coorti di nascita (*)							
	1997		1998		1999		2000	
	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con 3 dosi (coperture vaccinali)	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con 3 dosi (coperture vaccinali)	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con 3 dosi (coperture vaccinali)	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati con 3 dosi (coperture vaccinali)
Imola	96	93,7	88,4	86,2	84,4	80,3	83,3	76,4
Media RER	77,9	74,5	76,3	71,9	72,0	52,4	n.d	n.d

(*) Coorte di nascita con offerta gratuita su presentazione spontanea

Vaccinazione antinfluenzale. La Pediatria di Comunità, come tutti gli anni, si è attivata per garantire la copertura vaccinale antiinfluenzale nei confronti di bambini classificati come malati cronici. Sono stati chiamati 538 bambini, di cui 248 si sono sottoposti a vaccinazione (46%).

Per quanto concerne la campagna per la vaccinazione antinfluenzale 2010/2011 è stato registrato un calo dei soggetti vaccinati in tutte le aziende della Regione.

Tale fenomeno è con grande probabilità imputabile ad una "sfiducia" nei confronti della vaccinazione antinfluenzale, conseguente agli effetti assai modesti della temuta Pandemia dell'anno precedente ed alla diffusione dei timori sul vaccino pandemico.

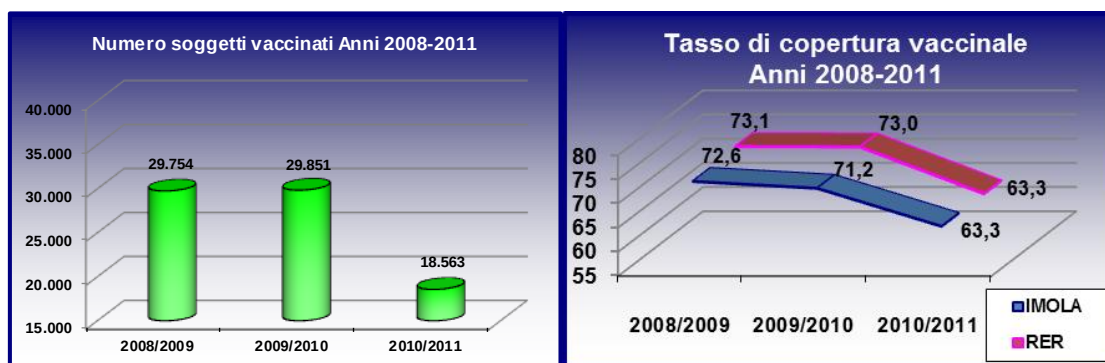
Per quanto riguarda la vaccinazione della popolazione anziana over 65 anni il tasso di copertura è pari a 63,3% contro il 71,2% dell'anno precedente ed è esattamente sovrapponibile alla media regionale (Figura 2.27).

In riferimento alla campagna antinfluenzale 2011/2012, seppur i dati in possesso non siano ancora definitivi, l'AUSL di Imola registra un miglioramento con una copertura pari al 66,1% vs una media regionale del 64,6%.

Anche la vaccinazione degli operatori sanitari registra una copertura superiore alla media regionale (25,3% vs 21,3%).

Figura 2.27 - Soggetti vaccinati contro l'influenza e tasso di copertura nei over 65 anni dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2008-2011

Soggetti vaccinati	2008/2009	2009/2010	2010/2011
IMOLA	29.754	29.851	18.563
RER	1.024.037	982.035	624.696
Tasso copertura vaccinale	2008/2009	2009/2010	2010/2011
IMOLA	72,6	71,2	63,3
RER	73,1	73,0	63,3



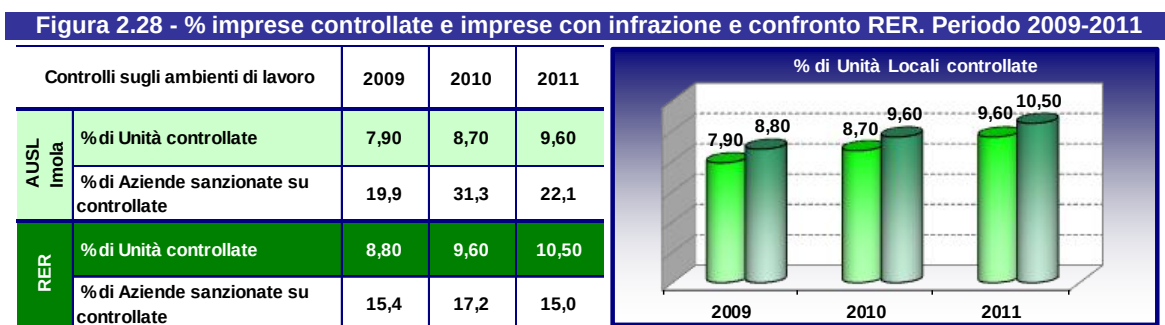
Attività di sorveglianza sanitaria. Il Dipartimento di Sanità Pubblica ha assicurato la sorveglianza delle malattie infettive e gli interventi di controllo per far fronte a situazioni di emergenza, partecipando ai sistemi di sorveglianza regionali.

Nel 2011 è proseguita l'attività di sorveglianza e controllo delle malattie trasmesse da vettori, in particolare, durante l'anno sono stati indagati 21 casi di meningoencefalite virale con sospetta trasmissione di virus da parte di insetti vettori. Non è risultato nessun caso di *West Nile disease*, di Dengue e di *Chikungunya*, mentre sono stati diagnosticati 2 casi di malattia da Virus Toscana (una malattia virale trasmessa da flebotomi).

Per quanto riguarda l'attività di sorveglianza entomologica e lotta agli insetti vettore è stato mantenuto il gruppo di lavoro aziendale in collegamento coi tecnici dei Comuni e del Nuovo Circondario Imolese ed è proseguita nelle scuole l'attività di formazione per il controllo delle zanzare. Continua ad essere garantita la piena applicazione del sistema di segnalazione rapida riguardante eventi epidemici ed eventi sentinella e sono stati garantiti tutti gli interventi per il contenimento della possibile diffusione della malattia infettiva oggetto di segnalazione; in particolare il servizio di Igiene e Sanità Pubblica ha provveduto a segnalare alla Regione col "sistema Alert": 6 casi di Morbillo, 2 malattie invasive batteriche, 1 Varicella occorsa in operatore sanitario, 3 casi sospetti di Influenza da A/H1N1 (di cui solo 1 confermato), 1 caso di Leishmaniosi cutanea, 2 casi di Tubercolosi polmonare ricoverati in ospedale, 9 Meningiti virali con possibile trasmissione da insetti vettori ed un cluster in struttura sanitaria di infezione da germi con profilo inusuale di resistenza agli antibiotici.

Controlli sugli ambienti di lavoro. L'attività di vigilanza sugli ambienti di lavoro viene rappresentata in Figura 2.28, coi tassi di copertura dei controlli e la percentuale di aziende sanzionate nel territorio circondariale a confronto con la media regionale.

Dal 2009 si registra un aumento del numero dei controlli, sostanzialmente in linea col dato regionale e una percentuale di aziende sanzionate in crescita nel 2010 e in calo nel 2011.



Per quanto riguarda il tema sugli [infortuni sul lavoro](#), si rimanda per un approfondimento alla Sezione 1, par. 1.7.2.

Controlli nelle industrie alimentari e negli allevamenti. Il Dipartimento di Sanità pubblica della AUSL di Imola ha raccolto la "sfida" contenuta nella strategia comunitaria di intervento e si impegna a orientare la propria attività sulle esigenze dettate dalla realtà locale.

Il territorio del Circondario Imolese è caratterizzato da una continua e progressiva modifica delle realtà produttive agroalimentari verso due diverse tipologie: la prima consiste nella sopravvivenza di poche realtà "industriali" di eccellenza a rilievo nazionale e internazionale (ad es. la produzione di miele e uova) e la seconda è rappresentata da una miriade di piccole realtà produttive che trovano nella tipicità del prodotto e nella filiera corta di commercializzazione la loro eccellenza.

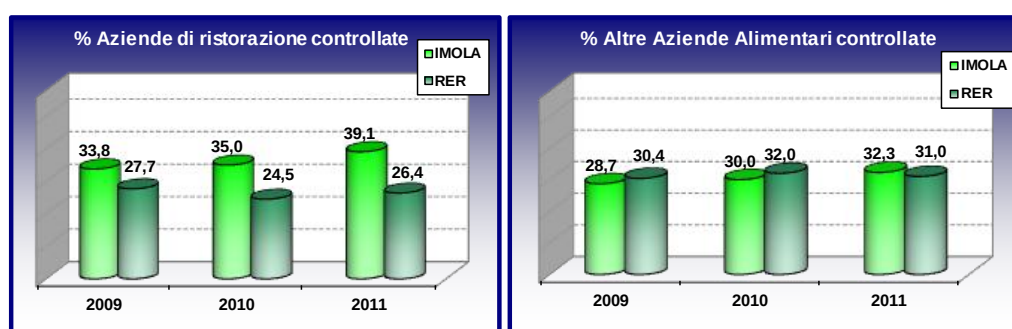
In relazione a tale contesto si sviluppa l'attività dei servizi di Igiene veterinaria: controlli mirati, frequenti e ad elevato contenuto specialistico per le attività a carattere industriale; controlli ad ampio raggio associati ad attività di formazione per le aziende della produzione primaria, operanti a livello locale. Inoltre, grande attenzione viene riservata all'informazione dei consumatori e alla comunicazione alla cittadinanza in materia di sicurezza alimentare, per promuovere corrette modalità di comportamento alimentare sia dal punto di vista igienico che nutrizionale.

Il 2011 ha visto un impegno particolare su due tematiche rilevanti per il nostro territorio: la produzione del latte vaccino e la vendita diretta dei prodotti alimentari. Rispetto al primo tema è stata organizzata un'iniziativa di formazione sull'igiene della produzione rivolta ai titolari delle aziende del circondario in collaborazione con l'Istituto Scarabelli di Imola e le associazioni agricole, che ha visto la partecipazione attiva di oltre il 90% delle aziende (27/29); rispetto alla vendita diretta di prodotti alimentari è stata promossa un'iniziativa con AUSL di Bologna sulle problematiche legate alla produzione del latte destinato alla vendita diretta come latte crudo, data l'elevata rischiosità di tale alimento.

La Figura 2.29 rappresenta l'attività di vigilanza dell'AUSL di Imola sulle aziende di ristorazione e alimentari, nel periodo 2009–2011, con tassi di copertura superiori a quelli medi regionali.

Figura 2.29 - % aziende alimentari e di ristorazione controllate e con infrazioni della AUSL di Imola e confronto RER periodo 2009–2011

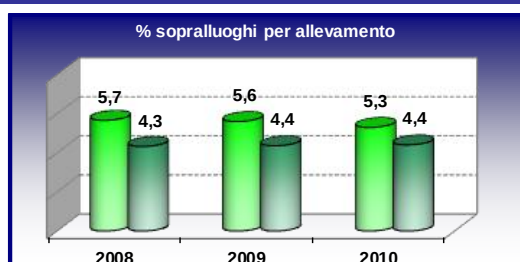
Controlli su Aziende di Ristorazione e Alimentari			2009	2010	2011
Aziende di Ristorazione	AUSL Imola	% Aziende di ristorazione controllate	33,8	35,0	39,1
		% Aziende sanzionate su controllate	32,3	26,7	25,3
	RER	% di Aziende di ristorazione controllate	27,7	24,5	26,4
		% Aziende sanzionate su controllate	27,5	30,4	34,3
Altre Aziende Alimentari	AUSL Imola	% Aziende di trasformazione / lavorazione / confezionamento controllate	28,7	30,0	32,3
		% Aziende sanzionate su controllate	25,2	33,0	27,2
	RER	% di Aziende di trasformazione / lavorazione / confezionamento controllate	30,4	32,0	31,0
		% di Aziende sanzionate su controllate	31,9	39,4	37,0



In Figura 2.30 si riportano i dati relativi al numero medio di sopralluoghi per allevamento nell'AUSL di Imola e il confronto con i dati regionali.

Figura 2.30 - Sopralluoghi per allevamento nell'ambito della AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2008-2010

Controlli sugli allevamenti		2008	2009	2010
AUSL Imola	Allevamenti esistenti	737	741	785
	Sopralluoghi effettuati	4.180	4.155	4.166
	% sopralluoghi per allevamento	5,7	5,6	5,3
RER	Allevamenti esistenti	27.021	27.009	26.751
	Sopralluoghi effettuati	117.064	117.949	118.038
	% sopralluoghi per allevamento	4,3	4,4	4,4



L'attività di controllo sugli allevamenti, come si osserva, mantiene il dato sul "numero medio di sopralluoghi per allevamento" superiore a quello regionale.

L'attività in ambito locale legata all'igiene urbana e al rapporto uomo-animale-ambiente è diventata sempre più rilevante negli ultimi anni, sia per l'entità che per il livello di percezione da parte del cittadino. Il Servizio Veterinario si è strutturato per soddisfare tali esigenze con interventi specialistici di diversa natura: controlli rivolti alla prevenzione delle malattie infettive a carattere zoonosico; valutazioni in merito all'aggressività non controllata di cani; interventi di prevenzione e controllo del randagismo; controlli della popolazione degli animali sinantropi (es.

colombi urbanizzati); controlli alla popolazione dei selvatici con attenzione nei confronti di animali che possono mantenere e trasmettere zoonosi (es. corvidi, volpe) o che possono determinare problemi di convivenza con la zootecnia locale (ricomparsa del lupo nelle nostre colline); interventi, in collaborazione con altri organi competenti in materia di igiene o di controllo della fauna o dell'ambiente in caso di inconvenienti igienici determinati dalla detenzione scorretta di animali; monitoraggio e repressione del fenomeno dell'avvelenamento degli animali.

2.3.2 Assistenza distrettuale

In Tabella 2.31 si riportano i dati di costo relativi al livello assistenziale distrettuale delle Aziende USL regionali nel periodo 2008-2010 (ultimo dato disponibile). L'AUSL di Imola presenta nel 2010 il minor aumento di costo, sia in termini assoluti che come pro-capite.

Tabella 2.31 - Andamento del costo pro-capite del livello Assistenza distrettuale, confronto tra AUSL e dato medio RER. Periodo 2008-2010

	Costo pro-capite Distretto							
	Costi 2008 (*)	Costo Pro-capite 2008	Costi 2009 (*)	Costo Pro-capite 2009	Costi 2010 (*)	Costo Pro-capite 2010	Var. costi 2010/2009	Var. costi procapite 2010/2009
Usl Pc	284.237	992,99	292.927	1.007,40	299.943	1.023,31	2,40%	1,58%
Usl Pr	381.335	888,26	399.622	914,81	408.130	930,46	2,13%	1,71%
Usl Re	433.881	894,19	465.125	950,92	477.853	960,17	2,74%	0,97%
Usl Mo	618.241	942,49	646.182	968,05	669.481	987,93	3,61%	2,05%
Usl Bo	840.946	972,44	887.772	1.015,53	920.497	1.047,07	3,69%	3,11%
Usl Imola	129.261	1.008,42	137.795	1.039,82	139.269	1.044,00	1,07%	0,40%
Usl Fe	352.174	942,00	376.489	994,51	384.703	1.015,00	2,18%	2,06%
Usl Ra	388.076	1.005,45	406.544	1.038,81	419.541	1.063,97	3,20%	2,42%
Usl Fo	191.855	1.034,18	203.555	1.076,80	209.120	1.096,31	2,73%	1,81%
Usl Ce	198.235	1.027,49	212.119	1.081,60	217.525	1.090,06	2,55%	0,78%
Usl Rn	280.241	973,51	296.940	1.017,17	333.188	1.066,62	12,21%	4,86%
RER	4.098.482	958,52	4.325.071	997,03	4.479.249	1.019,03	3,56%	2,21%

(*) Costi totali in migliaia di euro

Il costo pro-capite aumenta, rispetto al 2009, di appena € 4,18 pari a +0,4% contro un aumento medio regionale di € 21,97 (+2,21%). Significativo notare come, tra 2009 e 2010, il *gap* tra costo pro-capite aziendale e media regionale si sia ridotto circa della metà (da € 42,79 a € 24,97).

Tabella 2.32 - Composizione per livelli di assistenza del costo pro-capite del macrolivello Distretto e media RER . Anni 2009 - 2010

Costi pro-capite 2010	2009	2010	MEDIA RER	Scostam. 2009-2010
Disabili	€ 30,75	€ 26,39	€ 47,55	-€ 4,36
Farmaceutica	€ 248,89	€ 264,90	€ 264,85	€ 16,01
Neuropsichiatria Infantile	€ 104,81	€ 106,06	€ 102,06	€ 1,25
Dipendenze Patologiche	€ 37,22	€ 31,51	€ 31,10	-€ 5,71
Salute Donna	€ 31,50	€ 31,42	€ 45,63	-€ 0,08
Salute Infanzia	€ 83,88	€ 67,91	€ 148,47	-€ 15,97
Termale	€ 6,98	€ 6,99	€ 4,64	€ 0,01
Protesica ed Integrativa	€ 34,85	€ 34,14	€ 38,77	-€ 0,71
ADI-Hospice	€ 155,88	€ 134,84	€ 127,52	-€ 21,04
Salute Mentale Adulti	€ 103,36	€ 104,50	€ 81,09	€ 1,14
Emergenza extraosp.	€ 39,85	€ 39,35	€ 35,08	-€ 0,50
Medicina di Base	€ 122,44	€ 126,59	€ 113,00	€ 4,15
Anziani	€ 786,15	€ 777,30	€ 795,70	-€ 8,85
Specialistica	€ 321,72	€ 317,00	€ 288,12	-€ 4,72
TOTALE	€ 1.039,82	€ 1.044,00	€ 1.019,03	€ 4,18

In Tabella 2.32 vengono riportati i costi pro-capite per sottolivello assistenziale e gli scostamenti tra 2009 e 2010, con evidenza del costo medio RER. C'è da segnalare che il [costo pro-capite del livello assistenza farmaceutica](#) (€ 264,85) risulta superiore a quanto rappresentato nel paragrafo relativo all'assistenza farmaceutica, in quanto comprensivo anche di altre forme di erogazione diretta e dell'ossigeno distribuito dalla farmacia ospedaliera e/o da altre strutture aziendali.

Come si può osservare i sottolivelli che hanno maggiormente inciso sulla buona *performance* aziendale, con un contenimento del costo pro capite, sono: [specialistica](#), assistenza agli anziani, [ADI](#), [Hospice](#), salute infanzia, assistenza ai disabili e [dipendenze patologiche](#).

Assistenza residenziale e semi-residenziale. Riguardo all'assistenza residenziale e semi-residenziale agli **anziani** e ai **disabili**, il territorio imolese mantiene una buona offerta di posti letto in linea con la media regionale, seppur maggiormente orientata ai posti letto residenziali. Nel corso del 2011 si è completato il percorso di accreditamento delle strutture socio assistenziali che ha permesso di ridefinire, secondo livelli di intensità assistenziale, la dotazione strutturale del nostro territorio. In particolare, per la parte disabili i posti residenziali sono stati classificati su due livelli: alto e medio. I posti residenziali riportati in tabella sono riferiti alle strutture accreditate ad alto livello assistenziale (Tabella 2.33).

Tabella 2.33 - Posti letto di Assistenza residenziale e semiresidenziale. Periodo 2009-2011

Assistenza residenziale	2009	2010	2011
Anziani	507	507	507
Disabili	17	17	17
Assistenza semi-residenziale	2009	2010	2011
Anziani	53	52	52
Disabili	51	51	51

Si deve precisare che ai posti semiresidenziali per disabili in centri diurni sopra riportati vanno aggiunti 59 inserimenti in centri occupazionali.

Nel 2010 l'AUSL di Imola registra un numero di posti letto in strutture residenziali per anziani ultra settantaquattrenni pari al 35,6 per 1.000 abitanti *versus* il 30,3 dato medio regionale; di converso, un numero posti in semiresidenziale di 3,3 per 1.000 abitanti contro i 6 della media regionale.

Nel 2011 - esercizio per il quale non sono disponibili dati di confronto - rimane invariata la dotazione residenziale e la dotazione di posti semiresidenziali.

Tabella 2.34 - Posti letto di Assistenza residenziale e semiresidenziale per 1.000 abitanti. Periodo 2009-2011 e confronto RER

	2009		2010	
Assistenza residenziale	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.
Anziani (>74)	34,4	30,6	35,6	30,3
Disabili	0,13	0,44	0,13	0,47
	2009		2010	
Assistenza semi-residenziale	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.
Anziani (>74)	3,5	5,9	3,3	6,0
Disabili	0,39	0,89	0,39	0,90

L'assistenza [Psichiatria Territoriale per gli Adulti \(PTA\)](#) mette a disposizione una dotazione di posti letto residenziali suddivisi tra 31 posti in Residenze Sanitarie Socio Riabilitative e 63 in Residenze Socio Sanitarie psichiatriche.

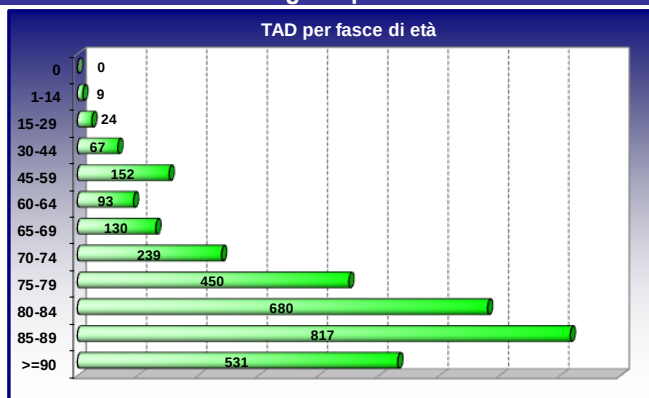
La dotazione strutturale delle [Dipendenze Patologiche](#), rivolta a soggetti dipendenti da sostanze d'abuso, è di 51 posti letto residenziali in strutture convenzionate. L'indicatore "posti per 10.000 abitanti" mostra come la dotazione della AUSL di Imola sia sostanzialmente in linea con il dato medio regionale.

Tabella 2.35 - Posti letto residenziali per dipendenze patologiche delle AUSL e dato medio RER. Periodo 2009-2011

Assistenza residenziale PL per 10.000 ab.	2009		2010		2011	
	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.
dipendenze patologiche	4,0	3,6	3,9	3,5	3,9	3,4

Assistenza domiciliare integrata (ADI). Negli ultimi anni, il Servizio di Assistenza Domiciliare ha registrato un particolare sviluppo che ne ha determinato la modifica dei percorsi assistenziali, orientati sempre più alla non istituzionalizzazione del paziente e alla sua presa in carico sul territorio. Il Grafico 2.36 mostra come l'assistenza domiciliare venga usufruita dalla popolazione anziana e in misura preponderante dal target "Grandi anziani" (over 75).

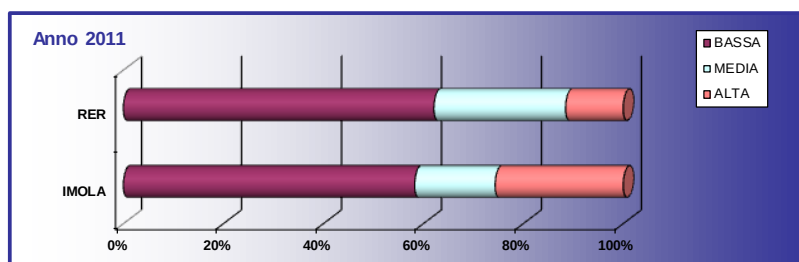
Grafico 2.36 - Assistenza Domiciliare integrata per fasce d'età nella AUSL Imola. Anno 2011



Dopo avere esaminato i numeri assoluti di pazienti e prestazioni erogate, rapportati alla popolazione assistita, in Figura 2.37, si analizza il *case-mix* "produttivo" in termini di intensità/complessità.

Figura 2.37 – Percentuale TAD per intensità di assistenza nella AUSL e confronto RER. Periodo 2009-2011

INTENSITA' ASSISTENZIALE	2009		2010		2011	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
BASSA	58,9%	46,3%	49,8%	60,6%	58,3%	62,2%
MEDIA	19,9%	37,6%	21,6%	27,4%	16,1%	26,3%
ALTA	20,5%	15,9%	28,7%	12,1%	25,6%	11,5%

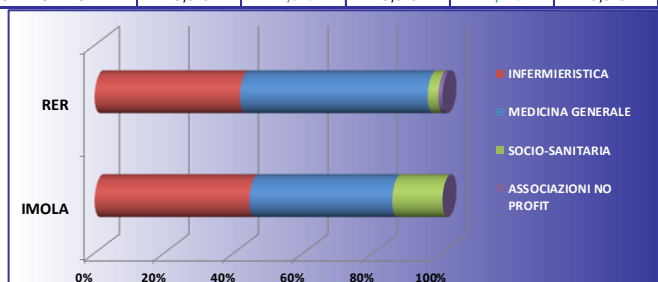


In particolare, nell'AUSL di Imola, si registra un incremento delle TAD a bassa intensità assistenziale, mentre si evince una flessione di quelle a media e alta intensità. Quest'ultima si conferma comunque nettamente superiore alla media RER.

La Figura 2.38 evidenzia un notevole incremento delle TAD infermieristiche nel 2011 rispetto all'anno precedente e al dato medio regionale.

Figura 2.38 – Percentuale TAD per tipologia di assistenza nella AUSL e confronto RER. Periodo 2009-2011

TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	2009		2010		2011	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
MEDICINA GENERALE	43,6%	55,2%	48,2%	55,6%	41,1%	54,0%
INFERMIERISTICA	39,9%	37,6%	37,0%	39,5%	44,5%	41,8%
SOCIO-SANITARIA	16,5%	6,0%	14,9%	3,6%	14,4%	3,0%
ASSOCIAZIONI NO PROFIT	0,0%	1,3%	0,0%	1,4%	0,0%	1,2%



L'attività di assistenza infermieristica rappresentata in Tabella 2.39 (pazienti presi in carico, accessi, prestazioni, ecc.) mostra come negl'anni ad un aumento dei pazienti presi in carico sia corrisposto un aumento degli accessi e delle prestazioni, pur mantenendo costante la media di accessi e prestazioni per assistito. Questo dato consegue alla riorganizzazione dei **Nuclei di Cure primarie (NCP)** che hanno previsto un decentramento degli operatori sul territorio e il recupero dei tempi di percorrenza per l'accesso al domicilio degli utenti.

Tabella 2.39 – Attività di assistenza infermieristica nei Programmi di cure domiciliari. Periodo 2009-2011

ATTIVITA' DI ASSISTENZA NEI PROGRAMMI DI CURE DOMICILIARI ANNO 2011	2009	2010	2011
PAZIENTI ASSISTITI	3.026	3.412	3.822
ACCESSI (assistenza continuativa e occasionale)	46.635	48.911	53.597
MEDIA ACCESSI PER ASSISTITO	15	14	14
PRESTAZIONI	62.884	68.596	80.485
MINUTI ASSISTENZA INFERMIERISTICA (erogati da prestazione nell'anno)	1.136.340	1.262.185	1.472.785
MEDIA PRESTAZIONI PER ASSISTITO	21	20	21
MINUTI DI ASSISTENZA PER PAZIENTE ASSISTITO	376	370	385

Hospice. L'AUSL di Imola mantiene una buona dotazione posti letto presso l'Hospice, con un rapporto rispetto alla popolazione target di 0,18 vs 0,11 della media regionale. In aumento risulta il tasso di utilizzo dei posti letto con una degenza media di 18,3 giorni in linea col dato regionale.

Tabella 2.40 - Posti letto e degenza media dell'Hospice dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2009-2011

Attività Hospice	2009		2010		2011	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N. posti letto	12	226	12	241	12	248
PL su popolazione target	0,19	0,11	0,19	0,11	0,18	0,11
Degenza media	20,7	17,51	19,6	18,8	18,3	18,6

Per quanto attiene alle attività connesse alla palliazione, il tema oltre al consolidamento della funzione di Hospice prevede l'ampliamento del concetto di cure palliative a patologie di diversa natura rispetto a quelle oncologiche come, ad esempio, alcune fasi evolutive di patologie degenerative del sistema nervoso quali la sclerosi multipla, la sclerosi laterale amiotrofica, ecc.

In questa ottica costituiscono elementi di innovazione la realizzazione dell'ambulatorio per le cure palliative, elemento fondamentale della rete delle cure con finalità di agevolare l'ingresso e la presa in carico del paziente, ovvero della sua dimissione e riconsegna al domicilio e al medico di medicina generale. Complementare all'ambulatorio sarà l'attività del **Day Hospice** finalizzato al sostegno delle fasi assistenziali con svolgimento diurno e rientro a domicilio a fine giornata. In Tabella 2.41 la percentuale dei decessi nel triennio a confronto coi dati regionali.

Tabella 2.41 – Dimissioni e % decessi presso l'Hospice e confronto RER. Periodo 2009-2011

Attività hospice	2009		2010		2011	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N. pazienti dimessi	194	3.837	191	3.935	204	4.100
%deceduti sul tot. Dimessi	81%	72%	75,4%	73,6%	82,4%	74,9%

Consultori Familiari. L'attività del Consultorio Familiare negli ultimi anni ha registrato un sensibile aumento dovuto ad aspetti di carattere demografico, vedi l'impatto delle popolazioni immigrate, ma anche ad aspetti di carattere culturale come la maggiore sensibilità sociale, di tutela e garanzia delle fasce più deboli dell'infanzia e della donna.

Tabella 2.42 - Tassi di copertura per il livello Salute donna e confronto RER. Periodo 2008-2010

Indicatori di attività	2008		2009		2010	
	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.	IMOLA	MEDIA R.E.R.
% donne in gravidanza seguite dai consultori familiari su totale "nati vivi"	26,0%	43,5%	25,2%	44,7%	36,3%	51,0%
% donne immigrate seguite in gravidanza su totale donne in gravidanza seguite	49,8%	51,4%	69,5%	57,2%	44,2%	55,4%
% donne in carico ai consultori familiari su popolazione target: Ostetricia e Ginecologia	7,6%	15,0%	8,0%	14,6%	8,9%	14,4%
% donne in carico ai consultori familiari su popolazione target: Psicologia	0,87%	0,53%	0,9%	0,5%	1,00%	0,50%

Va comunque precisato che il confronto tra Consultori delle AUSL regionali deve essere letto alla luce delle diverse organizzazioni interne: ad esempio, nell'AUSL di Imola, la prevenzione dei tumori femminili è esaustivamente ricompresa nell'[attività di screening](#) in capo all'Anatomia Patologica; le attività per la popolazione *target* di età 15-64 anni sono condotte in sinergia con la l'Ostetricia e la Ginecologia. A questo proposito, nella nuova organizzazione aziendale il Consultorio Familiare, pur appartenendo come da indicazione regionale al Dipartimento delle Cure Primarie, partecipa a pieno titolo anche al Dipartimento Materno Infantile.

Tabella 2.43 - Indicatori di attività del Consultorio familiare dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2008-2010

Volumi di attività	2008		2009		2010	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
Numero prestazioni	16.825	798.777	17.665	802.815	20.180	844.453
Variazione % su anno precedente	-4,8%	-0,5%	5,0%	0,5%	14,2%	5,2%
Distribuzione per tipologia di attività	2008		2009		2010	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
Contraccezione	4,6%	6,6%	3,5%	7,2%	4,8%	6,7%
Gravidanza	38,7%	24,5%	44,8%	25,0%	42,6%	26,8%
I.V.G.	3,8%	2,3%	3,4%	2,3%	3,0%	2,4%
Menopausa	0,8%	2,6%	0,7%	2,0%	0,8%	2,1%
Psicologia	15,3%	6,1%	14,6%	6,0%	15,0%	6,0%
Puerperio	13,6%	3,5%	12,0%	3,5%	13,2%	3,4%
Specialistica ginecologica	22,7%	19,2%	21,0%	19,9%	20,5%	18,3%

L'attività del Consultorio Familiare si articola nelle aree di seguito trattate.

Area Ostetrico-Ginecologica. Nel 2011 si è registrata un'importante crescita delle richieste di visite/ecografie ostetrico-ginecologiche, in particolare relative all'assistenza alla gravidanza. Nell'ambito di un tavolo di lavoro aziendale sono stati stabiliti i criteri per la definizione della gravidanza fisiologica che, nel corso del 2012, verrà seguita dalle ostetriche consultoriali. In un tavolo di lavoro multiservizi/muldisciplinare è stata stabilita la procedura per l'esecuzione del **test combinato** in gravidanza per stimare il rischio di anomalie cromosomiche nel 1° trimestre. In ordine allo sviluppo del [Programma Percorso Nascita](#) si rimanda alla Sezione 3, par. 3.4.2.

Spazio per la salute della donna migrante. I nuovi flussi migratori hanno incrementato l'accesso delle [donne straniere](#) al Consultorio Familiare che è diventato uno dei punti di riferimento privilegiato per i loro bisogni di salute. Considerando la scarsa affluenza alle attività di promozione alla genitorialità, il servizio ha offerto alle gestanti che provengono da altri paesi due corsi di preparazione alla nascita per donne di lingua araba con la presenza di una mediatrice linguistica.

Area Psicologica. Dai dati 2011 sulla gestione dell'attività emerge in modo evidente che la domanda psicologica è in continua crescita, in particolare da parte di adolescenti e di coppie/famiglie. Le trasformazioni sociali, culturali ed economiche espongono sempre più le famiglie, le relazioni di coppia e le funzioni genitoriali ad una precarietà esistenziale, cui corrisponde una fragilità crescente dei legami e un'incertezza negli investimenti emotivi.

I processi di separazione psichica dai vincoli d'origine appaiono molto più controversi di un tempo: sempre più frequentemente viene richiesto un intervento psicologico per presenza d'intense conflittualità intergenerazionali; così come la gravidanza e la nascita spesso alterano equilibri precedenti, determinando condizioni di solitudine e di rischio evolutivo.

Prevenzione del fenomeno del maltrattamento. Oltre all'attività clinico-terapeutica, il tavolo multidisciplinare/multiservizi ha completato la revisione delle linee guida per la presa in carico psicosociale delle donne vittime di violenza. Il Consultorio Familiare in collaborazione con altri servizi dell'AUSL di Imola e con l'ASP ha consolidato la promozione di un percorso di accoglienza condiviso che prevede la presa in carico delle donne vittime di violenza dal primo accesso alla dimissione e la pianificazione di un progetto individuale che garantisca la continuità assistenziale degli interventi e sostegni personalizzati. Nel 2011 è stato organizzato un corso rivolto a operatori socio-sanitari e alle Forze dell'Ordine "Corso avanzato di approfondimento sull'accoglienza e tutela delle donne e minori vittime di violenza" e realizzate due iniziative formative relative al fenomeno del maltrattamento, una organizzata dalla Pediatria e l'altra dall'Amministrazione comunale di Imola. È stata avviata, inoltre, una raccolta dei dati sulla diffusione del fenomeno nel Circondario imolese che ha visto il Consultorio impegnato a raccogliere ed elaborare dati di altri servizi dell'azienda e dell'ASP. Si è proceduto alla progettazione di un corso per il 2012 "La violenza sul corpo delle donne: una riflessione multidisciplinare per affrontare il tema delle mutilazioni genitali femminili, una violenza fisica poco indagata, e permettere un confronto tra operatori coinvolti nella presa in carico di donne vittime di abusi.

Spazio Giovani. Come da diversi anni proseguono i progetti di Educazione alla salute nelle scuole, includendo anche le Istituzioni Scolastiche di Medicina e di Castel San Pietro. Particolare attenzione è stata rivolta al corso "Dai gesti alle parole" per la prevenzione dei fenomeni relativi alla violenza contro le donne. Tra le tematiche affrontate vi sono anche il rapporto col cibo, la sessualità, l'affettività, il rapporto con sé stessi e gli altri, l'identità, il bullismo, ecc.

Nel 2011 sono state aperte due nuove sedi - una presso l'Ospedale di Castel San Pietro e l'altra presso il polo di Medicina - per offrire ai ragazzi/e residenti la possibilità di effettuare visite ostetrico-ginecologica o consultazioni psicologiche.

Area menopausa. E' proseguita l'organizzazione dei corsi educativo - informativi sui temi legati alla menopausa che hanno visto un consolidamento del numero delle iscritte, così come l'attività di ginnastica perineale condotta da un'ostetrica presso la sede del Consultorio di Imola.

In occasione della giornata mondiale della menopausa è stata promossa a Imola un'iniziativa danzante rivolta a tutte le donne; in tale occasione è stato distribuito un opuscolo contenente alcune informazioni su questa particolare fase della vita femminile.

Assistenza ostetrica post-partum. Sono proseguite tutte le attività ostetriche di sostegno al puerperio ed è stata registrata una crescita nelle visite domiciliari e nelle telefonate del "Pronto aiuto latte". Analogamente è continuata l'attività del gruppo di volontarie "Donne che aiutano

donne” che da diversi anni segue le puerpere in difficoltà nell’accudimento del loro bambino, fornendo un sostegno domiciliare educativo-assistenziale.

Salute Mentale. La pianificazione strategica del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) si definisce, in coerenza con il mandato regionale, con gli obiettivi fissati dal “Piano Attuativo Salute mentale e Dipendenze Patologiche” 2009-2011, tuttora vigente, dal quale derivano gli orientamenti relativi alla Psichiatria Adulti, alla Neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza e quelli inerenti le Dipendenze Patologiche. In aderenza al Piano Strategico aziendale, nel 2011, sono stati realizzati i seguenti principali interventi:

- riorganizzazione dei livelli **residenziale socio riabilitativo e semiresidenziale sanitario** in area Psichiatria adulti e Dipendenze patologiche, secondo la programmazione del fabbisogno di posti letto espressa dalla Regione in sede di accreditamento.
- Realizzazione del percorso di trasformazione delle due strutture residenziali socio-riabilitative (psichiatria adulti) - precedentemente accreditate in ambito dipartimentale ed oggi in accreditamento transitorio - al privato sociale, superando pertanto la gestione mista pubblico – privata, secondo gli indirizzi regionali. In tale assetto il DSM mantiene l’esercizio del governo clinico e la verifica dei singoli percorsi diagnostico-terapeutici.
- Chiusura da giugno 2011 di uno dei due centri diurni - strutture semiresidenziali sanitarie - concentrando tutte le attività nell’altro centro diurno.
- Trasformazione di una struttura già accreditata come residenza socio-riabilitativa (Cà del Vento) in residenza socio-sanitaria con una diminuzione dei posti letto (da 19 a 15).
- Monitoraggio degli inserimenti nelle residenze socio sanitarie che ha consentito la riduzione dei posti letto di tipologia socio sanitaria e ha portato al superamento del gruppo appartamento “Pambera”.
- Potenziamento nell’area psichiatria adulti dell’assetto di cura sul territorio (*budget* di cura) che si consoliderà nel 2012 mediante l’integrazione con l’Asp.

Il Dipartimento ha inoltre attivato, in linea con il Progetto Strategico sui [Piani per il Benessere e la Salute Sociale](#) (2009-2011), il percorso integrato terapeutico-riabilitativo territoriale definito “Budget di cura/salute”. La Tabella 2.44 riporta l’attività del Dipartimento di Salute mentale in termini di pazienti seguiti e trattamenti effettuati a confronto coi dati medi regionali.

Tabella 2.44 - Attività Dipartimento Salute Mentale. Periodo 2009-2011

Attività DSM	2009		2010		2011	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
Pazienti seguiti dal DSM	1.871	72.084	1.977	76.302	2.296	77.839
Dimessi dagli SPDC per residenza	235	7.176	281	7.286	313	7.342
N.ro TSO	11	1.105	10	1.142	5	1.085
% TSO / Ricoveri	4,7%	15,4%	3,6%	15,7%	1,6%	14,8%

Psichiatria Territoriale Adulti (PTA). La Psichiatria territoriale si articola in: Centro di Salute Mentale (CSM) con sede a Imola e 3 ambulatori periferici; Day Hospital Territoriale (DHT) a responsabilità infermieristica; Centro Diurno (con progressiva integrazione delle attività del Laboratorio Girasole e sviluppo della gestione degli interventi in rete con gruppi AMA, Associazioni di Familiari e Utenti).

SPDC - Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura. Il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura è dotato di 15 posti letto collocati all'interno del Presidio Ospedaliero di Imola; sono inoltre attivi 12 posti letto residenziali intensivi e 2 posti letto funzione di *Night Hospital*. La degenza media ordinaria, nel 2011, è stata pari a 15,3 (*vs* 17,5 nel 2010) e la degenza media in RTI di 25,4 (*vs* 31,5 nel 2010).

Tabella 2.45 - Attività Psichiatria Territoriale Adulti e SPDC. Periodo 2009-2011

Attività Psichiatria Territoriale Adulti	2009	2010	2011
Prima visita psichiatrica	694	879	967
Pazienti trattati in DH Territoriale	77	65	109
Pazienti trattati in Centro Diurno	46	61	61

Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'età evolutiva (NPJA). L'Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (NPJA) 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, sono stati definiti 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'Iperattività; Programma per i disturbi neuromotori, per i Disturbi Specifici del Linguaggio e per quelli dell'Apprendimento. All'interno di questi percorsi clinico-assistenziali la NPJA opera 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. Nel 2011 sono state sviluppate particolari azioni in tema di **autismo** che hanno determinato: l'adozione di un modello di presa in carico secondo metodiche cognitivo-comportamentali; il proseguimento, in compartecipazione e collaborazione con le associazioni delle famiglie, del progetto di consulenza specialistica da parte di una analista del comportamento per la programmazione di interventi in ambito familiare e scolastico; l'ampliamento del progetto semiresidenziale "Magicamente" presso la struttura dell'ASP per l'accoglienza di adolescenti affetti da autismo, con l'integrazione degli educatori del Comune ad altri pazienti autistici che nel periodo estivo frequentano i campi solari; la promozione di un seminario di formazione per i pediatri di libera scelta sull'utilizzo della CHAT, strumento di *screening* dei disturbi precoci della comunicazione e della interazione.

Dipendenze Patologiche. Per quanto concerne le dipendenze patologiche, particolare attenzione è stata rivolta allo 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. Queste politiche hanno lo scopo di semplificare l'accesso e la presa in carico delle fasce marginali, di quelle a medio e alto funzionamento sociale e dei giovani policonsumatori, anche in condizioni di compromissione non avanzata. 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*. Per tutti questi utenti è prevista una valutazione multidisciplinare in fase di accoglienza, da parte di operatori e professionalità diverse, con l'utilizzo di un supporto testistico specialistico. 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 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 Centro Diurno "Arcobaleno" di Casola Canina ha visto recentemente rimodulata la propria attività in struttura semiresidenziale finalizzata alla prevenzione delle ricadute delle dipendenze e alla acquisizione di strategie cognitivo-comportamentali atte a facilitare il reinserimento sociale del soggetto. Rivolto a diversi *target* di utenza (dipendenze da droghe, alcool, gioco d'azzardo patologico) quando possibile fanno parte del progetto terapeutico anche i familiari dei pazienti, per dare particolare importanza alla sensibilizzazione ed attivazione della rete sociale di sostegno. Inoltre, 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.

Tabella 2.46 – Tassi di incidenza e prevalenza dipendenze patologiche e confronto RER. Periodo 2008-2010

Dipendenze Patologiche	2008		2009		2010	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
Tasso incidenza tossicodipendenti	7,0	8,9	5,4	9,0	3,7	7,6
Tasso prevalenza tossicodipendenti	42,3	46,5	45,0	46,0	44,6	45,3
Tasso incidenza alcolodipendenti	5,2	4,2	5,7	4,7	4,3	4,5
Tasso prevalenza alcolodipendenti	41,8	19,7	44,0	20,3	45,0	20,3

La Tabella 2.46 presenta, per le [dipendenze patologiche](#), il tasso di prevalenza (rapporto tra utenti totali e popolazione 15-64 anni *10.000 ab.) e di incidenza (rapporto tra nuovi utenti totali e popolazione 15-64 anni *10.000) relativamente al periodo 2008-2010 e confronto regionale.

L'incidenza di tossicodipendenti presi in carico dai servizi dell'azienda risulta in netto calo (2008: 7,0; 2010: 3,7) e rispetto al dato medio regionale risulta essere la metà. Piuttosto omogeneo, tra dato aziendale e regionale, risulta invece l'indice di prevalenza. Lo stesso indice, per gli alcolodipendenti, evidenzia un *trend* in leggero aumento per l'AUSL di Imola e per la Regione ed un dato aziendale doppio rispetto a quello regionale. A questo proposito si ricorda che tra gli utenti in carico ai Centri alcolologici vi sono anche soggetti non residenti, pertanto il valore dei tassi potrebbe essere influenzato da questo elemento.

Tabella 2.47 – Tossicodipendenti e alcolisti presi in carico dalle Dipendenze Patologiche. Periodo 2008-2010

Dipendenze Patologiche	2008	2009	2010
Utenti tossicodipendenti	344	372	374
Nuovi utenti tossicodipendenti	57	45	31
Utenti alcolodipendenti	340	364	377
Nuovi utenti alcolodipendenti	42	47	36

Assistenza Odontoiatrica. Con l'avvio del "Programma regionale di assistenza odontoiatrica", nel 2004, l'AUSL di Imola ha dato corso a specifiche azioni per la tempestiva e piena attuazione degli indirizzi regionali in materia di assistenza odontoiatrica. Dall'avvio del programma, in linea con quanto si è sviluppato sull'intero territorio regionale, sono stati riorganizzati i servizi al fine di garantire quelle forme di assistenza odontoiatrica rivolta ai soggetti più vulnerabili (DGR 2678/2004 e 374/2008). Sono state adeguate al Nomenclatore le prestazioni offerte (compresa la protesica fissa erogata nelle sedi di Castel S. Pietro e Medicina) ed è stata adeguata l'offerta oraria al bacino di utenza individuato dai nuovi criteri di vulnerabilità sanitaria e sociale.

Tabella 2.48 - Utenti distinti per trattamento nelle AUSL e RER. Anno 2011

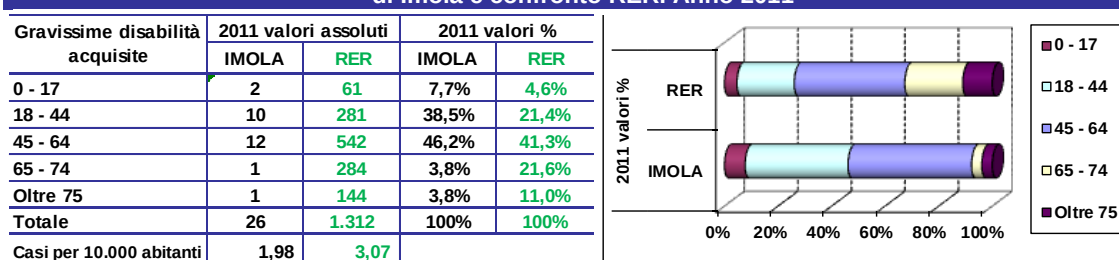
AZIENDE	UTENTI NON VULNERABILI				TOTALE UTENTI				% UTENTI NON VULNERABILI			
	Conservativa/Endodonzia	Ortodonzia/Trattamenti	Protesica Fissa	Protesica Mobile	Conservativa/Endodonzia	Ortodonzia/Trattamenti	Protesica Fissa	Protesica Mobile	Conservativa/Endodonzia	Ortodonzia/Trattamenti	Protesica Fissa	Protesica Mobile
PIACENZA	61	10	2	12	1.341	184	19	213	4,5%	5,4%	10,5%	5,6%
PARMA	349	75	38	142	2.464	289	301	929	14,2%	26,0%	12,6%	15,3%
REGGIO EMILIA	103	14	13	27	5.218	1.318	384	955	2,0%	1,1%	3,4%	2,8%
MODENA	216	49	4	17	3.555	1.080	40	455	6,1%	4,5%	10,0%	3,7%
BOLOGNA	637	68	39	515	6.260	1.646	248	2.014	10,2%	4,1%	15,7%	0,8%
IMOLA	166	89	0	22	1.343	437	42	291	12,4%	20,4%	0,0%	7,6%
FERRARA	8	3	1	3	1.535	759	107	922	0,5%	0,4%	0,9%	0,3%
RAVENNA	143	120	5	29	2.375	1.020	86	710	6,0%	11,8%	5,8%	4,1%
FORLÌ	15	1	2	1	637	64	29	173	2,4%	1,6%	6,9%	0,6%
CESENA	40	19	1	5	1.368	680	25	320	2,9%	2,8%	4,0%	1,6%
RIMINI	8	12	0	1	437	737	107	463	1,8%	1,6%	0,0%	0,2%
AOSP PARMA	53	51	1	3	166	179	3	14	31,9%	28,5%	33,3%	21,4%
AOSP MODENA	84	63	4	32	567	220	44	186	14,8%	28,6%	9,1%	17,2%
AOSP FERRARA	3	0	0	0	239	5	22	10	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%
REGIONE	1.885	572	110	809	27.439	8.611	1.457	7.649	6,9%	6,6%	7,5%	10,6%

Negli ultimi anni è stato registrato un aumento dell'attività del servizio, specialmente per quanto riguarda la parte conservativa/endodonzia che ha visto trattati 1.343 pazienti nel 2011, vs 1.180 del 2010 e l'attività per protesi fissa che passa da 27 trattamenti nel 2010 a 42 nel 2011.

Per quanto riguarda gli utenti disabili, dal 2010, si è consolidata la collaborazione con il Presidio per il trattamento in regime di Day Hospital degli utenti non collaboranti per i quali viene utilizzato il riunito collocato presso il blocco operatorio.

Gravissime Disabilità acquisite. Nel 2011 l'AUSL di Imola ha erogato prestazioni configuranti la "presa in carico" - assistenza domiciliare, assegni di cura e/o assistenza residenziale - a 26 pazienti con gravissime disabilità acquisite, pari a 1,98 casi per 10.000 abitanti, come mostra la Figura 2.49, dove si evince che le prese in carico riguardano quasi esclusivamente persone di età inferiore ai 65 anni. La spesa totale per l'applicazione della DGR 2068/2004 è stata di € 303.264,21, come si dettaglia in Sezione 3, par. 3.2.2, sull'[utilizzo dell'FRNA](#).

Figura 2.49 - Pazienti presi in carico con gravissime disabilità acquisite, per classi di età, nell'AUSL di Imola e confronto RER. Anno 2011



Dai valori in Tabella 2.50 si evince che, in riferimento alle tipologie di assistenza, l'AUSL di Imola risulta avere la maggior parte dei pazienti in assistenza domiciliare, mentre una quota molto bassa in assistenza residenziale. Questo dato risulta in linea con le indicazioni della DGR 2068/2004 che privilegia l'assistenza e la permanenza dell'utente al proprio domicilio.

Tabella 2.50 - Pazienti in carico con gravissime disabilità acquisite e prestazioni erogate, nell'AUSL di Imola e confronto RER. Anno 2011

Gravissime disabilità acquisite	PAZIENTI PRESI IN CARICO	PAZIENTI IN CARICO x 10.000 ABITANTI	Assistenza Domiciliare (fonte BD ADI)	Assegno di cura (DGR 2068/2004)	Assistenza Residenziale
PIACENZA	126	4,3	66	36	43
PARMA	145	3,3	74	55	57
REGGIO EMILIA	152	2,9	102	87	44
MODENA	149	2,1	81	65	61
BOLOGNA	247	2,9	120	97	77
IMOLA	26	2,0	17	18	8
FERRARA	92	2,6	52	60	33
RAVENNA	107	2,7	62	54	34
FORLÌ	58	3,1	34	31	25
CESENA	102	4,9	58	44	38
RIMINI	108	3,3	46	40	50
REGIONE	1.312	3,0	712	587	470,00

Fonte: banca dati GRAD (Gravissime Disabilità Acquisite) - Regione Emilia Romagna

Medicina di Base. La Medicina di Base comprende i [Medici di Medicina di Generale \(MMG\)](#), i [Pediatri di Libera Scelta \(PLS\)](#) e i medici di continuità Assistenziale (Guardia Medica). Negli ultimi anni si è registrata una profonda riorganizzazione della Medicina di Base con l'avvio dei [Nuclei di cure primarie \(NCP\)](#), attraverso l'aggregazione dei Medici e la condivisione di sedi uniche distribuite nel territorio. La tabella sotto riportata rappresenta la fotografia dell'organizzazione

della Medicina di Base in Nuclei di cure primarie con le adesioni dei medici e la copertura oraria ambulatoriale.

Tabelle 2.51 - Indicatori di accessibilità, associazionismo e di attività dei MMG. Periodo 2009-2011

Assistenza primaria sviluppo associazionismo e incremento accessibilità	2009	%	2010	%	2011	%
MMG	100	100%	99	100%	97	100%
organizzati in forma associativa	96	96%	97	98%	96	99%
(di cui) in gruppo	68	100%	68	69%	67	69%
(di cui) in rete	28	41%	29	29%	29	30%
Nuclei Cure Primarie	7	100%	7	100%	7	100%
(di cui) con sede fisica e apertura amb medica sett di 84 ore (12h/7gg) ed infermieristica sett di 50 ore su 6 giorni	2	29%	2	29%	2	29%
(di cui) con sede fisica e apertura amb medica sett di 60 ore (12h/5gg) ed infermieristica sett di 25/50 ore su 5/6 giorni	1	14%	2	29%	2	29%
(di cui) con sede fisica e apertura amb medica sett di 50 ore (10h/5gg) ed infermieristica sett di 30 ore su 6 giorni			1	14%	1	14%
N. MMG con apertura ambulatoriale medica settimanale di 84 ore (12h/7gg)	38	38%	37	38%	37	38%
N. MMG con apertura ambulatoriale medica settimanale di 60 ore (12h/5gg)	11	11%	29	18%	29	30%
N. MMG con apertura ambulatoriale medica settimanale di 50 ore (10h/5gg)			6	6%	6	6%

Assistenza Farmaceutica. In Tabella 2.52 si riportano i valori economici totali e pro-capite riferiti alla spesa farmaceutica territoriale, aggregato comprendente la spesa netta convenzionata esterna e l'erogazione diretta di farmaci di fascia A. Come si evince, l'AUSL di Imola nel 2011 presenta una delle spese pro-capite più basse a livello regionale, ben sotto alla media regionale. Nell'anno l'AUSL di Imola fa registrare, rispetto all'anno precedente, un miglioramento di costo tra i più alti a livello regionale pari a -7,5% sul pro-capite e a -6,7% sulla spesa complessiva. La spesa lorda per ricetta risulta di € 18,23 vs un valore medio regionale di € 18,42.

Tabella 2.52 - Tassi di crescita della spesa farmaceutica territoriale delle AUSL RER. Periodo 2009-2011

Area di erogazione (*)	Spesa farmaceutica territoriale - 2009	Spesa farmaceutica territoriale - 2010	Spesa farmaceutica territoriale - 2011	Spesa pesata procapite 2009	Spesa pesata procapite 2010	Spesa pesata procapite 2011	Var % spesa 2010 - 2011	Var % spesa pro capite 2010 - 2011
Area Bologna	€ 193.504.516	€ 197.321.410	€ 193.084.024	€ 220,80	€ 223,50	€ 217,17	-2,1%	-2,8%
AUSL Ravenna	€ 87.687.718	€ 89.081.525	€ 86.667.759	€ 219,63	€ 220,86	€ 212,92	-2,7%	-3,6%
Area Modena	€ 142.790.975	€ 143.886.647	€ 141.383.712	€ 216,61	€ 216,01	€ 210,35	-1,7%	-2,6%
Area Ferrara	€ 82.835.917	€ 84.190.171	€ 81.922.564	€ 212,88	€ 215,31	€ 208,65	-2,7%	-3,1%
AUSL Forlì	€ 44.473.090	€ 43.586.492	€ 39.885.045	€ 234,32	€ 227,99	€ 207,19	-8,5%	-9,1%
Totale Regione	€ 929.139.310	€ 938.579.179	€ 910.480.950	€ 214,19	€ 213,53	€ 205,41	-3,0%	-3,8%
AUSL Cesena	€ 42.742.902	€ 42.933.895	€ 40.923.142	€ 218,60	€ 216,64	€ 203,82	-4,7%	-5,9%
Area Reggio Emilia	€ 98.257.503	€ 99.605.065	€ 97.879.018	€ 204,49	€ 205,14	€ 199,74	-1,7%	-2,6%
AUSL Imola	€ 27.553.704	€ 27.664.606	€ 25.817.978	€ 211,79	€ 210,67	€ 194,84	-6,7%	-7,5%
AUSL Rimini	€ 59.404.630	€ 63.288.059	€ 61.223.021	€ 206,06	€ 203,38	€ 194,10	-3,3%	-4,6%
AUSI Piacenza	€ 59.695.910	€ 59.535.143	€ 57.742.277	€ 201,34	€ 199,56	€ 192,22	-3,0%	-3,7%
Area Parma	€ 90.192.445	€ 87.486.268	€ 83.952.410	€ 208,17	€ 200,41	€ 190,84	-4,0%	-4,8%

(*) Le aree di erogazione comprendono l' AUSL ed una o più Aziende o IRCCS che insistono nel territorio della AUSL

In Tabella 2.53 viene riportata l'incidenza delle varie tipologie (convenzionata, a distribuzione diretta, ospedaliera) di cui si compone la spesa farmaceutica complessiva.

Tabella 2.53 - Incidenza delle tipologie di spesa farmaceutica nelle AUSL RER. Anno 2011

Area di erogazione (*)	Spesa farmaceutica - Anno 2011								
	Spesa netta per erogazione mediante farmacie convenzionate		Spesa per erogazione diretta farmaci fascia A		Spesa per erogazione diretta altri farmaci		Spesa ospedaliera (esclusa erogazione diretta)		Spesa farmaceutica totale SSN
	Euro	%	Euro	%	Euro	%	Euro	%	Euro
AUSL Piacenza	42.916.470	54,1%	14.825.807	18,7%	8.377.713	10,6%	13.160.274	16,6%	79.280.264
Area Parma	62.885.974	49,0%	21.066.436	16,4%	18.272.785	14,2%	26.017.201	20,3%	128.242.396
Area R. Emilia	70.628.822	49,3%	27.250.196	19,0%	21.106.397	14,7%	24.200.380	16,9%	143.185.795
Area Modena	102.890.865	48,3%	38.492.847	18,1%	31.331.650	14,7%	40.432.698	19,0%	213.148.060
Area Bologna	145.808.843	50,6%	47.275.181	16,4%	34.577.055	12,0%	60.489.178	21,0%	288.150.257
AUSL Imola	20.490.722	58,2%	5.327.256	15,1%	3.536.393	10,1%	5.830.283	16,6%	35.184.654
Area Ferrara	60.624.248	52,8%	21.298.316	18,5%	10.204.194	8,9%	22.772.394	19,8%	114.899.152
AUSL Ravenna	66.694.417	54,7%	19.973.342	16,4%	15.737.308	12,9%	19.485.767	16,0%	121.890.834
AUSL Forlì	29.977.241	48,7%	9.907.804	16,1%	7.325.064	11,9%	14.395.983	23,4%	61.606.092
AUSL Cesena	31.860.118	59,9%	9.063.024	17,0%	5.660.503	10,6%	6.602.594	12,4%	53.186.239
AUSL Rimini	43.442.130	50,4%	17.780.891	20,6%	12.291.913	14,3%	12.655.357	14,7%	86.170.291
Regione	678.219.850	51,2%	232.261.100	17,5%	168.420.975	12,7%	246.042.109	18,6%	1.324.944.034

FONTE: la spesa convenzionata è tratta dal flusso economico-finanziario gestito dal Servizio Politica del Farmaco; la spesa per erogazione diretta e la spesa ospedaliera sono tratte dal flusso AFO

Nel 2011 sono proseguite le azioni volte al governo dell'appropriatezza prescrittiva dell'assistenza farmaceutica interna ed esterna convenzionata, che hanno permesso di raggiungere buoni risultati sulla spesa pro-capite per la farmaceutica convenzionata, posizionata al di sotto della media regionale, come anche sulla spesa ospedaliera. Le linee di indirizzo regionali prevedevano che la spesa farmaceutica possa diminuire del 3% rispetto al 2010, in particolare per effetto dei provvedimenti AIFA di riduzione dei prezzi dei farmaci generici e a scadenze brevettuali.

La spesa farmaceutica convenzionata in Regione ha di fatto subito un decremento rispetto l'anno precedente dovuto alle scadenze nel corso dell'anno di brevetti, alla riduzione dei prezzi dei farmaci equivalenti e, da ultimo, alla manovra ticket sui farmaci per alcune fasce di reddito dei cittadini, con conseguente riduzione della quota a carico del SSR. Il decremento registrato è stato pari all'8,5% rispetto al 2010. Oltre agli effetti economici positivi di cui sopra, coerentemente agli indirizzi regionali e a rafforzamento degli stessi, l'azienda ha posto in essere interventi che hanno coinvolto in maniera sinergica medici ospedalieri, specialisti e medici di medicina generale, al fine di perseguire progressivamente obiettivi di appropriatezza terapeutica e prescrittiva basate sulla revisione continua ed aggiornata delle prove di efficacia e sul miglior rapporto costo/beneficio per le principali categorie terapeutiche, ovvero le più "critiche" individuate a livello aziendale.

Le azioni di intervento che afferiscono l'ambito ospedaliero e quello territoriale hanno riguardato:

- Gastroprotettori inibitori di Pompa protonica (PPI); Cardiovascolari (statine, ACE-inibitori e sartani); applicazione delle raccomandazioni della Commissione Provinciale del Farmaco (CPF) e incremento percentuale della prescrizione di farmaci equivalenti sul totale della categoria farmacologica.
- Mantenimento dei volumi prescrittivi, se appropriati, di farmaci i cui brevetti erano già scaduti o sono scaduti nel 2011 (es. dorzolamide + timololo, acido risedronico, valsartan e levofloxacina).
- Utilizzo e prescrizione di farmaci che agiscono su mineralizzazione ossea secondo le limitazioni della Scheda Tecnica, della Nota Aifa 79 ove prevista, nonché priorità di scelta

dei principi attivi equivalenti di maggiore e provata efficacia (alendronato e risedronato) rispetto ai farmaci *branded*.

- Incremento % di prescrizioni di farmaci equivalenti ai farmaci dell'ipertrofia prostatica.
- Piena aderenza al Prontuario Terapeutico Provinciale in relazione ai consumi interni.
- Miglioramento della *performance* in termini di aderenza al Prontuario Terapeutico Provinciale in relazione a prescrizione SSN e induzione di consumo territoriale.
- Verifica dell'appropriatezza prescrittiva su campioni di referti specialistici in collaborazione con il Dipartimento Cure Primarie e l'Ufficio Controlli sanitari. A tal fine è proseguita l'analisi sulle prescrizioni dei singoli MMG in relazione ai volumi prescrittivi, supportata da *audit* specifici.

Tali interventi hanno consentito di conseguire in pieno il risultato previsto in sede di preventivo di un risparmio di circa € 1,2 milioni e di migliorarlo di ulteriori € 700 mila, fino a conseguire un risparmio complessivo di € 1,9 milioni.

Consumi di beni sanitari. Il consumo di beni sanitari registra un aumento complessivo del 5%, pari al valore di € 1.283.731. La visione complessiva dell'andamento dei consumi di beni sanitari, pur nell'incremento che si registra sul livello ospedaliero per le motivazioni sotto riportate, denota un generale contenimento dei consumi presso tutte le strutture aziendali, frutto della progressiva tensione delle diverse parti dell'organizzazione all'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse e al consolidamento di modalità gestionali di monitoraggio e acquisizione dei fattori atte a ricercare il miglior rapporto costo/efficacia e la salvaguardia della sostenibilità tecnica ed economica.

Nel Presidio Ospedaliero il maggior consumo di beni sanitari registra un aumento del 5% e concerne prevalentemente i seguenti fattori:

- incremento di consumo di farmaci nel Dipartimento Medico, con particolare riferimento all'Oncologia che rileva un incremento del 79%, correlato allo sviluppo dell'attività in termini di casi trattati in day hospital (+ 44%) ed all'incremento di casi in mobilità attiva.
- Incremento di consumo di farmaco specifico (*Cerezyme*) per la cura di una malattia rara e di plasma derivati per paziente emofilico.
- Incremento del 52,3% di consumo di dispositivi medici, correlato prevalentemente all'incremento dell'attività chirurgica urologica (+7% di interventi).
- Incremento del 6% rispetto al 2010 di prodotti per emodialisi, anch'esso correlato all'aumento dell'attività della Nefrologia in termini di trattamenti dialitici.
- Incremento di materiale protesico per la Chirurgia generale (+29,8%) correlato all'aumento dell'attività chirurgica.

L'incremento complessivo è stato in parte contenuto da minori consumi nei restanti fattori produttivi di beni di consumo da relazionare anche alla diminuzione dell'[attività di degenza](#) registratasi nel 2011 (-3,26% 2011 su 2010; dati SDO).

Il consumo dei beni sanitari del **Dipartimento Cure Primarie** registra una diminuzione del 1%. Nel *mix* dei consumi, il dipartimento, pur registrando un incremento di ossigeno domiciliare del

5,69% rispetto al 2010 derivante dall'incremento dei pazienti in trattamento (+4,7%) e dei trattamenti ad alto flusso (+22%) ha complessivamente ridotto i volumi mediante azioni di monitoraggio e governo dei costi per materiale di medicazione e prodotti di consumo destinati ai Nuclei di Cure Primarie e i consumi di farmaci per assistenza territoriale anziani. Il **Dipartimento di Salute Mentale** registra una riduzione del 2% dei consumi di beni, derivante dal calo dei consumi di farmaci presso la Psichiatria Adulti e le Dipendenze Patologiche e dall'incremento per consumo *test* diagnostici nell'ambito dell'attività della Neuropsichiatria Infantile.

Assistenza Specialistica. Il presente paragrafo propone un'analisi per raggruppamenti di prestazioni: diagnostiche, di laboratorio, riabilitative, terapeutiche e visite ambulatoriali. Vengono presentati l'indice di consumo, l'indice di fuga e i tempi di attesa e per ogni indicatore viene riportato il grado di performance e il confronto con la media regionale.

Si premette che, l'assistenza Specialistica si conferma per il complessivo Sistema Sanitario Regionale, un'area di assistenza critica a causa del persistere di problematiche strutturali, quali:

- la gestione della domanda in continua crescita come effetto dell'aumentata prevalenza delle malattie croniche per le quali si richiede di sviluppare la presa in carico da parte della medicina territoriale in integrazione con le risorse specialistiche e il *disease management*;
- la necessità di ricercare la massima appropriatezza nel ricorso all'assistenza specialistica;
- la definizione dei volumi di offerta differenziati tra primo accesso, accessi successivi, *follow up* e presa in carico specialistica;
- la gestione dell'accesso modulata per priorità.

Ciò detto, l'impegno degli ultimi anni in ordine a questi aspetti ha permesso un miglior governo della domanda che ha portato nel 2011 ad una riduzione del consumo di prestazioni (in particolare di Diagnostica e Laboratorio) rispetto all'anno precedente e al dato medio regionale (Tabella 2.54).

Tabella 2.54 - Tasso di consumo standardizzato per macro categorie di Specialistica dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2009-2011

Tasso di consumo standardizzato (*1000 ab)	2009			2010			2011		
	IMOLA	MEDIA R.E.R.	Imola/RER	IMOLA	MEDIA R.E.R.	Imola/RER	IMOLA	MEDIA R.E.R.	Imola/RER
Diagnostica	1.429	1.430	-0,1%	1.529	1.532	-0,2%	1.446	1.526	-5,2%
Laboratorio	10.543	11.069	-4,8%	10.832	11.280	-4,0%	10.131	11.087	-8,6%
Riabilitative	364	445	-18,2%	479	452	6,0%	491	437	12,4%
Terapeutiche	449	476	-5,7%	544	473	15,0%	541	475	13,9%
Visite ambulatoriali	1.264	1.440	-12,2%	1.381	1.497	-7,7%	1.311	1.499	-12,5%
Totale (senza LAB)	3.507	3.791	-7,5%	3.932	3.953	-0,5%	3.791	3.940	-3,8%

Il tasso di fuga (Tabella 2.55), che nel 2011 si attesta al 23,8%, è condizionato dal fatto che l'AUSL di Imola è un mono distretto e dalla scarsa presenza nel territorio di privato accreditato per la specialistica. Diversamente, se il confronto viene fatto a livello di Distretto, il dato aziendale si colloca in linea con la media regionale.

Tabella 2.55 - Tasso di fuga per macro categorie di Specialistica nell'ambito dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2009-2011

Tasso di fuga (%)	2009		2010		2011	
	IMOLA	MEDIA R.E.R. fuori Az	IMOLA	MEDIA R.E.R. fuori Az	IMOLA	MEDIA R.E.R. fuori Az
Diagnostica	21,13	5,28	22,93	9,43	24,46	9,53
Laboratorio	10,74	2,83	10,68	4,40	12,35	4,59
Riabilitative	7,29	2,86	6,61	4,24	7,62	4,28
Terapeutiche	38,03	7,30	28,26	11,04	30,32	11,04
Visite ambulatoriali	23,82	5,47	23,36	8,00	26,38	8,33
Totale (senza LAB)	22,84	5,32	22,21	10,24	23,8	8,72

Rimane, invece, da migliorare la *performance* sui [tempi di attesa](#). Si ricorda che gli standard regionali prevedono che il tempo massimo di attesa per le prestazioni Diagnostiche, Riabilitative e Terapeutiche sia di 60 giorni per almeno il 90% dei casi, mentre per le Visite di 30 giorni in almeno il 90% dei casi. Le Tabelle che seguono riportano i tempi di attesa per i macro-aggregati sopra citati. Il confronto "macro" con i dati regionali va interpretato con cautela e, soprattutto, in termini di *trend*, anche in considerazione del fatto che il *case-mix* produttivo dell'AUSL di Imola è - per alcune branche - limitato, come del resto già descritto con riguardo al tasso di fuga.

Nel 2011 si conferma una buona *performance* sul Laboratorio e sulle prestazioni Terapeutiche che si mantengono sopra alla media regionale, mentre si riscontrano criticità su Diagnostica, Riabilitazione e Visite specialistiche. Per un'analisi sulle singole prestazioni critiche, si rimanda anche alla Sezione 3, ["Tempi di attesa per prestazioni specialistiche"](#).

Tabelle 2.56 – Indici di *performance* sui tempi di attesa e confronto RER. Periodo 2009-2011

%prestazioni erogate entro 30 gg - 60 gg - 90 gg		2009		2010		2011	
		IMOLA	MEDIA RER	IMOLA	MEDIA RER	IMOLA	MEDIA RER
diagnostica	< 30 gg	38,49	49,60	35,59	49,32	36,32	50,04
	< 60 gg	66,11	70,87	65,17	70,76	63,36	69,44
	> 90 gg	20,42	16,92	20,64	16,98	24,30	18,75
%prestazioni erogate entro 30 gg - 60 gg - 90 gg		2009		2010		2011	
		IMOLA	MEDIA RER	IMOLA	MEDIA RER	IMOLA	MEDIA RER
riabilitative	< 30 gg	54,04	71,55	50,92	73,52	52,17	73,04
	< 60 gg	79,52	88,36	72,52	87,16	75,06	87,68
	> 90 gg	13,59	7,11	21,48	8,04	18,39	7,50
%prestazioni erogate entro 30 gg - 60 gg - 90 gg		2009		2010		2011	
		IMOLA	MEDIA RER	IMOLA	MEDIA RER	IMOLA	MEDIA RER
terapeutiche	< 30 gg	68,12	52,94	71,90	60,41	72,76	55,23
	< 60 gg	85,33	74,29	86,94	79,04	87,35	75,72
	> 90 gg	11,52	14,42	8,51	13,32	8,22	13,80
%prestazioni erogate entro 30 gg - 60 gg - 90 gg		2009		2010		2011	
		IMOLA	MEDIA RER	IMOLA	MEDIA RER	IMOLA	MEDIA RER
visite ambulatoriali	< 30 gg	49,68	44,41	43,37	47,79	44,42	47,50
	< 60 gg	69,72	67,90	67,92	69,93	65,04	68,34
	> 90 gg	17,93	19,53	17,47	18,23	27,87	20,16
%prestazioni erogate entro 30 gg - 60 gg		2009		2010		2011	
		IMOLA	MEDIA RER	IMOLA	MEDIA RER	IMOLA	MEDIA RER
laboratorio	< 30 gg	94,80	90,11	94,05	90,38	93,95	90,27
	< 60 gg	98,43	96,76	98,24	96,79	97,72	96,33

2.3.3 Assistenza ospedaliera

La Tabella 2.57 riporta il costo pro-capite per il livello assistenza ospedaliera di tutte le Aziende Usl regionali, riferito al 2010 (ultimo anno disponibile). Per quanto riguarda l'AUSL di Imola si registra un aumento del costo pro-capite, rispetto al 2009, dell'1,95%, pari a € 13,44, con un *gap* rispetto al costo medio regionale di € 15. Ciò è da attribuire, principalmente, ai maggiori oneri derivanti dall'avvio del nuovo [Dipartimento di Emergenza \(DEA\)](#) che ha comportato, con l'introduzione di importanti innovazioni organizzative, l'ampliamento dei letti OBI, l'attivazione di posti letto di Semintensiva e della Guardia anestesilogica e radiologica. Inoltre, da segnalare l'avvio del potenziamento dell'[attività oncologica](#), che a fronte dei maggiori oneri ha comunque determinato una riduzione della mobilità passiva e l'incrementato di quella attiva.

Tabella 2.57 - Andamento del costo pro-capite del livello Assistenza Ospedaliera, confronto tra AUSL e dato medio RER. Anni 2009 e 2010

Azienda	ANNO 2009			ANNO 2010			Var. % Costo Pro-capite 2010/2009	Diff. Costo Pro-Capite 2010/2009
	Costi Pieni (*)	Popolazione Pesata	Costo Pro-capite 2009	Costi Pieni (*)	Popolazione Pesata	Costo Pro-capite 2010		
Usl Pc	203.343	300.997	675,56	206.232	303.107	680,39	0,71%	4,83
Usl Pr	304.517	437.476	696,08	311.540	441.127	706,24	1,46%	10,16
Usl Re	314.111	492.139	638,26	320.850	497.294	645,19	1,09%	6,93
Usl Mo	476.761	661.842	720,35	475.190	668.485	710,85	-1,32%	-9,50
Usl Bo	589.257	870.847	676,65	599.463	878.036	682,73	0,90%	6,08
Usl Imola	88.706	128.719	689,14	91.165	129.758	702,58	1,95%	13,44
Usl Fe	277.602	387.966	715,53	279.827	389.589	718,26	0,38%	2,73
Usl Ra	267.013	392.525	680,24	266.104	396.648	670,88	-1,38%	-9,36
Usl Fo	142.974	187.202	763,74	137.882	188.581	731,16	-4,27%	-32,58
Usl Ce	127.717	194.087	658,04	133.962	196.700	681,05	3,50%	23,01
Usl Rn	188.842	284.167	664,55	200.101	306.281	653,33	-1,69%	-11,22
RER	2.980.843	4.337.966	687,15	3.022.316	4.395.606	687,58	0,06%	0,42

(*) Costi totali in migliaia di euro

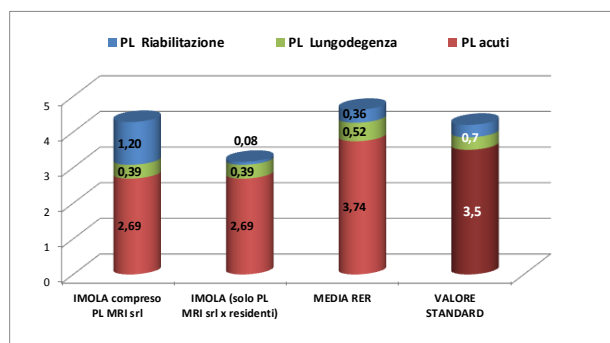
Struttura dell'offerta. L'assistenza ospedaliera è stata oggetto in questi ultimi anni di un importante percorso riorganizzativo, sia sul fronte interno che dei rapporti con le strutture dei territori limitrofi. Altrettanta attenzione verrà data a tali aspetti nei prossimi anni, alla luce di quanto indicato nel "Piano strategico aziendale" che intende sempre più perseguire adeguate e qualificate risposte assistenziali ai cittadini di questo territorio e garantire una migliore efficienza gestionale, evitando ridondanze di sistema e ingiustificate duplicazioni dei servizi. Pertanto i dati di seguito rappresentati per essere adeguatamente valutati dovranno essere contestualizzati alla realtà imolese, oltre che confrontati coi valori standard e le medie regionali.

Di fatto, lo sviluppo profuso per la medicina territoriale con lo sviluppo dei Nuclei di cure primarie, i posti letto residenziali per non autosufficienti superiore alla media regionale, la dotazione letti dell'Hospice, ecc., hanno determinato effetti in termini di dotazione strutturale e di tassi di consumo sul presente livello assistenziale.

Si premette che la Regione Emilia Romagna con la DGR 2188/2010 ha adottato un provvedimento di riduzione dello "standard posti letto per mille abitanti" che stabilisce di non superare i 4,2 pl, comprensivi dello 0,7 pl 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.

Figura 2.58 - Posti Letto dell'AUSL di Imola, per tipologia, a confronto con le AUSL senza AO. Periodo 2009-2011

POSTI LETTO	2009				2010				2011			
	PL per acuti	PL Lungodegenza	PL Riabilitazione	Tot	PL per acuti	PL Lungodegenza	PL Riabilitazione	Tot	PL per acuti	PL Lungodegenza	PL Riabilitazione	Tot
IMOLA compreso PL MRI srl	2,88	0,46	1,22	4,56	2,69	0,40	1,21	4,30	2,69	0,39	1,20	4,28
IMOLA (solo PL MRI srl x residenti)	2,88	0,46	0,08	3,42	2,69	0,40	0,08	3,17	2,69	0,39	0,08	3,16
PIACENZA	2,98	0,55	0,60	4,13	2,89	0,58	0,60	4,07	3,03	0,57	0,59	4,19
RAVENNA	3,35	0,62	0,21	4,19	3,22	0,51	0,22	3,95	3,87	0,56	0,17	4,60
FORLÌ	3,47	0,78	0,22	4,47	3,39	0,70	0,20	4,29	3,70	0,62	0,20	4,52
CESENA	3,49	0,48	0,12	4,09	3,38	0,48	0,12	3,98	3,58	0,52	0,10	4,20
RIMINI	3,13	0,54	0,46	4,13	3,23	0,55	0,43	4,21	3,29	0,51	0,42	4,22
RER	3,64	0,54	0,37	4,55	3,58	0,52	0,36	4,46	3,74	0,52	0,36	4,62

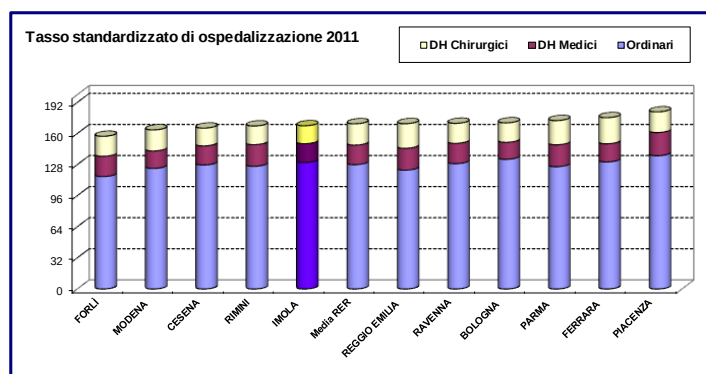


Il Presidio ospedaliero di Imola ha una dotazione complessiva di **407 posti letto**, di cui 355 per Acuti e 52 di [Lungodegenza](#). In Figura 2.58, si rappresenta la dotazione di Posti Letto per 1.000 abitanti, a confronto con le dotazioni delle AUSL (senza AO che insistente nel territorio) e lo standard regionale. L'AUSL di Imola con 3,16 pl per 1.000 abitanti (di cui 2,69 per acuti e 0,47 per riabilitazione e lungodegenza) si attesta entro lo standard regionale. Lo stesso si può dire se si considerano i posti letto corrispondenti alla quota di mobilità passiva oltre al consumo di riabilitazione presso l'ospedale di Montecatone e detraendo la quota di [mobilità attiva](#). Tale calcolo comporta un incremento dello 0,98 pl per un totale di 4,15 pl per 1.000 abitanti.

Tasso di ospedalizzazione standardizzato. Lo standard nazionale di ospedalizzazione è di "160 ricoveri per 1.000 abitanti", di cui il 20% in regime diurno; a seguito dell'intenzione del Ministero di ridurre il rapporto abitanti/posti letto nella misura sopra descritta, l'obiettivo sarebbe di conseguire, entro il 2014, i 130 ricoveri per 1.000 abitanti (*step* intermedio: 145 nel 2011).

Figura 2.59 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione negli ambiti aziendali RER. Periodo 2009-2011

AZIENDE	2009				2010				2011			
	Ordinari	DH Medici	DH Chirurgici	Totale	Ordinari	DH Medici	DH Chirurgici	Totale	Ordinari	DH Medici	DH Chirurgici	Totale
FORLÌ	125,79	22,07	21,55	169,4	121,09	22,48	21,34	164,9	115,75	20,87	20,57	157,19
MODENA	128,02	18,35	23,59	170,0	126,70	18,56	24,74	170,0	124,17	17,94	21,68	163,79
CESENA	134,78	22,23	19,56	176,6	131,58	21,04	19,17	171,8	127,69	19,63	18,33	165,65
RIMINI	131,04	21,95	21,06	174,1	130,64	22,49	19,76	172,9	126,36	22,23	19,25	167,84
IMOLA	134,76	18,77	20,01	173,5	133,95	20,14	19,41	173,5	130,21	19,38	18,44	168,03
Media RER	133,03	20,63	23,41	177,1	131,21	20,52	23,05	174,8	128,02	20,10	21,95	170,07
REGGIO EMILIA	126,16	23,65	28,18	178,0	125,87	23,31	26,95	176,1	122,38	22,45	25,37	170,20
RAVENNA	134,44	20,53	23,31	178,3	131,67	20,94	22,06	174,7	129,04	20,89	20,63	170,56
BOLOGNA	139,49	16,59	21,45	177,5	136,35	16,82	20,34	173,5	133,50	17,51	20,06	171,07
PARMA	131,15	24,90	24,48	180,5	130,88	23,55	25,57	180,0	125,95	22,52	24,95	173,42
FERRARA	135,03	20,06	26,78	181,9	133,66	19,68	26,54	179,9	130,79	18,71	26,88	176,38
PIACENZA	139,57	24,97	22,48	187,0	137,29	23,95	22,42	183,7	137,20	23,87	21,30	182,37



In Figura 2.59 viene rappresentato il tasso di ospedalizzazione dell'AUSL di Imola per 1.000 abitanti, comprensivo dei ricoveri effettuati dai residenti in mobilità. Al momento, il dato medio RER, seppure in costante riduzione, risulta pari a 170,07 quindi superiore allo stesso standard in vigore. In questo contesto la AUSL di Imola, rispetto all'indicatore "Tasso di ospedalizzazione complessivo", conferma uno dei migliori dati a livello regionale (168,03) inferiore al valore medio regionale e in netto calo rispetto al 2010 (173,5).

Indice di dipendenza, mobilità e grado di attrazione delle strutture ospedaliere. Si rappresenta, in Tabella 2.60, l'indice di dipendenza ospedaliero distinto per territorio comunale. Nel suo complesso l'AUSL di Imola presenta un indice di dipendenza del 64,9%, che si attesta al 72,9% se si considerano le sole discipline presenti nel presidio ospedaliero imolese (Tabella 2.62).

Tabella 2.60 - Indice di dipendenza della popolazione della AUSL di Imola per ricoveri ospedalieri in discipline presenti nel Presidio. Periodo 2009-2011

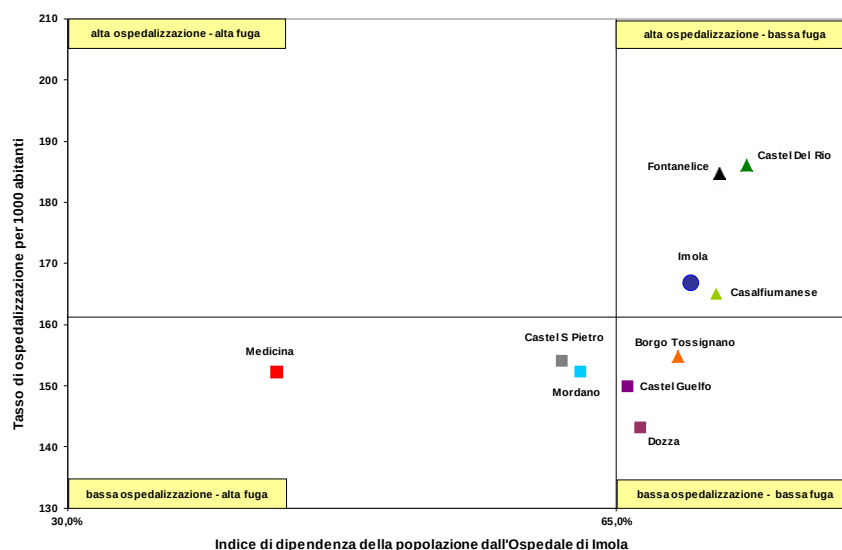
COMUNE	Dimessi totali (**)			Dimessi c/o Strutture ricovero Ausl IMOLA (*)			Indice di dipendenza pop. dalle strutture aziendali (*)		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
CASTEL DEL RIO	212	244	232	155	179	170	73,1%	73,4%	73,3%
CASALFUMANESE	582	584	576	399	414	411	68,6%	70,9%	71,4%
FONTANELICE	322	393	363	247	293	260	76,7%	74,6%	71,6%
MEDICINA	2.495	2.473	2.566	1.029	1.094	1.112	41,2%	44,2%	43,3%
BORGHI TOSIGNANO	508	535	518	372	398	357	73,2%	74,4%	68,9%
CASTEL S. PIETRO	3.444	3.473	3.211	2.151	2.199	1.975	62,5%	63,3%	61,5%
CASTEL GUELFO	639	649	655	416	398	430	65,1%	61,3%	65,6%
MORDANO	699	781	720	487	516	451	69,7%	66,1%	62,6%
DOZZA	1.089	930	937	737	611	623	67,7%	65,7%	66,5%
IMOLA	11.569	11.760	11.554	8.230	8.364	8.058	71,1%	71,1%	69,7%
Totale Ausl	21.559	21.822	21.332	14.223	14.466	13.847	66,0%	66,3%	64,9%

Fonte: Banca dati SDO RER E BD aziendale Universo(*) Solo mobilità intraRER (**) Dimessi da strutture Regione E.R. residenti nei comuni del Circondario Imolese

N.B. Tutti i regimi di ricovero escluso ricoveri Montecatone e neonati sani

Il Grafico 2.61 rappresenta il posizionamento di ogni comune in riferimento al grado di ospedalizzazione e al livello di fuga. Sostanzialmente si può constatare una uniformità di comportamenti nei diversi comuni, ad eccezione di Medicina che, risentendo della vicinanza e di abitudini consolidate verso il "polo" di Bologna, registra un basso tasso di ospedalizzazione ed un alto tasso di fuga. Dall'altra parte i Comuni di Castel del Rio e Fontanelice con un alto tasso di ospedalizzazione e un basso indice di fuga, giustificato dalla posizione decentrata.

Grafico 2.61 – Tasso di ospedalizzazione e indice di fuga per i Comuni del Circondario. Anno 2011



Sulla base di questi primi dati si conferma che la fuga di imolesi verso altri ambiti territoriali è legata principalmente a logiche di prossimità o a prestazioni che, sulla base della programmazione d'Area Vasta e regionale, sono sviluppate in altri ambiti territoriali.

Per meglio analizzare il fenomeno della **mobilità passiva** presso la nostra azienda, la Tabella 2.62 dettaglia l'indice di dipendenza per singola disciplina. Come si può notare la maggior mobilità passiva si registra in area chirurgica con picchi per le discipline di ortopedia e otorinolaringoiatria.

Tabella 2.62 - Indice di dipendenza della popolazione residente per ricoveri ospedalieri in discipline presenti nel Presidio. Periodo 2010-2011

Discipline	numero dimessi				indice di dipendenza	
	2010		2011		2011	
	mobilità passiva	Ausl Imola	mobilità passiva	Ausl Imola	% mobilità passiva	% Ausl Imola
chirurgia generale	641	1.744	701	1.691	29,3	70,7
oculistica	181	527	168	387	30,3	69,7
ortopedia/traumatologia	1.236	966	1.260	917	57,9	42,1
otorinolaringoiatria	437	422	406	490	45,3	54,7
urologia	276	614	309	653	32,1	67,9
Dip.to chirurgico	2.771	4.273	2.844	4.138	40,7	59,3
gastroenterologia	70	14	89	35	71,8	28,2
geriatria	37	784	33	507	6,1	93,9
lungodegenza	85	1.190	81	1.204	6,3	93,7
medicina generale	369	2.164	447	1.960	18,6	81,4
day hospital	0	128	2	203	1,0	99,0
oncologia	485	368	427	426	50,1	49,9
Dip.to medico	1.046	4.648	1.079	4.335	19,9	80,1
ostetricia/ginecologia	573	2.101	635	2.129	23,0	77,0
pediatria	126	995	155	866	15,2	84,8
Dip.to materno infantile	699	3.096	790	2.995	20,9	79,1
cardiologia	262	832	272	837	24,5	75,5
UTIC	5	45	11	44	20,0	80,0
medicina urgenza	56	1.002	44	970	4,3	95,7
rianimazione	37	189	47	184	20,3	79,7
Dip.to emergenza-acc.	360	2.068	374	2.035	15,5	84,5
psichiatria	14	243	21	260	7,5	92,5
TOTALE	4.890	14.328	5.108	13.763	27,1	72,9

Fonte: BD aziendale Universo

Dimessi da strutture aziendali residenti nei comuni del Circondario Imolese

NB: Tutti i regimi di ricovero escluso ricoveri Montecatone e neonati sani

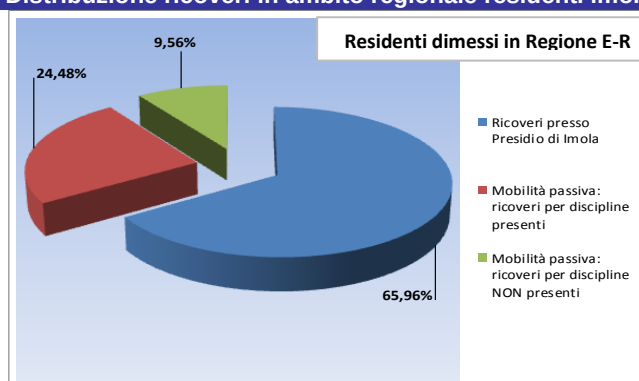
A completamento del quadro si riportano in Tabella 2.63 i casi di mobilità passiva per le discipline non presenti nel presidio ospedaliero imolese. I dati, pur mostrano una leggera riduzione rispetto al 2010, sostanzialmente si confermano.

Tabella 2.63 - Mobilità passiva per discipline NON presenti nel presidio. Anni 2010 e 2011

Discipline NON presenti nel Presidio	numero dimessi	
	2010	2011
cardiologia	106	89
neurochirurgia	206	210
ematologia	124	118
chirurgia vascolare	87	132
chirurgia toracica	91	62
chirurgia pediatrica	206	180
neonatalogia	60	77
pneumologia	121	131
radioterapia oncologica	74	52
chirurgia maxillofacciale	101	81
oncologia pediatrica	45	49
riabilitazione	140	159
altro	659	655
TOTALE	2.020	1.995

Per concludere si propone la distribuzione percentuale della produzione di assistenza ospedaliera a favore dei cittadini residenti, ripartita tra ricoveri avvenuti presso il Presidio ospedaliero imolese, ricoveri effettuati in altre strutture regionali, distinti per discipline presenti e non presenti a Imola.

Figura 2.64 – Distribuzione ricoveri in ambito regionale residenti imolesi. Anno 2011



In ultima analisi si prende in considerazione l'**indice di attrazione** che mostra un andamento in linea con la media regionale tra produzione per i propri cittadini e mobilità attiva, con una propensione, per l'AUSL di Imola, ad una maggiore attrazione intraregionale.

Tabella 2.65 – Indice di attrazione dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2009-2011

AZIENDE	2009			2010			2011		
	stessa Azienda	altre Aziende R.E.R.	fuori RER e estero	stessa Azienda	altre Aziende R.E.R.	fuori RER e estero	stessa Azienda	altre Aziende R.E.R.	fuori RER e estero
PIACENZA	80,8	2,7	16,6	80,7	2,6	16,7	80,0	2,6	17,3
PARMA	75,8	9,7	14,4	75,6	10,1	14,3	75,5	10,2	14,3
R. EMILIA	81,6	9,3	9,0	81,9	8,9	9,2	80,8	8,9	10,3
MODENA	80,6	8,2	11,2	81,1	8,2	10,7	81,0	8,1	10,9
BOLOGNA	74,7	8,3	17,0	74,6	8,3	17,1	74,2	8,0	17,8
IMOLA	74,7	15,9	9,4	75,0	16,0	9,0	74,3	16,7	9,0
FERRARA	82,6	10,0	7,4	82,2	10,6	7,2	81,7	9,6	8,7
RAVENNA	76,6	11,3	12,1	74,1	12,2	13,3	73,7	12,5	13,8
FORLÌ	66,5	21,6	12,0	66,6	21,2	12,2	64,7	23,0	12,3
CESENA	69,5	18,3	12,2	69,7	18,9	11,4	68,7	19,2	12,1
RIMINI	70,3	7,6	22,1	72,7	7,4	19,9	71,6	7,1	21,3
RER	76,0	10,1	13,9	75,9	10,2	13,8	75,3	10,2	14,5

L'analisi del livello "Assistenza Ospedaliera" prosegue nei paragrafi successivi con la presentazione di alcuni indicatori sull'attività di degenza ordinaria, sui tempi di attesa per i ricoveri programmati e sulla produzione del Pronto Soccorso.

Attività di degenza e tempi di attesa. La Tabella 2.66 rappresenta l'andamento della casistica trattata in regime di ricovero ordinario dal 2009 e 2011 ed evidenzia un [trend in calo dei ricoveri ordinari](#) totali (-3,26%). In calo progressivo anche i DRGs dei ricoveri potenzialmente inappropriati (-3,24%). La durata media di degenza (8,32) ha registrato un leggero calo già a partire dal 2009.

Tabella 2.66 - Indicatori di attività di degenza ordinaria. Periodo 2009-2011

Indicatori di attività di degenza ordinaria					
DEGENZA ORDINARIA				Scost. 2011-2010	
	2009	2010	2011	v.a.	%
N° casi (escluso Nido e Montecatone)	14.333	14.323	13.856	-467	-3,26%
<i>di cui DRG Medici</i>	8.733	8.633	8.396	-237	-2,75%
<i>di cui DRG Chirurgici</i>	5.600	5.690	5.460	-230	-4,04%
DRG potenzialmente inappropriati	3.186	3.118	3.017	-101	-3,24%
DRG Peso medio	1,033	1,034	1,047	0,030	1,26%
Punti DRG	14.810,90	14.803,45	14.508,50	-295	-1,99%
Degenza media	8,49	8,35	8,32	-0,03	-0,36%
% DRG Medici	60,9%	60,3%	60,6%		
% DRG Chirurgici	39,1%	39,7%	39,4%		
% DRG Inappropriati	22,2%	21,8%	21,8%		

NB: produzione presidio ospedaliero di Imola in regime di degenza ordinaria (escluso Nido e MRI)

La flessione dei Drg chirurgici tra il 2010 ed il 2011 può essere in parte collegata alla temporanea riduzione degli spazi operatori presso lo stabilimento imolese, che nel corso del 2011 sono stati completamente ristrutturati, con l'attivazione di un'ottava sala operatoria dalle caratteristiche tecnologiche innovative. Ciò nonostante le ore effettive di sala operatoria hanno subito una flessione limitata, pari circa al 2%, mentre si è verificato un aumento della complessità degli interventi chirurgici (chirurgia toracica; chirurgia protesica anca, ginocchio, spalla; interventi oncologici su rene e vescica, ecc.) che chiaramente comportano maggiori tempi di utilizzo delle sale. In particolare, la chirurgia generale si caratterizza come una eccellenza nella tecnica video assistita (soprattutto laparoscopie e toracoscopie) che viene utilizzata nel 20% circa degli interventi chirurgici. Va inoltre segnalato che, negli ultimi mesi del 2011, alcune tipologie di interventi sono passate dal regime di ricovero in Day surgery a quello ambulatoriale, come da indicazione regionale. La riduzione di DRGs medici (-2,75%) è invece da attribuire principalmente alla redistribuzione dei posti letto in Geriatria, Medicina e Lungodegenza di CSP, e ad una diversa gestione a livello di Day Hospital e di attività ambulatoriale. Il DH medico migliora le sue *performance* soprattutto a fronte dell'aumento dell'attività oncologica, oltre al completamento della concentrazione delle attività di DH a livello dipartimentale (+61% pazienti presi in carico). La riduzione di ricoveri internistici è legata anche alla riduzione degli accessi al [Pronto Soccorso](#) (-2% circa) e alla capacità di filtro del DEA ottenuta tramite l'utilizzo dell'[OBI](#) (+15,5%) e dei

ricoveri in Medicina d'Urgenza (circa 2.000 ricoveri/anno compresi tutti quelli effettuati in fascia oraria notturna). In ambito medico va registrata l'eccellente *performance* del [Day Hospital Oncologico](#) che, nel 2011, si è caratterizzato per uno sviluppo notevolissimo sia nella struttura che nella "politica". Le modifiche organizzative e strutturali e l'utilizzo routinario di terapie oncologiche innovative hanno portato ad una grande fidelizzazione dei cittadini. Nel 2011 i pazienti che si sono rivolti al Day Hospital Oncologico sono stati 568 contro i 391 dell'anno precedente, realizzando un incremento del 44%. Tale aumento va ascritto ad una diminuzione del 16% circa dei cittadini del territorio che si sono fatti curare da altre strutture sanitarie ed alla contemporanea capacità di attrazione di persone provenienti da fuori azienda, che nel 2011 sono state 141 contro le 23 del 2010, un trend che si conferma nei dati del primo trimestre 2012.

In Tabella 2.67 si presentano gli indici di *performance* sui tempi di attesa per gli interventi chirurgici e la chemioterapia, oggetto di monitoraggio regionale a confronto con i dati 2009 e 2010. In relazione agli standard fissati a livello regionale, l'AUSL di Imola mantiene un buon livello su tutta l'area oncologica. Sull'attività di chemioterapia e di chirurgia oncologica lo standard dei 30 giorni è prossimo al 100%, ad eccezione dell'intervento di prostata, in ordine al quale si deve comunque specificare che il basso indice è attualmente determinato da un criterio precoce d'immissione in lista di attesa, non rispondente sempre ad una immediata necessità di intervento, e comunque la *performance* aziendale risulta essere migliore della media regionale.

Tabella 2.67 - Tempi di attesa per intervento programmato dell'AUSL di Imola, confronto con lo standard ove definito. Periodo 2009-2011

AREA ONCOLOGICA		Standard	Attesa mediana	Indice di performance tempi di attesa							
				0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	>180 gg	
CHEMIOTERAPIA (DH)	2009	= 100% 1-30 gg	5	3,2	97,7	99,1	99,5	99,5	99,5	0,5	
	2010		4	2,1	99,6	100					
	2011		3	2,6	99,2	99,7	99,7	99,7	100		
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE UTERO (regime ordinario)	2009	= 100% 1-30 gg	16,5	0	100						
	2010		14	0	85,7	100					
	2011		18,5	0	100						
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE COLON RETTO (regime ordinario)	2009	= 100% 1-30 gg	17	0	85,2	98,1	100				
	2010		19	5,4	79,2	98,1	100				
	2011		18	0	87,9	100					
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE PROSTATA (regime ordinario)	2009	= 100% 1-30 gg	47,5	0	13,3	70	86,7	95	96,7	3,3	
	2010		35,5	0	44	92	98	100			
	2011		40	0	30,21	79,4	98,4	100			
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE MAMMELLA - MASTECTOMIA (r. ordinario)	2009	= 100% 1-30 gg	16	0	94,3	97,1	100				
	2010		16	0	97,3	100					
	2011		15	0	97,1	100					

AREA CHIRURGICA		Standard	Attesa mediana	Indice di performance tempi di attesa							
				0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	>180 gg	
ANGIOPLASTICA (PTCA) (regime ordinario)	2009	non definito	17,5	12	69,7	92,4	100				
	2010		22	7,4	63,5	85,7	93,7	95,2	98,4	1,6	
	2011		14	1,8	73,2	85,7	92,9	92,9	96,4	3,6	
INTERVENTO PROTESI D'ANCA (regime ordinario)	2009	≥ 50% 1-90 gg ≥ 90% 1-180 gg	118,0	0,0	11,2	19,8	38,0	51,9	78,6	21,4	
	2010		81,5	0,7	12,5	38,2	55,3	66,4	85,5	14,5	
	2011		87,0	0,0	7,3	26,7	54,7	75,3	89,3	10,7	
RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE (DH)	2009	non definito	218,0	0,0	4,7	11,3	17,5	25,0	40,6	59,4	
	2010		212,0	1,4	3,4	9,2	16,4	21,3	43,0	57,0	
	2011		140,0	0,0	4,5	15,9	28,4	44,9	65,9	34,1	
EMORROIDECTOMIA (DH)	2009	non definito	118,0	0,0	8,5	23,4	42,6	55,3	74,5	25,5	
	2010		116,0	0,0	4,7	17,2	31,3	53,1	79,7	20,3	
	2011		75,0	1,5	15,2	36,4	60,6	89,4	100,0		
BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO (DH)	2009	non definito	2,0	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	
	2010		6,0	20,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	
	2011		1,5	71,4	100,0						
TONSILLECTOMIA (regime ordinario)	2009	non definito	76,0	0,0	13,6	36,4	60,8	80,1	94,3	5,7	
	2010		48,0	0,6	38,0	59,2	79,9	91,6	98,3	1,7	
	2011		68,5	0,0	13,3	42,9	69,9	88,3	94,9	5,1	

Quanto alle altre prestazioni ospedaliere monitorate si deve evidenziare il rispetto dello standard per quanto riguarda l'intervento di protesi d'anca, un indice di performance del 100% a 30 giorni della biopsia percutanea del fegato e un miglioramento del valore mediano per l'angioplastica, l'ernia inguinale e l'intervento di emorroidectomia.

Attività di lungodegenza. Il Presidio ospedaliero di Imola ha avviato una riorganizzazione secondo il principio della "[Gradualità delle cure assistenziali](#)" che attualmente nel dipartimento medico è stato applicato in particolare nella **Medicina Interna** (suddivisa in settori di diversa intensità di cura/assistenziale) e coinvolge la Lungodegenza come terminale di diversi percorsi diagnostico-terapeutici. La funzione di Lungodegenza post acuzie-riabilitazione estensiva (PARE) di Imola può contare su una dotazione di **52 posti letto** (pari a 0,39 pl per mille residenti) disponibili per pazienti che presentino le seguenti condizioni cliniche principali: inquadramento diagnostico quasi completo se non già esaurito; programma terapeutico definito; quadro clinico relativamente stabilizzato o comunque, se grave, non suscettibile di miglioramento; necessità di prolungamento della degenza ospedaliera per motivi clinici e/o riabilitativi e/o sociali.

Tale disponibilità si articola in 2 sedi che trattano tipologie diverse di pazienti pur nella difficoltà di distinguere nettamente il paziente riabilitativo dal paziente affetto da patologie a basso impatto clinico o dal caso "sociale", caratteristiche che spesso convivono nello stesso soggetto:

- LDG post-acuti con 25 pl collocati presso lo stabilimento di Imola ospita i soggetti colpiti da quadri morbosi clinicamente più gravi (Patologie cardiorespiratorie gravi, Sepsì, Patologie Nefrologiche e Neurologiche instabili, Politraumi, ecc.) non ancora completamente risolti; per tali motivi si ritiene opportuna la vicinanza alle diagnostiche pesanti e alle aree di ricovero per acuti.
- LDG estensiva con 30 pl collocati nella sede di Castel S. Pietro Terme ospita soggetti stabilizzati clinicamente appartenenti alle seguenti categorie: patologie cardiorespiratorie non complicate (Broncopolmoniti o BPCO non complicate, Scompenso Cardiaco lieve, ecc.) necessitanti di prosieguo di degenza o di convalescenza; pazienti in attesa di accoglimento in Struttura Protetta perché non gestibili al domicilio; casi c.d. "sociali" provenienti da tutte le unità operative internistiche (compresa la LDG Post-Acuto di Imola) e Chirurgiche per i quali è necessario individuare un percorso domiciliare territoriale; pazienti che necessitano di terapia riabilitativa o riattivativa motoria (fratture di femore, ictus, ecc).

Le modalità di accesso prevedono una richiesta proveniente da Unità operative internistiche o chirurgiche per acuti e da Medici di Medicina Generale (in rari casi Pronto soccorso se il paziente è urgente) e per i pazienti in ADI o residenti nelle strutture protette.

Nel 2011 è stato possibile garantire un buon *turnover* della degenza grazie alle **dimissioni protette** che hanno consentito, a circa il 20% (337) dei pazienti ricoverati presso la lungodegenza, la presa in carico da parte dell'Assistenza Domiciliare, tramite il consolidamento delle attività del [Punto Unico Accettazione \(PUA\)](#), di cui si parlerà, nell'ambito dei percorsi

multifunzionali, in Sezione 3, par. 3.4.2. Le aree che si intendono migliorare nel futuro prossimo, riguardano, invece:

- una maggiore integrazione con la componente riabilitativa che prevede, oltre alla verbalizzazione dell'incontro settimanale del gruppo multi professionale (attivo ad Imola e a CSPT) l'utilizzo della cartella informatizzata anche da parte dei Fisiatri/Fisioterapisti.
- La pianificazione di *audit* in entrambe le Lungodegenze sui casi ad alta complessità clinico-assistenziale.
- La pianificazione del "Percorso di Miglioramento delle Buone Pratiche assistenziali" in seguito ai risultati della sorveglianza delle infezioni eseguita nel 2008 e pubblicata nel 2009. Tale evento formativo ha coinvolto il personale assistenziale non solo della Lungodegenza di CSPT ma anche del Dipartimento Medico.
- La gestione infermieristica per l'area di Lungodegenza di CSP che verrà inserita nella Casa della salute e potenzierà le sue caratteristiche di collegamento con il Dipartimento e il Nucleo di cure primarie e di valenza riabilitativa.

Pronto Soccorso e struttura dell'emergenza. In questa sede si presenta un'analisi sull'utilizzo del Pronto Soccorso e dell'OBI (Osservazione Breve Intensiva). I dati mostrano come anche nel 2011 si registri una riduzione degli accessi in maniera più marcata rispetto al confronto 2009/2010. Ciò a conferma di comportamenti più appropriati, testimoniati anche da un orientamento dei cittadini, per i casi meno gravi, verso i servizi di Cure Primarie che hanno visto un considerevole sviluppo negli ultimi anni. Inoltre, si segnala l'attivazione, nel corso del 2011, di percorsi dedicati alle richieste di prestazioni ambulatoriali **urgenti** (entro 24 ore) e **sollecite** (entro 7 giorni), che hanno definito risposte più appropriate, evitando il ricorso al PS.

L'applicazione di questi protocolli viene periodicamente monitorata ed i risultati sono oggetto di confronto fra medici richiedenti e specialisti ospedalieri.

Tabella 2.68 - Accessi al PS per box. Periodo 2009-2011

Box Pronto Soccorso	2009	2010	2011	Scost. v.a. 2010-2011	Scost. % 2010-2011
AREA PS	39.298	38.850	37.705	-1.145	-2,95
GINECOLOGIA	6.528	4.508	4.445	-63	-1,40
OCULISTICA	3.242	3.049	2.950	-99	-3,25
ORTOPEDIA	6.420	6.998	6.843	-155	-2,21
PEDIATRIA	4.286	5.832	6.170	338	5,80
Totale	59.774	59.237	58.113	-1.124	-1,90

In Tabella 2.68 la scomposizione degli accessi totali 2011 al Pronto Soccorso generale e ai "box" specialistici evidenzia un calo degli accessi distribuito su tutti i box tranne il pediatrico che registra un continuo aumento. Si ricorda che, nel 2011, questo fenomeno è stato influenzato anche dalla chiusura notturna del PS pediatrico di Faenza. Nonostante il *trend* in riduzione degli accessi, la Tabella 2.69 mostra che i residenti ricorrono a questa modalità assistenziale in quantità superiore

rispetto alla media regionale, sia come dato totale, che scomposto per fascia di età. Anche l'analisi per codice colore conferma indici di accesso più elevati per la popolazione imolese tranne che per i codici rossi a causa dei protocolli di centralizzazione dei traumi gravi sul Trauma *center*.

Tabella 2.69 – Indice di accessi al PS per 1.000 abitanti, per fasce di età e triage, con confronto RER. Anno 2011

Triage in uscita	IMOLA AUSL						REGIONE					
	0-14	15-64	65-74	75-84	>=85	totale	0-14	15-64	65-74	75-84	>=85	totale
PAZIENTE ACUTO	22,80	35,55	96,40	198,88	379,26	65,64	22,55	30,98	80,66	163,20	295,75	55,16
PAZIENTE CRITICO	1,15	2,05	8,98	16,90	30,16	4,86	0,75	2,24	8,53	19,34	43,75	5,55
PAZIENTE NON URGENTE	134,14	62,11	60,42	62,17	46,67	71,34	101,27	57,61	53,57	55,54	40,18	62,21
PAZIENTE URGENTE DIFFERIBILE	307,62	258,72	237,08	335,14	404,36	274,64	332,36	225,94	217,75	308,97	387,99	251,66
TOTALE	465,71	358,43	402,88	613,08	860,44	416,48	456,93	316,76	360,51	547,05	767,67	374,59

In Tabella 2.70 viene messo a confronto l'indice di filtro al ricovero del Pronto Soccorso nelle AUSL ed Aziende Ospedaliere regionali, nel periodo 2009 - 2011.

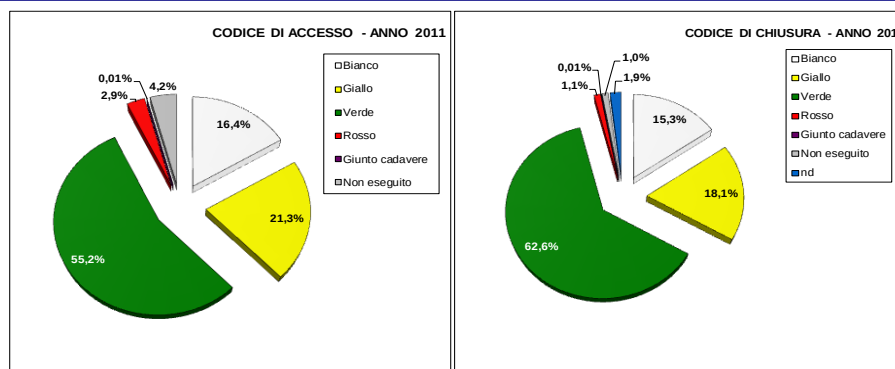
Tabella 2.70 - Filtro al ricovero del PS negli ambiti aziendali RER. Anni 2009-2011

AZIENDE	2009			2010			2011			
	ricoveri	tot. accessi	% ricoveri / accessi	ricoveri	tot. accessi	% ricoveri / accessi	ricoveri	tot. accessi	% ricoveri / accessi	Var. % accessi 2009-2011
Ausl Piacenza	16.085	112.126	14,3%	16.011	106.798	15,0%	15.970	106.265	15,0%	-5,2%
Ausl Imola	9.253	59.774	15,5%	9.220	59.237	15,6%	8.990	58.113	15,5%	-2,8%
Ausl Ravenna	23.241	184.439	12,6%	23.202	183.586	12,6%	22.268	192.777	11,6%	4,5%
Ausl Forlì	7.609	59.970	12,7%	7.558	59.255	12,8%	7.711	57.874	13,3%	-3,5%
Ausl Cesena	11.254	75.315	14,9%	10.016	55.074	18,2%	8.529	84.941	10,0%	12,8%
Ausl Rimini	15.950	126.828	12,6%	20.102	174.373	11,5%	21.016	176.238	11,9%	39,0%
Totale Regione	252.267	1.823.753	13,8%	255.021	1.826.192	14,0%	259.499	1.864.847	13,9%	2,3%

Pur registrando un *trend* in riduzione dei ricoveri da PS (-2,8%), l'indice di filtro di Imola si mantiene il più elevato fra le aziende a confronto, indicando la presenza di margini di miglioramento (confermata anche da un maggior tasso di ospedalizzazione con ricovero ordinario rispetto alla media regionale) tramite l'attivazione di percorsi assistenziali alternativi al ricovero.

Nel 2011, l'indice di filtro al ricovero da PS risulta pari al 15,5% al di sopra di quello medio regionale (13,9%). Si specifica, comunque, che pur diminuendo il numero di ricoveri da PS, diminuisce anche il numero di accessi al PS, per cui la percentuale di filtro è rimasta invariata rispetto al 2010. A conclusione si presenta la distribuzione degli accessi per codice colore in ingresso ed in uscita (Grafici 2.71). La quota di codici bianchi risulta pari al 16,4% in entrata, praticamente confermata da quella in uscita (15,3%).

Grafici 2.71 - Distribuzione per codice colore in ingresso e uscita degli accessi al PS. Anno 2011



In generale, gli scostamenti tra codice in ingresso e in uscita non sono rilevanti, esitando in una riduzione contenuta della quota % di codici gialli e rossi e in una corrispondente crescita dei codici verdi, che in uscita ammontano al 62,6% del totale. Tale confronto dimostra un buon andamento della importante attività di triage.

In Tabella 2.72 si presentano i volumi di attività dell'**OBI** ([Osservazione Breve Intensiva](#)) confrontati con i dati medi regionali - si tratta di accessi non seguiti da ricovero. L'AUSL di Imola conferma anche nel 2011 un notevole sviluppo dell'attività di OBI (+15,5%), superiore al dato regionale e comunque entro lo standard ottimale regionale.

Tabella 2.72 – Accessi in OBI e % accessi sul totale accessi in PS e confronto RER. Periodo 2009-2010

Azienda / RER	2009		2010		2011	
	accessi OBI	% su accessi totali	accessi OBI	% su accessi totali	accessi OBI	% su accessi totali
IMOLA	3.261	5,5%	3.662	6,2%	4.230	7,3%
RER	59.010	3,3%	74.116	4,1%	74.123	4,0%

Le tematiche che verranno sviluppate nei paragrafi successivi, alcune delle quali pongono l'AUSL di Imola a livelli di eccellenza, riguardano il Programma Sangue, la Banca delle Cornee, la Genetica medica e il Percorso diagnostico-terapeutico (PDT) per lo *stroke*.

Programma sangue. L'AUSL di Imola conferma anche per il 2011 la miglior performance a livello regionale sia in termini di raccolta che di efficienza per quanto riguarda il Programma Sangue. Come evidenzia la Tabella 2.73 la raccolta di unità di sangue nel 2011 è stata pari a 12.925 in aumento rispetto al 2010. Il territorio imolese contribuisce per il 20,5% alla quantità di sangue raccolta complessivamente a livello provinciale (rispetto ad una popolazione di circa il 12%) e per il 5,1% a livello regionale, inoltre, contribuisce alla cessione di sangue verso altri territori, in particolare fuori regione, per 4.017 unità di sangue, registrando un aumento rispetto all'anno precedente (3.505 unità) del 15%.

Tabelle 2.73 - Programma Sangue: raccolta e consumi nelle Provincie RER e nell'AUSL di Imola. Periodo 2010-2011

Programma speciale sangue	2010			2011		
	raccolta	consumi	saldo	raccolta	consumi	saldo
Piacenza	15.780	13.369	2.411	15.568	13.586	1.982
Parma	30.199	27.455	2.744	29.792	27.168	2.624
Reggio Emilia	23.331	18.834	4.497	23.689	19.879	3.810
Modena	36.448	32.955	3.493	37.008	32.382	4.626
Bologna (*)	62.756	71.231	-8.475	62.907	68.757	-5.850
di cui Imola	12.857	5.520	7.337	12.925	5.386	7.539
Ferrara	22.649	23.380	-731	22.526	23.153	-627
Area vasta Romagna (**)	62.337	59.860	2.477	62.510	59.712	2.798
TOTALE	253.500	247.084	6.416	254.000	244.637	9.363

(*) Comprende: Osp. Maggiore/Bellaria, Osp. S. Orsola, Imola, II.OO.R.

(**) Comprende Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini

La tabella che segue conferma l'alto livello di efficienza nella raccolta e distribuzione del sangue.

Tabelle 2.74 - Programma Sangue: indicatori di efficienza. Anno 2011

Media per 1.000 abitanti	IMOLA	RER	ITALIA	OMS
DONATORI	57	46	32	(*)
DONAZIONI	120	68	41	40
TRASFUSIONI	41	57	39	40
Efficienza	IMOLA	RER	ITALIA	OMS
UNITA' RACCOLTE / UNITA' DI ORGANICO DEDICATO	1.250	800	500	500

(*) L'OMS non fissa uno standard per i donatori: si ritengono necessarie 40 donazioni per 1.000 ab. anno ed i donatori debbono essere sufficienti per raggiungere questo obiettivo

Banca delle cornee. Il ruolo dell'equipe oculistica dell'AUSL di Imola, quale filiale della Banca regionale delle cornee, la pone al secondo posto in regione per numero donatori individuati (68) e cornee prelevate (132), con un indice di idoneità al trapianto che è il più alto della regione. Per un maggior approfondimento si rimanda alla [Sezione 6, paragrafo 6.1.2](#), anticipando di seguito alcuni dati significativi. Nel 2011, su 124 consensi alla donazione, sono stati valutati idonei 68 donatori (55%). Delle cornee bancate, 76 sono state distribuite per trapianto, con una percentuale di efficienza (tessuti utilizzati/tessuti prelevati) del 60%. Dei 76 tessuti distribuiti, 21 sono stati utilizzati per cheratoplastiche perforanti, 14 per cheratoplastiche lamellari posteriori DSAEK, 41 per cheratoplastiche lamellari anteriori; 68 sono stati trapiantati a Imola e a Castel S. Pietro Terme, 8 in altre sedi: 4 presso una struttura privata convenzionata e 4 sono stati allocati in regione dalla Banca delle Cornee di Bologna.

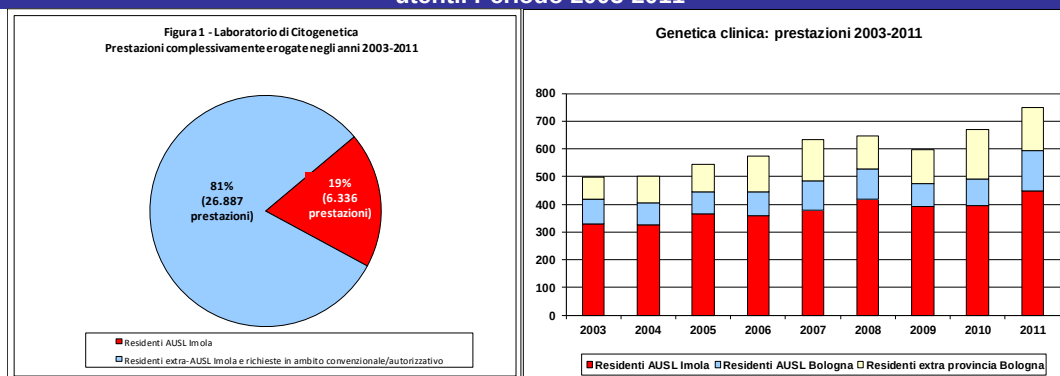
Genetica Medica. L'attività diagnostico assistenziale di Genetica Medica è suddivisa in due settori di attività: Laboratorio di Citogenetica e Genetica Clinica. I principali criteri secondo i quali sono state organizzate ed effettuate le attività sono:

- coerenza con il ruolo di *Hub* di Citogenetica e di *Spoke* di genetica Clinica, assicurando le prestazioni diagnostiche e consulenziali per un bacino di utenza molto più ampio di quello esclusivamente aziendale;

- assicurazione di un percorso assistenziale integrato per i test genetici che includa, ove necessario, adeguata e tempestiva consulenza genetica.

Nel periodo 2003-2011 sono state fornite complessivamente 33.223 prestazioni di Citogenetica, di cui 26.887 (81%) per utenti extra aziendali e 6.336 (19%) per assistiti dell'AUSL di Imola, come evidenzia il primo grafico di seguito riportato. Nel 2011 sono state 4.151 le prestazioni di Citogenetica erogate, in linea con il dato 2010 (4.153). Nel gruppo dei residenti extra AUSL di Imola sono incluse anche tutte le prestazioni fornite nell'ambito dei rapporti convenzionali in essere o direttamente autorizzate dalle Direzioni sanitarie di altre aziende per pazienti ricoverati.

Grafici 2.75 – Prestazioni di Citogenetica e di Genetica clinica, suddivise in base alla residenza degli utenti. Periodo 2003-2011



Per quanto riguarda invece la funzione di *Spoke* (Genetica clinica) si constata un trend in costante incremento dal 2003 ad oggi (vedi il secondo grafico 2.75), con 731 consulenze effettuate nel 2011 (escluse quelle erogate in regime convenzionale agli assistiti dell'Ausl di Bologna). La ricca attività di ricerca di questa Unità Operativa verrà illustrata nell'ambito dei "principali progetti di ricerca aziendali con altre aziende" in [Sezione 6, paragrafo 6.1.2](#).

Percorso diagnostico-terapeutico (PDT) per lo *stroke*. Dall'avvio del nuovo DEA, l'AUSL di Imola, ha individuato e reso operativa l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con ictus – Programma *Stroke Care*, definendo tempi e modi di presa in carico dei pazienti, sede assistenziale, modalità di trattamento e di dimissione. La Tabella 2.76 riassume l'andamento della casistica trattata nel 2011.

Tabelle 2.76 - Pazienti con ictus ricoverati. Anno 2011

Indicatori di attività	Pazienti trattati	Pazienti totali ricoverati per ictus	% Pazienti trattati
Pazienti con diagnosi di ictus di età > 80 aa	126	242	52%
Pazienti con emorragia cerebrale di tutte le età	59	242	24%
Pazienti con ictus ischemico di tutte le età	183	242	76%
Pazienti con ictus ischemico ed età 18-80 aa	99	183	54%
Pazienti con ictus ischemico ed età 18-80 aa Giunti in PS oltre 120' dall'esordio dei sintomi	65	99	66%
Pazienti candidabili alla trombolisi	34	242	14%
Pazienti trattati con trombolisi ev sul totale ictus	12	242	5%
Pazienti trattati con trombolisi ev sul totale candidabili	12	34	35%

In fase acuta la degenza media prevista in *Stroke Care* è di 7/10 giorni poi è prevista la dimissione o il trasferimento presso la Riabilitazione intensiva extraaziendale o di Lungodegenza. Già in fase acuta è prevista la riabilitazione coordinata dal fisiatra. Nella fase post acuta viene costituito un team con medico della Lungodegenza, fisiatra, I.P. *case manager* e terapista.

A seguito, anche, di un *audit* condotto a livello regionale sul percorso ictus, il Gruppo aziendale ha individuato gli ambiti di miglioramento che costituiscono gli obiettivi per il 2012 per i quali si rimanda alla [Sezione 3, par. 3.4.1.](#)

Indicatori di qualità dell'assistenza. Infine, si presenta il *set* di indicatori di qualità dell'assistenza monitorato dalla Regione Emilia Romagna.

In relazione a tali indicatori di qualità si deve evidenziare il buon livello di *performance* dell'AUSL di Imola per quanto riguarda: l'ospedalizzazione "per cause evitabili"; i ricoveri per polmoniti e influenza negli anziani; le complicanze a lungo termine per diabete; l'intervento colecistotomia laparoscopica e i ricoveri per scompenso cardiaco. In linea con la media regionale per quanto riguarda i parti con taglio cesareo primario e la mortalità a 30 giorni per *stroke*. Da potenziare e migliorare il processo relativo all'intervento chirurgico per frattura collo del femore e per quanto riguarda l'attività di re ricovero entro i 15 giorni dalla dimissione.

Tabella 2.77 - Qualità dell'assistenza: indicatori di processo e risultato dell'AUSL di Imola e confronto RER. Periodo 2009-2011

1 - Intervento chirurgico per frattura collo del femore	2009		2010		2011	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro interventi effettuati entro 2 giorni dal ricovero	77	2.639	58	2.581	67	2.879
Totale ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore	206	6.300	180	6.102	159	5.878
%interventi effettuati entro 2 giorni dal ricovero	37,4%	41,9%	32,2%	42,3%	42,1%	49,0%
2 - Parti con taglio cesareo primario	2009		2010		2011	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro parti con taglio cesareo primario di donne residenti in Regione	221	7.224	208	6.918	192	6.652
Totale parti di donne residenti	902	33.433	967	33.043	895	32.207
%parti con taglio cesareo primario	24,5%	21,6%	21,5%	20,9%	21,5%	20,7%
3 - Intervento di colecistotomia laparoscopica	2009		2010		2011	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri con intervento di colecistotomia laparoscopica	64	4.841	27	5.013	39	4.710
Totale ricoveri con intervento di colecistotomia	70	5.443	34	5.618	39	5.189
%ricoveri con intervento di colecistotomia	91,4%	88,9%	79,4%	89,2%	100,0%	90,8%
4 - Ricoveri per scompenso cardiaco congestizio	2009		2010		2011	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri per scompenso cardiaco congestizio in pazienti residenti di età > 18 anni	381	15.118	367	15.487	335	15.206
Popolazione residente di età > 18 anni residente (2011: pop. aggiornata al 2010)	109.715	3.695.363	110.341	3.736.626	110.341	3.736.626
Tasso di ospedalizzazione grezzo per scompenso cardiaco congestizio (*10.000 residenti)	34,7	40,9	33,3	41,4	30,4	40,7
5 - PTCA eseguite entro 1 giorno dall'ammissione di pazienti con un episodio di STEMI	2009		2010		2011	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro PTCA eseguite entro 1 giorno dall'ammissione	6	2.291	7	2.224	2	2.379
Totale ricoveri per episodi di STEMI	75	4.125	65	3.776	44	3.942
%PTCA eseguite entro 1 giorno dall'ammissione di pazienti con un episodio di STEMI	8,0%	55,5%	10,8%	58,9%	4,5%	60,4%

5.1 - Mortalità a entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di STEMI per azienda sanitaria di ricovero	2008		2009		2010	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
% decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di STEMI per azienda sanitaria di ricovero	26,9%	16,5%	36,2%	16,0%	22,2%	14,0%

(*) Indicatore non aggiornato al 2011 in quanto non completi i dati del flusso REM

5.2 - Mortalità entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di NSTEMI per Azienda Sanitaria di ricovero	2008		2009		2010	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
% decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di NSTEMI per azienda sanitaria di ricovero	4,2%	7,6%	6,3%	7,5%	5,5%	8,1%

(*) Indicatore non aggiornato al 2011 in quanto non completi i dati del flusso REM

6 - Diabete con complicazioni a breve termine	2009		2010		2011	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri per complicanze a breve termine per diabete in pazienti residenti di età > 18 anni	59	1.666	63	1.700	51	1482
Popolazione residente di età > 18 anni residente (2010: pop. aggiornata al 2009; 2011: pop. aggiornata al 2010)	109.715	3.711.375	109.736	3.711.375	110.363	3.737.396
Tasso di ospedalizzazione grezzo per complicanze a breve termine in pazienti diabetici (*10.000 residenti)	5,38	4,49	5,74	4,58	4,62	3,97

6.1 - Diabete con complicazioni a lungo termine	2009		2010		2011	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri per complicanze a lungo termine per diabete in pazienti residenti di età > 18 anni	124	8.366	156	8.532	148	8.128
Popolazione residente di età > 18 anni residente (2010: pop. aggiornata al 2009; 2011: pop. aggiornata al 2010)	109.736	3.711.375	109.736	3.711.375	110.363	3.737.396
Tasso di ospedalizzazione grezzo per complicanze a lungo termine in pazienti diabetici (* 10.000 residenti)	11,30	22,54	14,22	22,99	13,41	21,75

6.2 - Ricoveri per amputazione arti inferiori in pazienti diabetici	2009		2010		2011	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici residenti di età > 18 anni	12	368	22	358	14	325
Popolazione residente di età > 18 anni residente (2011: pop. aggiornata al 2010)	109.715	3.695.363	110.341	3.736.626	110.341	3.736.626
Tasso di ospedalizzazione grezzo per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici (*10.000 residenti)	1,1	1,0	0,2	0,1	1,3	0,9

7 - Ricoveri per polmoniti e influenza negli anziani	2009		2010		2011	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri per polmonite e influenza in pazienti residenti di età > 65 anni	8	554	11	406	12	496
Popolazione residente di età > 65 anni (2011: pop. aggiornata al 2010)	29.248	980.933	29.292	986.075	29.292	986.075
Tasso di ospedalizzazione grezzo per polmonite e influenza in pazienti anziani (*10.000 residenti)	2,74	5,65	3,76	4,12	4,10	5,03

8 - Ospedalizzazione per cause "evitabili"	2009		2010		2011	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri "evitabili" di pazienti residenti (in diagnosi principale: diabete, ipertensione, scompenso cardiaco, asma, malattie polmonari croniche)	436	17.944	388	17.735	392	16.817
Popolazione residente (2011: pop. aggiornata al 2010)	131.022	4.377.473	131.961	4.432.439	131.961	4.432.439
Tasso di ospedalizzazione grezzo per cause "evitabili" (*10.000 residenti)	33,3	41,0	29,4	40,0	29,7	37,9

9 - Ricoveri non pianificati avvenuti entro 15 giorni dalla dimissione	2009		2010		2011	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro ricoveri entro 15 giorni dalla dimissione del ricovero indice con proposta "urgente" (stessa MDC del ricovero indice e stessa struttura)	246	6.076	210	6.116	224	5.929
Totale ricoveri pazienti residenti in Regione	11.061	425.744	11.250	425.954	10.822	419.989
%ricoveri non pianificati avvenuti entro 15 giorni dalla dimissione	2,2%	1,4%	1,9%	1,4%	2,1%	1,4%

10 - Mortalità a 30 giorni dalla data di ricovero per stroke per azienda sanitaria di ricovero (*)	2008		2009		2010	
	IMOLA	RER	IMOLA	RER	IMOLA	RER
N.ro pazienti residenti di età > =18 anni, deceduti entro 30 giorni a seguito di un ricovero in urgenza per stroke	55	1.723	44	1.777	56	1.832
Totale ricoveri in urgenza per stroke di pazienti residenti di età > =18 anni	264	9.267	256	9.309	299	9.816
%decessi entro 30 giorni dopo ricovero in urgenza per stroke	20,8%	18,6%	17,2%	19,1%	18,7%	18,7%

(*) Indicatore non aggiornato al 2011 in quanto non completi i dati del flusso REM

Sezione 2 - Sintesi principali indicatori

INDICATORE/INFO	AUSL IMOLA	REGIONE E-R
SOSTENIBILITA' ECONOMICA		
Finanziamento pro-capite	€ 1.633,80	€ 1.627,91
Costo pro capite ponderato (2010)	€ 1.815,19	€ 1.764,47
Risultato d'esercizio	€ -3.885.000	-
Costo pro capite assistenza farmaceutica	€ 194,84	€ 205,41
ASSISTENZA COLLETTIVA IN AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO		
Avanzamento prog. Screening Tumore collo dell'utero	96%	97,1%
Avanzamento prog. Screening Tumore della mammella	89%	80%
Avanzamento prog. Screening Tumore colon retto	90,8%	94,6%
Tasso copertura vaccinale antiinfluenzale (over 65 anni)	63,3%	63,3%
Ambienti di lavoro: unità controllate	9,6%	10,5%
Aziende alimentari: unità controllate	32,3%	31%
ASSISTENZA DISTRETTUALE		
PL residenziali per 1.000 ab. anziani (2010)	35,6	30,3
PL semiresidenziali per 1.000 ab. anziani (2010)	3,3	6
PL Hospice per 1.000 su pop target	0,18	0,11
Pazienti seguiti dal DSM	2.296	77.839
TSO su ricoveri SPDC	1,6%	14,8%
Gravissime disabilità prese in carico per 10.000 ab.	1,68	3,07
Tasso consumo standardizzato (*1.000 ab.) di specialistica	3.791	3.940
Visite ambulatoriali entro 30 gg	44,42%	47,50%
Prestazioni diagnostiche entro 60 gg	63,36%	69,44%
ADI: % TAD ad alta intensità assistenziale	25,6%	11,5%
MMG organizzati in forma associata	99%	-
ASSISTENZA OSPEDALIERA		
PL pubblico e privato per 1.000 ab.	3,16	4,62
Tasso standardizzato ospedalizzazione per 1.000 ab.	168,03	170,07
Indice accessi PS per 1.000 ab.	416,48	374,59
Indice filtro ricovero PS	15,5%	13,9%
Accessi OBI su accessi PS	7,3%	4%
Riduzione attività degenza ordinaria (2011-2010)	-3,26%	-
Degenza media	8,32	-
Peso medio DRG	1,047	-
Parti con taglio cesareo primario	21,5%	20,7%
Intervento chirurgico entro 2 gg frattura collo femore	42,1%	49%
Ospedalizzazione per cause evitabili	29,7%	37,9%
Tasso osp. polmonite ed influenza anziani * 1.000 ab.	4,10	5,03

3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

In questa sezione vengono articolati i principali obiettivi attraverso i quali l'azienda persegue le sue finalità istituzionali. Si propone un'analisi preliminare sul percorso di programmazione con particolare evidenza all'apporto degli Enti Locali, alle relazioni con i principali *stakeholder*, per passare ad esaminare le principali strategie di livello aziendale per il perseguimento degli obiettivi rappresentati dalle tre aree tematiche: [Universalità ed Equità di accesso](#), [Centralità del cittadino](#) e [Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale](#).

3.1 Partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria

3.1.1 Nuovi strumenti di governance

Il "Piano Sociale e Sanitario regionale 2008-2010" ha ampiamente rinnovato i percorsi di programmazione sanitaria, incidendo sia sul ruolo dei diversi attori della *governance* locale, che sui processi e gli strumenti di lettura del contesto e di indirizzo per la programmazione in ambito aziendale. Di seguito, si rappresenta graficamente il contesto delineato dal Piano, in ordine ai differenti strumenti di programmazione territoriale, agli attori e ai livelli di responsabilità e condivisione che caratterizzano il processo.

Figura 3.1 - La Programmazione integrata, secondo il Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008/2010



In questo contesto di programmazione i Profili di comunità e gli Atti di indirizzo e coordinamento triennale assumono un ruolo fondamentale e fortemente innovativo nel definire gli indirizzi per la programmazione strategica aziendale e la programmazione distrettuale. L'obiettivo complessivo che il disegno regionale si pone è quello di garantire coerenza tra i diversi livelli di

programmazione e di fare assumere agli attori partecipanti una responsabilità condivisa sulle scelte strategiche. E' secondo tale nuovo assetto, dettato anche dalla L.R. 29/2004, che gli Enti Locali assumo un ruolo di particolare rilevanza nella *governance* del sistema.

Nuovo Circondario Imolese. 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 e il benessere sociale, Piano strategico aziendale e Piano attuativo locale).

Atto di Indirizzo e Coordinamento Triennale 2008-2010. La programmazione integrata sociale e sanitaria, come rappresentata in Figura 3.1, riguarda *in primis* l'Atto di Indirizzo e Coordinamento Triennale 2008-2010", che la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Bologna e la Giunta del Nuovo Circondario Imolese hanno congiuntamente elaborato e approvato nel novembre 2008. La scelta attuata di agire nella programmazione istituzionale delle politiche di *welfare* in modo congiunto tra Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Bologna e Giunta del Nuovo Circondario Imolese, vuole essere l'assunzione di corresponsabilità di tutti gli Enti Locali della Provincia di Bologna nell'offrire garanzie e tutele di pari grado ai loro cittadini. Al contempo, si riafferma e si rafforza il valore della autonomia degli ambiti, sia in ragione delle differenze dei due macro-profil di comunità, sia per valorizzare la storia, le capacità elaborative e le abilità realizzative/evolutive delle aziende in servizio a quelle stesse comunità.

L'atto di indirizzo e coordinamento triennale costituisce il quadro di riferimento della programmazione territoriale per la salute e il benessere ed è lo strumento attraverso il quale le Conferenze territoriali sociali e sanitarie esercitano il proprio compito di coordinamento della programmazione a livello distrettuale. E' un atto di programmazione intermedia che assicura il raccordo tra i diversi livelli (regionale, provinciale, aziendale e distrettuale) e individua le aree di intervento strategico per *target* di popolazione e per tematiche trasversali su cui integrare gli interventi sanitari e sociali. In particolare, come indicato nel PSSR, definisce gli indirizzi per: la programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria a livello distrettuale; l'individuazione di priorità strategiche da sviluppare nei Piani di zona per la salute e il benessere sociale; gli interventi per la non auto sufficienza e l'utilizzo del FRNA; il Piano attuativo locale.

Piano per la salute e il benessere sociale 2009/2011. In data 30 marzo 2009 è stato approvato dall'Assemblea del Nuovo Circondario Imolese il "Piano per la salute e il benessere sociale 2009-2011", che ha visto momenti di incontro/confronto tra tutti i soggetti coinvolti (Comuni, ASP, AUSL, OO.SS., terzo settore) riuniti al Tavolo del *welfare* che, a sua volta, ha costituito gruppi di lavoro tematici: (i) tavolo responsabilità familiari, capacità genitoriali, diritti dei

bambini, giovani, e piena applicazione della L. 194/78; (ii) tavolo immigrazione, asilo, lotta alla tratta; (iii) tavolo prevenzione e contrasto delle dipendenze, di altre forme di disagio sociale, e salute mentale; (iv) tavolo anziani e disabilità; (v) tavolo prevenzione malattie evitabili, croniche, promozione di stili di vita sani e della sicurezza.

Annualmente sono stati predisposti specifici Programmi Attuativi: nel 2011 l'approvazione da parte della Assemblea del Nuovo Circondario Imolese, datata 31 agosto, ha previsto un impegno di risorse collegate alla progettualità per il sistema *welfare* circondariale, pari a circa 53 milioni di euro, di cui 17 milioni circa del bilancio AUSL ([€ 12,350 milioni di FRNA](#) e € 4,266 milioni di Fondo Sanitario). La quota più importante di risorse è assorbita dalle politiche in favore di persone anziane non autosufficienti (52%) seguite dalle politiche giovanili a sostegno delle nuove generazioni (infanzia e adolescenza) con il 18% delle risorse impiegate, dalle politiche a favore di persone con disabilità con l'11% delle risorse impiegate e dal supporto alle responsabilità familiari con il 9,8%. Se si prendono in considerazione le principali fonti di finanziamento locale, si osserva che le risorse dei comuni, sia quelle gestite in proprio che conferite al NCI, ammontano ad oltre il 40% del totale; il fondo regionale per la non autosufficienza rappresenta quasi il 25% delle risorse impiegate, mentre il fondo sanitario dell'AUSL (considerando i soli costi diretti per anziani e disabili) rappresenta poco più dell'8% e la contribuzione utenti ammonta a circa il 20% del totale.

[Piano Strategico e attuativo locale aziendale 2010/2013.](#) Approvato dalla Giunta del Nuovo Circondario Imolese in data 23 novembre 2011 è il documento programmatico che dovrà guidare l'AUSL di Imola nei prossimi tre anni. I contenuti del Piano sono il risultato di un processo articolato e condiviso delle componenti professionali dell'azienda, durante il quale l'integrazione ed il confronto sono stati metodo del lavoro svolto. E' infatti da sottolineare il percorso di condivisione attuato all'interno dell'azienda, con il coinvolgimento diretto delle componenti professionali del Collegio di Direzione e dei Comitati di Dipartimento che ha permesso di portare a sintesi i molti contributi raccolti. Il documento ha visto partecipi 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).

L'orientamento di fondo è stato 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 degli stessi cittadini che esprimono necessità di cura.

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'AUSL di Imola, insieme ai suoi professionisti e all'intera comunità, intende percorrere per completare il suo processo di ammodernamento e sviluppo.

La *governance* nei servizi ad integrazione socio-sanitaria. L'attenzione riservata nei confronti dei cittadini affetti da patologie alle quali si associano diversi bisogni assistenziali, oltre alle fasce più deboli di popolazione, ha richiesto l'attivazione di percorsi assistenziali, che garantissero una piena presa in carico del paziente e una forte integrazione tra i vari erogatori di prestazioni di natura sanitaria e sociale, attraverso un lavoro coordinato sia nei tempi che nelle

modalità di erogazione in maniera tale da non far percepire agli assistiti delle discontinuità assistenziali. Ciò ha comportato in questi ultimi anni un rafforzamento delle relazioni tra AUSL ed Enti Locali, oltre che in termini di programmazione, anche di gestione ed erogazione dei servizi stessi. AUSL e Comuni, quest'ultimi attraverso l'ASP, condividono molte attività assistenziali a livello domiciliare, residenziale e semi-residenziale per anziani non autosufficienti e disabili. Va segnalato in tale ambito, anche, il contributo da parte di vari soggetti sociali del privato *non-profit*: volontariato, cooperative sociali, ecc. oltre che espressione delle parti sociali.

Tabella 3.2 – Governance nei servizi ad alta integrazione socio-sanitaria



3.1.2 L'integrazione sociale e sanitaria

L'incremento della prevalenza di cronicità – uno dei problemi sanitari e sociali più rilevanti negli ultimi anni – determinato dai mutamenti demografici ed epidemiologici, unitamente ai cambiamenti di struttura del tessuto sociale, come il prevalere di famiglie di dimensioni contenute, l'incremento dei fenomeni di disagio infantile e giovanile e 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, insufficiente ad affrontare così 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. L'integrazione riduce il disagio dei cittadini nel rapporto con i servizi sanitari e sociali, perché tende a strutturare risposte unitarie pur a fronte di bisogni di cura e assistenza diversificati; genera maggiore efficacia di cura e di sostegno e favorisce l'appropriatezza, l'efficienza d'uso delle risorse professionali e la collaborazione fra organizzazioni e professionisti di cultura e prassi diverse. L'integrazione mira a offrire servizi più accessibili, meglio coordinati, più personalizzati, che assicurano una presa in carico nel tempo, specie per le persone con bisogni altamente complessi, oltre a sostenere la rete di chi aiuta e offre le cure.

Nuclei delle cure primarie (NCP). Gli elementi epidemiologici di scenario, ed in particolare l'incremento della prevalenza di patologie cronico-degenerative, necessitano 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. I **Nuclei delle Cure Primarie (NCP)** nascono con lo scopo prioritario 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 (MMG) 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.

Un ruolo essenziale da questo punto di vista è rappresentato dalla disponibilità di una sede fisica unitaria riconoscibile dagli assistiti, la quale ha di fatto rappresentato il fattore di successo per le medicine di gruppo. Dunque la realizzazione delle sedi dei Nuclei di Cure Primarie rappresenta la più naturale conseguenza evolutiva del percorso di maturazione dell'associazionismo a garanzia di uniformità ed equità d'accesso all'assistenza per tutti i cittadini e di una dimensione di scala adeguata per un sostenibile decentramento delle risorse. Nel 2011 il territorio dell'AUSL di Imola era suddiviso in 7 NCP, ma nel corso dell'anno sono state poste le basi organizzative che, nell'aprile 2012, hanno portato all'unificazione su 2 Nuclei dei MMG di Imola, per un totale di 5 NCP presenti attualmente sul territorio aziendale. Sono invece 5 le sedi fisiche di NCP, che erogano prestazioni mediche ed infermieristiche integrate. Ormai da tempo, i cittadini di Castel S. Pietro T., Dozza, Medicina e Castel Guelfo-Sesto Imolese possono accedere ad un medico per l'assistenza di base dalle 8 del mattino alle 20 di sera, tutti i giorni. I medici di famiglia operano nei loro studi, per lo più in associazione, e dalle 12 alle 17, quando gli studi in genere non sono aperti, turnano sull'ambulatorio di Nucleo. Nelle giornate prefestive e festive l'assistenza è garantita dal medico di continuità assistenziale che riceve i cittadini sempre negli ambulatori di Nucleo. Per i residenti nei Comuni della Vallata del Santerno, il Nucleo Cure Primarie ha sede al distretto di Borgo Tossignano, dove i cittadini trovano un medico disponibile 10 ore al giorno, dal lunedì al venerdì. Il sabato pomeriggio e per tutta la domenica è presente il medico di continuità assistenziale. Ad Imola, la copertura diurna da parte della medicina generale va dalle 7 alle 12 ore

a seconda del Nucleo di riferimento del cittadino. Oltre la metà dei medici di Imola ha aderito ad un progetto che garantisce ai loro assistiti la disponibilità di accesso ad un ambulatorio medico 12 ore al giorno dal lunedì al venerdì, mentre nei prefestivi e nei festivi diurni, il medico di continuità assistenziale riceve direttamente presso la sede di Internucleo realizzata in zona centro città.

I medici di continuità assistenziale sono pienamente integrati in questo modello: garantiscono la risposta telefonica e l'eventuale visita a domicilio notturna, prefestiva e festiva e ricevono direttamente i cittadini negli ambulatori di Nucleo quando non sono presenti i medici di famiglia, generalmente nei pomeriggi prefestivi e nell'intera giornata dei festivi. Massima anche l'integrazione con gli infermieri di Nucleo, equipe territoriali che operano negli ambulatori di Nucleo ed erogano l'assistenza infermieristica domiciliare per l'area territoriale di riferimento.

Infine occorre sottolineare, quale ulteriore tema 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, sicurezza e valutazione di efficacia.

Dati questi obiettivi strategici, lo sviluppo delle Cure Primarie, a partire dai livelli già consolidati e di eccellenza nel panorama regionale, avverrà in linea con le disposizioni attuative della DGR 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.

La realizzazione prevede nel medio periodo, importanti investimenti strutturali presso l'ospedale castellano che orienteranno la ridefinizione dell'assetto logistico e funzionale dello stabilimento verso l'integrazione con le attività territoriali afferenti il Dipartimento delle Cure Primarie. Anche il Polo di Medicina, sta andando incontro a diversi cambiamenti che ne determineranno la trasformazione in Casa della Salute. Sarà garantita l'inclusione e la omogeneizzazione di tutte le attività sociosanitarie attraverso il lavoro di gruppo e l'integrazione dei professionisti per la presa in carico del paziente. 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.

Percorsi integrati ospedale territorio. L'organizzazione sanitaria deve pertanto vedere sempre più coinvolto l'intero sistema di cure, ospedaliere e territoriali, fortemente integrate, qualificando la risposta secondo un **modello assistenziale per intensità di cura**: fase acuta, post-acuta e cronica, di cui si darà conto diffusamente in [Sezione 7](#).

In sintesi, il modello che ha inteso perseguire l'AUSL di Imola deve portare ad una organizzazione dell'offerta sanitaria che preveda:

- l'ospedale, sede di concentrazione dell'assistenza intensiva e supportata da tecnologie avanzate, riservata al paziente in fase acuta;
- strutture di degenza quali presidi per la risposta alla fase post acuta;
- servizi residenziali, domiciliari e ambulatoriali e del territorio deputati alla risposta più appropriata ai bisogni sanitari e sociosanitari dell'ultima fase della post-acuzie, ma soprattutto dei pazienti cronici;

- con uno spostamento dell'asse assistenziale verso la territorialità, con l'assegnazione del governo della rete dei servizi territoriali alla Direzione del Distretto e alle Cure primarie.

3.2 Universalità ed equità di accesso

Il principio di eguaglianza e di universalità del Servizio Sanitario Nazionale costituiscono presupposti ineludibili 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 l'equità deve trovare concreta realizzazione: l'accesso alle prestazioni ed ai servizi sanitari; i risultati di salute in capo ai singoli soggetti; l'allocatione 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 dei servizi sanitari. Semplificazione, accoglienza e umanizzazione, equità di accesso sono infatti macro obiettivi strategici che percorrono trasversalmente tutta la vita dell'azienda. 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 preposti, comunicazione tra operatore sanitario, paziente e familiari e comunicazione di accoglienza. L'accoglienza in sanità è pertanto legata al tema dell'*empowerment* degli operatori sanitari, che devono supporre la 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. Per quanto riguarda gli interventi messi in campo per favorire e rimuovere ostacoli alla piena esigibilità dei diritti di universalità ed equità di accesso, il paragrafo sviluppa con particolare attenzione: il tema del "*board* equità e l'equità in pratica", l'utilizzo del Fondo regionale per la Non Autosufficienza, le politiche sanitarie e socio – assistenziali per le aree con maggior disagio come la disabilità, e il governo delle liste di attesa per ricovero e specialistica.

3.2.1 Il *board* equità e l'equità in pratica

L'equità e il rispetto delle differenze sono principi fondanti il sistema sanitario regionale. La DGR 602/2009, alla linea di programmazione "Diversità ed equità: strategie integrate di *diversity management* e consolidamento delle azioni di ascolto ed *empowerment* dei cittadini", prevede che le aziende sanitarie della Regione sviluppino progetti ed effettuino azioni indirizzate al raggiungimento di una crescente attenzione all'inclusione delle diversità di cui sono portatori i

cittadini, garantendo nel contempo equità di accesso, equità nei percorsi assistenziali e di trattamento e miglioramento nel rapporto di fiducia fra l'organizzazione sanitaria, i suoi servizi e gli utenti/cittadini della comunità. Gli obiettivi relativi alla gestione delle diversità, in un'ottica di equità della programmazione aziendale e dell'erogazione dei servizi (accesso, procedure/linee guida), riguardano: l'adozione di strumenti di *equality assessment* (*check list* di autovalutazione aziendale regionale,); la messa a punto di strumenti di valutazione delle buone pratiche in relazione alle diversità di genere, cultura, disabilità, età, ecc. in una visione di ottimizzazione delle risorse; e la sperimentazione, nei profili di comunità, di un set minimo di indicatori di disuguaglianze sociali atti a definire decisioni eque. L'organizzazione deve, pertanto, trovare modalità organizzative tese ad eliminare le barriere di accesso al sistema per le categorie sociali svantaggiate, sviluppando in primis una potente capacità di lettura dei bisogni di salute che consenta di organizzare i servizi in modo da abbassare le soglie di accesso per i cittadini svantaggiati e permetterne la presa in carico.

I referenti aziendali individuati hanno partecipato ai laboratori regionali Equità / *Diversity management* (DM) e agli incontri del gruppo Equità AVEC; hanno compilato le schede di autovalutazione su Equità e DM per gli anni 2010 e 2011, prodotto la mappatura e demografia del personale dipendente, presentata al Seminario regionale a giugno 2011 e fatte proprie le indicazioni regionali, formalizzando un gruppo di coordinamento denominato "*board* equità aziendale", con il mandato di valutare le tematiche dell'equità di accesso e delle disuguaglianze in ambito sanitario, prodotte anche dalla stessa organizzazione dei servizi e di studiare soluzioni che tendano agli obiettivi sopra esposti, sia per quanto concerne l'utenza esterna che per quanto riguarda il contesto interno di selezione e sviluppo delle risorse umane aziendali (DM).

Questo tavolo, sulla gestione delle differenze per ridurre le disuguaglianze, insediato a novembre 2011 è stato pensato come una funzione trasversale ed includente le attività e le esperienze variamente sviluppatesi in azienda negli anni precedenti. Si compone di 21 membri, coordinati dal responsabile URP, tra cui i Presidenti del [Comitato Consultivo degli Utenti \(CCM\)](#) e del [Comitato Utenti e Familiari \(CUF\)](#) della Salute Mentale, presenze fondamentali per garantire la partecipazione dei cittadini e la valutazione dei lavori dal punto di vista dell'utenza; rappresentanti dei Medici di medicina generale (MMG) e dei Pediatri di libera scelta (PLS) ed il Presidente del [Comitato Unico di Garanzia \(CUG\)](#). Le prime fasi di attività si sono concentrate sull'analisi della mappatura dell'esistente e delle *check list* regionali a cui sono seguite proposte concrete di miglioramento ed impegni da sviluppare nell'arco del 2012.

3.2.2 Il Fondo Regionale per la non Autosufficienza (FRNA)

Dal 1 luglio 2012, secondo quanto previsto dalla normativa dell'accreditamento transitorio, sono stati sottoscritti i Contratti di Servizio con le 10 strutture residenziali per anziani, 3 Centri Diurni per anziani, 3 strutture per Disabili e il servizio domiciliare per anziani.

I contratti di servizio sono stati siglati, per la committenza, da:

- Nuovo Circondario Imolese, soggetto istituzionale competente per l'ambito distrettuale, che svolge le funzioni di concessione dell'accreditamento;
- Comuni ove ha sede il servizio e/o la struttura;
- AUSL per la parte concernente le prestazioni di ambito sanitario.

I Contratti di servizio sono sottoscritti, per i soggetti produttori, dai gestori che provvedono effettivamente all'erogazione delle prestazioni e che attraverso una responsabilità gestionale unitaria dispongono delle risorse, gestiscono l'organizzazione, assumono la direzione del personale e assicurano le attività assistenziali e di cura.

In presenza di forme organizzative miste che vedono più soggetti realizzare parti specifiche dell'attività assistenziale, il contratto è stato stipulato da tutti i soggetti gestori interessati ai quali è stato concesso l'accreditamento in forma congiunta. In base alla DGR 514/2009 è stato superato il concetto di Casa Protetta e di RSA, unificando le strutture per anziani in **Case Residenze per Anziani (CRA)**.

In Tabella 3.3 si dettagliano i costi sostenuti a carico del FRNA sui **424 posti letto in CRA**, espressi in termini di quota giornaliera per la copertura degli oneri a rilievo sanitario. Il costo è computato sulle giornate effettive di presenza nelle strutture che, complessivamente, presentano tassi di occupazione pari al 98%, sviluppando per il 2011 un totale di 150.220 giornate. Da luglio, il costo comprende anche le giornate di assenza degli ospiti dalle CRA per ricovero ospedaliero o altra assenza programmata dell'anziano secondo quanto previsto dalla DGR 2110/2009.

Tabella 3.3 - FRNA 2011: dettaglio Case Residenze Anziani (CRA)

ANAGRAFICA PRESIDIO			DATI DI ATTIVITA'						COSTI				
Denominazione Struttura	Comune	Soggetto gestore (denominazione)	Posti conv. (31/12/11)	Presenti su posti conv. (1/1/2011)	Presenti su posti conv. (31/12/11)	Ammessi nell'anno su posti autor.	Dimessi nell'anno su posti autor.	GG. annue effettive presenza su posti conv. 2011	Quota giornaliera onere FRNA a rilievo sanitario 1° sem 2011	Quota giornaliera a carico ospite (retta) 2011	Quota giornaliera onere FRNA a rilievo sanitario 2° sem 2011	Quota giornaliera onere FRNA a rilievo sanitario 2011 per 3 posti di sollievo temporaneo	FRNA onere a rilievo sanitario 2011
Casa Residenza Anziani Imola	IMOLA	ASP Circondario Imolese /Comunità Solidale	141/138	138,23	132,93	83	85	49.341	€ 33,08	€ 49,50	€ 33,99	€ 67,00	€ 1.683.124,60
Casa Residenza Anziani Villa Armonia	IMOLA	Società Privata Villa Armonia	27	26,48	25,64	11	17	9.392	€ 33,69	€ 49,50	€ 33,69		€ 320.288,84
Casa Residenza Anziani La Coccinella *	CSPT	ASP Circondario Imolese /Eileuno	76	73,10	73,67	46	44	27.113	€ 33,47	€ 46,80	€ 34,37		€ 920.933,13
Casa Residenza Anziani Opera Pia "S. Maria" di Tossignano	BORGOT	ASP Circondario Imolese/Comunità Solidale	40/43	40,00	42,93	13	14	15.067	€ 33,94	€ 49,50	€ 34,72		€ 518.477,08
Casa Residenza Anziani S. Antonio Abate di Fontanelice	FONTANELICE	ASP Circondario Imolese/Comunità Solidale	30	28,42	29,25	15	14	10.629	€ 32,74	€ 49,50	€ 33,86		€ 356.101,18
Casa Residenza Anziani "Toschi" di Dozza	DOZZA	ASP Circondario Imolese/Eileuno	16	16,00	15,70	1	2	5.779	€ 33,86	€ 46,80	€ 36,55		€ 203.812,88
Casa Residenza Aziani di Medicina	MEDICINA	ASP Circondario Imolese / ASP (24 posti) e Comunità Solidale (24 Posti)	48	46,55	47,27	28	32	17.103	€ 33,55	€ 49,50	€ 33,43 - € 37,81		€ 593.812,53
Casa Residenza Aziani Cassiano Tozzoli	IMOLA	ASP Circondario Imolese	44	42,55	42,71	13	13	15.796	€ 40,75	€ 49,57	€ 40,84 - € 44,93 (Nucleo Demenza 24 posti)		€ 660.978,29
DISTRETTO IMOLA	8		422 + 2	411,33	410,10			150.220					€ 5.257.528,53

NB: Il dato relativo agli ammessi e dimessi è riferito a tutti gli ospiti presenti in struttura convenzionati e non

* 76 Cra CSPT Posti convenzionati Ausl di Imola (gg. 27.113) e 2 Posti Convenzionati Ausl di Bologna (gg. 549)

In Tabella 3.4 si dettagliano i costi sostenuti a carico del FRNA su 85 posti letto in CRA: 70 nella *ex* RSA "Baroncini" di Imola ora denominata CRA Imola - di cui 7 pl temporanei riservati ai ricoveri *post* dimissione, che hanno registrato un tasso di occupazione pari al 97% - e 15 in una struttura convenzionata di Medicina. Nella CRA di Imola sono collocati 1-3 posti per ricoveri temporanei di sollievo.

Sezione 3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Tabella 3.4 - FRNA 2011: dettaglio ex RSA

ANAGRAFICA PRESIDIO			DATI DI ATTIVITA'							COSTI					
Denominazione Struttura	Comune	Soggetto gestore Prima e dopo accreditamento transitorio (1/7/2011)	Posti conv. (31/12/11)	Di cui: Posti per ricoveri temporanei post-dimissione	Presenti su posti conv. (1/1/11)	Presenti su posti conv. (31/12/10)	Ammessi 2011 su posti conv. (esclusi Ricoveri Temp. RSA Imola)	Dimessi 2011 su posti conv. (esclusi Ricoveri Temp. RSA Imola)	Tot gg. effettiva presenza 2011 su posti conv. (compreso Ricov. Temp. RSA Imola) **	Quota giornaliera onere FRNA a rilievo sanitario 1° sem 2011	Quota giornaliera a carico ospite (retta) 2011	Quota giornaliera onere FRNA a rilievo sanitario 2° sem 2011	Quota giornaliera retta FRNA ricoveri temporanei RSA 1° sem 2011	Quota giornaliera retta FRNA ricoveri temporanei RSA Imola 2° sem 2011	FRNA onere a rilievo sanitario e rette ricoveri temporanei 2011
Casa Residenza Anziani Imola (RSA)	Imola	ASP Circondario Imolese	70	7	66,9	63,64	27	28	23.984	€ 40,67	€ 49,57	€ 41,82	€ 119,30	€ 120,00	€ 1.188.139,01
Casa Residenza Anziani Medicina (RSA) *	Medicina	Cidas a.r.l. onlus	15	0	15	14,52	9	18	5.423	€ 40,67	€ 55,72	€ 39,92			€ 223.270,21
DISTRETTO IMOLA	2		85	7	81,9	78,16	36	46	29.407						€ 1.411.409,22

* 15 Posti convenzionati AUSL di Imola (gg. 5.448) e 4 Posti Convenzionati AUSL di Bologna (gg. 1.449)

Il dato relativo agli ammessi e ai dimessi è riferito a tutti gli ospiti presenti in struttura convenzionati e non

** n. 2.429 gg ricoveri temporanei post dimissioni

In Tabella 3.5 si riportano i costi sostenuti a carico del FRNA su **52 posti in Centri Diurni**, espressi come quota giornaliera a copertura degli oneri di rilievo sanitario. Il costo è computato sulle giornate effettive di presenza nelle strutture, con tariffe differenziate per tipologia/gravità dei pazienti e della giornate di assenza per ricovero ospedaliero, assenze per malattia o altre assenze programmate secondo quanto previsto dalla DGR 2110/2009. I 3 Centri presentano nel 2011 un tasso di occupazione medio pari al 88% su 304 giorni di apertura.

Tabella 3.5 - FRNA 2011: dettaglio Centri Diurni

Tabella C6 - F.R.N.A. 2011: dettaglio centri diurni																		
		DATI DI ATTIVITA'										COSTI						
Denominazione Struttura	Comune	Posti conv. al 31/12/11	Tot. gg. attività settimanali	Ore di apertura giornaliera	Presenti all'1/1/11 su posti conv.	Presenti al 31/12/11 su posti conv.	Ammessi nell'anno su posti conv.	Dimessi nell'anno su posti conv.	Giornate annue effettive presenza su posti conv. con onere BASE 2011	Giornate annue effettive presenza su posti conv. con onere GRAVI DISTURBI 2011	Quota giornaliera onere FRNA a rilievo sanitario BASE 1° sem 2011	Quota giornaliera onere FRNA a rilievo sanitario BASE 2° sem 2011	Quota giornaliera onere FRNA a rilievo sanitario DISTURBI COMP. GRAVI 1° sem 2011	Quota giornaliera onere FRNA a rilievo sanitario DISTURBI COMP. 2° Sem 2011	Quota giornaliera a carico ospite (retta) 1° sem 2011	Quota giornaliera a carico ospite (retta) 2° sem 2011	FRNA Onere a rilievo sanitario 2011	
Centro Diurno Anziani Castel S. Pietro Terme	cspt	16	6	10	12,66	12,64	9	6	3.801	268	€ 18,87	€ 23,00	€ 24,54	€ 31,00	fino ad un massimo di € 29,93 in base ad ISEE	da un minimo di € 29,93 in base ad ISEE	€ 84.621,16	
Centro Diurno Anziani Imola	Imola	20	6	10	16,41	20	21	19	4.455	1.201	€ 18,87	€ 21,23	€ 24,54	€ 29,23	€ 29,10	da un minimo di € 29,10 in base ad ISEE	da un massimo di € 29,10 in base ad ISEE	€ 127.738,10
Centro Diurno Anziani Medicina	Medicina	16	6	10	13,95	13,96	17	5	3.785	353	€ 18,07	€ 22,27	€ 23,44	€ 30,27	da € 8,27 a massimo € 16,04 secondo ISEE	da un minimo di € 20,00 in base ad ISEE	da un massimo di € 20,00 in base ad ISEE	€ 87.770,22
DISTRETTO IMOLA	3	52			43,02	46,6	47	30	12.041	1.822								€ 300.129,48

In Tabella 3.6 si declina il conto "FRNA Acquisto altri servizi", per un importo totale 2011 pari a € 366.051,74; le voci più consistenti riguardano l'Assistenza al domicilio per la somministrazione del pasto e l'Animazione a domicilio.

Tabella 3.6 - FRNA 2011: dettaglio altri servizi

Progetti di Fragilità Anziani	2011 FRNA
Accoglienza temporanea di sollievo domeniche in strutture semi-residenziali (1° sem 11)	€ 11.418,85
Animazione a domicilio (1° Sem. 2011)	€ 20.568,18
Accoglienza centro sollievo "A" marcord"	€ 121.681,81
Assistenza a domicilio del pasto	€ 152.830,52
Progetto Caffè Alzheimer e Prevenzione Fragilità Comune Imola	€ 6.103,62
Condominio Solidale	€ 53.448,76
Totale	€ 366.051,74

Di seguito si esplicitano i servizi a supporto della domiciliarità (DGR 1206/2007).

Tabella 3.7- FRNA 2011: Assistenza Domiciliare

Domiciliarità ai sensi DGR 1206/2007 - Anziani	2011 FRNA
Assistenza Domiciliare (assistenza, coordinamento, viaggi)	€ 609.824,83
Trasporti	€ 62.025,57
Telesoccorso	€ 11.771,62
Totale	€ 683.622,02
Assegni di cura Anziani	2011 FRNA
Assegno di cura Liv A B C	€ 1.203.630,75
contributo aggiuntivo assistenti famigliari con regionale contratto	€ 187.049,10
Totale	€ 1.390.679,85
Domiciliarità ai sensi DGR 1206/2007 - Aziani	2011 FNA Ausl
Pasti Anziani (Solaris 1° sem 2011)	€ 19.557,81
Servizi Consulenza CAAD	€ 26.112,00
Totale	€ 45.669,81

Per quanto riguarda l'ambito dei gravi disabili (DGR 2068/2004) la spesa nel 2011 è stata pari a € 303.264,21 (Tabella 3.8). Nel corso del 2011 il programma per i [gravissimi disabili](#) si è ulteriormente sviluppato con l'inserimento di 8 nuovi casi di cui 5 in strutture residenziali che ha determinato un incremento della spesa per le residenze rispetto al 2010.

Tabella 3.8 - FRNA 2011: Gravissime Disabilità

Gravissime Disabilità	2011
Assegno di cura Gravissime Disabilità	€ 120.060,00
Residenzialità Gravissime Disabilità	€ 183.204,21
Totale	€ 303.264,21

Per completezza, in Tabella 3.9, si declina la spesa sostenuta per i disabili adulti per tutte le tipologie di intervento effettuate nel 2011.

Tabella 3.9 - FRNA 2011: Disabilità Adulti

Rette Disabili Adulti ai sensi DGR 1230/2008	2011 FRNA
Rette in centri residenziali privati	€ 942.081,00
Rette in centri residenziali pubblici	€ 332.598,29
Rette in centri semiresidenziali privati	€ 286.154,13
Rette in centri semiresidenziali pubblici	€ 308.471,00
Rette in centri socio-occupazionali privati	€ 15.826,92
Rette in centri socio-occupazionali pubblici	€ 133.699,05
Totale	€ 2.018.830,39
Assistenza domiciliare Disabili	2011 FRNA
Assistenza domiciliare e territoriale socio-educativa	€ 39.584,77
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	€ 168.348,01
Contributo per l'assistenza ai pasti	€ 61.281,32
Contributo per la fornitura di pasti	€ 72.303,62
Trasporti	€ 57.066,26
Totale	€ 398.583,98

Dettaglio altri servizi	2011 FRNA
Prestazioni educative territoriali	8.737,69
Assistenza sanitaria ospedaliera	2.758,40
Interventi riabilitativi per 2068/2004	9.098,40
Borse di lavoro Asp	46.455,79
Potenziamento punti di accesso	€ 0,00
Interventi per inserimenti lavorativi	€ 68.797,81
Adattamento Domestico LR 29/97	€ 39.000,00
Totale	€ 174.848,09

3.2.3 Politiche sanitarie e socio – assistenziali per aree con maggior disagio

L'assistenza dei soggetti disabili da parte dei servizi socio-sanitari si è connotata tipicamente per percorsi di presa in carico di lunga durata; la gestione del caso è affidata stabilmente ad un care-manager (assistente sociale) che coordina una equipe multidisciplinare che, dalla fase di prima valutazione, accoglie, decodifica il bisogno e predispone un appropriato profilo di risposta.

L'introduzione stabile della UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) nei processi di valutazione della disabilità, avvenuta nel 2010, ha dato maggiore visibilità ed efficacia agli interventi di integrazione socio-sanitaria, nella direzione di una maggiore appropriatezza e personalizzazione dei Progetti di vita e di cura. Le sinergie che si sono sviluppate fra le diverse professionalità ASP e AUSL coinvolte (assistenti sociali, psicologhe, medici fisiatrici, fisioterapisti, ecc.) hanno posto le basi per una reale integrazione professionale ed operativa, nel rapporto con gli Enti gestori dei servizi e con i familiari dei disabili stessi. L'assistenza ai disabili si è sviluppata lungo tre direttrici fondamentali. L'**integrazione comunitaria**, che si esplica con attività di tipo socio-educativo orientate a favorire la socializzazione e l'occupazione lavorativa del disabile, con impegno degli educatori a sostenere i soggetti nei percorsi di transizione al lavoro e nelle interazioni con i contesti ambientali e culturali dove essi vivono. Gli inserimenti in transizione al lavoro rappresentano un settore della domanda in netta crescita, con una età media dei nuovi richiedenti che si è abbassata a poco più di 20 anni, una volta terminati i percorsi scolastici e formativi. In questo settore è risultato fondamentale l'apporto fornito dalle Cooperative sociali di tipo B, e quello dei Comuni e di alcune Imprese commerciali che hanno accolto nei loro servizi e settori di attività soggetti disabili in tirocinio socio-educativo, con una attenzione privilegiata ai casi di tipo cognitivo-comportamentale per i quali l'inserimento lavorativo ai sensi della L. 68/99 è nei fatti precluso. Il **sostegno al domicilio**, perseguito attraverso una pluralità di servizi erogati in coerenza ai piani personalizzati di intervento, si è incentrato sull'assistenza domiciliare che comprende interventi tutelari e socio-educativi, erogazione di pasti a domicilio ed altri servizi collaterali e accessori quali l'animazione. In alternativa all'assistenza domiciliare, i disabili hanno potuto beneficiare dell'Assegno di cura per handicap grave (comma 3, art.3 L. 104/92) come mostra la Tabella 3.10 sui disabili in carico nel 2010 per distretti della provincia di Bologna.

Tabella 3.10 - Disabili in carico con Assegno di Cura e GRAD per Distretto e AUSL della provincia di Bologna. Anno 2010

Distretti /AUSL	Assegno di cura	Disabili in carico Assegno di cura *1.000 ab.	Residenzialità GRAD	Assegno di cura GRAD	Disabili in Carico GRAD *1.000 ab.
Bologna	118	0,50	38	30	0,29
Casalecchio	43	0,62	1	15	0,23
Pianura Est	51	0,51	11	18	0,29
Pianura Ovest	22	0,42	5	10	0,29
S. Lazzaro	24	0,49	2	5	0,14
Porretta	62	1,67	3	7	0,27
AUSL Bologna	320	0,59	60	85	0,27
Ausl Imola	26	0,31	8	14	0,26

FONTE: flusso della banca Dati Gravi Disabilità Acquisite

Il mantenimento entro il nucleo familiare è stato infine favorito dalla copertura, dall'assistenza e dall'attività socio-educativa svolta all'interno dei Centri Socio Riabilitativi Diurni e dei Centri Socio-Occupazionali (Tabella 3.11).

Tabella 3.11 - Disabili in carico a livello residenziale e diurno per Distretto e AUSL della provincia di Bologna. Anno 2010

Distretti /AUSL	Residenzialità tutti i livelli	Disabili in carico Residenziale *1.000 ab.	Centri Socio Riabilitativi Diurni	Centri Socio Occupazionali	Disabili in Carico Semiresidenziale *1.000 ab.
Bologna	257	1,08	292	150	1,87
Casalecchio	32	0,46	64	43	1,55
Pianura Est	42	0,42	42	61	1,04
Pianura Ovest	34	0,65	47	21	1,29
S. Lazzaro	38	0,78	60	13	1,50
Porretta	25	0,67	45	11	1,51
AUSL Bologna	428	0,79	550	299	1,56
Ausl Imola	44	0,53	43	49	1,10

La residenzialità, articolata in un'offerta composita e non sempre adeguata sul piano quantitativo, si è svolta nell'ambito di strutture di livello alto (Centri Socio Riabilitativi Residenziali) e di livello intermedio (Comunità Alloggio e Gruppi Appartamento).

I disabili in carico nel Nuovo Circondario Imolese (NCI), nel 2010, anno per il quale si dispone di dati di confronto interprovinciali, erano in tutto 454. Rapportando tale valore all'ammontare complessivo della popolazione *target*, si ottiene un indice pari a 5,42 disabili in carico per 1.000 abitanti nella fascia di età da 15 a 64 anni.

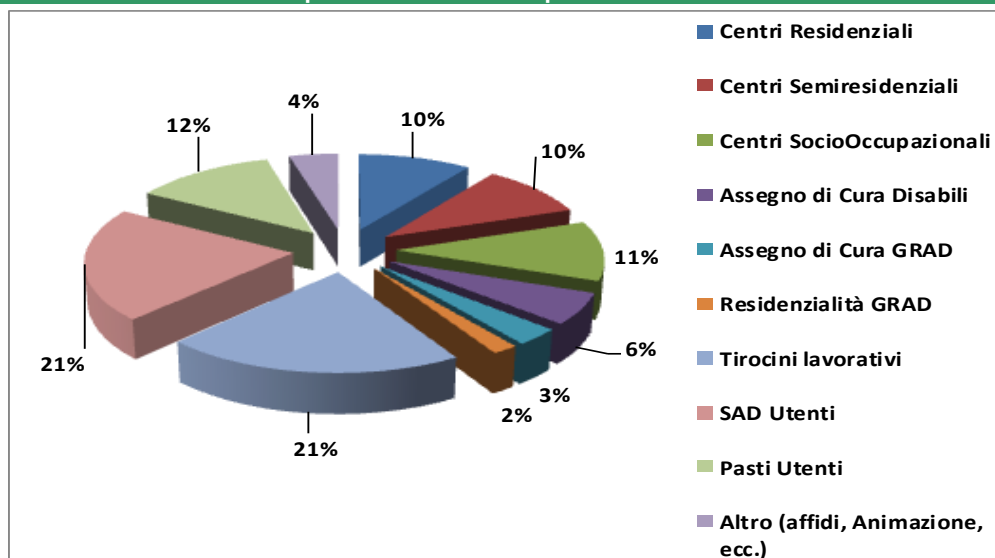
Questo indice di copertura non si discosta molto dalla media provinciale, come mostra la Tabella 3.12, ma va rilevato che nel 2010 si è registrato un significativo incremento (+15,5%) rispetto all'anno precedente, per l'effetto combinato di un reale aumento della domanda di servizi da una parte e della introduzione delle nuove procedure di valutazione multidimensionale e multiprofessionale della domanda che hanno comportando un sostanziale mutamento nelle strategie di governo dell'accesso ai servizi stessi.

Tabella 3.12 - Disabili in carico per Distretto e per Distretto e AUSL della provincia di Bologna. Anno 2010

Distretti /AUSL	Valore assoluto	Popolazione target	Disabili in carico *1.000 ab.	Var. % sul 2009
Bologna	1.585	236.927	6,69	3,9
Casalecchio	308	69.175	4,45	7,7
Pianura Est	476	99.133	4,80	0,0
Pianura Ovest	307	52.510	5,85	-5,2
S. Lazzaro	239	48.528	4,92	2,1
Porretta	216	37.106	5,82	-1,4
AUSL Bologna	3.131	5.433.793	5,76	2,2
Ausl Imola	454	83.793	5,42	15,5

Per concludere, nel nostro territorio risulta una prevalenza di poco più di un migliaio di casi di disabilità in fascia di età 15-64 anni; di questi, 454 risultano stabilmente in carico ai servizi socio-sanitari, come sintetizza il Grafico 3.13, che ne rappresenta la distribuzione per servizi.

Tabella 3.13 - Composizione dei servizi per i disabili in carico. Anno 2010



3.2.4 Governo delle liste di attesa per ricovero e specialistica

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 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 diffuso e di difficile soluzione, con effetti finali contraddistinti da un cronico eccesso di domanda rispetto all'offerta di prestazioni sanitarie, a fronte di limitate risorse, con pazienti e cittadini che percepiscono tale condizione come un importante disservizio, l'AUSL di Imola è 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: 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; l'ottimizzazione e l'adeguamento dell'offerta in considerazione sia delle effettive necessità assistenziali emergenti dal territorio (bisogni), sia della domanda espressa; la responsabilizzazione dei Dipartimenti nella gestione dei processi ed il coinvolgimento dei professionisti nelle azioni di governo del delicato equilibrio fra domanda e offerta di prestazioni; 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); 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.

Tempi di attesa per prestazioni specialistiche. Nel mese di agosto 2011 l'azienda ha elaborato, come richiesto dalla Regione, l'aggiornamento del "Piano per il Contenimento dei Tempi Massimi di Attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali del 2009", attivando le azioni ivi contenute ed in particolare avviando il nuovo Percorso di accesso alle visite e prestazioni in regime di urgenza 24 ore e di urgenza differibile (7 gg).

Urgenza da effettuarsi entro 24 ore. Si definisce urgente la visita specialistica o prescrizione di diagnostica strumentale relativa ad una malattia in fase acuta per la quale il prescrittore valuta che, la mancata esecuzione della stessa nell'arco delle 24 ore successive, comporti un peggioramento del quadro patologico e/o pregiudichi l'evoluzione del piano terapeutico. Per questa fascia di priorità, fatta eccezione per l'ecodoppler degli arti inferiori per sospetta TVP, i medici prescrittori inviano il cittadino, con richiesta SSN, direttamente alle Unità Eroganti secondo la mappatura indicata nel "protocollo". L'assistito, pertanto, senza passare dal CUP, contatta personalmente i servizi per la prestazione richiesta, eseguita il giorno stesso o il giorno successivo alla prescrizione (festivi esclusi).

Urgenza differibile (sollecita) da erogarsi entro 7 giorni. Si definisce urgenza differibile (sollecita) quella visita specialistica o prestazione di diagnostica strumentale relativa ad una malattia in fase acuta per la quale il prescrittore valuta la necessità dell'esecuzione della stessa nel breve/medio periodo (7 giorni). Per questa tipologia di prestazioni viene utilizzato il sistema CUP, che nelle proprie agende avrà posti dedicati alle urgenze differibili. L'assistito si recherà con la richiesta al CUP entro 3 giorni dalla data di prescrizione; nel caso non vi sia disponibilità in agenda di un posto dedicato alle visite/prestazioni urgenti differibili, il CUP indirizzerà il cittadino presso un altro centro pubblico o privato accreditato.

Il nuovo percorso è nello stesso tempo un progetto innovativo sia sul versante clinico che su quello organizzativo, in quanto da una parte persegue l'obiettivo di migliorare il livello di appropriatezza nel ricorso all'assistenza specialistica in tali regimi di priorità, e dall'altra perché semplifica il percorso al cittadino. Il primo obiettivo deriva dalla definizione di criteri clinici di prescrizione specifici per ogni prestazione, condivisi dai professionisti (MMG e specialisti); il

secondo obiettivo è stato raggiunto, per le urgenze 24 ore, con la modifica della precedente modalità di accesso tramite il Pronto Soccorso, sostituito dall'invio diretto alle Unità Eroganti; per le urgenze differibili si è invece proceduto all'adeguamento dei volumi di prestazioni dedicati alle urgenze disponibili in prenotazione CUP e all'invio diretto alle Unità Eroganti in caso di non disponibilità entro la tempistica richiesta.

Un altro importante fattore di qualità è il piano di monitoraggio dell'appropriatezza attivato già ad un mese di distanza dall'avvio, con il coinvolgimento di rappresentanti di tutti i professionisti interessati, le cui risultanze sono state portate a conoscenza dei prescrittori.

Tra le azioni messe in campo negli anni precedenti, mantenute anche nel 2011, ricordiamo quelle inerenti la gestione delle agende: "agende sempre aperte", agende non nominative, suddivisione primi accessi/controlli, attivazione di sedute aggiuntive laddove attuabili e attenta valutazione e programmazione delle chiusure estive. E' stata inoltre aumentata l'offerta attraverso l'acquisto di prestazioni dai propri professionisti al di fuori dell'orario di lavoro da strutture convenzionate accreditate (a tal proposito si sottolinea la totale riconversione delle prestazioni di ortopedia e fisioterapia/fisiochinesiterapia in prestazioni di diagnostica per immagini) e tramite l'attivazione di nuovi contratti con strutture accreditate presenti sul territorio aziendale, in particolare riguardanti i "percorsi di salvaguardia" (erogazione delle prestazioni da privato accreditato all'interno degli accordi di fornitura): alle prestazioni attivate negli anni passati (ecodoppler dei tronchi sovra aortici, ecodoppler arteriosi degli arti inferiori, ecografie addominali, osteoarticolari e muscolo tendinee, visite oculistiche e dermatologiche) sono state affiancate le risonanze magnetiche cerebrali, della colonna e articolari, l'ecocardiogramma, le TC addome e torace, al fine di garantire i tempi di attesa entro gli standard di 30/60 giorni.

E' proseguita l'attività di *recall* telefonico, che dal 2009, integrato con i sistemi informativi del Cup, effettua telefonate ai pazienti in lista per ottenere una notifica di conferma o cancellazione dell'appuntamento; il servizio sta dando risultati in termini di "recupero" posti in lista, di gradimento da parte dei cittadini e contribuisce a mantenere basso il tasso di non presentazione (< 5%). Sempre nell'ottica di ridurre gli "abbandoni" e saturare la capacità di offerta, il servizio di prenotazione/disdetta telefonica - accessibile attraverso un numero verde ad addebito ripartito - attribuisce priorità di risposta a chi deve effettuare una disdetta.

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

Rilevazione tempi di attesa prospettici con applicativo MAPS e pubblicazione su internet. Inoltre, sono state predisposte le condizioni per migliorare la "trasparenza"

interna/esterna, attraverso la pubblicazione periodica sul Sito internet dei risultati relativi ai tempi di attesa prospettici (dalla prenotazione all'appuntamento) monitorati dalla Regione (MAPS) ed attivato il link dal proprio sito *web* al sito regionale www.tdaer.it.

In Tabella 3.14 si presenta una analisi di dettaglio, rispetto a quanto già visto in Sezione 2, par. 2.3.2, sugli **indici di performance** per macroaggregati. In particolare, a seguito delle **rilevazioni MAPS** si riportano i tempi medi di attesa e l'indice di *performance* per prestazioni specialistiche nel triennio 2009/2011. Tale reportistica indica che è stato garantito il rispetto degli standard nelle seguenti visite specialistiche: neurologica, oncologica, ORL, ostetrica e fisiatria; e nelle seguenti prestazioni di diagnostica strumentale: ECG, audiometria, gastroscopia. Per le visite endocrinologiche, gli ecodoppler e l'ecografia dell'addome, l'indice di *performance* è di poco al di sotto dello *standard* richiesto. Il livello di criticità per le visite cardiologiche e dermatologiche non è particolarmente alto, trattandosi di una percentuale tra il 65% e il 75%, mentre rimangono fortemente critiche le visite oculistiche, ortopediche, urologiche e ginecologiche, le TAC addome, torace, capo e rachide e la RMN cerebrale. La rilevazione sugli esami colonscopici attesta un basso indice che non tiene conto dell'invio diretto, in caso di non disponibilità a CUP, al servizio che garantisce la valutazione clinica e il successivo esame entro gli standard fissati.

Tabella 3.14 - Tempi di attesa per prestazioni specialistiche nell'AUSL di Imola, rilevazione MAPS. Periodo 2009-2011

Disciplina	Tempo medio di attesa MAPS			% a 30 gg x visite e 60 gg x diagnostica: MAPS		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Cardiologia						
Visita Cardiologica	41	20	43	70%	69%	72%
Elettrocardiogramma	41	30	39	76%	98%	89%
Dermatologia						
Visita Dermatologica	23	25	37	96%	91%	65%
Gastroenterologia						
Colonscopia	49	68	78	93%	49%	49%
Gastroscopia	27	78	30	100%	23%	100%
Ostetricia -Ginecologia						
Visita Ginecologica	42	75	75	36%	50%	25%
Visita Ostetrica		13	100%			
Medicina						
Ecocolor Doppler	92	66	28	62%	68%	80%
Ecocolor Doppler Cardiaca	44	95	104	80%	12%	20%
Endocrinologia						
Visita Endocrinologica	26	14	28	88%	85%	79%
Neurologia						
Visita Neurologica	95	23	10	19%	100%	100%
Oculistica						
Visita Oculistica	17	24	98	91%	100%	16%
Oncologia						
Visita Oncologica	7	11	10	100%	100%	100%
Ortopedia						
Visita Ortopedica	46	18	50	72%	89%	52%
Otorinolaringoiatria						
Visita Otorinolaringoiatrica	17	19	15	100%	100%	100%
Audiometria	32	40	26	100%	100%	100%
Urologia						
Visita Urologica	30	29	49	71%	75%	43%
Medicina Riabilitativa						
Visita Fisiatrica	14	18	18	98%	100%	100%
Radiologia						
Ecografia Addome	36	38	44	87%	92%	85%
TAC Addome	47	57	158	71%	64%	0%
TAC torace	63	66	179	50%	50%	17%
TAC del Capo	26	18	53	100%	100%	36%
TAC rachide e speco vertebrale	22	19	38	100%	100%	56%
RMN Cerebrale	63	129	70	43%	0%	41%

Tempi di attesa per ricoveri. In Sezione 2, paragrafo 2.3.3 sono riportati gli [indici di performance](#) per alcune prestazioni ed interventi chirurgici. Per quanto riguarda l'attività in ambito chirurgico oncologico l'AUSL di Imola ha dimostrato di raggiungere livelli pienamente all'interno dello standard di riferimento: >90% entro i 30 giorni. In Tabella 3.15 si evidenziano le indicazioni date dalla Regione in ordine ai tempi massimi di attesa articolate per classi di priorità.

Tabelle 3.15 – Indicazioni classi di priorità per ricovero.

Classe priorità per ricovero	Indicazioni
CLASSE A	Ricovero entro 30gg per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente tanto da diventare emergenti o da determinare una compromissione della prognosi.
CLASSE B	Ricovero entro 60 gg per i casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente.
CLASSE C	Ricovero entro 180 gg per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti ne può, l'attesa, diventare una pregiudiziale per la prognosi.
CLASSE D	Ricovero che non richiede la definizione di una attesa massima: casi clinici senza dolore o disfunzione o disabilità. La prestazione va comunque garantita entro 12 mesi

Di seguito, si riportano i tempi medi di attesa per i ricoveri ordinari per discipline chirurgiche.

Tabelle 3.16 - Tempi medi di attesa per ricoveri ordinari discipline chirurgiche.

Reperto	Patologia principale	TdA Medio
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	POLIPO DEL CORPO DELL'UTERO	81
	TUMORI BENIGNI DELL'OVAIO	46
	PROLASSO UTERO-VAGINALE, COMPLETO	63
	POLIPO MUCOSO DELLA CERVICE	73
	TUMORI MALIGNI DEL CORPO DELL'UTERO, ECCETTO L'ISTMO	21
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	ARTROSI LOCALIZZATA PRIMARIA, ANCA	107
	ERNIA DEL DISCO INTERVERTEBRALE LOMBARE SENZA MIELOPATIA	36
	ARTROSI LOCALIZZATA PRIMARIA, GINOCCHIO	86
	LESIONE INVETERATA DEL LEGAMENTO CROCIATO ANTERIORE	53
	LESIONE DEL CORNO POSTERIORE DEL MENISCO INTERNO	66
	DISTORSIONE E DISTRAZIONE LEGAMENTO CROCIATO DEL GINOCCHIO	50
	ROTTURA A TRAUMATICA COMPLETA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI	64
OTORINO LARINGOIATRIA	MALFORMAZIONI CONGENITE DEL CRANIO, DELLA FACCIA E DELLA MASCELLA	124
	IPERTROFIA ISOLATA DELLE TONSILLE	92
	POLIPIDELLA CAVITA NASALE	74
	DEVIATIONE DEL SETTO NASALE	103
OCULISTICA	TUMORI BENIGNI DELLE GHIANDOLE SALIVARI MAGGIORI	65
	ASTIGMATISMO IRRREGOLARE	31
	CHERATOCONO, NON SPECIFICATO	69
	RAGGRINZIMENTO (PUCKER) MACULARE	64
	CORNEA SOSTITUITA DA TRAPIANTO	34
	DISTACCO RETINICO DA TRAZIONE	39
CHIRURGIA GENERALE	ULCERA CORNEALE, NON SPECIFICATA	17
	ERNIA INGUINALE MONOLATERALE O NON SPECIFICATA, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE O GANGRENA	145
	CALCOLOSI DELLA COLECISTI CON ALTRA COLECISTITE, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE	61
	TUMORI BENIGNI DELLA MAMMELLA	35
	EMORROIDI NON SPECIFICATE SENZA MENZIONE DI COMPLICAZIONI	95
	TUMORI MALIGNI DEL QUADRANTE SUPERO- ESTERNO DELLA MAMMELLA DELLA DONNA	19
	FISTOLA ANALE	59
	LAPAROCLE POSTCHIRURGICO, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE O	89
	CALCOLOSI DELLA COLECISTI SENZA MENZIONE DI COLECISTITE, CON	64
	ERNIA OMBELICALE, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE O GANGRENA	95
	TUMORI MALIGNI DELLA PARTE CENTRALE DELLA MAMMELLA DELLA DONNA	18
	CARCINOMI IN SITU DELLA MAMMELLA	18
	TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO DELLA MAMMELLA	27
UROLOGIA	ERNIA INGUINALE BILATERALE, SENZA MENZIONE DI OSTRUZIONE O	87
	TUMORI MALIGNI DI ALTRE SPECIFICATE SEDI DELLA VESCICA	60
	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA CON OSTRUZIONE URINARIA ED ALTRI SINTOMI (LUTS)	87
	TUMORI MALIGNI DELLA PROSTATA	48
	TUMORI MALIGNI DI PARTE NON SPECIFICATA DELLA VESCICA	66
	TUMORI MALIGNI DEL TRIGONO VESCICALE	57
	VARICOCELE	159
	TUMORI MALIGNI DEL RENE, ECCETTO LA PELVI	27
TOTALE RICOVERI PROGRAMMATI		82

3.3 Centralità del cittadino

L'obiettivo "*Centralità del cittadino*" pone il cittadino, titolare del diritto di salute, in un ruolo attivo di partecipazione e condivisione all'interno dell'organizzazione sanitaria, che lo vede coinvolto anche nel processo di valutazione degli stessi servizi. Nel presente paragrafo si declinano le azioni e gli strumenti che garantiscono l'obiettivo: forme di partecipazione del cittadino, che comprendono anche la promozione della salute e del benessere sul territorio; rilevazione della qualità percepita e valutazione dei servizi da parte del cittadino; semplificazione e facilitazione all'accesso ai servizi.

3.3.1 Forme di partecipazione del cittadino

Comitato Consultivo Misto (CCM). Il Comitato Consultivo Misto degli Utenti dell'azienda riveste un ruolo fondamentale nella vita dell'AUSL di Imola. IL CCM, nel 2011, si è riunito 11 volte, per affrontare tematiche all'ordine del giorno, per essere aggiornato sull'evoluzione dei servizi aziendali, per discutere delle criticità dal punto di vista del cittadino e proporre azioni di miglioramento (analisi dei dati dei tempi di attesa, analisi e programmazione delle indagini di qualità percepita, analisi delle segnalazioni, ecc.). Per i temi che meritano un approfondimento specifico ed una continuità di lavoro sono stati attivi i sottogruppi di lavoro, *in primis* quello di verifica ed aggiornamento delle carte dei servizi e dei reclami. Quest'ultimo ha concluso la sua attività annuale esponendo all'azienda una serie di proposte di miglioramento finalizzate a: maggior chiarezza delle informazioni sui ticket; interventi che possano migliorare e/o risolvere le relazioni interpersonali nel rispetto della dignità di tutti utenti; rivalutazione dell'accoglienza ambulatoriale; verifica delle procedure per il rispetto la privacy delle persone.

La collaborazione del mondo del volontariato si è anche espressa attraverso attività fattive di sostegno alla facilitazione dell'accesso, dell'informazione e dell'ascolto dei cittadini. I volontari delle Associazioni aderenti al CCM, sempre coordinati dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico, hanno supportato l'attività di informazione e di ritiro dei moduli di autocertificazione dell'esenzione per reddito e per età, garantendo a rotazione l'apertura di uno sportello dedicato nel periodo febbraio-aprile 2011 e valutato insieme all'URP le richieste di revisione di II istanza di alcune segnalazioni. Inoltre, i volontari sono per l'azienda risorse imperdibili nella loro costante e fattiva collaborazione alle indagini di qualità percepita ([paragrafo 3.3.2](#)).

Il CCM è inoltre stato coinvolto nella programmazione aziendale, partecipando attivamente alle iniziative di condivisione del **Piano Strategico e attuativo locale aziendale 2010/2013**, in particolare a quella plenaria e conclusiva del 28 ottobre ([Sezione 5, par. 5.2.1](#)).

Da non dimenticare, la partecipazione di un rappresentante alle attività del Comitato Ospedale e Territorio Senza Dolore. Il CCM si è inoltre incontrato due volte con il Comitato Utenti e Familiari per la Salute Mentale (CUF) per garantire la reciproca conoscenza e condivisione delle attività e il confronto congiunto con la Direzione Generale rispetto alla strategia ed alle progettualità aziendali.

Comitato Utenti e Familiari della Salute Mentale (CUF). Il 2011 ha costituito il secondo anno di attività del CUF che si è incontrato 4 volte, oltre alle due sedute plenarie svolte con il CCM. Nel primo incontro (marzo 2011) sono stati presentati i dati dell'indagine "La qualità dei servizi nei Centri di salute mentale e nei servizi per le dipendenze patologiche", svolta nel 2010 e a cui il Comitato ha partecipato attivamente. Il CUF ha rilevato l'ottimo gradimento dei servizi espresso dagli utenti del DSM-DP e posto l'attenzione alle aree di miglioramento emerse relative al rispetto degli orari di visita e alla riservatezza nelle sale di attesa del Centro Salute Mentale e degli ambienti del Servizio Dipendenze Patologiche. E' quindi partito il lavoro comune per la programmazione dell'indagine 2011 relativa al [gradimento dei servizi di degenza del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e della Residenza Trattamenti Intensivi](#) "La qualità della cura in Ospedale". I volontari del CUF hanno partecipato insieme agli operatori del servizio ad un corso di formazione sull'indagine di qualità che ci si apprestava a compiere ed ha collaborato con l'URP alla predisposizione delle locandine informative e delle cassette di raccolta del questionario. Il coinvolgimento di operatori e volontari ha garantito un'adesione all'indagine estremamente alta. Nel mese di maggio un sottogruppo ha collaborato alla costruzione delle carte dei servizi del DSM-DP ([paragrafo successivo](#)). Il gruppo ha esaminato tutte le carte e verificato gli elementi di comprensione, leggibilità, completezza dell'informazione. In particolare, sono stati esaminati gli impegni che le Unità Operative si sono assunte nel patto di garanzia della qualità e i doveri degli utenti e dei familiari. Le carte hanno accolto le indicazioni degli utenti pervenute con l'indagine svolta nei CSM e DP a novembre 2010 e tra gli indicatori del patto di qualità è stata inserita la tempestività della presa in carico e la continuità del percorso assistenziale. Una sezione della carta dipartimentale è stata inoltre dedicata alla descrizione di composizione e compiti del CUF.

Il 7 e 8 giugno 2011 il DSM-DP è stato sottoposto alla visita di accreditamento: anche in questo caso il CUF è stato coinvolto direttamente e la presidente è stata invitata a relazionare alla Commissione valutatrice su diversi aspetti. La collaborazione attiva e partecipe del CUF alla vita del dipartimento è stata considerata elemento di qualità segnalato nelle eccellenze del verbale finale.

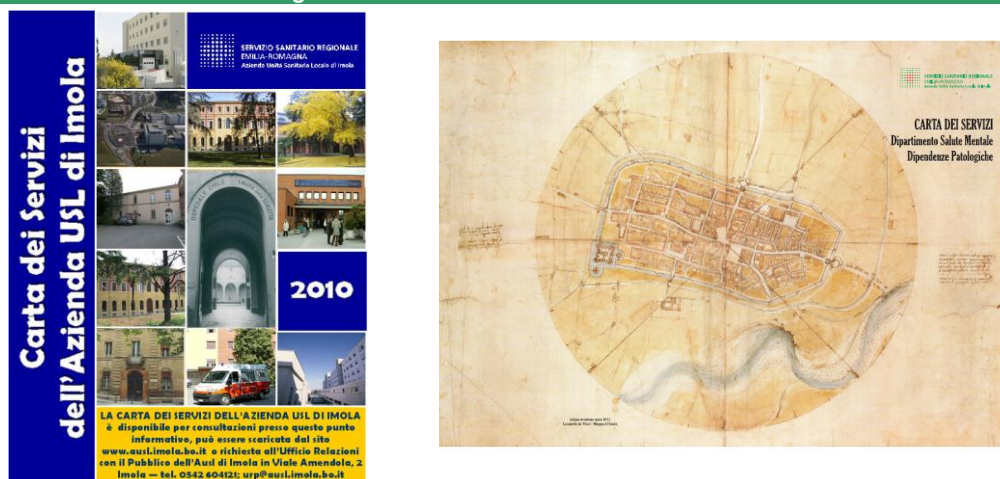
Alcuni componenti hanno inoltre partecipato ad un corso di formazione finanziato da AGENAS sul tema degli UFE (Utenti e familiari esperti). Utenti e familiari esperti collaborano attivamente con il dipartimento e viene riconosciuta l'esperienza personale di malattia e/o di familiare come valore professionale nell'accoglienza nel reparto e nell'equipe di cura e valutazione degli interventi.

A seguito di questa esperienza il CUF ha messo allo studio un progetto di fattibilità locale "Accoglienza UFE" indirizzato al settore adolescenza e alcool nelle scuole e nei centri sociali.

La proposta ben si inserisce nell'ambito di coinvolgimento dell'AUSL di Imola al programma ministeriale "L'equità in pratica - *Equity health audit e equity impact assessment*" per migliorare l'accesso ai servizi e lo sviluppo di pratiche pro-attive *equity oriented* nei percorsi assistenziali di prevenzione a favore di fasce vulnerabili della popolazione.

Carta dei Servizi. Nel 2011 non sono state apportate variazioni alla Carta dei Servizi generale dell'AUSL di Imola, prodotta nel 2010 dal sottogruppo CCM "Carta dei Servizi" e contenente i principi guida ed il Patto coi cittadini dell'azienda. Ad inizio 2011 è stata invece prodotta una locandina per la segnalazione dei punti di distribuzione della Carta diffusa nelle strutture aziendali (Figura 3.17). Le Carte dei Servizi delle Unità Operative sono state continuamente aggiornate ed i servizi ne vengono provvisti periodicamente dallo *Staff* Comunicazione che ad ogni ristampa verifica eventuali modifiche da apportare. I rappresentanti dei cittadini (CCM e CUF) sono sempre stati coinvolti laddove le carte dei servizi necessitassero di revisioni importanti dovute a modifiche dei servizi o del patto di qualità, o qualora elementi di ascolto (segnalazioni, indagini di qualità percepita, ecc.) avessero evidenziato l'esigenza di variazioni o puntualizzazioni al patto stesso. Nel 2011 sono state rivisitate in modo fondamentale le carte dei servizi di Hospice e Day Hospital Oncologico e prodotte *ex novo* quelle del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e delle Unità Operative afferenti. La Carta dei servizi del dipartimento e le carte delle unità operative sono state elaborate congiuntamente dagli operatori e dai membri del CUF.

Figura 3.17 - Locandina e Carta dei Servizi



Il Piano programma aziendale di ascolto e coinvolgimento di cittadini, comunità e professionisti e di azioni di miglioramento. Il 2011 è stato il primo anno di concreta messa in atto del "Piano programma di ascolto e coinvolgimento di cittadini, comunità e professionisti" che risponde in primo luogo all'esigenza di mettere a sistema i vari strumenti finalizzati a rilevare l'ascolto dei cittadini ([paragrafo 3.3.3](#) e [Sezione 5, par. 5.1.3](#)) in modo da poterli utilizzare sinergicamente e strategicamente nella fase di programmazione e nella fase di elaborazione delle priorità (azioni di miglioramento). Il risultato delle indagini di qualità percepita, l'analisi delle segnalazioni e prestazioni URP 2010-2011, gli impegni/garanzie delle carte dei servizi, i verbali delle sedute di CCM e CUF, sono confluiti in una impegnativa attività di valorizzazione delle eccellenze e di definizione condivisa delle azioni di miglioramento, svolta dalle Unità operative dei Dipartimenti di degenza ospedaliera e dai Membri del CCM. Tutti i risultati di

valutazione ottenuti dalle azioni di ascolto e partecipazione attiva dei cittadini tra il 2009 ed il 2011 sono stati vagliati nel corso di appositi incontri con i differenti dipartimenti ospedalieri che hanno condotto all'elaborazione di schede di miglioramento su cui gli stessi professionisti si sono impegnati. Il 13 dicembre scorso la Direzione medica e i Dipartimenti ospedalieri (direttori, medici ed infermieri delle Unità Operative), i rappresentanti dei cittadini membri del CCM degli utenti, l'URP e l'Equipe Qualità Percepita, nonché il rappresentante della Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale e la Direzione Generale hanno partecipato ad un **seminario sulla "Qualità delle cure in Ospedale"**. In questa occasione i cittadini "esperti", rappresentati dal presidente e dai volontari del CCM, hanno sottolineato la loro attenzione alle scelte aziendali per la salute e insieme hanno confermato la disponibilità a collaborare direttamente per costruire insieme i migliori percorsi di aiuto ai pazienti e ai loro familiari. Ogni Unità Operativa ospedaliera ha presentato il proprio piano di azioni di miglioramento, nato dall'ascolto dei pazienti, impegnandosi pubblicamente nella sua attuazione, ma ha anche esposto le eccellenze rilevate dai cittadini attraverso gli elogi. Un'iniziativa di particolare rilevanza che ha messo a frutto positivamente l'attività di rilevazione della percezione dei cittadini e degli stessi professionisti, coinvolgendo ogni attore del sistema per il proprio ruolo.

Promozione della salute e il benessere sociale. Negli ultimi anni l'AUSL di Imola, attraverso il **Piano per la Salute e Benessere Sociale del Territorio Imolese**, ha rivolto una speciale attenzione alla prevenzione delle malattie evitabili e croniche e alla promozione di stili di vita sani riguardanti soprattutto l'incremento dell'attività motoria nelle diverse classi di età della popolazione. Sono state realizzate molteplici iniziative, condivise con gli enti e le istituzioni del territorio (Comuni, Scuole, Associazioni, ASP) rivolte alla popolazione in generale, agli anziani e ai bambini delle scuole primarie del Circondario. Il progetto "Movimento e Salute" avviato dopo un'indagine conoscitiva preliminare nelle terze classi delle scuole primarie di Imola e Mordano, ha registrato nel 2011 l'adesione di ulteriori 3 Comuni del Circondario. In particolare, si sono organizzati i percorsi casa-scuola chiamati "Pedibus" per promuovere stili di vita non sedentari e per ridurre l'inquinamento ambientale con il coinvolgimento dell'intera collettività. L'accompagnamento organizzato di bambini che vanno a scuola a piedi si protrae per tutto l'anno scolastico: ogni giorno alcuni genitori o adulti-accompagnatori a turno accompagnano i bambini delle scuole primarie di tre Comuni e di una frazione comunale (Castel Guelfo, Medicina, Mordano e Bubano). Inoltre, un gruppo formato da docenti della scuola elementare di Bubano ed operatori aziendali, nell'ambito del progetto "Cortili per gioco", ha sviluppato un lavoro per recuperare i "giochi di una volta" orientati al movimento fisico, coinvolgendo anche i genitori e i nonni, che ha portato all'edizione di "Uno, due, tre...per le vie di Bubano", opuscolo dove vengono descritti i giochi di una volta.

L'AUSL di Imola ha collocato il tema della promozione dell'attività fisica al centro dell'azione, per gli indubbi benefici di salute derivanti dall'attività motoria e per prevenire le malattie correlate alla sedentarietà all'interno del più ampio progetto "Le Città in Cammino" ed in collaborazione con una

pluralità di soggetti. Sono stati realizzati nel 2011 due ulteriori percorsi pedonali a Imola (quartiere Zolino) e a Castel San Pietro Terme (Quartiere Nuovo) attrezzati allo scopo e corredati da pannelli informativi. Nei percorsi pedonali sono state organizzate delle passeggiate con gruppi di anziani, condotti da insegnanti in scienze motorie. Nelle strutture dell'Auser del quartiere Pedagna si è svolto un corso in due edizioni (ottobre 2010 - giugno 2011) di Attività Fisica Adattata (AFA), dove i partecipanti sono stati seguiti da fisioterapisti dell'azienda che hanno svolto programmi personalizzati con l'obiettivo di riattivare le funzioni psicofisiche per il recupero di autonomia e benessere. In primavera si è svolta la seconda edizione dell'iniziativa "Muoversi nel parco" guidata da un professionista laureato in Scienze Motorie con l'obiettivo di fornire uno stimolo ad una vita più attiva, proponendo semplici forme di attività fisica come il cammino ed alcuni esercizi di ginnastica dolce. Nel Parco delle Acque Minerali con la "Passeggiata a 6 zampe", un evento educativo-cinofilo e ricreativo-motorio, è stata sperimentata la convivenza urbana uomo-animale con la partecipazione di veterinari ed esperti cinofili che hanno illustrato i comportamenti da tenere e le norme che devono essere rispettate nelle aree pubbliche quando vi si accede con il cane. Dopo la positiva esperienza nel 2010 della *Pet-Therapy*, rivolta a ragazzi con gravi handicap fisici e mentali della struttura Casa Azzurra, il progetto è stato riproposto con analoghe modalità per 12 incontri settimanali in ciascuna struttura, rivolto a ragazzi con problemi di deambulazione ed esteso successivamente agli ospiti anziani della "Casa Alzheimer".

Prevenzione infortuni domestici ed incidenti stradali. Il Dipartimento di Sanità Pubblica, nel corso del 2011, ha proseguito l'attività, iniziata nel triennio precedente, relativa ad alcuni progetti facenti parte del Piano regionale della Prevenzione. Più precisamente, nell'ambito della prevenzione degli [infortuni domestici](#), i progetti "Prevenzione dei traumi nell'anziano" e "Somministrazione di attività fisica al domicilio per la prevenzione delle cadute". L'AUSL di Imola è stata individuata dalla Regione quale capofila delle aziende partecipanti.

Nel primo semestre 2011 si sono svolti incontri a livello regionale per la presentazione dei risultati della prima edizione (vedi Bilancio di missione 2010 AUSL di Imola) e per la preparazione della seconda fase progettuale sia per gli aspetti di contenuto che per quelli amministrativi.

Nel secondo semestre è stato presentato alla Direzione Aziendale il Documento di Progetto della seconda edizione e sono state effettuate riunioni di presentazione e condivisione del Progetto.

In particolare è stato presentato al Comitato di Dipartimento Cure primarie e ai MMG coordinatori di Nucleo che hanno successivamente collaborato al processo di individuazione degli eligibili.

Si è svolta inoltre una prima riunione di insediamento del Nucleo Aziendale dedicato alle cadute allo scopo di assicurare un governo unitario alle iniziative di prevenzione.

Per la prevenzione degli [incidenti stradali](#) sono continuati gli interventi di formazione educazione alla salute nelle classi seconda e quarta delle scuole secondarie, in collaborazione con la Polizia Municipale di Imola ed è stata effettuata un'iniziativa di rilevazione e informazione sull'uso dei sistemi di ritenuta nei bambini nelle scuole dell'infanzia e primarie.

3.3.2 Valutazione gradimento del cittadino

Indagini di qualità percepita. Nel 2011 si sono svolte due diverse indagini di qualità percepita. Su richiesta dell'Associazione Nazionale emodializzati - portata all'azienda nel corso dell'Assemblea annuale dei delegati imolesi 2010 - nel primo semestre 2011 è stata progettata una **indagine di gradimento degli utenti del servizio di Emodialisi**. Il progetto è stato validato nel corso dell'assemblea locale ANED in aprile e la somministrazione del questionario "Misurazione della soddisfazione dei pazienti dializzati", prodotto da ANED Comitato Emilia Romagna, è avvenuta dal 23 al 28 maggio, con riconsegna entro il 15 giugno. I volontari dell'Associazione Emodializzati e gli operatori del servizio hanno partecipato attivamente alla divulgazione informativa nelle settimane precedenti la somministrazione.

Su 85 questionari consegnati – 79 persone in emodialisi e 6 persone in dialisi peritoneale – quelli restituiti validi sono stati 72 (85%). In 24 casi è stato, inoltre, utilizzato lo spazio della domanda aperta per esporre opinioni e suggerimenti. Come di consueto, in base alla percentuale aggregata di giudizi positivi vengono individuate *performances* "eccellenti" (>75%), "positive ma migliorabili" (50%-74%) o "critiche" (<50%). Va premesso che l'analisi dei risultati ha evidenziato l'esigenza di miglioramento del questionario stesso che in alcuni punti è risultato non comprensibile agli utenti. In generale, comunque, il grado di soddisfazione rilevato è stato ottimo con giudizi di soddisfazione complessiva che nel 66,7% dei casi sono risultati tra il 9 ed il 10 (scala 1-10).

Nell'area della **eccellenza** troviamo la comodità nell'accesso e nel parcheggio; la disponibilità, cordialità e la capacità di essere esaurienti del personale infermieristico; la cordialità e disponibilità dei medici; le informazioni cliniche e quelle su prescrizioni e comportamenti da tenere; la riservatezza; la conoscenza dei riferimenti a cui rivolgersi in caso di bisogno; la programmazione degli esami e la distribuzione dei farmaci; il *comfort* e la pulizia degli ambienti di cura, dei bagni e degli spogliatoi. **Migliorabili** sono risultati: l'organizzazione dei turni; l'eshaustività del personale medico; la merenda ed i contatti con gli altri pazienti. Tra le **criticità**, alcune risultano condizionate da alte percentuali di risposte "non so", che inducono a ipotizzare la poca chiarezza di alcune domande ed in altri casi la mancanza di adeguate domande filtro. Parliamo in particolare del gradimento rispetto a: contatti con le associazioni (la domanda non è chiara per quasi il 30% degli intervistati); servizio riabilitativo; assistenza psicologica e sociale. L'analisi delle risposte alle domande aperte e la discussione con gli utenti e con lo stesso CCM hanno permesso agli operatori del servizio di formulare proposte di miglioramento. Alcune di tipo strutturale, subito attivate, altre trasformate in progettualità (ad es. il progetto supporto psicologico).

L'ulteriore indagine ha riguardato il **gradimento dei servizi psichiatrici di ricovero: SPDC e RTI**. Dopo una prima fase di preparazione del progetto, a cui hanno attivamente partecipato i membri del CUF e gli operatori del servizio e le due giornate di formazione di queste figure, il questionario regionale è stato somministrato a tutti i pazienti dimessi dal 1 maggio al 31 dicembre 2011, in modalità di auto-somministrazione, con consegna alla dimissione a cura degli operatori e riconsegna nella cassetta di raccolta presso l'unità operativa. Il questionario validato dalla Regione

è strutturato per fasi (prima, durante e dopo il ricovero) e si compone di: 13 domande sull'esperienza del ricovero, 1 domanda aperta e 9 *item* per rilevare alcuni dati socio-anagrafici del paziente. Anche in questo caso è stato ottimo il risultato di adesione all'indagine con un ritorno di 208 questionari, di cui 69 riportavano le risposte alla domanda aperta. Per quanto riguarda il **Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)** la valutazione complessiva è stata ottima con un 91,2% di giudizi positivi (4% i giudizi negativi) e circa l'88% di persone che hanno ritenuto il servizio migliore o uguale a come se lo aspettavano. Riguardo alla percezione di salute alla dimissione, il 65,3% dei rispondenti riteneva di stare meglio, il 13,7% di essere nelle stesse condizioni, il 5,6% di essere peggiorato. Eccellenti gli aspetti riguardanti i tempi di attesa tra arrivo in reparto e consegna del letto, la cortesia del personale medico e di quello infermieristico, la collaborazione tra il personale di reparto e tutti gli *item* di valutazione del *comfort* alberghiero. Non critici, ma migliorabili: le informazioni prima e durante il ricovero, quelle riguardanti i rischi legati alle cure (giudizi positivi al 70%), gli orari di pasti e visite. Nessun elemento di criticità (giudizi positivi < 50%). Per la **Residenza Trattamenti Intensivi** i risultati sono analoghi: la valutazione complessiva vede il 90,5% di giudizi positivi ed il 4% di negativi; le aspettative vengono superate o soddisfatte nell'85,7% dei casi, e il 64,3% dei pazienti si sente meglio rispetto a prima (il 6% dice invece di sentirsi peggio). Gli aspetti migliorabili seppur non critici riguardano le informazioni sui rischi di salute legati alle cure, la comunicazione tra il reparto e gli altri servizi ospedalieri, gli orari dei pasti. Tutti gli altri aspetti rientrano nell'area di eccellenza.

3.3.3 Semplificazione e facilitazione all'accesso ai servizi

Negli ultimi anni il sistema di presa in carico amministrativa del cittadino si è sviluppato secondo differenziate modalità atte a garantire una sempre più semplice e diffusa possibilità di accesso ai cittadini a seconda delle loro preferenze e disponibilità. In Tabella 3.18 si elencano le operazioni amministrative più comunemente svolte dal cittadino per modalità di accesso con i relativi volumi prestazionali. Nel 2011 hanno invece subito un arresto i servizi *on line* di prenotazione di visite ed esami e pagamento ticket a causa delle modifiche alle norme di compartecipazione alla spesa che, per buona parte dell'anno, non hanno permesso di usufruire appieno di queste opportunità, che dovranno, invece, essere sempre più sviluppate nei prossimi anni.

Tabella 3.18 – Punti di prenotazione: prenotazione/cancellazione, pagamenti e rimborsi. Anno 2011

PUNTI DI PRENOTAZIONE	Prenotazioni	Cancellazioni	Pagamenti	Rimborsi
Back office CUP	11.407	9.772	-	-
CUP Borgo Tossignano	10.124	1.340	5.655	98
CUP Castel S. Pietro T.	29.825	2.995	25.793	432
CUP Medicina	26.205	2.971	12.950	341
CUP Ospedale Nuovo	26.173	4.301	43.363	804
CUP Ospedale Vecchio	28.776	3.596	23.150	441
CUP Telefonico	39.184	22.347	-	-
Ambulatori e servizi AUSL	37.821	9.092	-	-
Farmacie	182.658	17.973	60.067	178
Medicine di Gruppo	16.914	1.391	-	-
Parafarmacie	1.337	210	608	2
Poliambulatorio Valsalva	2.634	451	2.436	10
Progetto Diabete	10.083	1.004	-	-
Riscuotitori Automatici	-	-	49.022	1
Sistema Recall automatico	-	3.104	-	-
Totale	423.141	80.547	223.044	2.307

3.4 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale

3.4.1 Appropriately clinica e organizzativa

Percorso diagnostico-terapeutico (PDT) per lo *stroke*. L'AUSL di Imola ha reso operativo il Documento di indirizzo, di cui alla DGR 1720/2007, per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con ictus – Programma *Stroke Care*, definendo tempi e modi di presa in carico dei pazienti, la sede assistenziale, la modalità di trattamento e le modalità di dimissione.

Su tale base si sono individuati i seguenti percorsi assistenziali:

- paziente candidato alla trombolisi: infuso in PS, poi trasferito in Semintensiva e dopo 24-48 ore, se stabile, trasferito in area medica dedicata (*Stroke care* presso Medicina Imola).
- paziente non candidabile alla trombolisi: inquadramento diagnostico presso il PS, poi trasferimento presso una degenza del DEA (semintensiva o medicina d'urgenza) per 24/48 ore, poi invio alla *Stroke care*.
- paziente con *Rankin score* maggiore o uguale a 4: ricovero in area medica (Medicina interna o Geriatria).

A maggio 2010, a seguito dell'ottenimento delle necessarie autorizzazioni, si è avviato il percorso trombolisi. Si è individuato un team clinico-assistenziale multidisciplinare e multiprofessionale coordinato dal Responsabile dell'area di degenza "*Stroke care*" e composto da neurologo, fisiatra, I.P. *case manager* e terapeuta.

In fase acuta la degenza media prevista è 7/10 giorni poi si prevede la dimissione o il trasferimento presso l'Unità Operativa di Riabilitazione intensiva extraaziendale o di Lungodegenza. Già in fase acuta è prevista la riabilitazione coordinata dal fisiatra.

Nella fase post acuta viene costituito un team con medico della Lungodegenza, fisiatra, I.P. *case manager* e terapeuta. Nel 2011 a seguito, anche, di un audit condotto a livello regionale sul percorso ictus, il Gruppo aziendale ha individuato gli ambiti di miglioramento che costituiscono obiettivi per il 2012:

1. verifica dell'adesione al percorso *stroke* aziendale tramite: applicazione di *score* in PS che classifichino i pazienti nelle tre tipologie previste nel documento aziendale; produzione periodica di report che descrivano l'iter di ricovero dei pazienti classificati per tipologia;
2. adozione scale di valutazione all'ammissione durante il ricovero e alla dimissione;
3. *screening* disordini della deglutizione entro 24 ore dall'ammissione;
4. maggiore continuità di effettuazione angio-TC, ecocardiotrassonofageo, doppler TSA;
5. valutazione fisiologica entro 72 ore dal ricovero;
6. incontro dello *stroke team* settimanale presso il settore alta intensità di Medicina 1;
7. azioni per il miglioramento della codifica SDO in particolare per i casi di trombolisi;
8. adozione di lettera di dimissione specifica per gli *stroke*;
9. *case manager* ospedaliero e territoriale;
10. attivazione ambulatorio di *follow up* per pazienti con *stroke* e TIA;

11. protocolli concordati ospedale-territorio per presa in carico pazienti con *stroke*;
12. adozione strumenti di comunicazione con i pazienti e i familiari.

Si riporta la tabella sull'andamento della casistica trattata dall'Ospedale di Imola nel 2011, con evidenziazione dei pazienti sottoposti a trombolisi (*target* previsto dalle evidenze: 5%).

Tabella 3.19 – Pazienti con ictus ricoverati. Anno 2011

Indicatori di attività	Pazienti trattati	Pazienti totali ricoverati per ictus	% Pazienti trattati
Pazienti con diagnosi di ictus di età > 80 aa	126	242	52%
Pazienti con emorragia cerebrale di tutte le età	59	242	24%
Pazienti con ictus ischemico di tutte le età	183	242	76%
Pazienti con ictus ischemico ed età 18-80 aa	99	183	54%
Pazienti con ictus ischemico ed età 18-80 aa Giunti in PS oltre 120' dall'esordio dei sintomi	65	99	66%
Pazienti candidabili alla trombolisi	34	242	14%
Pazienti trattati con trombolisi ev sul totale ictus	12	242	5%
Pazienti trattati con trombolisi ev sul totale candidabili	12	34	35%

3.4.2 Percorsi multi professionali

Percorso nascita. Il Percorso nascita vede particolarmente coinvolto il [Consultorio Familiare](#) con la presa in carico della donna dall'inizio della gravidanza fino al 7°/8° mese di vita del bambino. In merito al programma regionale del percorso nascita, DGR 533/2008, negli ultimi anni si è prestata particolare attenzione ad alcuni importanti obiettivi. Si è ampliato lo spazio di consultazione psicologica rivolto al sostegno e alla cura della genitorialità e vi accedono spontaneamente le gravide, le coppie in attesa e i neo genitori fino ai 2 anni di vita dei propri figli. L'invio arriva oltre che dalle ostetriche e ginecologhe consultoriali anche da tutti gli operatori sanitari che si occupano di salute delle mamme e dei bambini (reparti ospedalieri di Ostetricia e Ginecologia e Pediatria, Pediatri di libera scelta (PLS), Medici di famiglia (MMG), nonché dalla Psichiatria e Servizi Sociali). Questa consultazione ambulatoriale si configura come uno spazio di ascolto dove poter riflettere; a volte essa non richiede tempi lunghi, altre volte quando non è sufficiente si danno ulteriori indicazioni per un diverso intervento terapeutico.

Tra le varie attività psicologiche legate al Percorso nascita si è costituito un gruppo psicoterapeutico rivolto alle mamme che presentano, a vario titolo, difficoltà nell'area della genitorialità. Per favorire la popolazione delle utenti svantaggiate si è rimodulata tutta l'offerta dei corsi di accompagnamento alla nascita con la predisposizione di materiale divulgativo.

In collaborazione con l'ASP è stato, inoltre, definito il protocollo attuativo della DGR 1690/2008 "Linee d'indirizzo per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza nell'ambito dei piani di zona per la salute e il benessere sociale". Si riportano di seguito i principali obiettivi perseguiti nel 2011.

Test combinato. E' stato istituito un gruppo di lavoro aziendale che ha predisposto la procedura secondo direttive regionali. L'avvio dell'offerta di questa indagine prenatale ha fatto seguito all'esecuzione di un corso di formazione residenziale rivolto a tutti i professionisti interessati (Ginecologi, Ostetriche, Genetisti, Infermieri, Medici di Medicina Generale, Psicologi, Medici di Patologia Generale, Biologi, ecc.) eseguito da docenti interni all'azienda, sulla base delle indicazioni ricevute dal gruppo di lavoro regionale.

Gestione della gravidanza a basso rischio da parte dell'ostetrica. Durante il 2011 ed i primi mesi del 2012 è stato realizzato un Progetto di Riorganizzazione per l'implementazione dell'ambulatorio per la gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica, attività per la quale sono stati previsti 2 corsi di formazione rivolti al personale ostetrico del Consultorio Familiare (5 unità), uno di natura residenziale con l'obiettivo di migliorare le conoscenze cliniche relative alla gravidanza, oltreché approfondire gli aspetti normativi della professione ostetrica; il secondo di formazione sul campo tramite affiancamento delle ostetriche del Consultorio Familiare a colleghe di altre aziende che hanno già attivato questo modello assistenziale.

Controllo del dolore nel parto. Nel 2011 sono le 8 ostetriche del Presidio Ospedaliero di Imola (70% sul totale) che hanno partecipato ad eventi formativi per il controllo del dolore da parto con metodi non farmacologici. Riguardo all'analgesia epidurale per il 2012 è prevista una formazione sul campo per 5 anestesisti, al fine di giungere ad una copertura h 24 del servizio (tramite apposita reperibilità) nell'ultima parte dell'anno e garantire un livello adeguato di *clinical competence*. Questa formazione, gestita anche tramite affiancamento a personale di altre strutture ospedaliere, riguarderà anche i medici ginecologi (12) ed il personale ostetrico (12).

Carta dei servizi percorso nascita. In collaborazione con lo Staff Comunicazione aziendale si è condivisa la necessità di procedere alla revisione degli strumenti di comunicazione all'utente riguardanti il Percorso Nascita attualmente presenti in azienda, per giungere alla predisposizione ed alla stampa di una Carta dei Servizi completa sul percorso nascita, comprensiva delle metodiche di controllo del dolore nel parto offerte nel punto nascita imolese.

Dimissioni Protette. Il 2011 ha visto il consolidamento delle attività del [Punto Unico Accettazione \(PUA\)](#) e una "modernizzazione" del Servizio. Per migliorare la disponibilità e completezza delle informazioni necessarie all'attivazione della dimissione protetta è stato portato a regime il processo di informatizzazione della segnalazione nel Dipartimento Medico (ad esclusione ancora della Lungodegenza di CSP). Attualmente per questi reparti il [programma informatizzato della Cartella Infermieristica](#) si interfaccia direttamente con il programma di gestione infermieristica territoriale, creando un flusso di dati relativo all'accertamento infermieristico e alla segnalazione di dimissione protetta. Altra novità importante legata alla integrazione socio-sanitaria è stata la messa a regime all'interno del applicativo informatico dei dati relativi alle prese in carico sociale (SAD) e contestualmente è stata consentita all'Assistente Sociale del Servizio Assistenza Anziani la visualizzazione dell'intero programma, nell'ottica di una messa in rete delle informazioni necessarie per la gestione quotidiana degli utenti che afferiscono ai servizi socio-sanitari.

Per incrementare la visibilità del PUA e l'accesso alle informazioni è stato creato una sezione dedicata nella Intranet aziendale dove è possibile consultare le informazioni di maggior utilizzo quotidiano, la documentazione aggiornata relativa alle dimissioni protette, le modalità di richiesta di Invalidità Civile, di attivazione del Servizio di Mediazione Culturale e di attivazione del Servizio Infermieristico Domiciliare. Nell'ambito dell'attività del PUA un ruolo importante è rivestito dall'attività consistente in colloqui di *counseling* e orientamento ai servizi.

Tabella 3.20 – Dimissioni protette per reparto e fasce di età. Anno 2011

RAPPORTO SEGNALAZIONI / DIMISSIONI PER REPARTO ED ETÀ. ANNO 2011											Tot. Segnalazioni	% Segnalazioni
Reparti/Età	=> 85	84 - 75	74 - 65	64 - 55	54 - 45	44 - 35	34 - 25	24 - 15	14 - 0			
MEDICINA MINORE INTENSITA' CLINICA	38	30	16	4	5	3					96	5,6%
CARDIOLOGIA	1	1	2	1	1						6	0,4%
UROLOGIA		1									1	0,1%
CHIRURGIA A	4	11	7	2	5						29	1,7%
DIALISI - NEFROLOGIA	4	6	4	4		2	1				21	1,2%
GERIATRIA MISTA	89	43	5								137	8,0%
HOSPICE	7	13	12	3	2	1					38	2,2%
LUNGODEG. POST ACUTI CSP	89	62	34	8	3						196	11,4%
LUNGODEG. INTENSIVA	143	127	31	10	1						312	18,2%
MEDICINA INTERNA 2	44	26	4	4	5	1					84	4,9%
DH ONCOLOGICO			2	1		1					4	0,2%
MEDICINA 2 CSP	3			1							4	0,2%
MEDICINA INTERNA 1	24	46	15	3	4	2					94	5,5%
MEDICINA D'URGENZA RIC.	6	1	1			2					10	0,6%
NIDO NEONATOLOGIA									2		2	0,1%
OBI	1	1	1		1						4	0,2%
ORTOPEDIA	19	6	6		1	1					33	1,9%
OSTETRICIA-GINECOLOGIA	1		1		2	3	7	3	1		18	1,1%
PEDIATRIA GENERALE							3	4	12		19	1,1%
PEDIATRIA NEONATALE									5		5	0,3%
PRONTO SOCCORSO	13	9	3	6	11	11	9	4	3		69	4,0%
PSICHIATRICO OBBL.	1		2		1						4	0,2%
PSICHIATRICO VOL.	4	5	1		1		1				12	0,7%
RIANIMAZIONE		3	2	1			1	1			8	0,5%
TERAPIA SEMINTENSIVA		1	2	1				1			5	0,3%
ALTRI SERVIZI	13	20	12	8	10	4	3	5	1		76	4,4%
DOMICILIO	121	100	56	25	13	12	1	6	3		337	19,7%
MONTECATONE		9	15	7	4	3	2	1			41	2,4%
ALTRO OSPEDALE	7	12	10	3	1						33	1,9%
STRUTTURE ASP (CPRS)	4	4	1	1		2		2			14	0,8%
TOTALE	636	537	245	93	71	48	28	27	27		1.712	100,0%
%	37,1%	31,4%	14,3%	5,4%	4,1%	2,8%	1,6%	1,6%	1,6%		100,0%	

In Tabella 3.20 si riportano i casi segnalati in dimissione protetta distinti per reparto e fasce di età. Si può osservare che oltre l'80% dei casi riguarda persone ultra sessantacinquenni, con una punta del 37% negli ultra ottantacinquenni. Per quanto riguarda i reparti le maggiori segnalazioni provengono dall'area medica e di Lungodegenza.

3.4.3 Ospedale senza dolore

L'AUSL di Imola ha avviato un percorso al fine di dare pratica applicazione alle indicazioni della DGR 1544/2010 ed alle Linee di Sviluppo 2011, così come trasmesse dal livello regionale.

Il Comitato istituito a livello aziendale è coordinato dal Direttore della Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione e prevede la partecipazione di un referente medico ed uno infermieristico per ogni dipartimento, oltre alle altre professionalità previste dalle Linee Guida dell'Accordo Stato Regioni 2001. A supporto delle attività previste dal Piano annuale è stata, inoltre, istituita una *Task Force* infermieristica composta da un referente infermieristico di ogni reparto e servizio coinvolto.

La *Task Force* si incontra periodicamente, cura la formazione e l'aggiornamento di tutto il personale assistenziale di reparto in tema di rilevazione del parametro dolore e somministrazione dei farmaci analgesici; controlla settimanalmente le cartelle aperte in reparto, per verificare la corretta tenuta della documentazione, in riferimento alle registrazioni delle rilevazioni e dei piani terapeutici analgesici e valuta i risultati dei monitoraggi in cartella svolti anche dall'ufficio controlli sanitari trimestralmente. La gestione del dolore nella pratica clinica ha comportato l'adozione di strumenti comuni di misurazione, nonché l'adozione di una scala numerica (NRS) quale strumento unico sul territorio regionale per la misurazione del dolore in ospedale e sul territorio che permette di rilevarlo quotidianamente. Ogni settimana un referente controlla le cartelle per verificare la registrazione del monitoraggio.

La *Task Force*, infatti, lavora concretamente sulla base degli esiti rilevati sulla qualità percepita (indagine URP) e gli esiti dei questionari sulla giornata del sollievo. Tengono conto, inoltre, delle cartelle cliniche (trimestrali, Ufficio controlli sanitari) e della cartella assistenziale informatizzata (controllo telematico da parte dei componenti COTSD), al fine di valutare tutte le tipologie di criticità emerse per risolverle e gestirle al meglio.

Per risolvere il problema della dispersione dei dati di rilevazione del dolore in cartella clinico-assistenziale, è in corso una progressiva riduzione dei punti di registrazione con l'individuazione di uno strumento unico e condiviso. Da inizio 2011 la Terapia del Dolore è stata trasferita dai locali dell'Ospedale Vecchio al Poliambulatorio Medico dell'Ospedale Nuovo, per consentire una migliore collaborazione multidisciplinare e facilitare i percorsi dei pazienti.

Inoltre, è stato attivato un ambulatorio presso l'Ospedale di Castel San Pietro Terme con due sedute settimanali di visite e trattamenti. In concomitanza con la riorganizzazione è stata attivata un'agenda di disponibilità CUP come ulteriore possibilità di accesso al servizio.

Si riporta di seguito lo schema sullo stato di avanzamento in applicazione delle linee di sviluppo dell'ospedale senza dolore.

Tabella 3.21 – Stato avanzamento Ospedale senza dolore. Anno 2011

AREA	LINEE DI SVILUPPO 2011 ATTUAZIONE L. 38/2010	MONITORAGGIO AUSL di IMOLA
Area chirurgica	Consolidare ed estendere il trattamento del DPO in tutte le chirurgie generali e specialistiche con copertura del 100%.	A regime. Sono partite le rivalutazioni sui protocolli di trattamento da aggiornare nel 2012.
Area oncologica	Coinvolgimento e copertura del 100% di Oncologia e Hospice e attivazione di percorsi di continuità assistenziale con il coinvolgimento delle cure primarie.	A regime. Prosegue il potenziamento delle Cure Palliative con una maggiore disponibilità di consulenze al domicilio, riduzione dei tempi di trasferimento verso Hospice e dei tempi d'attesa per consulenze interne. Istituito un ambulatorio di cure palliative presso Imola, con accesso tramite ricetta SSN e prenotazione telefonica o in Oncologia.
Area medica	Rilevare il dolore in tutte le UO di Medicina interna e specialistica con attenzione anche alla valutazione dei pazienti con dolore vigili e/o impossibilitati ad esprimere verbalmente il dolore e/o non collaboranti. Applicare le linee di indirizzo regionale per trattare il dolore in area medica.	A regime. Tutti i reparti coinvolti. La scala PAINAD è applicata. Le linee di indirizzo regionali sono state adottate. In corso i controlli in reparto a cura della <i>task force</i> .

AREA	LINEE DI SVILUPPO 2011 ATTUAZIONE L. 38/2010	MONITORAGGIO AUSL di IMOLA
Area Cure primarie	Attivazione di percorsi di continuità assistenziale Oncologia, DH Oncologico e Hospice.	Vedi sopra. Inoltre stati svolti corsi sul dolore rivolti ai medici di continuità assistenziale e pianificati quelli che saranno svolti nel 2012. È cominciato il monitoraggio delle rilevazioni anche al domicilio. I referenti territoriali partecipano attivamente ai lavori della <i>task force</i> .
Area Intensiva	Attivazione dei percorsi volti all'utilizzo di una scala di valutazione per i pazienti non collaboranti.	In area critica la rilevazione del dolore viene già effettuata a tutti i pazienti con la scala NRS per i pazienti coscienti e collaboranti, oppure con la scala Painad per quelli non coscienti.
Area pediatrica	Coinvolgimento delle UO pediatriche per l'applicazione delle linee di indirizzo regionali e delle scale di valutazione dedicate ai bambini di età inferiore a 7 anni. Si conferma la priorità dell'applicazione delle linee di indirizzo regionali per l'Onco-ematologia	A regime.

3.4.4 Gestione del rischio "sicurezza delle cure"

Assetto organizzativo per rischio e sicurezza. L'AUSL di Imola già da diversi anni ha una organizzazione interna orientata alla gestione del rischio clinico. Il nuovo atto aziendale ha ulteriormente strutturato tale organizzazione interna, istituendo una struttura in *Staff* al Direttore Sanitario per la gestione ed il governo di tutti i processi relativi a rischio e sicurezza, denominata **"Tecnostuttura di staff governo clinico"**. A questa struttura organizzativa afferiscono: accreditamento e qualità, gestione del rischio, prevenzione e protezione, medico competente ed autorizzato, controlli sanitari, flussi informativi legati al contenzioso medico legale ed ai reclami critici. Sono state redatte alcune procedure aziendali per il riordino dei sistemi di segnalazione interna ed esterna e relativa gestione. L'azienda, inoltre, partecipa a tutti i sistemi di flussi RER (IR, contenzioso reclami). Il Responsabile della struttura è il *Risk Manager* aziendale e come tale partecipa ai gruppi regionali inerenti le varie iniziative di gestione del rischio. Nell'atto aziendale e relativo documento attuativo, inoltre, è bene delineato l'albero delle responsabilità in tema di gestione rischio e sicurezza. Accanto a queste figure istituzionali e responsabili sono state individuate reti di facilitazione costituite da operatori adeguatamente formati, che hanno il compito di rendere capillari le informazioni e di promuovere tra i colleghi la cultura della gestione del rischio, di registrare le segnalazioni ricevute, provvedendo a facilitare tutte le azioni rivolte al miglioramento.

Sorveglianza e Monitoraggio. La Regione Emilia-Romagna, per quanto riguarda la sorveglianza e il monitoraggio in ambito di rischio clinico, ha coinvolto tutte le aziende sanitarie del Sistema regionale su alcuni progetti che di seguito vengono illustrati.

Infezioni correlate all'assistenza (ICA). Lo stato di attuazione delle indicazioni regionali in tema di rischio infettivo viene monitorato dall'Area Rischio Infettivo dell'Agenzia Sanitaria e Sociale attraverso i flussi informativi regionali (Programma SiCHER, sorveglianza dell'uso di antibiotici e delle resistenze antibiotiche) e indagini *ad hoc*. Gli aspetti che maggiormente sono

stati monitorati e valutati all'interno dell'azienda, coerentemente agli indirizzi regionali, riguardano:

1. Punteggio aziendale sulle attività di governo del rischio infettivo in ambito sanitario e socio-sanitario: l'azienda ha adottato su tale aspetto il sistema di valutazione ICALIN 2010 (Indice Composite *des Activites de Lutte contre les Infections Nosocomiales*). Il punteggio ottenuto è stato pari a 65/72 *vs* un standard di riferimento regionale non inferiore a 54/72 (pari al 75% del punteggio massimo).
2. Il consumo globale di prodotti idralcolici, nel 2011, è stato di litri 124.416 pari a litri 10,014/1.000 gg. di degenza. Lo standard indicato dall'OMS è di litri 20/1.000 gg. di degenza, per cui l'azienda ha messo in campo azioni di miglioramento per tendere al pieno raggiungimento dello standard.
3. La corretta igiene delle mani viene rilevata tramite un griglia di autovalutazione dell'OMS (*Framework*) in ordine alla quale l'azienda ha raggiunto un livello avanzato pari a un punteggio di 395/500 (livello di adesione alle raccomandazioni per l'implementazione dell'igiene delle mani).
4. Infezioni del sito chirurgico: l'indicatore è rappresentato dalla % di interventi chirurgici sorvegliati, sul totale degli interventi effettuati (progetto SICHER). Nel 2011 la sorveglianza è risultata del 100% sugli interventi per chirurgia generale, urologia, ortopedia, ginecologia/ostetricia.

Sicurezza in sala operatoria. Nel 2008 l'OMS ha pubblicato e diffuso le linee guida "*Guidelines for Safe Surgery*" per la sicurezza in sala operatoria. Sulla base di queste raccomandazioni è stata applicata la *checklist* operatoria raccomandata dal Ministero della Salute e dalla Regione per la sicurezza in sala operatoria a supporto delle équipes operatorie, con la finalità di favorire in modo sistematico l'adesione a standard di sicurezza per la prevenzione degli eventi avversi evitabili.

I risultati emersi dalla sperimentazione condotta in ospedali di diversi Paesi suggeriscono che l'utilizzo della *checklist* può migliorare la sicurezza dei pazienti e ridurre il numero di morti e di complicanze post-operatorie. Nel 2009 il Ministero della Salute ha pubblicato un Manuale per la sicurezza in sala operatoria, adattando le raccomandazioni dell'OMS al contesto nazionale.

Nel 2010 l'Agenzia Sanitaria e Sociale dell'Emilia-Romagna ha curato l'adattamento delle raccomandazioni del Ministero e la loro diffusione tra le Aziende Sanitarie, avviando, con la partecipazione del Policlinico di Modena, il progetto collaborativo SOS.net (Sale Operatorie Sicure). Il progetto SOS.net si propone di promuovere l'uso della *checklist* nella pratica chirurgica, documentandone la compilazione attraverso un database dedicato.

L'adesione delle aziende al progetto SOS.net – in particolare, l'adesione al database dedicato – viene di seguito descritta attraverso un semplice indicatore di "copertura" riferito alla percentuale di interventi chirurgici nei quali è stato documentato l'utilizzo della *checklist* SOS.net. Per l'AUSL di Imola tale indicatore è pari al 47,7% *vs* una media regionale pari al 19,3%.

Tabella 3.22 – % interventi chirurgici nei quali è stato documentato l'utilizzo della *checklist* SOS.net. Anno 2011

Tipo di stabilimento	INDICATORE			Stabilimenti	
	Num.*	Den.**	Val. (%)	N.Tot.	N.Partecip.***
PUBBLICO (AUSL E AOSP)	39.469	241.210	16,4	48	23
PRIVATO ACCREDITATO	23.038	81.845	28,1	29	15
TOTALE RER	62.507	323.055	19,3	77	38
AUSL IMOLA	3.087	6.467	47,7	2	1

*Num.: numero di interventi chirurgici per i quali è documentata la compilazione della checklist SOS.net nell'anno 2011

Den.: numero totale di ricoveri con DRG chirurgico registrati nell'anno 2011 *N. Partecipanti: gli stabilimenti per i quali le schede SOS.net sono state caricate nel database

Sinistro/contenzioso. La capacità delle organizzazioni sanitarie di rilevare, analizzare e gestire le conseguenze di eventi avversi/indesiderati rappresenta un elemento di credibilità e affidabilità nei confronti dei pazienti e della comunità di riferimento. In particolare, la capacità di gestire correttamente gli eventuali danni subiti (o percepiti) dai pazienti ha rilevanza etica, clinica ed economica. Una componente importante di questa capacità consiste nella sistematica registrazione delle informazioni relative ai sinistri.

In Emilia Romagna queste informazioni vengono raccolte e periodicamente analizzate, a livello regionale, in un *database* dedicato, presso l'Agenzia Sanitaria e Sociale. La casistica inserita in questa banca dati viene inoltre utilizzata per assolvere al debito informativo nei confronti del Ministero della Salute, mediante il flusso informativo SIMES (Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità) che rileva i sinistri su scala nazionale.

La capacità dell'azienda di garantire la buona qualità dei dati inseriti nel *database* regionale dei sinistri può essere descritta, sia pure in modo indiretto e approssimato, attraverso due indicatori.

Il primo riguarda la % di *missing* (informazioni mancanti) per quattro variabili rilevanti nella descrizione del singolo sinistro: a) danno lamentato; b) tipo di prestazione; c) anno di nascita della persona danneggiata; d) codice ministeriale. Nell'applicativo regionale queste variabili sono necessarie per la chiusura del sinistro. Tuttavia le stesse informazioni sono vincolanti per l'aggiornamento del flusso ministeriale Simes; di conseguenza le Aziende sono tenute a registrarle a partire dall'apertura del sinistro.

Tabella 3.23 – % di *missing* AUSL Imola e RER. Periodo 2009-2011

Azienda sanitaria	INDICATORE			Sinistri aperti nel triennio
	Num.*	Den.**	Val. (%)	
AUSL IMOLA	14	628	2,2	157
DATO RER	1.392	18.220	7,6	4.555

** Num.: numero di variabili di interesse non compilate nei sinistri aperti durante il periodo di osservazione

*** Den.: numero totale di variabili di interesse da compilare nei sinistri aperti durante il periodo di osservazione

Il secondo indicatore è rappresentato dalla % di procedimenti ancora aperti rispetto al numero totale atteso di procedimenti chiusi.

Tabella 3.24 – % di procedimenti non formalmente chiusi AUSL Imola e RER. Periodo 2009-2011

Azienda Sanitaria	INDICATORE			sinistri aperti nel triennio
	Num.*	Den.**	Val. (%)	
AUSL IMOLA	1	66	1,5	157
DATO RER	46	996	4,6	4.555

*Num.: numero di procedimenti non formalmente chiusi (ovvero quelli per cui non sono compilate le variabili "data chiusura pratica" ed "esito definizione") **Den.: numero di sinistri chiusi atteso

Sistema RIS/PACS. Le azioni attuate nel 2011 dalla Radiologia per poter migliorare la sicurezza nell'ambito del sistema RIS/PACS, sono state:

- redazione di tre procedure specifiche che riguardano rispettivamente l'identificazione univoca del paziente, la gestione del paziente anonimo proveniente da PS e la comunicazione di non conformità anagrafica/immagine all'amministratore di sistema;
- la messa in opera di dette procedure ha permesso di ridurre il numero dei *near miss*, in particolare nella comunicazione interna sia tra gli operatori della Radiologia che con operatori di altre Unità Operative che attivamente afferiscono al reparto, come il servizio trasporto pazienti interni;
- inoltre è stato addestrato per garantire una corretta identificazione del paziente, già nel momento dell'accesso, anche il personale amministrativo del *front office*.

Il processo di gestione del rischio è continuamente monitorato attraverso la rilevazione del numero di non conformità e alla loro condivisione attraverso riunioni di reparto per cercare di concretizzare azioni di miglioramento per la risoluzione dei problemi. E' stato progettato per l'anno 2012 un corso interno per l'attivazione del "pacchetto sicurezza" sul sistema RIS per la gestione delle non conformità anagrafica/immagine.

Tracciabilità pazienti e prevenzione errori di identificazione. In riferimento all'utilizzo di sistemi di identificazione del paziente l'azienda ha introdotto il sistema di [identificazione informatizzata](#) tramite "braccialetto" in tutte le unità operative a degenza ordinaria, ad eccezione della Pediatria e Nido. Nel 2011 è stato introdotto anche al Pronto Soccorso dove il sistema risulta integrato con l'applicativo sanitario già uso. Sempre nell'ambito della identificazione informatizzata si rileva che presso tutti i punti di accettazione sono disponibili lettori *barcode* che permettono una sicura identificazione del cittadino.

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

In aderenza alle linee di programmazione regionale ed in continuità con le politiche di acquisto avviate nel corso degli ultimi anni, rafforzate anche da provvedimenti nazionali volte all'incremento della centralizzazione negli acquisti (L. 111/2011), sono proseguite le modalità di acquisizione di beni e servizi in aggregazione della domanda effettuate mediante le adesioni alle convenzioni Intercent-er e tramite procedure di gara unitarie fra le Aziende dell'Area Vasta Emilia Centrale. Le adesioni alle convenzioni Intercent-er attive e le aggregazioni di domanda in Area

Vasta, per il soddisfacimento dei bisogni aziendali per beni e servizi, costituiscono modalità consolidate di azione nelle politiche di acquisto tese a configurare la centralizzazione degli acquisti quale livello preferenziale di intervento.

Agenzia regionale Intercent-er. Nel 2011 il volume economico per forniture e servizi acquisiti derivanti da adesioni a convenzioni dell'Agenzia regionale Intercent-er ammonta a € 6.217.927, corrispondente al 13,77% del bilancio complessivo annuale (esercizio 2011) nell'aggregato per beni e servizi, registrando un volume in crescita rispetto agli anni precedenti. Rilevando al 31.12.2011 il volume contrattuale complessivo, sottoscritto quale adesione a convenzioni Intercent-er incidente sugli esercizi successivi, risulta pari a € 18.187.294 corrispondente al 40,29% del bilancio complessivo annuale (esercizio 2011) nell'aggregato per beni e servizi, anch'esso in crescita rispetto ai precedenti esercizi.

Area Vasta. Secondo la programmazione territoriale di Area Vasta Emilia Centrale, l'azienda ha stipulato contratti derivanti da procedure espletate in ambito Area Vasta registrando al 31.12.2011 un volume economico di acquisto derivante da tali contratti pari a € 20.026.540 corrispondente al 44,36% del bilancio complessivo annuale (esercizio 2011 – aggregato beni e servizi). Complessivamente, il volume economico per beni e servizi 2011 acquistato mediante contratti derivanti da convenzioni Intercent-er e aggregazione di domanda in Area Vasta, registra un livello di centralizzazione pari al 58,13% del bilancio complessivo annuale (esercizio 2011) per beni e servizi.

Tabella 3.25 – Adesione acquisti centralizzati. Periodo 2008 - 2011

	2008		2009		2010		2011	
BILANCIO B & S	€ 42.151.927		€ 45.974.430		€ 45.663.036		€ 45.663.036	
	Volume contrattuale di competenza	Volume contrattuale totale	Volume contrattuale di competenza	Volume contrattuale totale	Volume contrattuale di competenza	Volume contrattuale totale	Volume contrattuale di competenza	Volume contrattuale totale
	6,73%	29,78%	10,39%	35,10%	9,98%	34,22%	13,77%	40,29%
ADESIONI INTERCENTER	€ 2.827.643	€ 12.554.754	€ 4.778.215	€ 16.135.407	€ 4.555.358	€ 15.627.290	€ 6.217.927	€ 18.187.294
ADESIONI AREA VASTA	30,87%		35,75%	79,14%	27,22%	49,75%	44,36%	17,91%
	€ 13.013.581		€ 16.435.639	€ 36.382.993	€ 12.428.079	€ 22.716.989	€ 20.026.540	€ 8.085.080

4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

La presente Sezione descrive il ruolo della "risorsa umana" all'interno dell'azienda, la tipologia dei rapporti di lavoro, l'organizzazione interna, l'impegno profuso per una formazione/aggiornamento permanenti, le tutele, le agevolazioni, le garanzie e le rappresentanze proprie. La "carta di identità" del personale del 2011 mostra un sostanziale mantenimento della situazione fotografata nel 2010. Infatti, per l'anno 2011, la funzione di governo delle risorse umane si è mossa in una linea di puntuale continuità rispetto alle azioni già esperite per l'anno 2010 ed inquadrata da alcune direttrici determinate in gran parte dai contenuti del quadro normativo nazionale e regionale di riferimento. Si è quindi verificato un sostanziale mantenimento della situazione esistente al 31.12.2011.

Si sono invece rafforzate le politiche di gestione della sicurezza e del rischio, così come si sono sviluppati percorsi formativi rivolti alla crescita professionale del personale, nell'ottica di consolidare e migliorare gli standard assistenziali forniti agli utenti.

4.1 "Carta di Identità" del personale

L'obiettivo del paragrafo è fornire dati e informazioni utili per comprendere quale sia il "profilo" del personale dell'AUSL di Imola, avvalendosi di una sorta di "carta di identità", che ne evidenzia la distribuzione per molteplici dimensioni: tipologia contrattuale; categorie di personale dipendente; anagrafica dei professionisti; ecc..

Le risorse umane complessive impegnate nelle attività tipiche aziendali, a vario titolo contrattuale, nel 2011 (dato al 31 dicembre) risultano 1.979, registrando rispetto al 2010 una lieve flessione (circa lo 0,8%), in particolare dei contratti libero professionali (-17%).

**Tabella 4.1 - Valori assoluti del personale dell'AUSL di Imola, per tipologia contrattuale.
Periodo 2009-2011**

Tipologia contrattuale	2009	2010	2011	Var % 2011 - 2010
Dipendente	1.775	1.793	1.781	-0,7%
Convenzionato*	168	167	169	1,2%
Contratti libero-professionali, co.co.co.	59	35	29	-17,1%
TOTALE	2.002	1.995	1.979	-0,8%

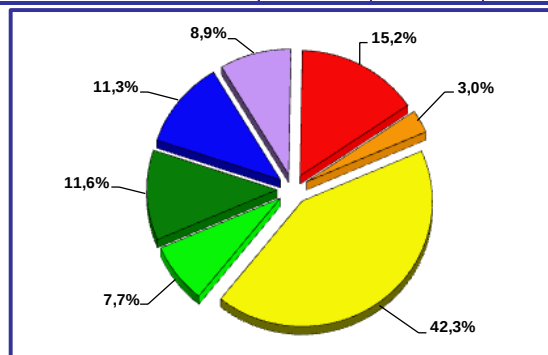
* Convenzionato: MMG, PLS, Medici Ambulatoriali, Guardie Mediche

In Figura 4.2 si rappresenta, dal 2009 al 2011, la suddivisione del personale dipendente per categorie professionali, con evidenza della variazione percentuale rispetto all'anno precedente.

Sezione 4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

Figura 4.2 – Personale dipendente dell'AUSL di Imola, per categorie. Periodo 2009-2011

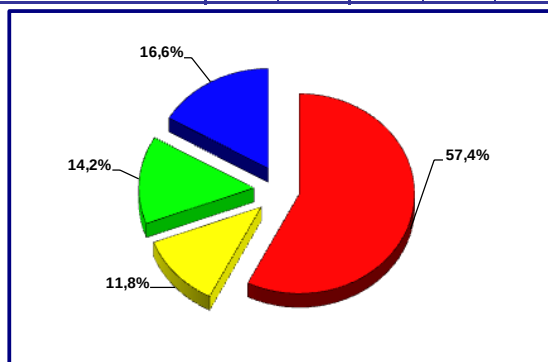
Categorie personale dipendente	2009	2010	2011	Var % 2011-2010
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	262	272	271	-0,4%
ALTRI DIRIGENTI SPTA	40	52	53	1,9%
PERSONALE INFERMIERISTICO	766	763	753	-1,3%
PERSONALE TECNICO SANITARIO	142	142	138	-2,8%
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	216	199	207	4,0%
PERSONALE AMMINISTRATIVO	195	202	201	-0,5%
ALTRO PERSONALE	154	163	158	-3,1%
TOTALE	1.775	1.793	1.781	-0,7%



In relazione alle categorie viene di seguito rappresentata la distribuzione del personale convenzionato per genere e classi di età. E' evidente come, ovviamente, la categoria più rilevante risulti essere quella dei Medici di Assistenza Primaria.

Figura 4.3 – Personale convenzionato per categorie, genere e classi di età. Anno 2011

Categorie personale convenzionato	sesso		classi di età					Totale
	m	f	<35	35-44	45-54	55-64	>=65	
MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA	53	44	0	5	22	66	4	97
MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA	7	13	1	2	13	4	0	20
MEDICI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (titolari)	15	9	2	10	5	7	0	24
MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI	11	17	0	3	4	19	2	28
Totale	86	83	3	20	44	96	6	169



In Tabella 4.4 vengono riportati i contratti libero professionali e i Co.Co.co al 31 dicembre, indipendentemente dalla durata e dall'impegno settimanale. Il personale viene rappresentato scomposto per categoria, genere e fasce d'età. Il decremento, già evidenziato in Tabella 4.1, del

Sezione 4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

numero dei contratti rispetto a quelli dell'anno precedente (-6, pari a -17%) risulta in coerenza con le politiche di stabilizzazione avviate dall'azienda a partire dal 2007.

Rispetto a questa tipologia contrattuale i medici risultano prevalenti, mentre per genere si evidenzia un sostanziale pareggio tra i maschi e le femmine.

Tabella 4.4 - Liberi professionisti e Co.co.co. per categorie, genere e classi di età. Anno 2011

Liberi professionisti e Co.co.co.	sezzo		classi di età					totale
	m	f	<35	35-44	45-54	55-64	>=65	
DIRIGENTI AMM.VI	1				1			1
INGEGNERI	1			1				1
MEDICI	7	6	3	2	1	3	4	13
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	1	1		1	1			2
PERSONALE INFERMIERISTICO	2	3	5					5
PERSONALE TECNICO	1				1			1
PERSONALE TECNICO SANITARIO		3	3					3
PSICOLOGI	1	2	2	1				3
Totale	14	15	13	5	4	3	4	29

La distribuzione per classi di età del personale dipendente dell'AUSL di Imola (Tabella 4.5) sostanzialmente si ripropone pressoché immutata e comune nel panorama nazionale: l'ingresso "tardivo" al lavoro in posizione strutturata, che motiva il numero basso dei dipendenti *under* 35 anni; la massima concentrazione di tutti i profili nelle classi 35-44 e 45-54 anni; l'età media alta del personale non sanitario - amministrativo e tecnico - segnale di una particolare staticità della stessa dotazione, esito dell'azione di ridimensionamento, ovvero della gestione del [turn-over](#) (Tabella 4.9).

Tabella 4.5 - Personale dipendente per categorie e classi di età. Anno 2011

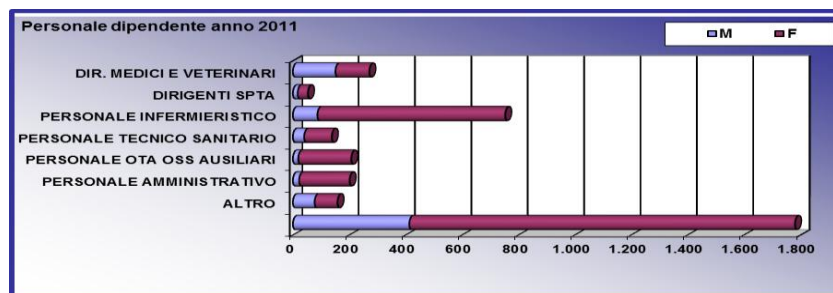
Personale dipendente	classi di età					TOT.
	< 35	35-44	45-54	55-64	>=65	
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	22	60	75	113	1	271
ALTRI DIRIGENTI SPTA		18	17	18		53
PERSONALE INFERMIERISTICO	90	291	272	99	1	753
PERSONALE TECNICO SANITARIO	26	27	64	21		138
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	11	48	106	42		207
PERSONALE AMMINISTRATIVO	3	19	143	36		201
ALTRO	6	37	73	41	1	158
Totale	158	500	750	370	3	1.781

Il grafico di Figura 4.6, "fotografia" l'azienda come una "organizzazione femminile", confermando che sono le donne in maggioranza ad essere impegnate nelle professioni di "cura e assistenza". Il genere maschile risulta in maggioranza per la categoria "dirigenti medici e veterinari" (anche se negli anni il gap va riducendosi). Le donne risultano in netta maggioranza, invece, tra il personale "amministrativo" e tra il personale "infermieristico" e "ota/oss ausiliari". Gli istituti contrattuali atti a conciliare vita lavorativa e vita familiare continuano a essere fruiti essenzialmente dalle lavoratrici. Nel 2011, risultano in part-time 172 donne e 7 uomini (per altri istituti collegati alle esigenze familiari, si rinvia al [paragrafo 4.7.1](#)).

Sezione 4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

Figura 4.6 - Personale dipendente per categorie e genere. Anno 2011

Personale dipendente	Sesso		TOT.	Di cui Part Time	
	M	F		M	F
DIR. MEDICI E VETERINARI	151	120	271		
DIRIGENTI SPTA	17	36	53		
PERSONALE INFERMIERISTICO	87	666	753	1	107
PERSONALE TECNICO SANITARIO	40	98	138		11
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	19	188	207	2	23
PERSONALE AMMINISTRATIVO	22	179	201	1	23
ALTRO	77	81	158	3	8
Totale	413	1.368	1.781	7	172



Come anticipato in Sezione 2, in relazione all'[impatto economico](#) dell'AUSL di Imola sul territorio, a fine dell'esercizio in esame, il 79,3% dei dipendenti risulta risiedere in un Comune del Nuovo Circondario Imolese.

Figura 4.7 – Personale dipendente residente nei Comuni circondariali. Anno 2011

Dipendenti residenti	2011	%
BORGIO TOSSIGNANO	48	3,4%
CASALFUMANESE	32	2,3%
CASTEL DEL RIO	5	0,4%
CASTEL GUELFO DI BOLOGNA	20	1,4%
CASTEL SAN PIETRO TERME	79	5,6%
DOZZA	53	3,8%
FONTANELICE	27	1,9%
IMOLA	1.078	76,3%
MEDICINA	24	1,7%
MORDANO	47	3,3%
Dipendenti residenti AUSL	1.413	100%
Totale dipendenti	1.781	
% dipendenti residenti	79,3%	

Nella tabella che segue viene presentata la suddivisione del Personale Dipendente per categorie e Livello di Assistenza. Si evidenzia come l'assistenza ospedaliera assorba il 64% dello stesso.

Figura 4.8 – Personale dipendente suddiviso per livelli di assistenza. Anno 2011

Personale dipendente	OSPEDALE	DISTRETTO	SANITA' PUBBLICA	SERVIZI GENERALI	Totale
DIR. MEDICI E VETERINARI	212	37	19	3	271
DIRIGENTI SPTA	12	11	2	28	53
PERSONALE INFERMIERISTICO	591	128	12	22	753
PERSONALE TECNICO SANITARIO	80	39	16	3	138
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	181	21	2	3	207
PERSONALE AMMINISTRATIVO	35	42	11	113	201
ALTRO	32	9	0	117	158
Totale	1.143	287	62	289	1.781
%	64%	16%	3%	16%	100%

Sezione 4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

Nel 2011 l'AUSL di Imola registra un decremento (Tabella 4.9) delle unità di personale a tempo indeterminato (-29 unità), nel rispetto di una gestione oculata degli organici volta a garantire il contenimento del *turn over*, così come indicato dalla Regione negli obiettivi annuali.

Tabella 4.9 - Indicatore di mobilità del personale dipendente (turn-over). Anno 2011

DIPENDENTI 2011	IN INGRESSO				IN USCITA					turn over
	da SSR	non da SSR	Altro	Tot	dimissione	mobilità vs altre aziende	pensionamento	altri motivi	Tot	
DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI	6	2	6	14	3	6	9	1	19	-5
ALTRI DIRIGENTI SPTA			1	1	1		1		2	-1
PERSONALE INFERMIERISTICO	8	4	8	20	8	7	16	2	33	-13
PERSONALE TECNICO SANITARIO	1		1	2	1	2	4		7	-5
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	5		7	12	4		6		10	2
PERSONALE AMMINISTRATIVO	3			3	1	1	2	3	7	-4
ALTRO				0			3		3	-3
Totale	23	6	23	52	18	16	41	6	81	-29

In Tabella 4.10 si declina il fenomeno del *turn over*, rispettivamente, per modalità di reclutamento e per cause di cessazione. Per le prime, come da "natura" del lavoro dipendente aziendale, prevale in modo sostanziale l'utilizzo di graduatoria (35 su 52); per le seconde (cause di cessazione) il pensionamento risulta prevalente.

Tabella 4.10 - Modalità di reclutamento e cause di cessazione nell'AUSL di Imola. Anno 2011

ANNO 2011 - Modalità di reclutamento	TOT.
ASSUNZIONE INCARICO STRUTTURA COMPLESSA	1
TRASFERIMENTO DA ALTRO ENTE	16
UTILIZZO GRADUATORIA PUBBL. CONTINUITA' TEMPO DETERM.	9
UTILIZZO GRADUATORIA PUBBLICA	25
UTILIZZO GRADUATORIA PUBBLICA CON COMANDO/COLLAB.	1
Totale	52
ANNO 2011 - Cause di cessazione	TOT.
DECESSO	4
INIDONEITA' PERMANENTE A PROFICUO LAVORO	2
RECESSO DEL DIPENDENTE	13
RECESSO PER PENSIONAMENTO ANZIANITA'/VECCHIAIA	40
RISOLUZIONE RAPPORTO PER RAGGIUNTI LIMITI DI ETA'	1
TERMINE RAPPORTO-FINE ASPETT. ENTE ESTERNO	5
TRASFERIMENTO AD ALTRO ENTE	16
Totale	81

4.2 Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa

Il 2011 ha visto l'approvazione del "Piano Strategico e attuativo locale 2010/2013", atto di strategica importanza per la vita aziendale e che è stato realizzato con il coinvolgimento di tutte le componenti aziendali in un percorso di elaborazione di grande portata ed impatto sul territorio. Il risultato quindi di un intenso lavoro di squadra, non solo degli organi di vertice e di rappresentanza politica, ma soprattutto della componente professionale a tutti i livelli di

responsabilità. Con tale atto di programmazione sono stati fissati gli indirizzi di carattere generale di politica per la salute e di gestione e buon uso delle risorse da parte dell'azienda, individuando nella responsabilità dei professionisti e nel governo clinico, gli strumenti idonei per un servizio sanitario efficiente, umano, di qualità, sicuro, capace di fornire prestazioni in maniera appropriata, tale da garantire l'inderogabile diritto dei cittadini alla salute nel rispetto della dignità e della libertà della persona. La piena responsabilizzazione dei dipartimenti nella gestione dei processi e delle risorse, ed il coinvolgimento dei professionisti nelle azioni di governo quotidiane, costituisce, oggi, elemento portante per le sfide che l'azienda è chiamata ad affrontare per il miglioramento e la sostenibilità del servizio sanitario pubblico.

Rispetto a tutto ciò va sottolineato il ruolo del **Collegio di Direzione** che non assolve solamente funzioni consultive verso il vertice aziendale, ma ne condivide la responsabilità dell'attività sanitaria e di un efficiente governo clinico. In particolare, il Collegio di direzione, secondo quanto declinato nell'Atto Aziendale, assume un ruolo strategico nella elaborazione di proposte e nella conseguente attuazione, in materia di:

- organizzazione e sviluppo dei servizi;
- attività di formazione e politiche di valorizzazione delle risorse umane;
- programmi di ricerca ed innovazione tecnologica;
- organizzazione e svolgimento della libera professione;
- tempi di attesa;
- gestione del rischio.

4.3 Gestione del rischio e sicurezza

Nell'AUSL di Imola è stata redatta una procedura aziendale che riordina il percorso amministrativo degli infortuni e delle malattie professionali. Gli infortuni vengono denunciati *on line* e per ogni infortunio viene effettuata una intervista inchiesta interna. L'analisi dell'andamento complessivo è effettuata su base annuale, al fine della quantificazione del fenomeno e di monitoraggio dell'andamento dei vari indici. Nell'esercizio 2011 sono stati rilevati 157 infortuni totali, di cui 65 a rischio biologico (paragrafo 4.3.2).

Ai fini preventivi già dal 2010 l'azienda ha partecipato alle gare di Area Vasta per l'acquisizione di aghi di sicurezza per la riduzione del fenomeno infortunistico; i presidi protetti sono a disposizione degli operatori dalla fine del 2011 e la conversione all'utilizzo di questi aghi in tutta l'azienda è prevista per il 2013. Un altro rischio, valutato a partire dall'anno 2009, è quello relativo allo *stress* da lavoro correlato con individuazione delle misure di prevenzione e protezione da adottare. Per la valutazione di questo rischio l'AUSL di Imola ha applicato le linee guida prodotte a livello regionale, per le quali ha collaborato in sede di stesura. Al momento, in risposta alle eventuali richieste individuali esiste un servizio interno di Medicina preventiva/Medico competente, per

valutare e seguire i singoli casi e si sono attivate iniziative di formazione destinate a gruppi di lavoratori specifici.

4.3.1 Sorveglianza sanitaria e malattie professionali

I dipendenti dell'AUSL di Imola, in base ai risultati acquisiti tramite la valutazione dei rischi e alle mansioni effettivamente svolte, vengono sottoposti a visita medica e accertamenti chimici, clinici e strumentali, con la periodicità prevista dal "Protocollo Sanitario del Medico competente".

Il Medico durante la visita informa i lavoratori sul significato degli accertamenti sanitari, cui sono sottoposti, sull'utilizzo corretto dei Dispositivi di Protezione Individuale e rilascia una copia degli esami effettuati. L'ambulatorio Medicina preventiva conserva le cartelle sanitarie individuali dei lavoratori, nel rispetto della *privacy* e del segreto professionale; è stata altresì implementata la cartella sanitaria informatizzata, che consente una gestione dinamica dei risultati degli accertamenti effettuati. Nel 2011 le visite di "sorveglianza sanitaria" risultano complessivamente 552; il numero di visite periodiche effettuate sono 177 e le visite preventive più le visite a richiesta sono 375. Si può notare come aumenti la richiesta di visite preventive (nuovi assunti e studenti) e di visite a richiesta.

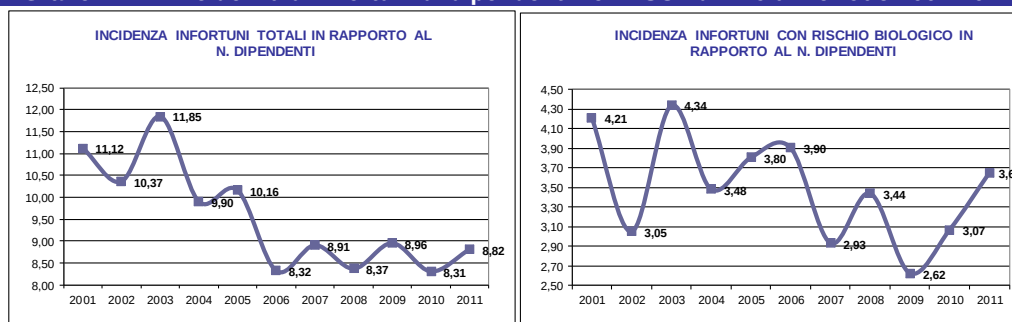
Tabella 4.11 - Attività di sorveglianza sanitaria dell'AUSL di Imola. Anni 2010 e 2011

Attività di sorveglianza	2010	2011	Var assoluta	Var %
N° visite effettuate	570	552	-18	-3,2%
N° visite periodiche	287	177	-110	-38,3%
N° viste preventive + visite a richiesta	283	375	92	32,5%

4.3.2 Andamento del fenomeno infortunistico

Nei Grafici 4.12 si evidenziano i *trend* di lungo periodo, relativi all'incidenza generale di infortuni e all'indice degli infortuni con rischio biologico, rapportati ai dipendenti dell'AUSL di Imola (2000-2011). Durante l'anno in esame sono stati rilevati complessivamente 157 infortuni, di cui 65 a rischio biologico: l'indice di incidenza per gli infortuni totali è di 8,82% e per gli infortuni a rischio biologico risulta pari a 3,65%.

Grafici 4.12 - Incidenza di infortuni di dipendenti nell'AUSL di Imola. Periodo 2001-2011



La tabella che segue riporta, a livello riassuntivo, il numero dei lavoratori assicurati INAIL sottoposti a sorveglianza, il numero degli infortuni e i lavoratori con inidoneità.

Grafici 4.13 – Sorveglianza sanitaria, inidoneità alla mansione e infortuni. Periodo 2010-2011

Sorveglianza sanitaria	2010	2011
Lavoratori assicurati INAIL	1.793	1.781
Totale lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria	1.680	1.650
Totale lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nell'anno di riferimento	570	552
Lavoratori idonei alla mansione specifica	510	515
Lavoratori con idoneità parziali temporanee (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione specifica)	22	24
Lavoratori con idoneità parziali permanenti (con prescrizioni e/o limitazioni alla mansione specifica)	32	6
Lavoratori temporaneamente inidonei alla mansione specifica	2	6
Lavoratori permanentemente inidonei alla mansione specifica	8	1
Infortuni con prognosi superiore a 4 giorni non biologici	82	76
Infortuni con prognosi inferiore a 4 giorni non biologici	10	10
Infortuni a matrice biologica	55	65
Totale infortuni denunciati	82	77
Totale di giornate di assenza per infortunio	2.191	2.185

4.4 Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione alle strategie aziendali

Per il governo complessivo e trasversale alle diverse linee di produzione aziendali della Funzione Assistenziale (che fa riferimento alle attività svolte dal personale delle professioni sanitarie non mediche: Infermieri, Ostetriche, Tecnici Sanitari, personale della Riabilitazione e della Prevenzione e di supporto all'assistenza) l'azienda ha ridefinito, all'interno dell'atto Aziendale (Delibera 7 del 4/02/2008) e del relativo Regolamento Attuativo (Delibera 4 del 1/01/2010) gli elementi caratterizzanti le competenze e le funzioni organizzative dei ruoli professionali che afferiscono alle quattro aree delle professioni sanitarie assistenziali.

L'azienda ha considerato strategico il coinvolgimento attivo dei professionisti sanitari non medici - non solo all'interno dei processi di cura e assistenza - promuovendo lo sviluppo di competenze cliniche avanzate e di ruoli e responsabilità di gestione clinica sui pazienti e all'interno dei processi organizzativi. La Direzione Infermieristica e Tecnica come linea di responsabilità organizzativa della Funzione Assistenziale è stata, quindi, in questi ultimi anni, ulteriormente valorizzata nei suoi ambiti di responsabilità, coerentemente agli indirizzi della normativa nazionale e contrattuale e allo sviluppo delle strategie aziendali.

In particolare, nel 2011, all'articolazione aziendale della Direzione Infermieristica e Tecnica è stata affidata la responsabilità gestionale, parte sanitaria, delle funzioni logistiche alberghiere ospedaliere e territoriali. Sono state realizzate importanti azioni di riorganizzazione che hanno permesso di razionalizzare e rendere maggiormente efficiente la rete interna agli ospedali dei trasporti di pazienti e di materiale, l'utilizzo dei presidi di supporto all'assistenza, il controllo e il monitoraggio della ristorazione e delle attività di pulizia e la sanificazione degli ambienti in particolare delle strutture di degenza.

L'articolazione dipartimentale della Direzione Infermieristica, invece, ha contribuito, in stretta collaborazione con la Direzione istituzionale dei Dipartimenti Aziendali, allo sviluppo di importanti progetti, tuttora in corso di riorganizzazione, che hanno determinato un forte impulso alla valorizzazione dei ruoli professionali. Di seguito i titoli dei principali progetti.

- Il [Progetto Gradualità delle Cure del Dipartimento Medico](#): la realizzazione e il consolidamento al 6° piano dell'Ospedale di Imola di un'organizzazione assistenziale in grado di modulare l'assistenza in ragione del *mixer* di complessità ed intensità di cura; il consolidamento della funzione di *Stroke Care* dedicata ai pazienti ricoverati per ictus;
- I Progetti del Dipartimento di Emergenza Accettazione: "Integrazione dell'Area Critica", "Rimodulazione della rete dell'Emergenza territoriale", "Ridefinizione delle funzioni di *Triage* alla luce delle indicazioni regionali", "Protocolli terapeutici in emergenza territoriale" e "Percorso Clinico Assistenziale del Paziente con *Stroke*", hanno reso evidenza delle potenzialità che la nuova struttura ed organizzazione del DEA è in grado di offrire.
- I progetti di riorganizzazione e ristrutturazione del Blocco Operatorio e la riorganizzazione delle attività della Centrale di sterilizzazione hanno favorito la razionalizzazione e una maggiore efficienza delle attività all'interno di quel delicatissimo settore.
- Il progetto "Nuovo assetto dell'organizzazione assistenziale all'interno dei [Nuclei di Cure primarie](#)" ha permesso di potenziare l'azione di integrazione dell'organizzazione aziendale con l'interfaccia dei Medici di Medicina Generale (MMG). In ogni Nucleo di Cure Primarie oltre ad un *team* di infermieri dedicati a quel territorio per l'assistenza domiciliare, che ha reso più fluidi i processi di continuità assistenziale, sono presenti infermieri che garantiscono l'apertura di un ambulatorio infermieristico per l'erogazione di prestazioni su prescrizione dei medici di quel nucleo. Nell'ambito di un nucleo di Imola è stato possibile avviare una sperimentazione con i MMG di un programma di presa in carico sul territorio dei pazienti cardiopatici scompensati, favorendo così il riavvio di processi di sensibilizzazione sulle problematiche della presa in carico territoriale dei pazienti con patologie croniche.

Con il coinvolgimento di tutti i tre livelli organizzativi (Aziendale, Dipartimentale, Unità operativa), la Direzione Infermieristica e Tecnica ha partecipato, in collaborazione con lo *Staff* della Formazione, alla definizione e gestione dei programmi di formazione ed addestramento,

realizzando direttamente ed internamente all'azienda la maggior parte degli eventi formativi accreditati ECM; tali eventi che hanno permesso ai professionisti che afferiscono alla direzione di acquisire/mantenere le competenze necessarie alla buona gestione dei processi di assistenza.

In particolare, nel 2011, sono state consolidate, da parte della rete degli operatori di riferimento per la formazione, le competenze nella predisposizione del piano formativo aziendale con la messa a punto dello strumento del *dossier* formativo di unità operativa, che ha reso più coerente il rapporto tra le iniziative formative programmate, le reali necessità formative degli operatori, dei servizi nel supportare azioni di cambiamento e di modulazione (anche con processi di riconversione delle competenze) in ragione di obiettivi di programmazione aziendali e regionali. Molti componenti della Direzione Infermieristica e Tecnica hanno partecipato nel 2011 ai gruppi aziendali per l'elaborazione di procedure e linee guida, tra le quali quelle per la contenzione e i protocolli di assistenza e prevenzione delle cadute. E' stata garantita inoltre la collaborazione ai gruppi di lavoro regionali sullo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali nelle cure primarie "Programma monitoraggio delle delibera 427/09", e sullo sviluppo di strumenti informatizzati integrati di comunicazione clinica nei trattamenti assistenziali domiciliari Progetto "Adi on line".

Un altro importante settore, che ha coinvolto la Direzione Infermieristica Aziendale, favorendo lo sviluppo dell'innovazione all'interno delle Unità operative, è stato quello dell'implementazione di alcune procedure informatiche che hanno permesso di aumentare i livelli di **sicurezza nella gestione dei pazienti e delle loro informazioni cliniche** ([Sezione 3, par. 3.4.4](#)). Si ricorda l'introduzione del sistema di identificazione univoca del paziente all'interno delle strutture ospedaliere, in particolare all'ingresso in Pronto Soccorso e al momento dell'intervento chirurgico; l'introduzione del sistema informatizzato di registrazione, visualizzazione, archiviazione delle immagini radiologiche; l'implementazione degli strumenti di gestione informatizzata delle informazioni cliniche del paziente come la cartella infermieristica, la scheda di dimissione, le procedure per il raccordo con il territorio in caso di dimissione protetta.

4.5 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

4.5.1 Modalità di valutazione delle competenze

L'AUSL di Imola ha definito ed attuato, da diversi anni, mediante specifici regolamenti, un sistema per la valutazione di risultato e di incarico, connesso all'incentivazione e al sistema premiante, coerente con gli indirizzi e le politiche dell'azienda. L'impianto complessivo di valutazione si articola in due aree significative:

1. La valutazione annuale effettuata dal Nucleo di Valutazione relativamente ai risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati (per tutti i dipendenti).

2. La valutazione di incarico, relativa al ruolo organizzativo ricoperto, effettuata alla scadenza dell'incarico conferito relativamente alle attività professionali svolte e ai risultati raggiunti (per i dirigenti e i dipendenti titolari di incarico di posizione organizzativa).

Il percorso di **valutazione annuale di risultato** è diretto a verificare il livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati annualmente nell'ambito del processo di *budgeting* e fornisce: la valutazione sui risultati complessivi della gestione dei servizi; il grado di raggiungimento degli obiettivi di *budget*, anche ai fini della retribuzione di produttività/risultato per il personale dirigenziale e per il personale del comparto; la valutazione annuale degli obiettivi di gestione dei Dirigenti responsabili di struttura complessa e semplice.

La procedura di valutazione di seguito individuata è conforme alle indicazioni fornite dai CCNL vigenti per le singole aree ed il rispetto dei tempi indicati è vincolante e funzionale al rispetto dei tempi di erogazione dei compensi economici correlati alla produttività e dei tempi richiesti dal sistema di valutazione aziendale in tema di incarichi dirigenziali. I risultati finali della verifica annuale sono parte integrante degli elementi per la valutazione di incarico.

La procedura di **valutazione dell'incarico ricoperto** è improntata ai seguenti principi: trasparenza dei criteri usati; oggettività delle metodologie adottate ed obbligo di motivazione della valutazione espressa; informazione adeguata e partecipazione del valutato anche attraverso la comunicazione ed il contraddittorio nella valutazione di I e II istanza; diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del soggetto che, in prima istanza, effettua la proposta di valutazione sulla quale l'organismo di verifica è chiamato a pronunciarsi.

Si articola su due livelli: un giudizio di primo livello formulato dal "superiore gerarchico" del valutato, seguito da uno di secondo livello formulato, di norma, da un Collegio Tecnico appositamente costituito.

Lo strumento di valutazione utilizzato è una scheda di valutazione nella quale sono riportate le attività maggiormente significative rispetto al raggiungimento degli scopi relativi all'incarico conferito (così come indicati nel contratto individuale), nonché le conoscenze e le capacità richieste per ricoprire l'incarico. La scheda è integrata dall'elenco delle attività formative espletate nell'arco temporale oggetto della valutazione, dagli esiti delle verifiche annuali del Nucleo di Valutazione e da qualsiasi ulteriore elemento/documentazione del fascicolo matricolare che risulti indispensabile al processo di valutazione (procedimenti disciplinari, reclami, ecc.).

Fanno eccezione rispetto al percorso sopraindicato le valutazioni dei Dirigenti che dipendono direttamente dal Direttore sanitario o amministrativo (Direttore di distretto, Direttori delle Direzioni tecniche aziendali e di dipartimento e i dirigenti degli uffici di *staff*, ecc.) e i Dirigenti ai quali sono conferiti incarichi di cui all'art. 15-*setp*ies del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni per i quali, stante la natura fiduciaria dell'incarico ricoperto, la valutazione di seconda istanza viene effettuata direttamente dal Direttore Generale, acquisita la proposta di valutazione effettuata dal Direttore Sanitario/Amministrativo secondo le rispettive competenza tramite la apposita scheda di analisi della posizione.

4.5.2 Percorso di sviluppo professionale e di carriera

Sulla base dei dettati contrattuali l'AUSL di Imola ha sviluppato, relativamente al personale dirigente, un proprio sistema di attribuzione di autonomia e responsabilità mediante il conferimento degli incarichi dirigenziali compensati mediante la corresponsione della retribuzione di posizione. Nel 2011, il sistema di graduazione degli incarichi dirigenziali, in vigore dal 1998 e costantemente in evoluzione in riferimento agli obiettivi aziendali, alla consistenza dei fondi contrattuali e allo sviluppo delle carriere, presenta la seguente distribuzione:

- Incarico di Direzione di Dipartimento / Direzioni Tecniche / Distretto: n. 10
- Incarico di Direzione di Unità Operativa Complessa: n. 41
- Incarico di Responsabile di Struttura Semplice o Programma dipartimentale / interdipartimentale: n. 11
- Incarico di Responsabile di Struttura Semplice o Programma di Unità Operativa: n. 24
- Incarichi Professionali specialistici: n. 148
- Incarichi Professionali di base: n. 105.

In relazione all'assetto organizzativo e alle peculiarità dell'azienda, per il personale del comparto, sono state individuate, dal 2000, specifiche funzioni/posizioni di lavoro, al fine di incentivare l'assunzione di autonomia e responsabilità dei singoli professionisti. La quota del fondo da destinare a tale scopo è stata concordata con le Organizzazioni Sindacali. Nel 2011 i professionisti incaricati su specifiche funzioni di responsabilità (posizioni organizzative o coordinamenti sanitari e tecnici) che nel corso degli anni si sono modificate in relazione agli obiettivi aziendali, sono complessivamente 76.

4.5.3 Il sistema incentivante

L'AUSL di Imola individua sistemi diversi per singola area contrattuale per premiare i risultati conseguiti. La retribuzione di risultato per i **Dirigenti medici e veterinari** viene strutturata in:

- quota da fondo storico, destinata alla remunerazione del mantenimento degli obiettivi in termini prestazionali e di *performance* complessiva;
- quota variabile da residui, destinata prevalentemente alla remunerazione di obiettivi qualitativi, programmi di appropriatezza e percorsi diagnostico-terapeutico che migliorino l'organizzazione e la sicurezza di erogazione dei servizi, definiti in sede di negoziazione di *budget* annuale.

Le quote sono diversificate fra le diverse équipe in relazione a parametri di gravosità e rischiosità della tipologia delle attività proprie. La retribuzione di risultato di **Dirigenti sanitari, professionali, tecnici e amministrativi** viene strutturata in:

- quota da fondo storico, destinata alla remunerazione del mantenimento degli obiettivi in termini prestazionali e di *performance* complessiva;

- quota variabile da residui, destinata prevalentemente alla remunerazione di obiettivi qualitativi sia di mantenimento che di miglioramento, definiti in sede di negoziazione di budget annuale.

Le quote sono diversificate in relazione al profilo o all'incarico dirigenziale rivestito.

La produttività del **Comparto** viene strutturata in:

- quota da fondo storico, destinata alla remunerazione degli obiettivi stabiliti in sede di negoziazione di *budget*
- quota da fondo storico, destinata alla remunerazione, anche, al raggiungimento di ulteriori obiettivi volti prioritariamente a miglioramento dell'efficienza, dell'appropriatezza e del comportamento organizzativo.

Anche per il Comparto le quote sono diversificate in base alla categoria di appartenenza.

4.5.4 Risorse collegate al salario variabile

I fondi contrattuali destinati alla remunerazione della retribuzione di risultato (per i dirigenti) e per la produttività (per il comparto) ammontano nel 2011 a circa € 2.774.810 per l'area comparto, € 1.025.600 per l'area medica e veterinaria, e € 135.817 per l'area sanitaria, tecnica, professionale e amministrativa. I fondi contrattuali sopra riportati sono stati calcolati con le decurtazioni previste dal comma 2 bis dell'art. 9 del D.L. 78/2010 convertito in legge 122/2010.

4.6 Formazione

L'attività formativa, nel 2011, in linea con il Piano di sviluppo aziendale, è stata focalizzata su alcune aree tematiche individuate come prioritarie dal Collegio di Direzione, riguardanti:

- la gestione integrata delle patologie croniche prevalenti (scompenso cardiaco, BPCO, diabete, ipertensione).
- L'approccio assistenziale alle patologie dell'anziano.
- Il rinnovamento dell'area oncologica e delle cure palliative.
- Lo sviluppo del percorso nascita.
- Lo sviluppo dell'area pneumologia.
- La messa in rete dei laboratori (laboratorio analisi, Medicina Trasfusionale, Genetica, Anatomia Patologica).
- Completare i percorsi di Accreditamento.
- Implementare l'applicazione della normativa in termini di sicurezza sul lavoro e l'applicazione della gestione del rischio.
- Sostenere l'applicazione del modello organizzativo per gradualità delle cure.
- Sviluppare l'accoglienza all'interno dei servizi/UU.OO.

Unitamente alle linee strategiche la formazione è stata un'equa distribuzione dei crediti ECM tra i diversi operatori afferenti ai Dipartimenti, nonché si è perseguita una maggiore diversificazione

delle tipologie (residenziale, sul campo, mista, FAD) in relazione agli obiettivi specifici delle singole iniziative. Contestualmente il Collegio di Direzione ha validato i criteri di assegnazione del *budget* della formazione da assegnare ai Dipartimenti.

4.6.1 Pianificazione dell'attività formativa

Il Piano della Formazione (PAF) rappresenta lo strumento principale di programmazione annuale delle attività formative per il sistema di governo della Formazione, in quanto valorizza la formazione in funzione degli obiettivi strategici, del modello organizzativo e delle esigenze collettive ed individuali del personale. Elaborato contestualmente al processo di *budget* il PAF è predisposto dal Collegio di Direzione ed è composto dall'analisi dei bisogni formativi delle figure professionali, dalla definizione degli obiettivi prioritari e dalla descrizione di strategie e azioni previste sotto il profilo della progettazione, erogazione e valutazione degli effetti rispetto agli obiettivi iniziali. Contiene, altresì, la formalizzazione del *budget* delle risorse economiche da dedicare, gli orientamenti gestionali e le finalità di seguito elencate:

- integrare la programmazione formativa con le strategie dell'azienda e le politiche di gestione;
- programmare la formazione in sintonia e coerenza ai processi di innovazione tecnologica e clinico-organizzativa;
- permettere una visione organica delle risorse/attività;
- governare le spinte dei diversi attori coinvolti;
- selezionare correttamente i partecipanti alle attività formative per un utilizzo razionale e mirato delle risorse;
- supportare il processo di monitoraggio e valutazione gestionali per migliorare la successiva programmazione.

4.6.2 Tipologie delle attività di formazione

La formazione residenziale interna è rappresentata da tutti gli eventi progettati, gestiti, realizzati e valutati all'interno dell'azienda. L'AUSL di Imola privilegia tale tipologia di formazione, per le tematiche possibili, promuovendo anche la collaborazione tra aziende. Particolarmente significativa, su mandato della Direzione Operativa dell'Area Vasta Emilia Centro, è il proseguimento dell'esperienza avviata nel 2010 relativamente alla definizione dei bisogni formativi trasversali di Area Vasta degli operatori afferenti ai Dipartimenti Amministrativi e la successiva realizzazione degli eventi formativi distribuiti equamente a livello periferico dalle aziende sanitarie di riferimento. Sono ricompresi in questa tipologia formativa: i corsi, i convegni, i congressi, le conferenze, le giornate di studio e i seminari. Nel 2011 l'azienda ha realizzato 181 corsi di formazione interna rivolti ai propri dipendenti.

La formazione esterna si connota come una "modalità complementare" per i casi in cui il fabbisogno non sia intercettato da attività formative interne o perché particolarmente specialistico

o per il limitato numero di dipendenti da coinvolgere. Tale modalità comporta la partecipazione individuale a iniziative di aggiornamento organizzate da terzi, nelle stesse forme di: corsi, convegni, congressi, seminari, ecc.. Le iniziative esterne si distinguono in "aggiornamento obbligatorio", nei casi in cui prevale l'interesse dell'azienda, e "aggiornamento facoltativo" nei casi in cui prevale l'interesse del singolo operatore. Nel corso dell'anno sono state 1.418 le occasioni di aggiornamento esterno fruite dai dipendenti.

La formazione sul campo si realizza contestualmente all'attività lavorativa mediante esperienze *on the job*, che modificano e arricchiscono le pratiche e le prassi. Rientrano in tale tipologia - e possono pertanto essere valorizzate anche con il rilascio di crediti ECM - i gruppi di miglioramento, le partecipazioni ai Comitati, gli *audit* clinici e organizzativi, gli addestramenti, le partecipazioni a ricerche. Il Sistema ECM approvato dalla RER sostiene la valorizzazione di tale tipologia di formazione come elemento essenziale dei processi di Formazione Continua. Nel 2011 l'AUSL di Imola ha potenziato questa formazione realizzando 65 iniziative di formazione sul campo.

La formazione a distanza (FAD) riguarda tutte le modalità con cui le attività ECM possono essere trasmesse da utenti localizzati in sedi diverse da quelle in cui opera il docente/formatore. Queste sedi sono di solito molteplici e la fruizione può essere individuale o a gruppi e avviene in tempi diversi dalla docenza, scelti singolarmente da ogni utilizzatore. L'AUSL di Imola è membro del Consorzio MED3, insieme alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna, al Cineca, alle aziende USL e Ospedaliera di Bologna e all'Istituto Ortopedico Rizzoli.

Nel 2011 sono state circa 340 le occasioni fruite di frequenza ai corsi FAD per un totale di 5.085 crediti ECM maturati e con una stima di costi "evitati", rispetto alle tradizionali modalità operative, pari ad € 90.206, come rappresentato in Tabella 4.14.

Tabella 4.14 – Figure professionali che hanno partecipato ad iniziative FAD. Anno 2011

PROFESSIONE	CREDITI EROGATI	Stima costi "evitati" per crediti erogati (ipotizzando 1 ora = 1 credito)
Biologo	43	1.387
Veterinario	10	323
Collaboratore prof. sanitario infermiere/dietiste/ostetriche	3.729	56.561
Fisioterapista	75	1.138
Dirigente medico	590	19.032
Collaboratore prof. tecnico sanitario	523	7.933
Psicologo	60	1.935
Farmacista	55	1.896
Totale	5.085	90.205

4.6.3 Attività formativa "in cifre"

L'AUSL di Imola, nel 2011, ha realizzato 187 iniziative formative rivolte al personale dipendente (116 residenziali, 65 di formazione sul campo, 6 FAD) che hanno dato origine a 397 edizioni, di cui 375 accreditate presso la Commissione Regionale ECM.

In totale sono state frequentate 33.486 ore di formazione per i corsi interni aziendali e sono state erogate circa 1.962 ore di docenza svolte da dipendenti nei percorsi di formazione residenziale.

Sezione 4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

Presso la Commissione Regionale ECM sono stati accreditati 25 eventi progettati dall'Agenzia Sanitaria Sociale Regionale e da altri settori della Regione. L'AUSL di Imola ha inoltre realizzato 6 corsi, dedicati a cittadini del territorio, riguardanti i temi della sicurezza sviluppati su 26 edizioni.

Tabella 4.15 - Iniziative formative realizzate. Anno 2011

INIZIATIVE FORMATIVE	Eventi realizzati dedicati a personale dipendente		Eventi accreditati per Agenzia/RER		Eventi realizzati dedicati a Personale ESTERNO		Totale	Totale
	Corsi	Edizioni	Corsi	Edizioni	Corsi	Edizioni	Corsi	Edizioni
Formazione residenziale ECM	100	224	21	25			121	249
Formazione residenziale NON ECM	16	28			6	26	22	54
Formazione sul campo ECM	65	145	1	1			66	146
Formazione FAD	6		3				9	
Totale	187	397	25	26	6	26	218	449

Sono state realizzate, inoltre, 7 iniziative formative che hanno dato luogo a 18 edizioni rivolte al personale convenzionato (MMG, Sumaisti, Guardia Medica), accreditate presso la Commissione e una presenza complessiva di 745 partecipazioni.

Nell'anno in esame gli operatori soggetti a obbligo ECM risultano 1.174 dipendenti e 168 medici convenzionati (Tabella 4.16). A seguito della attività formativa realizzata il "monte crediti" prodotto è stato pari a 37.195 e complessivamente il monte crediti registrato derivante anche da partecipazione ad attività di formazione esterna obbligatoria o frequentata a titolo personale, pari a 51.248 con un pro-capite medio per dipendente con obbligo ECM di 40, in linea con le indicazioni fornite *ex ante* dal Collegio di Direzione. Rispetto al 2010 il "monte crediti" prodotto da attività di formazione interna ha registrato un incremento pari al 10% (2010: 33.780 vs 2011: 37.195); se si considera tutta l'attività di formazione realizzata, a confronto, l'incremento risulta ancor più significativo: + 21% (2010: 42.257 vs 2011: 51.248).

Tabella 4.16 - Crediti ECM acquisiti nell'AUSL di Imola. Anno 2011

Personale 2011	N°	Crediti Formazione INTERNA	Crediti da docenza in formazione INTERNA e tutoraggio	Crediti Formazione ESTERNA*	Crediti Spot	Totale	Stima Monte crediti anno (media 50 crediti pro capite)	Media crediti pro capite raggiunta
Dipendenti con obbligo ECM	1.174	32.973	4.557	2.093	7.404	47.026	58.700	40,06
Convenzionato	168	4.222	0	0	0	4.222	8.400	25,13
Totale	1.342	37.195	4.557	2.093	7.404	51.248	67.100	38,19

In Tabella 4.17 si riportano i crediti ECM maturati nel 2011, scomposti per profili professionali e grado di copertura rispetto al valore teorico atteso.

Sezione 4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

Tabella 4.17 - Grado di copertura ECM nell'AUSL di Imola. Anno 2011

Professioni	Crediti erogati ai dipendenti	Operatori Dipendenti a tempo indeterminato	Crediti Teorici (50/anno)	Grado di copertura
assistente sanitario	465	14	700	66,4%
biologo	426	9	450	94,7%
chimico	23	1	50	46,0%
dietista	80	3	150	53,5%
educatore professionale	288	5	250	115,2%
farmacista	220	7	350	62,8%
fisioterapista	1.437	28	1.400	102,6%
infermiere	30.221	713	35.650	84,8%
logopedista	226	7	350	64,4%
Massofisioterapista	15	1	50	30,0%
medico chirurgo	7.312	248	12.400	59,0%
ortottista	30	2	100	30,0%
ostetrica/o	792	21	1.050	75,4%
psicologo	371	12	600	61,9%
tecnico audiometrista	89	2	100	89,0%
tecnico prevenzione nell'amb. di	959	17	850	112,8%
tecnico di neurofisiopatologia	45	3	150	29,7%
tecnico sanitario di laboratorio	1.758	35	1.750	100,5%
tecnico sanitario di radiologia	2.030	36	1.800	112,8%
veterinario	240	10	500	47,9%
Totale	47.026	1.174	58.700	80,1%

Medici Convenzionati	Crediti erogati	N° operatori Convenzionati	Crediti Teorici (50/anno)	Grado di copertura
Medico di Medicina Generale	3.314	99	4.950	66,9%
Medico di continuità assistenziale	391	25	1.250	31,3%
Pediatra di Libera Scelta	238	20	1.000	23,8%
Specialista Convenzionato	279	24	1.200	23,3%
Totale	4.222	168	8.400	50,3%

I dati relativi agli incarichi didattici assegnati nel 2011 per la realizzazione delle varie iniziative sono (Tabella 4.18): 158 dipendenti per incarichi di docenza di formazione continua; 145 a cui per funzioni di *tutoring* per la formazione continua e iniziative di formazione sul campo; 141 gli incarichi di docenza/relatore e tutoraggio a professionisti esterni.

Tabella 4.18 - Incarichi didattici nell'ambito della Formazione Continua. Anno 2011

Formazione Continua incarichi didattici	Dipendenti	Non Dipendenti	Convenzionati	Totale
Docenti	158	131	4	293
Tutor	145	6	0	151
Totale	303	137	4	444

Alla formazione organizzata e gestita dall'AUSL di Imola ha partecipato, oltre al personale dipendente e convenzionato, anche personale esterno per un totale di crediti pari a 4.499.

In Tabella 4.19 viene riportato il *budget* riferito all'attività formativa per il 2011, così come fissato dal Collegio di Direzione e nel rispetto della L. 122/2010, che ha previsto, nell'ambito del contenimento della spesa pubblica, una riduzione per le attività formative.

Sezione 4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

Tabella 4.19 - Budget per la Formazione dell'AUSL di Imola. Anno 2011

Strutture	Fondi	%
Fondo di riequilibrio	€ 19.500	11,8%
Formazione trasversale e FAD	€ 36.000	21,7%
Uffici di Staff	€ 2.258	1,4%
Direzione Infermieristica e Tecnica	€ 2.893	1,7%
Direzione Assistenza Farmaceutica	€ 1.474	0,9%
Direzione Medica di Presidio	€ 357	0,2%
Dipartimento Sanità Pubblica	€ 4.972	3,0%
Dipartimento Materno Infantile	€ 7.035	4,2%
Distretto/ Dipartimento Cure Primarie	€ 7.331	4,4%
Dipartimento Salute Mentale	€ 8.928	5,4%
Dipartimento Amministrativo	€ 11.652	7,0%
Dipartimento Chirurgico	€ 15.488	9,3%
Dipartimento Medico	€ 18.756	11,3%
Dipartimento Emergenza Accettazione	€ 18.381	11,1%
Dipartimento Servizi Intermedi	€ 10.926	6,6%
Sub Totale	€ 165.951,00	100%
Biblioteca Aziendale	€ 155.000	
Totale Generale	€ 320.951,00	

Complessivamente nel 2011, rispetto ai previsti € 165.951, sono stati utilizzati € 152.115 da Fondo aziendale stanziato per la formazione e ulteriori € 88.553 da Fondi vincolati per un totale di € 240.668. La ripartizione delle spese tra le Strutture aziendali, suddivisa tra formazione interna ed esterna, è rappresentata in Tabella 4.20.

Tabella 4.20 - Spesa per la Formazione dell'AUSL di Imola. Anno 2011

Costi	Spesa per formazione		Totale
	Da budget	Fondi Vincolati	
Formazione Interna	€ 81.604	€ 67.507	€ 149.111
Formazione Esterna	€ 70.511	€ 21.046	€ 91.557
Formazione interna personale Convenzionato	€ 11.578		€ 11.578
Biblioteca	€ 164.245		€ 164.245
Totale	€ 327.938	€ 88.553	€ 416.491
	€ 416.491		

La spesa per la Formazione interna dei Medici convenzionati è stata pari a € 11.578,00. Per quanto riguarda la ricaduta "gestionale", oltre agli strumenti consolidati in azienda circa il livello di apprendimento e crescita professionale, viene messa a disposizione della Direzione aziendale e delle Direzioni di dipartimento adeguata reportistica relativa a: andamento economico del *budget* assegnato, con il dettaglio della spesa per iniziative esterne e interne; numero crediti ECM acquisiti da parte dei dipendenti; monte ore registrato con causale "*presenza in Formazione*" (interna ed esterna); gradi di realizzazione del PAF e di assorbimento del *budget* specifico dipartimentale; dettaglio delle iniziative interne realizzate o frequentate e delle partecipazioni a iniziative esterne, per singolo professionista.

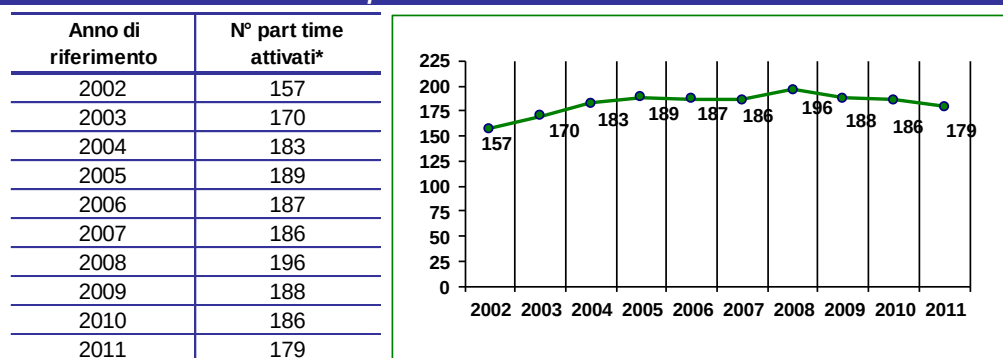
4.7 Struttura delle relazioni col personale e sue rappresentanze

4.7.1 Compatibilità tra vita lavorativa e vita familiare

Il numero dei dipendenti *part-time* – che ha registrato nel 2008 un picco di 10 unità rispetto ad una sostanziale stabilizzazione dal 2004 al 2007 in poco meno di 190 (Grafico 4.21) - nel 2011 risulta in lieve calo sui valori dell'anno precedente. Già dalla data di entrata in vigore delle previsioni, di cui all'art. 73 del D.L. 112/2008, l'azienda ha subordinato i passaggi a *part time* alla valutazione delle esigenze di servizio, eliminando ogni automatismo nella trasformazione.

Inoltre, con l'introduzione delle disposizioni dell'art.16 della L. 183/2010, è stata colta l'opportunità di sottoporre a nuova valutazione i provvedimenti di trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, adottati prima dell'entrata in vigore del D.L. 112/2008, con l'obiettivo di affrontare le criticità emerse nel tempo e comunque apponendo un termine di scadenza biennale ai contratti; ciò al chiaro e dichiarato fine di poter procedere, con tale congrua cadenza temporale, alle valutazioni di compatibilità, da un lato, tra posizioni di lavoro a tempo parziale in essere ed interesse organizzativo della parte datoriale in continua mutazione, dall'altro, in via comparativa, tra posizioni in essere già coperte da chi ha beneficiato della trasformazione ed esigenze di altri lavoratori dipendenti, che aspirano, avendone titolo a detto beneficio in presenza di oggettive esigenze.

Grafico 4.21 - Numero di *part-time* attivati dal 2002 al 2011 nell'AUSL di Imola



* Dato al 31/12 dell'anno di riferimento

In Tabella 4.22 si mostrano i dipendenti con *part-time* suddivisi per categoria, genere e tipologia (ciclico, orizzontale e verticale).

Sezione 4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

Tabella 4.22 - Numero *part-time* nell'AUSL di Imola, aggregati per tipologia e genere. Anno 2011

ANNO 2011	PT Ciclico		PT Orizzontale		PT Verticale		TOT.
	M	F	M	F	M	F	
PERSONALE INFERMIERISTICO		3	1	71		33	108
PERSONALE TECNICO SANITARIO				8		3	11
PERSONALE OTA OSS AUSILIARI	1	2	1	10		11	25
PERSONALE AMMINISTRATIVO		4		16	1	3	24
ALTRO	1		1	6	1	2	11
Totale	2	9	3	111	2	52	179

In Tabella 4.23 si riporta il numero degli accessi ai congedi parentali e per assistenza a familiare (L. 104/92) fruiti prevalentemente da personale femminile. Il confronto tra i due anni, evidenzia un deciso aumento degli accessi ai congedi parentali ed alla L. 104/92 per assistenza a familiare.

Tabella 4.23 – Accesso ai congedi parentali e assistenza familiare. Anni 2010 e 2011

ANNO 2011	N. dipendenti		N. gg. di assenza	
	F	M	F	M
Accessi ai congedi parentali	208	37	10.458	1.239
Accessi alla legge 104/92 per assistenza a familiare	203	20	4.656	338
Totale	411	57	15.114	1.577
ANNO 2010	N. dipendenti		N. gg. di assenza	
	F	M	F	M
Accessi ai congedi parentali	175	34	5.040	558
Accessi alla legge 104/92 per assistenza a familiare	191	25	7.420	1232,5
Totale	366	59	12.460	1.790,5

4.7.2 Facilitazioni per i dipendenti

Nella Intranet aziendale, sezione "Per i dipendenti", si può trovare tutto ciò che riguarda le Convenzioni, il Servizio di Mensa aziendale (interna o allargata mediante utilizzo buoni pasto presso esercizi convenzionati), la [Biblioteca](#) (che consente di accedere al testo pieno delle risorse elettroniche della Biblioteca Medico Scientifica, anche da postazioni esterne alla rete aziendale), le Organizzazioni Sindacali e i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RSL), nonché la nuova pagina dedicata al [Comitato Unico di Garanzia \(CUG\)](#). Tale Comitato, costituito in agosto, ha il compito di: assicurare parità e pari opportunità di genere, rafforzando la tutela dei lavoratori e delle lavoratrici; garantire l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione e alla lingua; favorire l'ottimizzazione dell'organizzazione del lavoro, migliorando l'efficienza delle prestazioni lavorative, in un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità e dal benessere organizzativo. Al Comitato sono attribuiti tutti i compiti propositivi, consultivi e di verifica, in ordine all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, al miglioramento dell'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori. Il CUG è pertanto organismo di tutela e l'Amministrazione è tenuta a consultarlo.

Nell'[Intranet aziendale](#) è stato, in oltre, creato un *forum* dove ogni dipendente può scrivere, anche in forma anonima, suggerimenti, proposte, segnalazioni di disagio personale o riguardanti il contesto lavorativo e la sua organizzazione.

Nel corso del 2011 l'azienda ha portato avanti una serie di progetti che hanno avuto come obiettivo principale la riduzione delle comunicazioni cartacee attraverso l'introduzione di strumenti di carattere informatico, come la nuova modalità per i dipendenti di consultare e scaricare il cedolino stipendiale, il CUD e il cartellino orario dalla intranet aziendale e da internet tramite la sezione "**Portale web per i dipendenti**". L'accesso è riservato ai dipendenti e le modalità di autenticazione prevedono l'inserimento della matricola e di una password.

Inoltre, sempre collegandosi alla medesima pagina di consultazione, i Responsabili potranno reperire una serie di report relativi allo straordinario, ferie fruite e residue, assenze del personale della propria struttura che possono risultare utili nell'attività di programmazione interna.

Altra innovazione, attivata al momento solo in alcuni dipartimenti aziendali, riguarda la possibilità per i dipendenti di inoltrare le richieste/autorizzazioni di ferie o di mancata timbratura via web.

Presso l'Ospedale Nuovo è stato creato un **parcheggio dedicato** ai dipendenti/convenzionati con 130 posti il cui accesso è disciplinato da apposita sbarra azionabile con l'utilizzo del badge. In questo modo si è data una risposta alla necessità di accedere con più rapidità al luogo di lavoro.

4.7.3 Relazioni sindacali

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. In Tabella 4.24, si elencano le sigle sindacali presenti in azienda.

Tabella 4.24 - Sigle sindacali presenti nell'AUSL di Imola per aree contrattuali

Comparto	Dirigenza Medica e Veterinaria	Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa
CGIL FP	ANAAO ASSOMED	CGIL FP Dirigenti
CISL FP	CIMO ASMD	CISL FPS Dirigenti
UIL FPL	AAROI	UIL FPL Dirigenti
FIALS	CGIL Medici	SNABI SDS
FSI	FVM	AUPI
	CISL MEDICI	
	FESMED	
	ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI	
	FM aderente alla UIL FPL	

L'azienda, da sempre, assicura un sistema di relazioni sindacali orientato alla collaborazione, alla partecipazione e al coinvolgimento che, in alcuni casi, ha portato ad attivare un "confronto" con le OO.SS. anche su materie non strettamente obbligatorie. Nel 2011 l'attività di contrattazione

Sezione 4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

integrativa svolta (circa 22 incontri) ha portato alla sottoscrizione degli accordi riportati nella tabella che segue.

Tabella 4.25 - Accordi siglati dall'AUSL di Imola e dalle OO.SS. Anno 2011

Area	Accordi integrativi (C.I.A.)	Data
Comparto	Applicazione dell'Intesa regionale per l'utilizzo delle risorse regionali incentivanti la flessibilità nelle Aziende del SSR sottoscritta in data 20.9.2011	19/10/2011
Medica e Veterinaria	Retribuzione di risultato anno ed eccedenze orarie anni 2009-2010-2011	09/03/2011
Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa	Retribuzione di risultato anno 2011 - Accertamento dei residui al 31.12.2010 e loro finalizzazione	19/07/2011

Anche durante il 2011, il confronto con le rappresentanze del personale delle due Aree dirigenziali ha interessato, quasi esclusivamente, la retribuzione di risultato e le eccedenze orarie.

In particolare la trattativa con le rappresentanze del personale dell'Area Medica e Veterinaria si è rilevata complessa e prolungata prima di arrivare alla sottoscrizione dell'accordo relativo agli anni 2009 e 2010, tra l'altro non con la totalità delle sigle presenti al tavolo. La trattativa per la retribuzione di risultato per il 2011, iniziata a giugno, si è appena conclusa.

Relativamente all'Area Comparto, invece gli incontri con le parti sindacali hanno riguardato in particolare il part time e il percorso di revisione previsto dalla L. 133 che l'azienda ha attuato nel corso 2011. Il confronto protrattosi per alcuni mesi ha consentito, da un lato, di comprendere le reciproche posizioni e, dall'altro, di attuare il percorso di revisione contemperando, dove possibile, le diverse esigenze (la prioritaria necessità dell'azienda di garantire servizi adeguati all'utenza e le esigenze personali/familiari dei lavoratori). Come negli anni passati, su richiesta delle parti sindacali, sono stati effettuati ulteriori incontri su specifici temi o problemi emergenti nel corso dell'anno attinenti l'organizzazione del lavoro: orario di servizio, mensa, parcheggi, regolamento SIMILALP, convenzioni con Università, congedo parentale, part-time ecc..

Nel 2011, su alcuni progetti aziendali di riorganizzazione (attivazione Area critica, servizio 118) previsti dal Piano Strategico Aziendale, si è registrata una ferma contrapposizione da parte delle sigle sindacali (sia comparto che dirigenza); l'azienda, oltre a promuovere specifici incontri per favorire la partecipazione e la condivisione di tutti, ha posticipato la data di attuazione dei progetti e ha tenuto conto nell'attuazione degli stessi, ove possibile, dei suggerimenti e delle osservazioni formulate dai lavoratori e dai rappresentanti sindacali.

5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

La definizione ed approvazione del [Piano Strategico Aziendale 2010-2013](#) ha costituito nell'anno di rendicontazione l'elemento centrale di relazione e condivisione della pianificazione sanitaria con le istituzioni del territorio e la società civile. Il piano di comunicazione aziendale si è quindi incentrato su iniziative che portassero prima ad una partecipazione e condivisione delle scelte e poi ad una loro diffusione massima e capillare tra gli *stakeholder* e i cittadini.

Un'operazione non priva di difficoltà, in un momento storico oggettivamente difficile come quello che sta vivendo il nostro Paese, che esige scelte di responsabilità volte alla sostenibilità del sistema, sempre più incentrate sui principi di universalismo ed equità, che talora possono risultare incomprese o impopolari. Nell'ambito proprio della comunicazione, il 2011 è quindi caratterizzato dallo sforzo di rendere sempre più intelligibile e trasparente agli operatori interni e ai cittadini l'operato dell'Azienda, la sua missione e i suoi principi guida e le strategie adottate per renderli realizzabili, nell'ambito dei vincoli imposti e non derogabili del sistema.

Comprensibilità e diffusione informativa "a bassa soglia" sono stati obiettivi a cui si è continuato a tendere, anche aprendosi ai nuovi canali comunicativi del *Web 2.0*, che sono andati ad affiancare quelli *mass* mediatici tradizionali (stampa, televisione, radio, ecc.).

5.1 La comunicazione per l'accesso ai servizi

5.1.1 Le relazioni con il pubblico

All'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) sono affidate una molteplicità di funzioni inerenti la relazione e la comunicazione all'utenza. In particolare, esso si occupa di gestire la relazione diretta con i cittadini e la mediazione del conflitto; coordina direttamente l'aggiornamento del settore aziendale della Banca Dati Numero Verde e risponde telefonicamente al II livello; coordina l'attività di **indagine di qualità percepita** ([Sezione 3, par. 3.3.2](#)), ne elabora e comunica internamente i risultati avviando azioni di miglioramento ed agisce come supporto all'attività del **Comitato Consultivo Misto degli Utenti** ([Sezione 3, par. 3.3.1](#)). In definitiva, l'URP - attraverso ogni strumento disponibile - è deputato all'ascolto dei cittadini, perché lo stesso sappia tradursi sia in una risposta diretta sia in un miglioramento generale delle attività aziendali, in linea coi bisogni rilevati e, ancora, in un *empowerment* dell'utenza esterna e interna.

Per quanto attiene più in specifico l'informazione per l'accesso ai servizi - che è in maniera preponderante funzione deputata al *front office* URP, inteso come accesso diretto, anche telefonico (ai numeri diretti aziendali piuttosto che attraverso il II livello del Numero Verde regionale; vedi par. 5.1.2), via fax, *web* o *e_mail* - sull'attività 2011 hanno inciso in modo determinante le attività di indirizzo ed informazione all'utenza rispetto alle nuove normative sul diritto di esenzione per età e reddito e sulla compartecipazione alla spesa sanitaria, per assolvere

le quali è stato necessario attuare aperture straordinarie degli sportelli informativi aziendali e gestire con grande impegno la sinergia tra tutti gli sportelli di *front office* dell'azienda.

5.1.2 Servizio Numero Verde Regionale

La Banca dati Numero Verde dell'AUSL di Imola, costantemente aggiornata da un operatore dedicato dell'URP, al 31.12.2011 conteneva 4.040 prestazioni (vs 3.950 del 2010). L'URP garantisce inoltre la copertura oraria del servizio informativo aziendale di II livello, con operatori disponibili a questo tipo di risposta tutti i giorni dalle 8.30 alle 17.30 e il sabato dalle 8.30 alle 13.30. I contatti telefonici NV per Imola sono aumentati sostanzialmente nel corso del 2011, passando da 2.813 a 4.424: al 10,7% di queste chiamate è stato risposto grazie al passaggio al II livello gestito direttamente dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico; 280 sono invece state le chiamate passate direttamente al CUP telefonico per effettuare una prenotazione.

In questo settore operativo l'elemento centrale occorso nel 2011 è stato il rafforzamento della rete dei referenti interni effettuata attraverso corsi di formazione *ad hoc* tenuti dal responsabile URP e dal referente NV che ha visto coinvolti 132 professionisti aziendali, a tutti i livelli.

5.1.3 Il sistema di gestione delle segnalazioni e gli strumenti di ascolto del cittadino

Il sistema di gestione ed analisi delle segnalazioni è un approccio all'ascolto sistematico e strutturato dell'utenza che, oltre a rispondere alle situazioni di disagio e di insoddisfazione espresse dal cittadino, opera un monitoraggio continuo delle criticità e delle eccellenze aziendali utili ad orientare al miglioramento continuo dei servizi. La registrazione delle segnalazioni è organizzata all'interno di un data base regionale che rende omogenea ed univoca la classificazione, permettendo anche il confronto interaziendale (Tabella 5.1).

Tabella 5.1 – Confronto regionale segnalazioni per Azienda e tipologia – Triennio 2009-2011

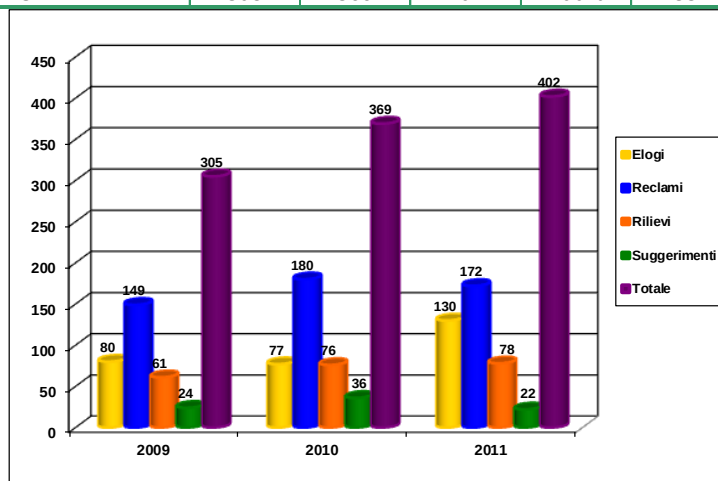
Azienda	Elogi		Reclami		Rilievi		Suggerim.		Impropri		Totale	
	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011
AOU Bologna	961	961	571	802	47	72	22	56	14	34	1.615	1.925
AOU Ferrara	275	335	485	545	100	128	11	6	40	55	911	1.069
AOU Modena	1.117	1.809	409	345	203	150	67	67	12	16	1.808	2.387
AOU Parma	200	274	429	709	117	85	8	0	2	0	756	1.068
AOU R. Emilia	157	222	216	261	7	5	8	10	6	3	394	501
AUSL Bologna	579	822	1.659	1.670	137	87	21	22	2	4	2.398	2.605
AUSL Cesena	667	786	640	710	31	18	69	58	11	16	1.418	1.588
AUSL Ferrara	600	573	584	541	145	144	7	20	7	6	1.343	1.284
AUSL Forlì	221	272	157	185	192	141	15	5	1	4	586	607
AUSL Imola	115	148	179	198	74	88	31	32	6	1	405	467
AUSL Modena	667	703	892	1.014	1.148	1.085	167	73	21	1	2.895	2.876
AUSL Piacenza	128	153	269	269	325	354	7	5	231	290	960	1.071
AUSL Ravenna	162	535	405	532	48	41	8	3	4	8	627	1.119
AUSL R. Emilia	181	201	500	391	72	46	48	42	2	2	803	682
AUSL Rimini	226	404	286	272	19	42	4	4	8	4	543	726
AUSL Parma	104	157	384	311	71	61	5	3	3	1	567	533
IOR Bologna	355	793	244	219	95	64	9	20	6	4	709	1.100
Totale regionale	6.715	9.148	8.309	8.974	2.831	2.611	507	426	376	449	18.738	21.608
%	35,8%	42,3%	44,3%	41,5%	15,1%	12,1%	2,7%	2,0%	2,0%	2,1%	100%	100%

Nota: Nei dati regionali sono conteggiate all'AUSL di Imola anche le segnalazioni che riguardano *Montecatone Rehabilitation Institute*

Il sistema informativo regionale permette di registrare e di classificare le segnalazioni dei cittadini, tramite specifiche tipologie: elogi; reclami; rilievi; suggerimenti, dove il reclamo è espressione di insoddisfazione degli utenti, che attiva la procedura interna e la risposta scritta entro 30 giorni; il rilievo è una indicazione di disservizio, che si risolve con una risposta di cortesia; il suggerimento è una segnalazione che ha lo scopo di fornire indicazioni per migliorare i servizi e l'elogio è espressione di soddisfazione del cittadino/utente. Complessivamente nel 2011 sono state presentate 402 segnalazioni verso l'AUSL di Imola, al netto delle segnalazioni riguardanti Montecatone *R.I.* In Tabella 5.2 si riporta la distribuzione assoluta e % delle segnalazioni classificate per tipologia e riferite al periodo 2009-2011, con le variazioni assolute rispetto al 2009.

Tabella 5.2 - Segnalazioni per tipologia rivolte all'AUSL di Imola. Periodo 2009-2011

Tipologia segnalazione	2009	2010	2011	%	Var 2009/2011
Elogi	80	77	130	32,3%	53
Reclami	149	180	172	42,8%	-8
Rilievi	61	76	78	19,4%	2
Suggerimenti	24	36	22	5,5%	-14
TOTALE	305	369	402	100%	33



Il 2011 mostra una lieve diminuzione delle segnalazioni critiche (250 vs 256) a fronte di un incremento sensibile degli elogi (il 32% del totale); significa che circa 1 segnalazione su 3 è un elogio, un dato in forte inversione di tendenza rispetto al 2010, caratterizzato da un aumento significativo delle segnalazioni critiche ed una sostanziale stabilità di quelle positive.

A parziale spiegazione, va detto che nel 2011 l'URP ha richiesto esplicitamente alle Unità Operative di inviare gli elogi che venivano lasciati direttamente in reparto o consegnati personalmente ai sanitari: la positiva risposta a questa richiesta è una delle motivazioni del notevole aumento degli elogi, che possiamo presumere negli anni precedenti non fossero totalmente portati a conoscenza dell'URP e quindi registrati. Ciò evidenzia comunque una volontà dei cittadini a parlare anche di "ciò che va bene" e a voler rendere atto, direttamente all'Azienda e ai professionisti, le loro opinioni, nel bene e nel male. Resta infatti prevalente e in crescita,

l'accesso diretto e personale all'URP, come dimostrano l'analisi per modalità di presentazione (Tabella 5.3) e per soggetto proponente (Tabella 5.4).

Tabella 5.3 - Segnalazioni distinte per modalità di presentazione. Anno 2011

Tipologia segnalazione	URP	Lettera	E-mail	Stampa	Fax	Verbale / Telefonica	Web	Totale	%
Elogi	68	41	6	13	0	2	0	130	32,3%
Reclami	146	13	4	0	8	1	0	172	42,8%
Rilievi	57	3	9	5	1	3	0	78	19,4%
Suggerimenti	13	4	3	0	0	2	0	22	5,5%
TOTALE	284	61	22	18	9	8	0	402	100%
%	70,6%	15,2%	5,5%	4,5%	2,2%	2,0%	0,0%	100%	

Tabella 5.4 - Segnalazioni distinte per tipologia e soggetto proponente. Anno 2011

Tipologia segnalazione	Cittadino	Associazione	Ente	Operatore sanitario	Studio legale	Totale
Elogi	130	0	0	0	0	130
Reclami	167	5	0	0	0	172
Rilievi	77	1	0	0	0	78
Suggerimenti	21	0	0	1	0	22
TOTALE	395	6	0	1	0	402
%	98,3%	1,5%	0,0%	0,2%	0,0%	100,0%

Se si guarda all'analisi riferita all'"oggetto" della segnalazione, come da classificazione regionale CCRQ (Tabella 5.5), si verifica che la grande maggioranza degli elogi si concentrano sulla macrocategoria "umanizzazione e aspetti relazionali" e riguardano in particolare la "cortesia e gentilezza degli operatori" (117 elogi *vs* 66 del 2010). Questa macrocategoria risulta infatti quella con la maggior prevalenza relativa di segnalazioni (34,8%), nonostante il decremento di reclami e rilievi (22 *vs* 28). In calo rispetto al 2010 anche le criticità (reclami e rilievi) relative agli aspetti tecnico professionali (34 *vs* 44), all'informazione (6 *vs* 14), ai tempi (24 *vs* 27), agli aspetti organizzativi-burocratici-amministrativi (30 *vs* 40).

Le macrocategorie "aspetti strutturali ed aspetti alberghieri e *comfort*" confermano un *trend* di lieve decremento negli anni, con una percentuale di segnalazioni, che come somma delle due macrocategorie, nel 2011, evidenzia un 3,9% contro il 4,6% del 2010.

Significativo anche nel 2011 l'incremento delle contestazioni di tipo economico, che già lo scorso anno evidenziava un + 5% rispetto al 2009, e che nel 2011 passa dal 19,2% al 22,9% (ovvero circa 1 segnalazione ogni 4 è una contestazione economica). Si tratta in maggioranza di "contestazioni al ticket delle prestazioni sanitarie" (69 *vs* 51 del 2010) e secondariamente di "richieste di rimborso e risarcimenti" (22 *vs* 16 del 2010).

La maggioranza delle contestazioni al pagamento del ticket riguardano prestazioni di PS (62) che in 45 casi sono risultate effettivamente non dovute. A parziale giustificazione del dato va detto che solo nel terzo trimestre dell'anno è stato possibile "far leggere" al Pronto Soccorso l'anagrafe sanitaria per via informatica. Precedentemente i medici non avevano basi su cui definire l'esenzione quando il paziente non portava con sé la propria documentazione. Su 25 richieste di recupero crediti, è stato rilevato da parte della Unità Operativa di Contabilità e Finanza, che 16

sono effettivamente pagamenti non dovuti all'azienda (in genere per ricovero nelle ore successive all'accesso in PS).

Tabella 5.5 – Segnalazioni suddivise in base alla classificazione CCRQ. Anno 2011

Macro-categorie oggetto del reclamo	Elogi	Reclami	Rilievi	Suggerimenti	Totale	%
ASPETTI STRUTTURALI	0	0	2	3	5	1,2%
INFORMAZIONE	0	0	6	2	8	2,0%
ASPETTI ORGANIZZATIVI BUROCRATICI AMMINISTRATIVI	0	4	26	10	40	10,0%
ASPETTI TECNICI PROFESSIONALI	13	24	10	0	47	11,7%
UMANIZZAZIONE E ASPETTI RELAZIONALI	117	15	7	1	140	34,8%
ASPETTI ALBERGHIERI E COMFORT	0	2	4	5	11	2,7%
TEMPI	0	1	23	1	25	6,2%
ASPETTI ECONOMICI	0	92	0	0	92	22,9%
ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA	0	34	0	0	34	8,5%
Totale segnalazioni	130	172	78	22	402	100%

Oltre il 75% delle 172 pratiche di reclamo del 2011 sono state chiuse entro 30 giorni (n.a. 130) mentre i 42 reclami a cui si è dato risposta in tempi superiori ai 30 giorni (con lettera interlocutoria nel corso di questo periodo) sono stati risolti in media in 55 giorni.

Va ricordato che l'azienda dispone di una procedura di **trriage del reclamo**, per cui gli eventi definiti con "codice giallo" ovvero ritenuti significativi per la gestione del rischio (reclamo di tipo tecnico professionale o strutturale o denuncia di disservizio grave con riserva di ulteriori azioni o ipotesi di danno) vengono seguiti dalla responsabile URP con la consulenza di un gruppo multi disciplinare (servizio di medicina legale e responsabili dell'unità operativa).

La strutturata e tempestiva collaborazione con la Medicina Legale ha permesso all'URP, anche nel 2011, di rispondere puntualmente alle segnalazioni più critiche e impegnative, offrendo agli utenti i chiarimenti per eventuali procedimenti legali.

Nel 2011 sono state accolte 21 segnalazioni di questo tipo: di cui 8 "codici rossi" (6 nel 2010) trasmessi al Servizio Legale per la competenza specifica e 13 "codici gialli" valutati multidisciplinariamente e quindi chiusi dall'URP.

Va infine sottolineato che un'analisi puntuale del contenuto di tutti i reclami viene periodicamente effettuata dal sottogruppo reclami del Comitato Consultivo degli Utenti che nel 2011 ha proposto alcuni settori di miglioramento riguardanti maggior chiarezza delle informazioni sui ticket e delle relazioni interpersonali, rivalutazione dell'accoglienza ambulatoriale e verifiche delle procedure di rispetto della privacy dei cittadini-utenti.

I cittadini però non accedono all'URP solo per effettuare segnalazioni o chiedere informazioni: molti sono quelli che richiedono all'azienda di risolvere loro un problema contingente in tempi brevi. Sono questi i casi di **presa in carico diretta** dell'utente da parte del servizio, che nel 2011, sono stati 430, sostanzialmente in linea con gli anni precedenti (440 nel 2010; 433 nel 2009). Per lo più questi casi vengono risolti direttamente o comunque in breve tempo con la collaborazione delle equipe ospedaliere o territoriali, mentre le criticità complesse vengono

affrontate con le direzioni all'interno di percorsi di miglioramento organizzativo. Va detto che questa particolare modalità di accoglienza globale e di impegno subitaneo per la risoluzione del problema del cittadino, pur costituendo un impegno aggiuntivo per l'Ufficio, produce un alto livello di fidelizzazione dell'utenza, che tende a farne uso ripetutamente. L'analisi delle prestazioni ha evidenziato come aree di criticità, oltre a quella riguardante la contestazione economica, quelle dei tempi di attesa per cardiologia, oculistica e radiologia e per le visite della sottocommissione provinciale patenti.

Il **servizio di ascolto e mediazione** - strumento ormai consolidato in quanto attivo dal 2006 e realizzato da 2 operatori URP appositamente formati e dei colleghi del Progetto interaziendale di Mediazione - ha effettuato 14 incontri di ascolto con i cittadini, 8 incontri con operatori dei servizi e 3 mediazioni.

Infine l'URP si è fatto promotore di 14 incontri e rivalutazioni cliniche a cura dei direttori o dei professionisti delle Unità Operative (21 nel 2010), di 13 incontri tra il cittadino ed il responsabile URP e di alcuni incontri con il direttore sanitario e il direttore generale.

L'insieme di queste attività di ascolto, unitamente all'analisi delle indagini di qualità percepita, hanno esitato nel 2011 in una serie di incontri dipartimentali nel corso dei quali i professionisti delle Unità Operative ospedaliere si sono confrontati per approfondire il tema della qualità percepita dai pazienti (indagini e questionari), dell'ascolto dei cittadini (segnalazioni URP), della partecipazione dei cittadini (CCM), dell'ascolto dei professionisti (ascolto e mediazione).

Ogni dipartimento ha quindi svolto un'analisi delle segnalazioni (suggerimenti, elogi, reclami, rilievi) ricevute da pazienti e familiari nel 2010 e 2011. La lettura di queste sollecitazioni ha guidato le riflessioni di equipe nel lavoro di individuazione dei punti di forza e di debolezza, con la definizione di un piano di azioni di miglioramento già messe in atto o programmate. Un lavoro molto partecipato che ha reso possibile la formalizzazione di un **Piano programma aziendale di ascolto e coinvolgimento di cittadini, comunità e professionisti e di azioni di miglioramento**, di cui ogni reparto è divenuto attore ed autore per quanto di competenza.

5.1.4 Sito internet e social media

Il sito dell'AUSL di Imola, www.ausl.imola.bo.it, *on line* dal 2005, ha in questi anni subito diverse modifiche, alcune tecnologicamente necessarie per rimanere al passo con i tempi, altre strutturali, indirizzate verso il cittadino per garantirgli il maggior numero di informazioni possibili, ma utilizzando schemi semplici ed immediati.

Il sito viene aggiornato quotidianamente dallo *Staff* Informazione e Comunicazione in collaborazione con alcuni servizi aziendali che gestiscono personalmente le pagine afferenti ai loro settori. In particolare la gestione del sito si ispira ad un approccio *work in progress* che permette un continuo aggiornamento delle informazioni, un costante miglioramento che si avvale anche dei suggerimenti dei cittadini, il tutto teso a soddisfare quell'esigenza di flessibilità e velocità nell'adattarsi ai cambiamenti, che caratterizza i nuovi mezzi di comunicazione. Oltre

all'aggiornamento costante, nel 2011, il sito si è anche arricchito di ulteriori contenuti ed oggi garantisce una mole informativa di rilievo. Negli anni i "visitatori" sono gradualmente e costantemente aumentati: le statistiche di accesso mostrano un passaggio da 357.044 visite del 2010 (esclusi i motori di ricerca) a 455.214 del 2011, con un incremento di oltre il 27%. Sono parallelamente aumentate le pagine visitate, che passano da 1.035.923 del 2010 a 1.162.835 del 2011 (sempre esclusi i motori di ricerca).

Le pagine più consultate sono: le *News*, alle quali si accede anche *dall'Home page*; i Concorsi e le Graduatorie; lo Spazio Giovani e i Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di libera scelta (PDS). Si registra invece un lieve decremento per quanto riguarda le *mail* di richiesta di informazione della sezione "Contatti" del sito, che passano da 184 nel 2010 a 171 nel 2011; in controtendenza i primi 6 mesi del 2012, che contano già 113 *mail* di cittadini.

Il sito istituzionale rimane quindi un elemento di comunicazione interattiva fondamentale, ma poiché gli utenti oggi sono meno propensi a cercare informazioni navigando, per raggiungere il cittadino è necessario farlo nei luoghi dove ormai è abituato a muoversi, come ad esempio nei siti di **social networking**. L'AUSL di Imola ha quindi utilizzato questi strumenti per rendere maggiormente sinergica la propria comunicazione: da novembre 2011, sono stati attivati i profili aziendali su *Facebook*, *Twitter* e *You Tube*. Le modalità di relazione con il cittadino stanno indubbiamente cambiando, soprattutto perché egli chiede all'Amministrazione Pubblica di essere informato attraverso i suoi canali di comunicazione, su determinati temi, nei tempi e nei modi che ritiene più opportuni: questa è la nuova sfida comunicativa che gli enti pubblici dovranno affrontare nei prossimi anni. Non è più possibile pensare che sia sufficiente una comunicazione monodirezionale dalla PA al cittadino, e pertanto la comunicazione diventa partecipazione, dialogo ed ascolto (*e-participation*). Questo nuovo indirizzo ha portato l'AUSL di Imola a stilare un piano di comunicazione dedicato: essere presenti sui *social media* è, prima di tutto, un cambiamento culturale per cui la definizione strategica diventa fondamentale. Il piano redatto dallo *Staff* Informazione e Comunicazione e dall'Unità Operativa Tecnologie Informatiche e di Rete (TIR) è stato suddiviso in due parti: una dedicata alla comunicazione esterna ed una alla comunicazione interna. Per quanto riguarda la comunicazione esterna, gli strumenti del *Web 2.0* ampliano le possibilità di informare e far conoscere i servizi aziendali e le opportunità di accesso a disposizione del cittadino, di promuovere l'azienda ed i suoi eventi, di comunicare in tempo reale disservizi o situazioni di emergenza, di interagire coi cittadini, potenziando la capacità di ascolto delle loro esigenze ed opinioni e stimolando occasioni di confronto e dibattito; in generale, quindi, di relazionarsi di più e meglio con il territorio e gli *stakeholder*. I *social media* possono inoltre diventare strumento di lavoro per i professionisti, per questo l'obiettivo 2012 è quello di verificare gli strumenti disponibili in tal senso. E' proseguita anche nel 2011 la pubblicazione quindicinale della *newsletter* esterna, per un totale di 20 nell'anno. Al 31 dicembre 2011 la *newsletter* aziendale contava 157 iscritti (72 nel 2010).

5.2 La comunicazione per le scelte di interesse della comunità

5.2.1 Eventi pubblici

Anche nel 2011 sono stati organizzati eventi pubblici di varia natura: dalle inaugurazioni di strutture, servizi o nuove attrezzature biomedicali, ad incontri diretti con i cittadini su tematiche di rilevanza per salute, spesso co-organizzati con Associazioni di volontariato o Istituzioni del territorio. Sono state 5 le inaugurazioni svolte nel corso dell'anno:

17 Febbraio – Nuova automedica ed elettrocardiografi donati dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Ravenna-Banca di Imola. Il contributo di € 50.000 della Fondazione Cassa di Risparmio di Ravenna e della Banca di Imola ha consentito l'acquisto di un'automedica e due elettrocardiografi dedicati al Dipartimento di Emergenza e Accettazione.



15 Aprile - Spazio Giovani del Consultorio Familiare di Castel San Pietro Terme. "Prima pietra" della Casa della Salute prevista in questo Comune e in cui confluiranno tutti i servizi territoriali. Tre i nuovi ambulatori (ginecologia, psicologia e ostetricia) attivati per il servizio ad accesso diretto per i giovani del territorio.



16 settembre – Inaugurazione Spazio Giovani a Medicina. Servizio non ancora presente sul territorio che garantisce accesso diretto ai giovani per problematiche psicologiche e ostetrico-ginecologiche.

16 giugno – Day Hospital e ambulatori oncologici al Santa Maria della Scaletta.

L'intervento strutturale ha riguardato una superficie di circa 520,00 mq, organizzato in un grande *open space* destinato al Day Hospital con 8 poltrone, un ulteriore *open space* destinato a sala trattamento con 4 posti letto per pazienti che necessitano di cure complesse ed invasive, 3 ambulatori, medicheria, accettazione, 1 studio medico con 4 postazioni, 2 guardiole, 1 locale preparazione farmaci e 2 aree di attesa. Particolarmente curati gli aspetti estetici e di *comfort* quali finiture, colori, arredi, luci, impianto TV e filodiffusione. Il costo dell'intervento è stato di € 592.000 per struttura, arredi e tecnologie.

4 ottobre – Nuovo reparto di chirurgia al Santa Maria della Scaletta. Locali completamente ristrutturati per la Chirurgia generale collocata in una porzione del 4° piano dell'Ospedale Civile di Imola Santa Maria della Scaletta. Un intervento che è costato all'azienda € 1.300.000. L'intervento di ristrutturazione, che ha riguardato una superficie di 1.070 mq progettata negli anni '80, ha ottenuto una redistribuzione degli ambienti ed il rifacimento completo di tutte le finiture interne e degli impianti. Una completa rivisitazione atta a migliorare sicurezza, *comfort*, logistica, dotazioni tecnologiche e ad ottimizzare l'organizzazione interna del lavoro.



Anche nel 2011 è proseguita l'attività di incontro diretto tra professionisti della salute e cittadini, spesso mediata e co-organizzata con Associazioni di Volontariato e di Promozione sociale del territorio o con le Amministrazioni Comunali che ha visto l'organizzazione di un totale di 26 incontri: 16 nati dalla collaborazione con l'Associazione Insalute ed organizzati come cicli di 4 incontri ciascuno sui temi della malattia vascolare e ictus, diabete, tumori, disturbi dell'umore; 2 promossi da Auser sui temi dell'oncologia e dei principali problemi di salute dell'anziano; 1 sul tema dell'amianto organizzato in collaborazione con ImolaOggi.it; 2 promossi dal Dipartimento di Sanità Pubblica con SPI CGIL ed Auser sul tema degli incidenti domestici; 1 sul corretto utilizzo dei farmaci promosso dal Comune di Mordano; 1 sul tumore del colon retto promosso dal Comune di Castel San Pietro Terme; 1 sulle Malattie renali organizzato dalla Nefrologia e Dialisi ed 1 sulla donazione del sangue cordonale.

Da ottobre a dicembre, è stata riproposta la rassegna "Oltre la siepe", oltre due mesi di iniziative ed incontri per la promozione della salute mentale e dell'inclusione sociale.

Il 2011 ha inoltre visto l'azienda coinvolta in un'assidua attività di condivisione delle varie fasi di produzione del [Piano Strategico Aziendale 2010-2013](#), presentato agli *stakeholder* interni ed esterni attraverso 25 incontri dedicati, di cui l'ultimo, svoltosi il [28 ottobre 2011](#), presso il Teatro Comunale Osservanza di Imola alla presenza dell'Assessore alla Sanità e del Direttore Generale dell'Assessorato, ha visto la partecipazione di circa 400 persone.

5.2.2 Campagne e materiali informativi

Sono state 8 le campagne informative realizzate nel corso del 2011 dalla AUSL di Imola:

- Percorsi di accesso alle prestazioni ambulatoriali specialistiche in regime di urgenza.

- Nucleo Cure Primarie Valle del Santerno.
- Nuovo Numero unico di Continuità Assistenziale.
- E state sereni.
- Corsi di Laurea.
- Progetto NOA Scompenso cardiaco.
- Attivazione del Fascicolo Elettronico per i dipendenti.
- Percorsi di accesso alle prestazioni ambulatoriali specialistiche in regime di urgenza.

Quest'ultima campagna, per i suoi contenuti prettamente clinico-organizzativi, ha avuto come destinatari principali i medici di medicina generale (MMG) e i medici ospedalieri, poichè era necessario avessero a disposizione uno strumento di facile consultazione per verificare i criteri clinici condivisi per la garanzia dell'appropriatezza ed i percorsi di accesso a cui indirizzare l'utenza. Per questo è stato prodotto e distribuito nominalmente a ciascun medico (oltre che alle strutture aziendali genericamente interessate) un opuscolo con correlata locandina.

L'azienda ha inoltre aderito alle campagne della Regione Emilia Romagna di cui si è fatta terminale (Esenzione ticket per reddito, Nuovi ticket, Vaccinazione Antinfluenzale, Aids, Incidenti domestici, Salute in viaggio, Donazione sangue, Donazione Organi Tessuti e Cellule, ecc.).

Figura 5.6 – Alcune campagne informative regionali promosse nel 2011



5.2.3 Mass-media

L'ufficio stampa nel 2011 ha prodotto 180 comunicati stampa, di cui 148 attivi (82,22%) e 32 come risposta ad articoli apparsi su quotidiani o settimanali locali. Sono inoltre state organizzate 14 conferenze stampa (Tabella 5.7)

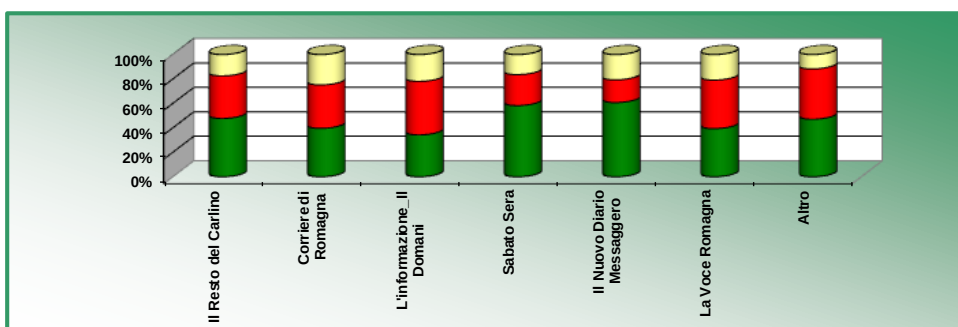
Tabella 5.7 – Conferenze e comunicati stampa per mese di emissione. Anno 2011

2011	CONFERENZE STAMPA		Comunicati stampa	Attivo	Risposta
Gennaio			16	12	4
Febbraio	Inaugurazione automedica ed ecocardiografi donati da Fondazione Cassa di Risparmio di Ravenna/Banca di Imola. Presentazione NCP Vallata del Santerno. Presentazione Progetto Terremoto dentro Terremoto fuori.	4	19	16	3
Marzo	Presentazione linee generali e percorso di condivisione del Piano Strategico Aziendale 2010-2013	1	22	17	5
Aprile	Inaugurazione Consultorio familiare Castel San Pietro Terme. Conferenza stampa di presentazione andamento infortuni sul lavoro 2010	2	13	12	1
Maggio			19	16	3
Giugno	Inaugurazione nuova sede Day Hospital ed ambulatori oncologici	1	13	10	3
Luglio	Presentazione Bilancio di missione	1	11	9	2
Agosto		0	12	10	2
Sett.	Inaugurazione Spazio Giovani Medicina.	1	16	15	1
Ottobre	Inaugurazione nuovo reparto di Chirurgia. Presentazione pubblica del Piano Strategico 2010-2013	2	14	14	0
Nov.	Il percorso di accoglienza e di presa in carico socio sanitaria delle donne vittime di violenza	1	12	9	3
Dicembre	Le riorganizzazioni nella rete dell'emergenza e in area critica	1	13	8	5
TOTALI		14	180	148	32

La percentuale di pubblicazione è stata dell'87,2%, con il 65% circa di uscite su più di tre testate. La rassegna stampa aziendale conta nel 2011 un totale di 1.306 articoli contro i 1.066 del 2010: si tratta per il 46% di articoli positivi, per il 20% di neutri e per il 34% di negativi (+ 10% rispetto al 2010).

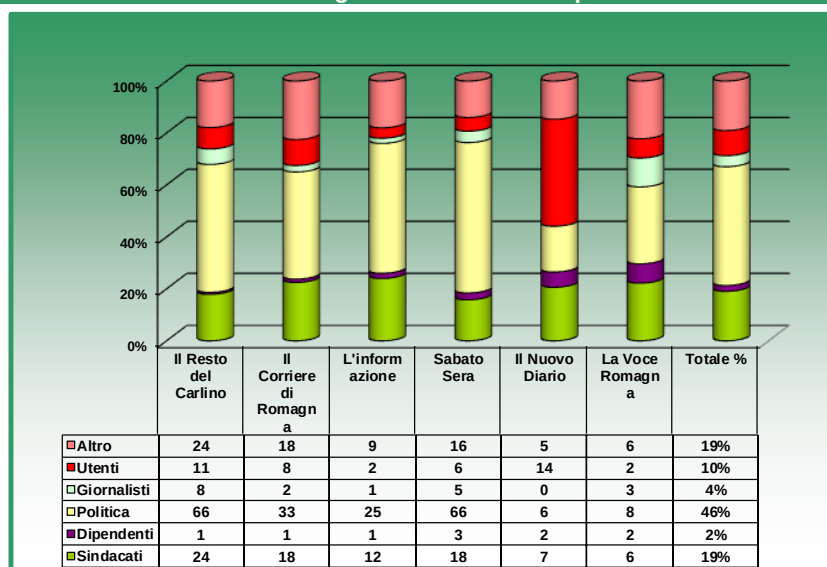
Tabella 5.8 - Articoli sull'AUSL di Imola, per testate e per posizioni assunte. Anno 2011

Giornali	Positivi	Negativi	Neutri	Totali	%	%Positivi	%Negativi	%Neutri
Il Resto del Carlino	183	134	67	384	29%	48%	35%	17%
Corriere di Romagna	89	80	56	225	17%	40%	36%	25%
L'informazione Il Domani	39	50	25	114	9%	34%	44%	22%
Sabato Sera	78	34	22	134	10%	58%	25%	16%
Il Nuovo Diario Messaggero	88	27	30	145	11%	61%	19%	21%
La Voce Romagna	113	114	60	287	22%	39%	40%	21%
Altro	8	7	2	17	1%	47%	41%	12%
Totale	598	446	262	1.306	100%	46%	34%	20%



L'analisi delle fonti di articoli negativi evidenzia un lieve aumento rispetto al 2010 per quanto riguarda gli interventi diretti dei cittadini (10% vs 7%). Sono ancora una volta le fonti politiche-partitiche le prioritarie "produttrici" di immagine negativa (46%), seguiti dalle Organizzazioni sindacali e dalla categoria "Altro" (entrambi con il 19%), riferita in genere ad episodi di cronaca.

Grafico 5.9 - Articoli negativi 2011 suddivisi per testata e fonte



Anche nel 2011 è proseguita la collaborazione con il Resto del Carlino Imola, attiva dal 2004, che ha portato alla pubblicazione di 52 articoli su temi di educazione alla salute all'interno della rubrica del giovedì "Carlino Salute"; sono state inoltre attivate due collaborazioni con i settimanali locali, che hanno portato alla produzione di 20 redazionali.

Tra il 2011 ed il 2012 sono state prodotte e messe in onda 10 trasmissioni televisive che, attraverso il *format* di una breve *fiction*, hanno rappresentato alcuni percorsi aziendali (*Stroke*, *Day Hospital*, *Day Service*, *Day Surgery*, *Percorso Incontinenza*) ed esemplificato gli accessi impropri verso quelli corretti ai servizi (Pronto Soccorso/Ambulatori diurni di continuità Assistenziale; Pronto Soccorso Pediatrico/Pediatra di Libera Scelta, Continuità Assistenziale festiva e notturna) ecc.. Professionisti aziendali hanno inoltre partecipato, su invito, a varie trasmissioni sulla salute delle emittenti locali Videoregione e TeleUno, quali "Vivere in Salute" e "Esculapio".

5.3 La comunicazione interna aziendale

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 pratiche che facilitino il processo produttivo; notizie ed eventi che rendono possibile far conoscere in modo più approfondito l'ente anche al suo interno; eventi formativi e momenti di incontro. Di seguito si elencano alcuni degli strumenti di comunicazione interna utilizzati dall'AUSL di Imola per raggiungere questi obiettivi.

5.3.1 Comunicazione diretta: *convention* ed incontri aziendali tematici

Nel 2011 sono proseguiti gli incontri interni tra direzione e professionisti, a vario livello, per la stesura e condivisione del Piano Strategico Aziendale 2010-2013.

Vanno segnalati, in particolare, il seminario interno tenutosi nell'aprile 2011; la presentazione ai medici di famiglia dello stesso mese; l'incontro svoltosi il 5 maggio con i dipendenti della struttura sanitaria di Castel San Pietro Terme ed infine [l'incontro plenario del 28 ottobre](#) che ha visto invitati, in orario di lavoro, tutti i dipendenti aziendali. Questo incontro ha di fatto costituito la *convention* aziendale 2011, seppur con modalità più "aperte" rispetto al passato.

Un altro evento interno di notevole rilevanza è stato il seminario svoltosi a giugno 2011 dal titolo "*Percorso clinico organizzativo del paziente con ictus cerebrale nell'AUSL di Imola. Primi risultati della trombolisi*" a cui hanno attivamente partecipato i professionisti del Dipartimento di Emergenza Accettazione e del Dipartimento Medico, la Direzione medica di Presidio e i MMG.

5.3.2 Sito Intranet

In ulteriore incremento le visite al sito intranet aziendale, che passano dal dato medio di 85.000 visite mensili nel 2010 alle circa 94.427 del 2011. Il sito viene continuamente aggiornato con tutte le informazioni utili ai dipendenti ed è a tutti gli effetti lo strumento di comunicazione e condivisione interna maggiormente conosciuto ed utilizzato in azienda.

Da settembre 2011, inoltre, il cedolino stipendiale ed il CUD non vengono più inviati in formato cartaceo, ma sono disponibili sulla Intranet, accedendo tramite autenticazione alla sezione preposta (si veda anche in Sezione 4 par. 4.7.2 "[Facilitazioni per i dipendenti](#)").

Il crescente interesse dei professionisti verso questo strumento ha favorito anche la creazione di nuove pagine dedicate ai diversi settori aziendali, anche professionali oltre che amministrativi, in cui vengono condivise linee guida, documentazioni, ecc.. Le pagine più visitate restano comunque quelle di accesso alle applicazioni aziendali, quelle delle Risorse Umane, la sezione modulistica, la rubrica telefonica e la rassegna stampa.

Come sopra accennato, il cedolino stipendiale non viene più inviato in formato cartaceo poiché disponibile *on line*, così anche il mensile aziendale interno "Detto tra NOI" si è trasformato in un giornalino *on line*. Nel 2011 sono stati pubblicati 12 numeri del notiziario interno. In effetti, questa trasformazione nel formato e nella metodica di invio ha decisamente diminuito la fruibilità dello strumento, che entro il 2012 dovrà trovare una nuova veste per poter tornare ad essere uno strumento di effettiva comunicazione e partecipazione interna.

6. Governo della ricerca e innovazione

L'attività di ricerca e innovazione costituisce condizione essenziale per lo sviluppo ed il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari, in quanto permette da un lato di porre il servizio sanitario in grado di accogliere, in modo tempestivo, efficace e compatibile con il proprio contesto clinico-organizzativo, le innovazioni che la ricerca propone e dall'altro, di orientarne, laddove possibile, le applicazioni verso i bisogni assistenziali prioritari.

La definizione delle attività qualificabili come "ricerca" riconosce due diverse tipologie di attività:

- a) quelle aventi come scopo principale l'acquisizione, su specifici fenomeni oggetto di indagine, di conoscenze generalizzabili rivolte alla comunità scientifica;
- b) quelle (talvolta definite come attività di valutazione) aventi come finalità primaria l'acquisizione di conoscenze destinate a contribuire al miglioramento delle capacità di governo dei problemi assistenziali in uno specifico contesto.

Entrambe le tipologie devono poter essere realizzate secondo modalità che ne garantiscano la attendibilità (e quindi mediante procedure esplicite e standardizzate, funzionali a garantirne la riproducibilità e altri elementi di validità tecnico-scientifica).

6.1 Le azioni aziendali per l'esercizio della governance della ricerca

Sono cinque le specifiche azioni necessarie per gestire in modo sostanziale una funzione di *governance* della ricerca all'interno dell'azienda:

- la predisposizione degli strumenti aziendali per la *governance* della ricerca e della innovazione;
- la messa a punto di una anagrafe aziendale dei progetti di ricerca clinica e sanitaria e di un archivio della documentazione scientifica prodotta;
- la costituzione di un *Board* Aziendale per la Ricerca e l'Innovazione;
- la valorizzazione dei professionisti e l'impegno a sostenere le attività di ricerca;
- le relazioni con i finanziatori esterni.

Nella definizione e nello sviluppo di queste ulteriori iniziative finalizzate a consolidare il sostegno alle attività di ricerca, va riconosciuta la necessità di una privilegiata interlocuzione con il Sistema delle Università della Regione, per quel che riguarda le attività di ricerca clinica e sanitaria condotte nell'ambito dei Dipartimenti ad Attività Integrata.

6.1.1 Attività di ricerca nell'AUSL di Imola

Nel 2011, l'AUSL di Imola ha approvato ed avviato - da sola o in *partnership* con Regione e Università - i progetti di ricerca e di innovazione clinico - organizzativa, riepilogati in Tabella 6.1, dove vengono indicati i costi, i finanziamenti dedicati e il numero di professionisti coinvolti.

Tabella 6.1 - Sintesi attività di ricerca AUSL di Imola. Anno 2011

Progetti anno 2011	Progetti	Personale	Costi	Finanziamenti RER
Sperimentazioni	3	5	€ 1.653	-
Fondo per la Modernizzazione 2010 - 2012	3	>50	€ 185.000	€ 185.000
TOTALE	6	>55	€ 186.653	€ 185.000

Sperimentazioni cliniche. Le tre sperimentazioni cliniche avviate nel corso del 2011 sono studi osservazionali condotti rispettivamente dalla Pediatria e dalla Ginecologia ed Ostetricia, afferenti al Dipartimento Materno Infantile, e dalla Neurologia, afferente al Dipartimento Medico.

Lo studio condotto dalla **Ostetricia e Ginecologia**, promosso dall'Osservatorio Medicine non Convenzionali della Regione Emilia-Romagna insieme al CeVEAS e coordinato dalla Ginecologia e Ostetricia dell'AUSL di Bologna, riguarda l'utilizzo dell'agopuntura e della moxibustione per la versione cefalica in gravide selezionate con presentazione podalica del feto.

Lo studio condotto dalla **Pediatria**, promosso dal Policlinico S. Orsola-Malpighi, riguarda l'utilizzo di prednisone (un farmaco della classe dei cortisonici) nel primo episodio di sindrome nefrosica idiopatica in età pediatrica, ai fini di determinare schemi terapeutici ottimali che riducano le recidive e comportino i minori effetti collaterali.

Il terzo studio, condotto dalla **Neurologia** e promosso dal Dipartimento di Scienze Neurologiche dell'Università di Bologna, riguarda gli approcci diagnostici e terapeutici alla sclerosi multipla.

Le sperimentazioni sono state approvate dal Comitato Etico del Policlinico S. Orsola – Malpighi con cui l'AUSL di Imola ha stipulato una apposita convenzione.

Fondo per la Modernizzazione 2010 – 2012. Ad ottobre 2011 sono stati presentati e successivamente approvati dalla Regione Emilia-Romagna tre progetti afferenti al "Fondo per la Modernizzazione 2010-2012", nell'ambito dell'Area A - Progetti di sostegno alle iniziative di cambiamento direttamente conseguenti alle linee di indirizzo regionali, dei quali l'AUSL di Imola rappresenta l'Ente capofila.

Il progetto "**Sviluppo di un modello clinico-assistenziale per intensità / complessità delle cure in area critica (area intensiva, semintensiva, terapia intensiva cardiologica)**" e per il quale la Regione Emilia-Romagna ha concesso un finanziamento, risponde alla strategia regionale di promozione e sviluppo dell'assistenza ospedaliera per intensità di cura, di cui si dirà in [Sezione 7, par. 7.2.1.](#)

Il progetto "**Implementazione funzione di accoglienza, ascolto e consulenza a gestione infermieristica per cittadini assistiti nei NCP - Case della Salute**" coinvolge le aziende dell'Area Vasta Centro e si propone di avviare e sviluppare la progettazione degli aspetti organizzativi e la formazione degli operatori per fornire un servizio di accoglienza, ascolto e consulenza sanitaria a gestione infermieristica, anche di tipo telefonico, in grado di garantire ai cittadini semplici informazioni e consigli, utili ad aiutarli nella gestione dei problemi sanitari più comuni che segnalano, al fine di estendere routinariamente tale tipo di offerta all'interno della

rete delle cure primarie e migliorare l'azione di filtro sul bisogno di salute e l'accessibilità del cittadino al proprio MMG e ai servizi sanitari erogati dal Nucleo/Casa della Salute.

Il progetto **"Definizione di un percorso di continuità assistenziale per i minori in carico alla Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza che accedono ad altri servizi sanitari al conseguimento della maggiore età"** coinvolge i Dipartimenti di salute mentale dell'Area Vasta Centro e si propone di costruire un percorso assistenziale rivolto alla popolazione in carico alla [Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'Adolescenza \(NPJA\)](#) nella fascia di età 14 – 18 anni con bisogni di salute che richiedono interventi di carattere socio-sanitario o sanitario che diano continuità nel passaggio di presa in cura legato all'età verso i servizi sanitari e socio – sanitari rivolti agli adulti, promuovendo l'integrazione socio-sanitaria tra i servizi di riferimento.

6.1.2 Principali progetti di ricerca aziendali e con altre Aziende

Il ruolo di Imola per la Banca regionale delle cornee. Grazie allo storico impegno dell'equipe oculistica in tema di prelievo di cornee e trapianto, l'AUSL di Imola è stata individuata come filiale della Banca regionale delle cornee con la quale intrattiene rapporti di reciproca collaborazione. L'attività di *procurement* svolta dall'equipe oculistica di Imola nel 2011 la pone al secondo posto in regione per numero di donatori individuati (68) e cornee prelevate (132) con un indice di idoneità al trapianto che è il più alto in regione.

Nell'arco del 2011 sono stati consegnati ai familiari dei pazienti deceduti 263 moduli per esprimere la volontà alla donazione, su un totale di 483 decessi in età compatibile con la donazione (il 54% dei casi di attivazione della procedura aziendale informativa sulla donazione). Di queste 263 famiglie, 139 hanno espresso un dissenso alla donazione (53%) e 124 hanno espresso la volontà di donare (47%). Questi valori indicano che presso l'AUSL di Imola è attuato un buon modello di *procurement* di cornee e che la tendenza positiva alla donazione delle cornee viene accolta dalle famiglie favorevolmente in quasi il 50% dei casi.

Nell'ambito dei 124 consensi alla donazione, 56 donatori sono stati valutati non idonei: il 55% di idoneità rispetto ai consensi registrati, indica che tutto il personale ospedaliero coinvolto nel processo donativo è competente e formato sull'argomento. Del resto, la formazione e la sensibilizzazione del personale sanitario sono state raggiunte anche attraverso una serie di corsi di formazione, come quello, denominato "Occhio alla Banca!", tenutosi nel 2011 in duplice edizione. Delle 126 cornee bancate, 76 sono state distribuite per trapianto, con una percentuale di efficienza (tessuti utilizzati/tessuti prelevati) del 60%. Dei 76 tessuti distribuiti, 21 sono stati utilizzati per cheratoplastiche perforanti, 14 per cheratoplastiche lamellari posteriori DSAEK, 41 per cheratoplastiche lamellari anteriori; 68 sono stati trapiantati a Imola e a Castel S. Pietro Terme, 8 in altre sedi: 4 presso una struttura privata convenzionata e 4 sono stati allocati in regione dalla Banca delle Cornee di Bologna.

Sempre nel 2011 sono state prelevate e processate 9 membrane amniotiche, il loro utilizzo è confluito in parte nella sperimentazione relativa alla produzione del collirio derivato dalla stessa, ed in parte nella chirurgia di impianto dei *patch*. Sono stati eseguiti 21 interventi: 5 impianti di *patch* e 16 somministrazioni in forma di collirio/iniezione sotto congiuntivale (8 casi ognuna).

A fine anno, inoltre, è stato avviato il progetto di ristrutturazione dei locali della Banca, che prevede, entro la primavera 2012, un adeguamento degli ambienti alle normative nazionali e, conseguentemente, una grande possibilità di crescita in termini di progetti e attività realizzabili.

Progetto - Sperimentare all'interno dei NCP degli strumenti del *disease management* e del governo clinico per la presa in carico territoriale delle patologie croniche.

L'AUSL di Imola ha avviato un progetto di modernizzazione ed innovazione organizzativa con l'obiettivo di realizzare forme di presa in carico integrata con MMG, Infermieri di comunità e Specialisti Cardiologi, che garantiscano la continuità tra ospedale e territorio nella gestione dei pazienti cronici. Gli **obiettivi primari** sono: realizzare una nuova organizzazione dell'assistenza ambulatoriale che sia proattiva nei confronti dei pazienti e in grado di rispondere in modo adeguato e tempestivo ai diversi problemi clinici; garantire per i pazienti con patologie croniche (scompenso cardiaco) la tempestività nell'accesso ai servizi specialistici, la presa in carico e la continuità dell'assistenza, attraverso un processo di cambiamento organizzativo e culturale all'interno della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza primaria.

Gli **obiettivi secondari** sono: migliorare il livello di fiducia da parte di assistiti e professionisti nel *setting* assistenziale della specialistica ambulatoriale, determinare un impatto positivo sulle liste di attesa e migliorare l'adesione da parte degli assistiti ai programmi diagnostici e terapeutici con l'applicazione di un percorso di *care* e *disease management*.

In sintesi l'intervento è consistito nella progettazione e implementazione del nuovo modello organizzativo con particolare attenzione al ruolo dell'infermiere nell'ambulatorio di NCP della rete dei servizi e nella introduzione della figura del ***care manager*** nel sistema di cure primarie per la gestione integrata di patologie croniche. L'infermiere *care manager* agisce nel nucleo di cure primarie con un ruolo prevalente di natura clinico assistenziale con funzioni di monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente attraverso contatti telefonici, interventi ambulatoriali e domiciliari, eseguendo interventi di educazione sanitaria e terapeutica per migliorare la capacità di gestione della malattia da parte del paziente e dei *care giver*; opera in stretta integrazione con i MMG e lo specialista cardiologo. Per rendere partecipi i diversi professionisti coinvolti e per condividere gli obiettivi del progetto si è optato per una formazione integrata utilizzando il metodo PBL (*Problem Based Learning*). I Medici di famiglia e specialisti hanno compreso il ruolo che il *care manager* può svolgere nel monitoraggio attivo del paziente con patologia cronica e hanno potuto verificarne gli effetti positivi sul proprio lavoro e i vantaggi per il paziente. L'infermiere ha assunto e agito nuove responsabilità e competenze. **Il *Care Management* nella gestione dello scompenso cardiaco cronico** è stato avviato presso i Nuclei di Cure Primarie (NCP) dell'AUSL di Imola, parallelamente ad un'altra esperienza in Area vasta (Casa della Salute di Portomaggiore dell'AUSL

di Ferrara) anche se sviluppato con modalità operative diverse, dovute a specificità locali, ha portato a risultati simili e confrontabili. La presa in carico nel sistema delle cure primarie dei pazienti con scompenso cardiaco cronico è stata supportata da un intervento di formazione e da frequenti incontri di confronto per la condivisione delle problematiche emerse e individuazione di soluzioni correttive.

La valutazione di pazienti stadiati dal medico curante è fatta dall'infermiere in un ambulatorio dedicato, provocando qualche incertezza nel paziente, pertanto, è risultato indispensabile un forte impegno del medico di famiglia o dello specialista per chiarire al paziente il ruolo dell'infermiere *care manager* nel percorso di cura ed è risultato indispensabile nella prima valutazione del paziente la presenza contemporanea dell'infermiere e MMG o specialista. Per documentare le condizioni cliniche, assistenziali e sociali dei pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico arruolati nel progetto, per evidenziare le modificazioni avvenute e poter condividere queste informazioni con il paziente e tutti i professionisti coinvolti è stata predisposta una cartella infermieristica basata su elementi di valutazione ispirati al modello di *nursing* elaborato da M. Gordon¹. Ad ogni accertamento, ambulatoriale o telefonico, viene compilata una scheda infermieristica con le rilevazioni e le osservazioni svolte dal personale dedicato che viene trasmessa al medico curante. In questo modo è possibile comunicare le eventuali variazioni cliniche e problematiche socio-assistenziali del paziente in modo da informare tempestivamente il medico. Per situazioni che rivestono carattere di urgenza o che riguardano situazioni particolari, il curante viene inoltre contattato telefonicamente. Gli accertamenti periodici richiesti dallo specialista o dal medico curante sono programmati dall'infermiere *care manager* su agende dedicate. Nei primi nove mesi sono stati reclutati il 50% dei pazienti previsti (circa 90 a Imola) e a tutt'oggi continua l'invio di nuovi pazienti all'ambulatorio per lo scompenso da parte dei MMG.

I risultati preliminari, anche se da prendere con cautela, indicano una riduzione dei ricoveri e degli accessi in Pronto Soccorso dopo il reclutamento dei pazienti e un miglioramento degli indicatori contenuti nel profilo di NCP: questo dato suggerisce che l'introduzione di buone pratiche migliora le scelte assistenziali di tutti i medici del nucleo. I *follow up* periodici effettuati dall'infermiere evidenziano inoltre una maggiore aderenza alle indicazioni clinico assistenziali quali il controllo del peso, la misurazione della pressione e l'adesione alle terapie.

La Genetica Medica. La Genetica Medica rappresenta un'area di sviluppo aziendale sia riguardo alla cooperazione nell'ambito delle reti integrate di servizi a valenza sovra-aziendale, che a livello scientifico nazionale. In riferimento a quest'ultimo aspetto, si segnala la partecipazione della unità operativa di Genetica medica al Network Italiano di Genomica in sanità pubblica (GENISAP), facente parte della rete Europea PHGEN. Obiettivo del Network, in sintonia con il progetto Europeo, è il trasferimento in maniera responsabile, efficace ed efficiente in sanità

¹ Gordon M., "Manuale delle diagnosi infermieristiche", seconda edizione, Edises, Napoli, 2008.

pubblica delle conoscenze e tecnologie utili all'analisi genomica per il miglioramento della salute della popolazione. Sul piano operativo l'integrazione della genomica in sanità pubblica si prefigge lo scopo di: definire programmi pubblici di prevenzione mirati ed economicamente vantaggiosi; aumentare l'impatto delle campagne e dei messaggi di riduzione del rischio; favorire la comunicazione e gli scambi tra i diversi ambiti del sistema sanitario nazionale e regionale; mantenere l'importanza strategica della sanità pubblica in un'epoca segnata da forti cambiamenti nella terapia medica che si sta sempre più orientando verso un'assistenza sanitaria personalizzata. Il prodotto del lavoro svolto nel 2011 sarà prossimamente oggetto di pubblicazione scientifica.

Nel 2011 la Genetica Medica ha anche svolto le attività di pertinenza nell'ambito del Progetto strategico ministeriale 2007 (Area n° 4 – Salute della Donna Area materno infantile) "Controlli di qualità e criteri di valutazione delle attività di genetica correlate alla diagnosi prenatale" come parte della Regione Emilia-Romagna, producendo specifica documentazione scientifica presentata al Congresso nazionale di Genetica umana. Infine, è da sottolineare l'azione di miglioramento consistente nella messa a punto e collaudo del Database EOS – modulo di Citogenetica. L'impegno ha, infatti, avuto una valenza superiore a quella del semplice utilizzatore in quanto l'AUSL di Imola è stata identificata come Servizio pilota in Italia per la programmazione del software EOS, unitamente ai Servizi di Genetica del San Camillo Forlanini di Roma, della azienda ospedaliera Careggi di Firenze e dell'Istituto Ortopedico Rizzoli.

La CH-EUS. Tra le innovazioni tecnologiche avviate va segnalata l'ecoendoscopia con mezzo di contrasto (CH-EUS). Di questa metodica, l'AUSL di Imola è da considerarsi pioniera in Europa avendo iniziato ad eseguirla nel 2007 con uno strumento prototipo di cui vi erano solo 3 esemplari al mondo. Da allora è stata svolta una intensa attività di ricerca sulla metodica, testimoniata da numerose pubblicazioni. La CH-EUS si è rivelata utile per una più accurata diagnosi differenziale dei tumori pancreatici e dei tumori sottomucosi e grazie ad essa, in alcuni casi, non è più necessario eseguire l'agoaspirazione. Di seguito vengono elencate le procedure nel triennio: Diagnostiche: 1400; Operative (agoaspirazione eco endoscopica): 400. Principali indicazioni: Litiasi del coledoco (40%); Neoplasia del pancreas + agoaspirazione (30%); Stadiazione di neoplasia della parete gastroenterica (cancro esofageo, cancro gastrico, linfoma gastrico, cancro rettale) (20%); Diagnosi differenziale di tumori sottomucosi (10%).

6.2 Sviluppo di un ambiente culturale favorevole

La rete dei Referenti dipartimentali per la Formazione/Ricerca e Innovazione, unitamente alla Rete delle guide di tirocinio, rappresenta un potente strumento per promuovere cambiamenti culturali, all'interno della organizzazione aziendale. Nel corso del 2011 queste reti sono state oggetto di percorsi formativi *ad hoc* e di incontri dedicati a sostenere l'importante sinergia tra formazione universitaria attivata e percorsi di accreditamento.

6.2.1 Accessibilità alla documentazione scientifica: la biblioteca aziendale

La [Biblioteca Medico Scientifica](#), coordinata dallo Staff Formazione e situata all'interno dell'Ospedale di Imola, si propone quale strumento di supporto all'attività quotidiana degli operatori sanitari nell'attività assistenziale, amministrativa e nella formazione continua, attraverso una qualificata dotazione di riviste in full-text, online e cartacee, accessibili e fruibili in ogni punto della rete aziendale ed anche da postazioni esterne all'azienda. Viene, inoltre, agevolato l'accesso alle informazioni scientifiche per studenti e utenti esterni interessati al settore.

Il patrimonio bibliografico è costituito da una ricca dotazione di periodici specializzati, cartacei ed elettronici, oltre alle più significative banche dati scientifiche. La Biblioteca mette a disposizione anche il servizio di richiesta degli articoli non presenti nel proprio patrimonio (*document delivery*), e offre un servizio di Ricerca bibliografica di carattere biomedico, effettuato da personale qualificato, utilizzando le migliori banche dati gratuite e a pagamento. Sempre di più si connota come un Servizio in grado di offrire attività di consulenza ai professionisti nella ricerca del materiale scientifico e nella consultazione delle banche dati.

6.2.2 Collaborazione con altri Enti di Formazione

La Tabella 6.2 evidenzia il coinvolgimento di 86 allievi in attività di stage e tirocinio presso le strutture aziendali, realizzate in collaborazione con diverse Scuole ed Enti di Formazione.

Tabella 6.2 - Tirocini e stage svolti nell'AUSL di Imola e n. studenti in inserimento. Anno 2011

	Corso di Studio	Tipologia tirocinio	Studenti/ Tirocinanti
Istituti Secondari	Liceo Scientifico	Borsa di studio	6
	Polo Liceale	stage	27
Enti di Formazione	Enti di Formazione	stage	1
	Corso di prima formazione OSS	stage	31
	Riqualifica del personale AdB verso O.S.S.(300 ore)	stage	21
Totale studenti			86

In riferimento all'attività formativa per il conseguimento della qualifica di Operatore Socio Sanitario (OSS), nel corso del 2011, è stata garantita la collaborazione agli Enti di Formazione Professionale per la realizzazione dei percorsi di prima formazione e riqualificazione del personale di supporto all'assistenza infermieristica, e ad altre Aziende Sanitarie ed Enti di Formazione della Provincia di Bologna, per ospitare gli allievi dei percorsi di riqualificazione professionale rivolti agli Assistenti di Base (AdB).

Tabella 6.3 - Corsi per OSS e di riqualificazione AdB e studenti coinvolti. Anno 2011

Tipologia Corso	Ente di Formazione	Studenti
Corso di prima Formazione OSS (1.000 ore)	IRECOOP	31
Corso di riqualificazione sul lavoro per operatori AdB verso qualifica OSS (300 ore)	IRECOOP	21
Totale		52

Il corso di formazione iniziale per l'ottenimento della qualifica OSS, rivolto a 31 studenti, è stato avviato in collaborazione con Irecoop; è stato altresì garantito e realizzato - come da programmazione provinciale - un corso di riqualificazione rivolto a 21 AdB sempre in collaborazione con Irecoop di Bologna. In tutte le sopracitate collaborazioni, l'AUSL di Imola ha garantito la funzione di Tutoraggio di Area Sanitaria nei tirocini svolti presso le Strutture interne e la docenza di 12 professionisti dipendenti che hanno erogato complessivamente 490 ore di docenza.

6.2.3 Formazione di Area Vasta Emilia Centro

Nel corso del 2011 è continuata la Formazione a livello d'Area Vasta, alla luce della positiva esperienza condotta l'anno precedente, al fine di creare sinergie tra le aziende sanitarie per facilitare il confronto tra gli operatori, la creazione di reti e per contenere i costi ottimizzando le risorse disponibili. Le iniziative di formazione sono state dedicate prevalentemente agli operatori afferenti all'area amministrativa e sono state promosse a livello di ogni singola azienda, attivando le Direzioni dei Dipartimenti Amministrativi per la ricognizione del fabbisogno formativo.

Tabella 6.4 - Corsi di formazione di Area Vasta Centro. Anno 2011

AZIENDA	INIZIATIVA FORMATIVA	N.RO PARTECIPANTI	COSTO
AOSP Bologna	Collegato al lavoro	42	€ 1.492,64
	Collegato al lavoro Il parte	62	€ 1.468,80
AUSL Imola	Legge 241/1990. Il procedimento amministrativo. L'accesso agli atti.	69	€ 2.000,00
AUSL Ferrara	L'applicazione delle riforme Brunetta nelle Aziende Sanitarie: le manovre finanziarie 2010 e 2011.	70	€ 1.386,00
IOR	Approfondimenti amministrativi, contrattuali e contabili in materia di progetti vincolati	51	€ 0,00
AUSL Bologna	La certificazione delle procedure amministrative	38	€ 3.507,00
	Disciplina delle attività e degli incarichi extra impiego dei dipendenti pubblici.	47	€ 2.881,00
AOSP Ferrara	Regolamento generale al codice dei contratti pubblici-DPR 207/2010 in vigore da giugno 2011: tracciabilità dei pagamenti, DURC, lavori in economia.	29	€ 7.710,06
	Regolamento di esecuzione ed attuazione del DL 12 aprile 2006 - codice dei contratti pubblici relativi ai lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive CEE 2004/17CE e 2004/18/CE	96	€ 1.738,47
Totale		504	€ 22.183,97

Le richieste raccolte dai Dipartimenti Amministrativi delle aziende afferenti all'AVEC sono state valutate dal Collegio dei Direttori Amministrativi in termini di priorità e coerenza con le linee di sviluppo previste. Dopo aver condiviso le linee operative è stato dato avvio al percorso formativo.

Sono state realizzate 9 iniziative delle 13 previste. Hanno partecipato complessivamente 504 operatori provenienti dalle Aziende dell'AVEC. Il costo complessivo delle iniziative è stato circa pari a € 22.184 con un costo medio pro capite di € 44.

6.3 Alta formazione

Il rapporto di collaborazione con l'Università degli Studi di Bologna, Facoltà di Medicina e Chirurgia, per quanto attiene i 4 Corsi di Laurea delle professioni Sanitarie presenti nell'AUSL di Imola (Infermieristica; Fisioterapia; Educazione Professionale; Tecniche della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro) è andato rafforzandosi con la conferma dell'ampliamento dei posti disponibili per l'accesso al Primo anno del Corso di Laurea in Infermieristica da 30 a 60 posti. Per i primi due corsi l'azienda è sezione formativa - ovvero sede delle lezioni teoriche relative alla parte professionalizzante e di tutte le ore di attività integrativa e di tirocinio - mentre per i restanti due è sede didattica (sede di tutte le lezioni teoriche e di tirocinio).

Tabella 6.5 - Sezioni attive e numero studenti dei Corsi di Laurea dell'AUSL di Imola. Anno 2011

Corsi di laurea	Anno di Corso	N. studenti A.A.2010/2011	N. studenti A.A.2011/2012
Corso di Laurea in Infermieristica	1°	62	60
	2°	34	51
	3°	40	70
Totale		136	181
Corso di Laurea in Fisioterapia	1°	20	20
	2°	20	20
	3°	20	30
Totale		60	70
Corso di Laurea in Educazione Professionale	1°	33	31
	2°	29	32
	3°	23	29
Totale		85	92
Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione	1°	30	32
	2°	26	26
	3°	18	26
Totale		74	84
Totale complessivo		355	427

L'A.A. 2011/2012 ha registrato un incremento di 14 unità rispetto all'analogo periodo dell'anno precedente.

Tabella 6.6 - Incarichi didattici nell'ambito dei corsi universitari dell'AUSL di Imola. Anno 2011

Corsi di laurea	Incarichi didattici	N.ro incarichi didattici	Impegno nell'attività
Corso di Laurea in Infermieristica	Coordinatore Tecnico Pratico	1	12 ore/settimana
	Tutor di anno di corso	3	2 incarichi: 36 ore/settimana 1 incarico: 24 ore/settimana
Corso di Laurea in Fisioterapia	Coordinatore Tecnico Pratico	1	36 ore/settimana
	Tutor di anno di corso	1	36 ore/settimana (dipendente M.R.I.)
Corso di Laurea in Educazione Professionale	Coordinatore Tecnico Pratico	1	12 ore/settimana
	Tutor di anno di corso	3	2 incarichi: 12 ore/settimana 1 incarico: 10 ore/settimana in convenzione
Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione	Coordinatore Tecnico Pratico	1	6 ore/settimana
	Tutor di anno di corso	3	18 ore/settimana

Si confermano i dati relativi agli incarichi didattici assegnati per i corsi di Laurea evidenziati in Tabella 6.6, per ciò che attiene i Coordinatori Tecnico Pratici ed i Tutor.

I dipendenti che svolgono attività di docenza all'interno dei Corsi di Laurea sono pari a 41 unità affiancati da 10 unità di Montecatone R.I. e sono, altresì, ulteriori 47 i professionisti coinvolti nella gestione delle attività seminariali o di laboratorio in qualità di esperti della materia. Complessivamente sono state erogate circa 1.730 ore di docenza da parte di personale dipendente, così distribuite:

- Corso di Laurea in Infermieristica: 43 operatori per un impegno di circa 679 ore.
- Corso di Laurea in Fisioterapia: 16 operatori per un impegno di circa 260 ore.
- Corso di Laurea in Educazione Professionale: 7 operatori per un impegno di circa 250 ore.
- Corso di Laurea in Tecniche Prevenzione: 22 operatori per un impegno di circa 540 ore.

L'aumento del numero degli studenti in carico, unito al fatto che le ore di tirocinio sono parte sostanziale e qualificante del percorso di studio e che devono essere svolte al 100% dallo studente, ha generato la necessità di mantenere costantemente alto il livello di attenzione sul reclutamento dei professionisti che formano la rete delle guide di tirocinio, soprattutto costruendo relazioni e forme di sinergia e collaborazione con altre aziende sanitarie o strutture private convenzionate confinanti. I dipendenti incaricati di ricoprire la Funzione di Guida di tirocinio (Tutor Aziendali di Tirocinio) sono stati 538, di cui 250 dipendenti aziendali.

Tabella 6.7 - Guide attive per i tirocini curriculari dei Corsi di Laurea dell'AUSL di Imola. Anno 2011.

Corsi di laurea	N. Guide di Tirocinio c/o AUSL di Imola	N. Guide di Tirocinio presso altre Aziende	N. Guide di Tirocinio c/o altre Strutture Private Convenzionate / ASP / Privato Sociale / Aziende	N. totale Guide di Tirocinio attivate
Corso di Laurea in Infermieristica	191	2	46	239
Corso di Laurea in Fisioterapia	22	37	77	136
Corso di Laurea in Educazione Professionale	16	26	33	75
Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione	21	28	39	88
Totale	250	93	195	538

Il contributo regionale assegnato all'AUSL di Imola per l'anno 2011 per la gestione dei Corsi di Laurea ammonta a € 827.109. Grazie alla presenza di modelli organizzativi flessibili, basati sulla forte integrazione tra l'area della formazione e l'area dell'organizzazione, i costi che l'azienda sostiene per garantire le necessarie attività, sia dirette che indirette, ai percorsi formativi sono stimati in € 689.724 per una presenza media, nei 2 semestri accademici che insistono sull'anno di esercizio, pari a 391 studenti (Tabella 6.8). Non è ricompresa in questi costi la valorizzazione economica del tempo lavoro che i Tutor di tirocinio investono anche oltre il debito orario mensile, in quota variabile, per assicurare allo studente in formazione la restituzione di *feedback* sul percorso di apprendimento. Sulle disponibilità economiche residue vengono annualmente definiti gli investimenti per progetti di ricerca da sviluppare, per le attrezzature, per la didattica

(manichini, apparecchi elettromedicali, presidi, ecc.) e per gli ambienti che ospitano le lezioni dei corsi di laurea a disposizione degli studenti.

Tabella 6.8 - Stima dei costi per la gestione dei Corsi di Laurea presenti nell'AUSL di Imola. Anno 2011

Tipologia costi	tecnico prevenzione	educazione prof.le	infermieristica	fisioterapia	totale corsi
Medicinali, altri prodotti terapeutici e gas	€ 2,38	€ 2,38	€ 2,38	€ 2,38	€ 9,5
Altri beni sanitari	€ 507,06	€ 254,52	€ 285,74	€ 254,52	€ 1.301,9
Beni non sanitari	€ 3.861,11	€ 1.710,51	€ 3.205,94	€ 2.347,52	€ 11.125,1
Manutenzioni	€ 115,35	€ 115,35	€ 115,35	€ 115,35	€ 461,4
Servizi tecnici	€ 14.788,50	€ 7.601,10	€ 26.342,50	€ 21.334,23	€ 70.066,3
Servizi	€ 1.190,19	€ 1.190,19	€ 1.190,19	€ 1.190,19	€ 4.760,8
Altri servizi non sanitari/Costi amm.vi	€ 13.700,86	€ 57.847,86	€ 22.603,29	€ 58.577,59	€ 152.729,6
Ammortamenti	€ 1.255,12	€ 1.255,12	€ 1.255,12	€ 1.255,12	€ 5.020,5
Altro	€ 511,60	€ 657,93	€ 160,41	€ 5.562,44	€ 6.892,4
Personale	€ 73.853,09	€ 63.125,22	€ 180.333,61	€ 57.342,58	€ 374.654,5
Totale parziale	€ 109.785,26	€ 133.760,18	€ 235.494,53	€ 147.981,92	€ 627.021,90
10% costi generali	€ 10.978,53	€ 13.376,02	€ 23.549,45	€ 14.798,19	€ 62.702,19
Totale costi	€ 120.763,79	€ 147.136,20	€ 259.043,99	€ 162.780,11	€ 689.724,09

Nel 2011 è stato realizzato un importante potenziamento delle postazioni internet a disposizione degli studenti nei locali della Biblioteca passate a 15 ed è stata contemporaneamente attivata la copertura *wifi* in tutti i locali a cui hanno accesso gli studenti per la didattica o lo studio individuale. Considerando l'azienda in termini di sistema, si continua a dare importanza, quale strumento di promozione e trasformazione della cultura professionale e aziendale, alla formazione del personale dipendente che svolge attività di docenza e di Coordinamento didattico nei corsi di laurea e la funzione di tutor all'interno dei servizi sedi di tirocinio. I percorsi sviluppati ed implementati seguono due piste di lavoro: rafforzare l'integrazione multi professionale e le opportunità di sinergia tra i 4 diversi Corsi di Laurea e garantire uniformità di formazione in ingresso sull'esercizio della funzione a tutti i tutor di tirocinio reclutati per i 4 Corsi di Laurea.

E' continuato, quindi, il percorso di formazione-azione di "manutenzione" dei professionisti che svolgono attività di docenza/tutoraggio nei 4 corsi di Laurea e rappresentativi di tutte le professionalità coinvolte (Infermieri, Educatori Professionali, Medici, Fisioterapisti, Tecnici della Prevenzione). Questa esperienza, estremamente interessante e ricca di stimoli, ha rafforzato il percorso di forte integrazione e scambio tra i professionisti. I temi affrontati hanno riguardato lo sviluppo di strategie condivise per la formazione, pur nel rispetto dei singoli Ordinamenti Didattici di Corso di Laurea e la ricerca e sperimentazione di metodologie e strumenti che possano sostenere la formazione di un futuro professionista dotato di quelle capacità, abilità, competenze e motivazioni richieste dall'organizzazione aziendale. Per sostenere anche l'offerta formativa di qualità delle diverse sedi di tirocinio, nel 2011, sono stati realizzati due percorsi di formazione dedicato a circa 60 professionisti equamente provenienti dalle 4 professioni coinvolte. Per il rapporto di forte integrazione e collaborazione esistente con il mondo della Cooperazione Sociale e con la sede di Montecatone questo corso è stato frequentato, in forma gratuita, anche da operatori che in quelle sedi ricoprono la funzione di guida di tirocinio per gli studenti.

E' continuata la collaborazione tra la sezione di Imola del Corso di Laurea in infermieristica e l'Università di Ferrara, sezione di Pieve di Cento stesso Corso di Laurea, allo studio osservazionale analitico sulla valutazione del livello di raggiungimento delle competenze esito in relazione ai fattori predittivi negli studenti iscritti al Corso di Laurea. Il campione costituito da 120 studenti iscritti alle due sezioni formative sarà osservato per l'intera durata degli studi.

Nell'area delle Specializzazioni Mediche, alla luce delle indicazioni regionali, l'attività formativa vede nel 2011 la presenza, alternata e non continuativa, di 6 medici in formazione specialistica provenienti da 3 diverse Scuole di Specializzazione degli Atenei di Bologna e Ferrara (Tabella 6.9).

Tabella 6.9 - Specializzazioni mediche: studenti per corso di studio e tipologia di tirocinio. Anno 2011

Scuole di specializzazione	Tipologia tirocinio	N.ro studenti
Scuola di specialità in Urologia - Università degli Studi di Bologna	Curricolare presso Urologia	4
Scuola di Specialità in Gastroenterologia-Università degli Studi di Bologna	Curricolare presso Gastroenterologia	1
Scuola di specialità in Radiologia - Università degli Studi di Ferrara	Curricolare presso Radiologia	1
Totale		6

Si evidenzia l'impegno del Dipartimento di Salute Mentale e del Consultorio Familiare nella formazione dei professionisti, così come evidenziato nella tabella seguente.

Tabella 6.10 – Formazione figure professionali ambito salute mentale e Consultorio Familiare. Anno 2011

Scuole di Specializzazione	N.ro studenti
Scuola in psicoterapia psicoanalitica Ravenna	1
Psicologia Cognitiva applicata - Università degli Studi di Bologna	2
Scuola Mosaico Psicodramma Analitico di Bologna	2
Scuola Biosistemica di Bologna	1
Ist. Terapia Relazionale di Rimini	1
IFREP – ROMA	2
Scuola SBPC di Bologna	1
Scuola Bolognese di Terapia della Famiglia	7
Ist. Beck di Roma	1
Scuola ITF di Bologna	4
Scuola AION	1
Centro Studi di Terapia Relazionale di Prato	1
Psicologia clinica Università di Bologna-post lauream	1
Totale	25

Oltre all'attività formativa in carico sopradescritta, le strutture aziendali sono state anche sede di altri tirocini universitari. (Tabella 6.11).

Tabella 6.11 - Tipologia di tirocinio e numero studenti per altri corsi di Laurea. Anno 2011

Altri corsi di laurea	Tipologia tirocinio	N.ro studenti
Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche	Curriculare presso Staff Formazione	3
Master in Management	Curriculare presso Direzione SIT	2
Laurea in Sociologia in Politiche Sociali e Sanitarie	Curriculare presso U.R.P.	1
Laurea in Giurisprudenza	Curriculare presso Controllo di Gestione	1
Laurea in Psicologia	Curriculare presso Consultorio Familiare	1
Laurea in Scienze del comportamento e delle relazioni sociali	Curriculare presso DSM e U.O. Neuropsichiatria infantile	2
Laurea in Biologia della Salute	Curriculare presso U.O. Genetica Medica	1
Laurea in Servizio Sociale	Curriculare presso U.O. Dipendenze Patologiche	1
Laurea in Ingegneria Biomedica	Curriculare presso U.O. Ingegneria clinica	1
Laurea in Infermieristica (da altra Università)	Curriculare presso SIT	1
Laurea in Fisioterapia (da altra Università)	Curriculare presso Medicina Riabilitativa	2
Totale		16

Anche i medici convenzionati, in particolare i Medici di Medicina Generale (MMG), hanno svolto un ruolo importante per quanto attiene la formazione universitaria, svolgendo funzione di tutoraggio: nel 2011 sono 7 i MMG che hanno esercitato tale ruolo. Sulla base di accordi regionali, la disponibilità ad accogliere corsisti frequentanti il corso di formazione specialistica in Medicina Generale è stata garantita da un ulteriore MMG.

Tabella 6.12 - Attività di Tutor dei MMG e numero tirocinanti in carico. Anno 2011

Corsi di Laurea	Tipologia Tirocinio	n. tirocinanti
Laurea in Medicina e Chirurgia	Tutor pre-laurea presso ambulatorio MMG	7
Laurea in Medicina e Chirurgia	Preabilitazione Medicina ambulatorio MMG	9
Totale		16

Il numero dei tirocinanti frequentanti il corso di formazione specialistica in Medicina Generale è concordato direttamente con il MMG e quindi non ricompreso in tale rendicontazione. Durante il 2011 i dipendenti che hanno partecipato a corsi universitari sono stati complessivamente 16.

Tabella 6.13 - Dipendenti frequentanti corsi universitari, per profilo professionale. Anno 2011

Corso Universitario	Profilo	n. dipendenti
Corso di Alta Formazione	Infermiere	4
Laurea Tecnici Prevenzione	Operatore Tecnico	1
Master	Infermiere	6
Laurea in Infermieristica	O.S.S.	1
Laurea Magistrale	Tecnico di Radiologia	1
	Infermieri	1
	Fisioterapista	2
Totale		16

6.4 Information and Communication Technology

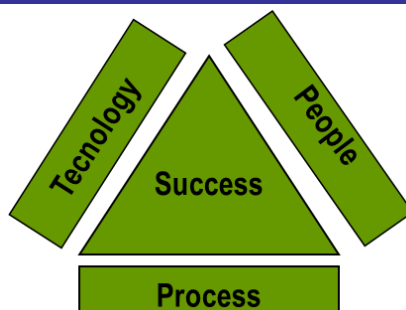
In sanità per garantire la gestione e la continuità dell'assistenza ci si avvale fortemente del contributo delle tecnologie innovative tra le quali la telemedicina, la teleassistenza e più in generale l'ICT (*Information and Communication Technology*) per la realizzazione di una modalità operativa a 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, 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 ai gruppi di pazienti affetti, ad esempio, da disturbi cronici specifici, stratificati per severità clinica o per rischio di aggravamento (**registri di patologia**). Queste informazioni possono consentire di 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*.

Le strutture aziendali di supporto, in generale, hanno il compito, oltre a garantire le condizioni necessarie e sufficienti alla produzione delle prestazioni sanitarie, di realizzare azioni che permettano il miglioramento delle condizioni in termini di spazi, dotazioni tecnologiche e sistemi informatici/informativi. In riferimento a quest'ultimi è opportuno sottolineare che le innovazioni tecnologiche comportano imprescindibili cambiamenti organizzativi e miglioramenti delle conoscenze e competenze; si caratterizzano anche per i costi significativi e il raggiungimento degli obiettivi è possibile solo mediante l'adeguamento dei comportamenti.

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. Il progetto di sviluppo dei sistemi informatici/informativi pone l'attenzione su tre variabili fondamentali: persone, processi e tecnologie.

Tabella 6.14 – Le tre variabili fondamentali dei sistemi informatici/informativi



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, in particolare nella gestione del processo di ricovero, nell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali e nello scambio informativo tra professionisti ospedale/territorio, in integrazione con le soluzioni tecnologiche realizzate a livello regionale. Il processo di ricovero in accesso programmato o in urgenza e l'attività ambulatoriale, devono essere supportati in ogni fase da strumenti *hardware* e *software*, sempre più integrati tra loro e integrati 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 invece 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 tecnologiche adottate in azienda sono state fatte nell'ottica di supportare gli obiettivi descritti, tramite un percorso in essere ancora lungo e oneroso dal punto di vista economico, tecnologico e organizzativo, che investe una profonda revisione procedurale e culturale.

Da alcuni anni è stato attivato un sistema di portale sanitario mediante il quale è consultabile il **repository aziendale** dove sono collezionati i documenti clinici prodotti dai principali sistemi informativi sanitari ed ospedalieri: Laboratorio, Radiologia, ADT, Registro Operatorio, Pronto Soccorso, gestione ambulatoriale. Nel 2011 si è proseguito con la diffusione della cartella infermieristica nei reparti con l'utilizzo "al letto" del paziente, mediante postazioni PC portatili e/o *tablet* PC in rete *Wire-less*. Le azioni attese nel breve medio periodo per ciò che concerne l'area ospedaliera sono: il completamento dell'uso della cartella assistenziale (eventualmente rivisitata in relazione alle specificità dei diversi reparti), la diffusione della somministrazione sacche controllata ed integrata con il sistema informativo trasfusionale del laboratorio *hub* di riferimento (AUSL Bologna), l'informatizzazione del processo di prescrizione/somministrazione, la gestione delle richieste per interni mediante il modulo "Consulenze", il tutto corredato dalla formazione del personale che utilizzerà tali strumenti. Contestualmente si lavorerà per individuare gli strumenti tecnologici più idonei (PC "medicali" con caratteristiche di *tablet*, palmare, *smartphone*, lettori *barcode* in connessione *wireless* con i sistemi server, ecc.) per il supporto dei processi clinici.

In questa ottica, la tendenza che sempre più caratterizzerà gli anni a venire è l'integrazione dei sistemi informatici con le tecnologie elettromedicali: ad esempio, nel 2011 l'integrazione degli emogas analizzatori per i pazienti ricoverati utilizzando l'[identificazione informatizzata](#) del paziente con il braccialetto e l'uso del sistema di ECG a distanza (Tracemasterview) per pazienti ricoverati e per pazienti esterni sul territorio. Un altro sistema di informatizzazione a notevole impatto organizzativo, avviato nel 2011, riguarda il Day Service.

Per ciò che concerne l'area territoriale è continuata l'adesione ai Progetti ICT regionali secondo la pianificazione prevista per ciascuna azienda. Nel futuro si tenderà a consolidare criteri comuni per la compilazione della cartella clinica a cura di MMG/PLS, per 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*).

I [Medici di Medicina Generale \(MMG\)](#) ed i [Pediatrati di Libera Scelta \(PLS\)](#) dell'azienda, nel 2011, risultano tutti collegati alla rete SOLE e alle reti orizzontali sono collegati 118 medici su 119 (99%). Il collegamento hardware e software non garantisce di per sé la fruizione delle informazioni tuttavia, attualmente, sono scambiati sulla rete SOLE i referti di Laboratorio, Specialistica ambulatoriale, Radiologia e Pronto Soccorso; le notifiche di ricovero e di dimissione; le lettere di dimissione. Un'altra implementazione significativa ha riguardato l'analisi e la definizione della modalità di produzione di una lettera di dimissione "specificata" per i pazienti affetti da scompenso cardiaco da utilizzare in Cardiologia e nel Dipartimento Medico.

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 dematerializzazione in coerenza col **Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD)** e con le sue successive modificazioni: consolidamento dei server fisici e/o virtuali con definizione dei Piani di *Business Continuity* e *Disaster Recovery* e completamento della rete *wireless*, in linea con le soluzioni proposte a livello regionale (Lepida); attivazione 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, secondo le soluzioni proposte a livello regionale (progetto PARER).

Nel corso del 2011 si è consolidata la rilevazione del consenso dei cittadini da parte dei MMG/PLS con integrazione delle informazioni con l'anagrafe aziendale; è proseguita l'attivazione delle credenziali per l'accesso al fascicolo sanitario (FSE) che può avvenire tramite tre diverse modalità: preregistrazione e riconoscimento *de visu*; abilitazione dell'account direttamente da sportello; tramite la Carta Nazionale dei Servizi (CNS). Complessivamente nell'anno sono stati attivati 440 FSE. A seguito dell'introduzione del pagamento aggiuntivo delle prestazioni in base all'autocertificazione delle fasce di reddito, nell'ambito dei servizi ICT, è stato realizzato il modulo per la registrazione e integrazione delle informazioni dell'anagrafe assistiti e del SW dei MMG/PLS, che ha permesso la registrazione di circa 30.000 autocertificazioni.

6.5 Accreditalamento istituzionale

Il percorso di accreditalamento istituzionale dei Dipartimenti aziendali ha visto nel 2011 il susseguirsi di due visite di verifica, condotte, come di consueto, dai valutatori esterni selezionati dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale. A giugno 2011 è stato ri-accreditalato il Dipartimento di Salute Mentale, nella sua nuova configurazione organizzativa che ha fatto seguito all'applicazione del "Piano Regionale per la salute mentale"; nel mese di settembre è stato il turno del Hospice, anch'esso alla prima visita di rinnovo. Le verifiche si sono concluse positivamente, con grande soddisfazione degli operatori coinvolti.

6.6 Ospedale di Montecatone: un'eccellenza che avanza

Montecatone *Rehabilitation Institute* s.p.a. ha una dotazione di **158 posti letto**, di cui 19 di Area Critica. Ogni anno tratta oltre 650 pazienti in regime di degenza ordinaria (di cui circa 250 nuovi casi di mielolesione) e 850 pazienti in day hospital. Occupa complessivamente 330 operatori, che negli anni hanno accolto e trattato migliaia di pazienti gravi acquisendo un'altissima competenza ed esperienza sia in ambito clinico assistenziale che in quello del reinserimento ed integrazione sociale, confermato anche dalle certificazioni ed accreditalamenti di qualità.

Nell'ambito della programmazione regionale costituisce il principale *Hub* per il trattamento riabilitativo delle mielolesioni e riveste il ruolo di *Hub/Spoke* per le cerebro lesioni.

L'attività clinico-riabilitativa di Montecatone *R.I.* è svolta nell'ambito degli indirizzi e della programmazione regionale e locale concorrendo alla realizzazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza in ambito regionale, sviluppando, nel contempo, il suo ruolo di centro specialistico di eccellenza a carattere nazionale nel campo della riabilitazione delle gravi mielolesioni e cerebrolesioni. Montecatone sviluppa la funzione di innovazione e ricerca come parte integrante dell'operatività di sistema, al fine di produrre elementi di miglioramento degli assetti organizzativi, delle procedure assistenziali e delle competenze professionali, che possano incidere positivamente sulla qualità delle prestazioni. Sulla base di questi presupposti persegue ogni opportunità di integrazione con: Istituzioni regionali per il trattamento dei pazienti e la formazione del personale, al fine di trasferire *know-how* nei territori sprovvisti delle attività di assistenza e di riabilitazione di alta specialità; organizzazioni nazionali ed internazionali governative e non governative al fine di qualificare ulteriormente la propria attività nell'ambito della Cooperazione internazionale; associazioni delle persone con lesione midollare o cerebrale, al fine di recepire e supportare i propri reciproci interessi presso le istituzioni di programmazione e di governo; istituzioni nazionali quali il Comitato Italiano Paraolimpico (CIP) proponendosi come *partner* privilegiato ed affidabile per l'avviamento alla attività sportiva di ri-valorizzazione della persona con disabilità in quanto tale, e per ogni altra iniziativa nel campo della promozione dello sport paraolimpico.

Il 21.12.2011 il Cda ha licenziato il nuovo Atto Organizzativo, redatto in armonia con le indicazioni regionali. Le principali innovazioni introdotte riguardano: la riorganizzazione delle funzioni

sanitarie in un unico Dipartimento Clinico-riabilitativo e dell'Integrazione, al fine di favorire la gestione di percorsi assistenziali integrati dalla fase acuta alla fase del reinserimento; le indicazioni per una *governance* del dipartimento atta a favorire la partecipazione attiva dei professionisti alle decisioni inerenti al governo clinico; lo sviluppo e la valorizzazione delle risorse umane; la riorganizzazione dell'area tecnico-amministrativa. Di seguito si riportano le principali attività ed obiettivi perseguiti:

- 1) avviato il processo di adozione delle procedure ad evidenza pubblica per gli acquisti di beni e servizi e per il reclutamento del personale, in stretta collaborazione con i servizi dell'AUSL di Imola, che permetterà di avere la situazione a regime entro il 2012. Le procedure di reclutamento hanno permesso la realizzazione di parte consistente del programma di stabilizzazione dei rapporti di lavoro del personale impiegato a tempo pieno;
- 2) avviato il processo di negoziazione con le OO.SS. per un nuovo contratto aziendale per il personale dipendente;
- 3) portato in avanzata fase di realizzazione lo studio di fattibilità per l'ampliamento e ammodernamento della struttura edilizia e degli impianti;
- 4) avviato il piano per la formazione di un'infrastruttura di supporto all'attività scientifica; definite alcune linee di sviluppo della ricerca clinica; realizzata la partecipazione ad alcuni bandi di ricerca in collaborazione con altri centri ospedalieri e l'Università degli Studi di Bologna;
- 5) realizzati significativi sviluppi nei processi di definizione degli accordi con le Aree Vaste della Regione sui percorsi assistenziali dei pazienti mielolesi;
- 6) attivati i contatti preliminari per analoghi accordi con Regioni da cui proviene un significativo numero di pazienti mielo-cerebrolesi ricoverati a Montecatone.

Nel corso del 2011 sono proseguite le visite di sorveglianza da parte dell'Ente di certificazione CERMET, sia per valutare la conformità del sistema qualità dell'Ospedale di Montecatone, sia per valutare il percorso dei pazienti mielolesi traumatici realizzato in integrazione con l'AUSL di Bologna. L'esito delle verifiche è stato positivo, sono stati apprezzati il buon funzionamento del sistema per assicurare adeguati livelli di qualità delle prestazioni, l'impegno nella corretta gestione dei percorsi di riorganizzazione, l'ampio coinvolgimento dei professionisti sia nelle fasi di definizione delle modalità operative sia nei momenti di analisi e rivalutazione degli andamenti.

Le verifiche hanno fornito anche spunti per proseguire nei processi di miglioramento, in particolare nella corretta gestione della documentazione sanitaria e nello sviluppo dei meccanismi di integrazione interprofessionale. Montecatone è anche incaricato dalla Regione Emilia Romagna della gestione del Registro Regionale delle Mielolesioni.

Nel 2011 è continuato l'inserimento dei nuovi casi da parte dei professionisti dei centri *HUB* Regionali (due i Centri Monospecialistici: Montecatone e Villanova d'Arda) e dei tre Trauma Center: Bologna, Cesena, Parma.

Nell'anno 2011 risultano 177 nuovi casi, di cui il 59% traumatici. Rispetto alle patologie a-traumatiche si registra una prevalenza delle patologie vascolari (16%) e neoplastiche (8%).

Il progetto proseguirà con la formazione dei professionisti dei Centri *SPOKE-T* per completare l'immissione dei dati delle patologie a-traumatiche che risultano verosimilmente sottostimate.

L'Ospedale di Montecatone è stato anche impegnato nella gestione del progetto Inclusione per la messa a punto di modalità di intervento e di strumenti comunicativi da trasferire nel sistema di relazioni tra l'Ospedale e i servizi territoriali al fine di migliorare l'efficacia delle attività di re-inclusione sociale/lavorativa delle persone con lesioni midollari ricoverate presso l'ospedale.

Si tratta di una ulteriore sperimentazione di strumenti utili ad un reinserimento socio-lavorativo dei pazienti con lesione midollare dell'Emilia-Romagna, quali: messa a punto di una piattaforma informatica di dialogo con il territorio basata sul linguaggio *ICF* e utilizzo per oltre 50 pazienti della Regione; azione "Bilancio di competenze" per oltre 20 pazienti; percorsi post dimissione per 14 pazienti; laboratorio di avvio di una radio *web* da affidare ad ex pazienti. Il progetto è stato portato a termine con successo ed ha ottenuto, in particolare, l'incoraggiamento dei rappresentanti dell'utenza a proseguire.

Si segnala che l'avvio di una "Consulenza alla pari" stabile, nell'ambito dell'equipe di Bilancio di competenze, ha consentito di ampliare moltissimo l'attenzione verso questa figura e la sua potenziale utilità per i pazienti e per gli ex pazienti già rientrati a domicilio. L'evento più rilevante da questo punto di vista è stato un seminario di due giorni, presso Casa Guglielmi, a cui hanno partecipato 22 ex pazienti da 7 Regioni diverse, per iniziare a formarsi sulle tematiche del supporto alla pari e della promozione della Vita Indipendente.

La collaborazione con la Cooperativa che gestisce la Casa di Accoglienza "Anna Guglielmi" è stata formalizzata nel corso del 2011, in modo da mettere a punto una serie di attività di utilizzo programmato della casa per l'addestramento di pazienti e *caregivers* all'autonomia nei gesti di vita quotidiana ed alla progettazione indipendente delle proprie scelte.

L'avvio di questa sperimentazione "pre-domicilio" costituisce una linea di sviluppo molto importante sia perché allinea l'offerta di Montecatone a quella di altre Unità Spinali, sia perché ha consentito agli operatori dell'equipe di sperimentarsi in un contesto extraospedaliero, accelerando il processo di integrazione tra le professioni e di valorizzazione delle professioni non mediche nell'ambito del percorso riabilitativo. Queste sperimentazioni sono state il preludio per l'importante trasformazione, prevista per il 2012, da "Dipartimento Integrazione" a "Programma Trasversale per l'Abilitazione della persona con Disabilità e promozione della Vita Indipendente".

La presenza di Montecatone nel tessuto sociale avviene soprattutto attraverso la "Fondazione Montecatone onlus" creata appositamente per perseguire finalità di solidarietà sociale complementari all'attività promossa dalla struttura. La Fondazione è ente accreditato per l'accoglimento di volontari del Servizio Civile Nazionale (L. 64/2001). Nel 2011 sono stati attivi due volontari, selezionati tra i 9 candidati che si erano presentati rispondendo al bando. Nei due anni precedenti, la Fondazione ha sempre selezionato volontari con disabilità: una presentazione della

loro esperienza è stata oggetto di una pagina speciale di "Carlino salute" realizzata da Montecatone per celebrare la Giornata nazionale della persona con lesione midollare (4 aprile). L'operato dei due volontari della Fondazione è stato estremamente apprezzato sia per l'attività direttamente prestata a beneficio di pazienti e parenti, sia perché nella seconda parte dell'anno si sono dedicati al coordinamento tra le diverse realtà di volontariato operanti a Montecatone – iniziativa di successo che nel 2012 è culminata nella scelta dell'Ospedale di affidare stabilmente alla Fondazione tale coordinamento. Sono infatti numerose le realtà che hanno stipulato una Convenzione per l'invio di volontari a Montecatone: nel 2011 sono state attive le associazioni Auser, Unitalsi, Emme Demum Venturum, Club Arti Reggiane, Pionieri della Croce Rossa. Come tradizione, anche nel 2011, tutti i volontari sono stati invitati a partecipare a un corso di formazione che in questa edizione ha dato spazio esclusivamente alla testimonianza di persone con disabilità, in modo da procurare ai volontari e alle loro associazioni suggerimenti operativi basati sui reali bisogni dei pazienti.

La Fondazione aderisce al Coordinamento Provinciale degli Enti di Servizio Civile: da ciò discende sia l'impegno a partecipare attivamente al programma provinciale di Formazione, Sensibilizzazione e Monitoraggio del Servizio Civile, sia la scelta di proporre sul territorio il cosiddetto "Servizio Civile Minori". Grazie a questo programma ideato dalla regione la Fondazione ha accolto, nel 2011, 5 ragazzi iscritti alle scuole superiori che hanno effettuato un periodo minimo 35 ore di volontariato impegnandosi soprattutto in attività di animazione per i pazienti (giochi, sala informatica, feste). Molti dei ragazzi che hanno scelto di effettuare il "Servizio Civile Minori" avevano conosciuto l'Ospedale attraverso l'esperienza di *stage* proposta dalla Scuola Superiore di appartenenza. Sono stati accolti, infatti, in diverse *tranches*, 2 gruppi di studenti del Liceo delle scienze sociali e 2 dell'Istituto Biochimico Agrario. L'esperienza è per entrambe le scuole consolidata, tant'è vero che ogni anno il numero di ragazzi che chiede di svolgere lo stage a Montecatone è sensibilmente più alto dei posti che è in grado di mettere a disposizione (4-5 ragazzi per gruppo). Le schede di valutazione finale sono sempre molto positive; i ragazzi sottolineano soprattutto la valenza umana e formativa dell'immergersi in una situazione di vita che li fa uscire dall'ovatta del loro quotidiano, e li pone davanti a quesiti di carattere esistenziale non in termini filosofici o dogmatici, ma attraverso la corporeità dei pazienti e degli ex pazienti che incontrano. La consapevolezza di questa potenzialità porta l'Ospedale di Montecatone a organizzare ogni anno diverse iniziative pubbliche finalizzate a creare una cultura inclusiva rispetto alla disabilità ed a sensibilizzare i giovani rispetto ai rischi legati ai loro stili di vita. Anche nel 2011, Montecatone ha partecipato attivamente al progetto provinciale di Educazione stradale, in base al quale sono state accolte 2 scolaresche della provincia che hanno scelto di effettuare una visita durante la quale vengono presentate, direttamente da persone che hanno subito un incidente stradale, tutte le conseguenze per la vita quotidiana. Il modulo formativo è strutturato con il duplice obiettivo di indurre nei ragazzi una maggiore attenzione ai rischi, ma anche di facilitare in loro il contatto con la disabilità; lo stesso modulo è stato proposto in due classi di scuola media a Imola. Le altre iniziative

fondamentali rivolte al pubblico nel 2011 sono state: due concerti a Montecatone, di cui uno inserito nel calendario ufficiale di "Imolainmusica"; una mostra di pittura dei pazienti a Dozza in occasione della "Biennale del muro dipinto"; una tavola rotonda presso Casa Guglielmi in occasione del "Baccanale di Imola"; un seminario dedicato alla chiusura del progetto "Inclusione" in occasione della "Giornata internazionale della persona con disabilità (3 dicembre)".

Tabella 6.15 – Montecatone Rehabilitation Institute s.p.a.



7. Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

7.1 Assistenza ospedaliera per intensità di cura

7.1.1 Il modello clinico - assistenziale

In un contesto in continua evoluzione sul quale insistono tipologie di offerta assistenziale diverse, se si tiene conto dell'invecchiamento della popolazione, dell'aumento della complessità dell'organizzazione dei servizi sanitari, dello sviluppo di nuove tecnologie, dell'affermazione di nuove professionalità, delle modifiche nella struttura quantitativa e qualitativa dei gruppi professionali, dell'aumento dei rischi collegati a modalità sempre più sofisticate di assistenza e della crescente limitatezza delle risorse in rapporto alle potenzialità di assistenza, il "nuovo ospedale" deve essere visto come una *"risorsa da usare solo quando è indispensabile e per il tempo strettamente necessario e deve essere ideato ed organizzato ponendo al centro il paziente, con la sua esigenza di cura ed i suoi bisogni di assistenza"*.

L'esigenza di combinare le cure di bassa intensità, che caratterizzano gran parte dell'attuale domanda di ricovero ordinario, con l'attuale orientamento dell'assistenza ospedaliera verso 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 organizzativo alla base dell'assistenza ospedaliera per intensità di cura non raggruppa spazialmente i pazienti sulla base delle discipline mediche, bensì prevede l'accoglienza del paziente in un'area appropriata in base al bisogno clinico assistenziale ed al trasferimento successivo al variare delle condizioni cliniche. L'attribuzione del livello di cura richiesto consegue ad una valutazione di instabilità clinica (associata quindi a specifiche alterazioni di parametri fisiologici) e di complessità assistenziale (medica ed infermieristica).

Ad indicare il *setting* più appropriato di assistenza è innanzitutto la componente clinica, che una volta stabilita attraverso scale validate, attribuisce al paziente 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. L'assistenza per intensità di cura prevede tre livelli:

- alta intensità: degenze intensive e sub-intensive, ad esempio rianimazione, unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC), *Stroke Care*;
- media intensità: degenze per aree funzionali: area medica, chirurgica, materno-infantile;
- bassa intensità: pazienti a bassa intensità e post-acuti.

Tale modello è applicabile a diversi livelli (singolo Dipartimento e singola Unità Operativa) all'interno del contenitore ospedale, secondo specifici criteri definiti in base alla casistica di riferimento.

L'organizzazione per intensità di cura determina la necessità di introdurre nuovi modelli di lavoro interprofessionali e multidisciplinari e presuppone la creazione e lo sviluppo di ruoli professionali coerenti con il nuovo sistema. Cambia, quindi, complessivamente la relazione all'interno dell'*équipe* tra medico ed infermiere, nella consapevolezza che il processo di cura e di assistenza sono distinti, ma anche fortemente interdipendenti. Con l'ospedale organizzato per intensità di cura il medico può meglio concentrarsi sulle proprie competenze distintive e ha la possibilità di esercitarle in diverse piattaforme logistiche, ovunque siano i pazienti di cui ha la responsabilità clinica o alla cui cura concorre. Per il personale infermieristico si allarga il campo delle competenze per la gestione dell'assistenza avanzata nei settori di alta intensità, il campo delle responsabilità di presa in carico per la gestione dei settori a bassa e media intensità con la messa in campo di funzioni di *case management* sul percorso clinico assistenziale del paziente, si ampliano i processi di integrazione e i momenti comuni tra medici ed infermieri, con la necessità di disporre di strumenti comuni per garantire la continuità delle informazioni e della presa in carico globale del paziente.

7.2 Lo sviluppo dell'ospedale per intensità di cura nell'AUSL di Imola

Negli ultimi anni l'AUSL di Imola ha avviato importanti processi di riorganizzazione con lo scopo di giungere nel medio termine al completamento del trasferimento all'Ospedale Nuovo di quelle funzioni ospedaliere ancora collocate presso la vecchia sede, in varie fasi, passando anche attraverso la realizzazione di nuove piattaforme logistiche in grado di ospitare funzioni sanitarie integrabili. Unificare sullo stabilimento di Imola funzioni ad elevato costo, per motivi di tipo strutturale, per necessità di collegamenti interdisciplinari o di dotazione strumentale e impiantistica, consente di utilizzare possibili sinergie ed economie di scala da riconvertire, eventualmente, in ulteriori attività, nonché di ridurre i costi di gestione.

In questo contesto trova coerente collocazione la sperimentazione di progetti di innovazione organizzativa quali la riorganizzazione delle degenze per intensità di cura e l'implementazione di nuove modalità di interazione professionale tra medico e infermiere e interdisciplinare fra medico curante e specialista consulente.

L'AUSL di Imola ha da qualche anno promosso il modello clinico – assistenziale per intensità di cura in area d'emergenza ed in area medica. In questi *setting* organizzativi l'anno 2011 ha visto lo sviluppo degli elementi salienti; le aree di degenza sono state infatti articolate 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) e per percorso diagnostico-terapeutico (patologie più frequenti e/o complicate da episodi acuti e cronici). Nell'ambito dell'organizzazione per intensità di cura in area medica e internistica assume particolare importanza l'assistenza infermieristica, che si caratterizza per elementi di responsabilizzazione e 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 sarà esteso anche alle unità operative chirurgiche, con la ricerca di adeguate sinergie tra le stesse nell'ambito dei rispettivi percorsi paziente. L'obiettivo dell'AUSL di Imola è di portare a regime questo tipo di cultura e la relativa organizzazione. Ciò significa necessariamente introdurre modelli di lavoro interprofessionali e multidisciplinari, supportati dalla definizione di linee guida e procedure basate sulle evidenze scientifiche e creare/sviluppare ruoli professionali coerenti con il nuovo sistema ed in grado di facilitare il cambiamento.

7.2.1 Intensità di cura nel Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA)

Per l'avvio dell'organizzazione per intensità di cura è stata determinante l'attivazione, nel 2009, del nuovo padiglione ospedaliero che ospita il [Dipartimento di Emergenza Accettazione \(DEA\)](#), una struttura pensata secondo principi volti alla realizzazione pratica di aree assistenziali organizzate per intensità di cura. Con la nuova struttura, l'Azienda ha attivato nuove funzioni: la terapia semintensiva, precedentemente non presente, ed una vasta area di [Osservazione Breve Intensiva \(OBI\)](#) adiacente al [Pronto Soccorso](#). Ma a caratterizzare questa progettazione sono state proprio le soluzioni logistico-organizzative: i reparti di Medicina di Urgenza e di Cardiologia complanari e contigui, e, soprattutto, l'Area Critica costituita da un *open space* che centralizza su un unico piano terapia intensiva (8 posti letto), terapia intensiva cardiologica (UTIC: 4 posti letto) e semintensiva (8 pl). E' in area critica che il modello organizzativo per intensità di cura ha trovato i maggiori elementi di sviluppo sia in termini di gestione della struttura che delle risorse umane e tecnologiche, fino alla definizione, a novembre 2011, di un modello in cui il concettuale abbattimento dei muri che separano le varie discipline si è tradotto strutturalmente in grandi *open space* ed in complanarità che permettono di posizionare il paziente nell'area di degenza a seconda dell'intensità di cura e della complessità assistenziale di cui esso necessita, piuttosto che del tipo di malattia che l'ha colpito.

La realizzazione del progetto ha comportato il passaggio culturale dall'idea di curare la malattia all'idea di farsi carico del malato: un nuovo approccio al paziente fondato sull'integrazione funzionale ed organizzativa e volto al miglioramento dei processi assistenziali attraverso una gestione interdisciplinare e multiprofessionale, ridisegnando il modello assistenziale per raggruppare i pazienti non per disciplina medica ma per l'intensità del bisogno assistenziale, ovvero sulla base delle peculiarità dei pazienti e della diversa intensità delle cure di cui necessitano. Lo sviluppo del progetto, a due anni dal suo avvio, ha già portato ad una concentrazione, in aree specifiche e predefinite, dei percorsi diagnostico-terapeutici che richiedono livelli assistenziali intensivi e semintensivi (ad es. percorso *stroke*, IMA STEMI).

I pazienti che necessitano di questi livelli assistenziali vengono trasferiti in area critica per poi tornare nelle degenze ordinarie non appena cessi la necessità di trattamento intensivo semintensivo, con diverse necessità di monitoraggio delle funzioni vitali.

L'altro obiettivo, in buon grado raggiunto a fine 2011, riguarda l'integrazione del personale infermieristico, organizzato per agire la propria professionalità su tutte le posizioni di lavoro presenti e a rispondere ad un unico coordinatore assistenziale. Fin da fine 2009, dopo avere effettuato una mappatura delle competenze, è stato implementato in condivisione con gli operatori un piano di integrazione professionale. Oggi l'80% del personale dell'assistenza è in grado di garantire la copertura delle competenze di base previste per l'area critica su tutte le posizioni di lavoro (intensiva, semintensiva, UTIC). Il rimanente 20% sta intraprendendo un percorso di formazione/addestramento con infermieri esperti.

L'integrazione della componente assistenziale ha permesso di utilizzare strumenti comuni per la pianificazione delle attività e la valutazione dei carichi di lavoro. In particolare per la rilevazione dei carichi di lavoro si utilizza il punteggio *NEMS (Nine Equivalents of nursing Manpower use Score)* che permette di valutare l'utilizzo delle prestazioni infermieristiche alle quali viene associato un punteggio. La scheda *NEMS* viene compilata quotidianamente per ogni paziente ricoverato; l'applicazione del modello fornisce un punteggio medio di carico assistenziale che consente di allocare le risorse in modo appropriato nei tre settori che compongono l'Area critica.

Nel periodo 2012-2014 l'azienda intende ulteriormente sviluppare gli aspetti di integrazione interdisciplinare e multiprofessionale del personale operante in area critica (rianimatori, cardiologi, infermieri, OSS) attraverso la condivisione di competenze clinico-assistenziali e la costruzione di percorsi clinico-organizzativi definiti. Il modello funzionale e organizzativo individuato per la gestione medica dei pazienti di area critica non prevede una connotazione specialistica a priori, bensì una valutazione delle necessità del singolo paziente. Dal lato infermieristico, questo modello di gestione risulta particolarmente interessante perché pone obiettivi molto sfidanti in termini di acquisizione di diversi livelli di autonomia, di ruolo e di diverse modalità di relazione con il personale medico. I soggetti destinatari dell'intervento sono tutti i medici di Rianimazione e Semintensiva, Cardiologia e Terapia Intensiva Cardiologica e a tutto il personale assistenziale che opera all'interno dell'area critica, per un totale di 96 operatori (35 medici, 55 infermieri, 6 Operatori Socio Sanitari). E' prevista la valutazione del livello di integrazione raggiunto su tre principali elementi: le competenze professionali che consentono lo sviluppo dell'integrazione professionale medico-infermieristica, la condivisione di documentazione sanitaria e di strumenti informatici di supporto, l'elaborazione di procedure relative ai principali percorsi diagnostico-terapeutici. La programmazione di questa seconda fase del progetto prevede l'analisi dello stato dell'arte relativo a questi elementi tra aprile e giugno 2012; la predisposizione delle opportune azioni a copertura dei *gap* individuati (settembre-dicembre 2012) e la predisposizione ed applicazione del modello clinico-organizzativo a regime e dei relativi indicatori di monitoraggio (gennaio 2013-marzo 2014). A conclusione del periodo verranno analizzati i risultati.

La progettazione e l'implementazione del modello organizzativo per intensità di cura e complessità assistenziale nell'Area Critica dell'AUSL di Imola sono stati possibili grazie all'impegno dei professionisti coinvolti, in particolare delle *équipe* mediche ed infermieristiche di Terapia Intensiva, Semintensiva, Cardiologia-Terapia Intensiva Cardiologica, con il supporto fondamentale della direzione infermieristica, tecnica e medica del DEA.

La possibilità di disporre di una struttura pensata *ad hoc* per sostenere questo tipo di progettualità ha costituito un vantaggio da molti punti di vista: l'azienda in questo caso disponeva già di un contenitore adeguato su cui sperimentare questa progettualità. L'attivazione di questa struttura ha anche comportato un adeguamento del personale assistenziale ed attività di formazione coerenti. Nella prima fase l'implementazione della gradualità delle cure ha avuto un costo ricompreso nel più ampio progetto di attivazione del DEA (25 milioni di euro solo per struttura e tecnologie). Nei prossimi due anni il *budget* sarà invece principalmente orientato alla copertura dei costi per la formazione e per l'adeguamento degli strumenti informatici, informativi e di supporto: circa 60 mila euro. L'azienda ha richiesto un finanziamento del 50% alla Regione Emilia Romagna all'interno dei progetti di modernizzazione.

7.2.2 Intensità di cura nel Dipartimento Medico

Dal giugno 2010 l'AUSL di Imola ha dato avvio alla fase attuativa del progetto "Intensità di Cura in Area Medica". Così come è avvenuto all'interno del DEA, questa iniziativa, oltre a sperimentare una nuova modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza, è diventata occasione di convergenza di interessi multiprofessionali e multidisciplinari.

La missione del Dipartimento Medico è orientata alla gestione delle patologie acute e croniche prevalenti, termine con il quale ci riferiamo alle patologie cardiovascolari, cerebrovascolari, oncologiche, pneumologiche, endocrinologiche. 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 tale ottica, lo sviluppo del [modello per intensità di cura](#) risponde pienamente alle esigenze del paziente con patologie di natura internistica.

Ragionando in termini di intensità di cura a livello dei due stabilimenti ospedalieri, il Dipartimento Medico risulta già stratificato per gradualità, 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 la più parte delle attività cosiddette a bassa intensità, ovvero l'attività per lungodegenti post-acuti - riabilitazione estensiva e l'Hospice.

Il progetto di riorganizzazione delle degenze del Dipartimento Medico per intensità di cura e complessità assistenziale si è iscritto nella conformazione assunta dall'ospedale a seguito dell'attivazione del DEA ed ha applicato i criteri della gradualità delle cure alla Medicina interna costituita, precedentemente, da 66 posti letto di degenza ordinaria complanari, contenitore

indistinto per il ricovero di pazienti acuti, quasi esclusivamente provenienti da aree del DEA (Pronto Soccorso, OBI, Medicina d'urgenza, Cardiologia, Area critica).

Il progetto è stato declinato attraverso l'individuazione in Medicina di 3 aree a diversa gradualità di cura indicate con i termini media, medio-alta e medio-bassa intensità clinica, dotate rispettivamente di 32, 10 e 24 posti letto. Le 3 aree si differenziano per le modalità organizzative (pianificazione delle attività, protocolli clinici, dotazione di risorse umane sia assistenziali che mediche). Diversa è l'articolazione delle responsabilità cliniche in quanto l'area a medio-bassa intensità corrisponde ad una struttura semplice ad afferenza dipartimentale mentre la restante dotazione di posti letto ha mantenuto l'afferenza all'unità operativa.

Tutte le aree ricevono ricoveri in urgenza da Pronto Soccorso, secondo protocolli definiti e possono candidare pazienti alla Lungodegenza ed all'Hospice; sono possibili altresì trasferimenti fra le aree al cambiare delle condizioni cliniche dei pazienti.

La diversa intensità è stata individuata attraverso la definizione delle caratteristiche cliniche ed assistenziali dei pazienti destinati all'area. In particolare il settore a medio-alta intensità è destinato ad accogliere i pazienti con patologie neurologiche (*stroke*) e pneumologiche in fase acuta, mentre il settore a medio-bassa intensità accoglie pazienti caratterizzati da bisogni assistenziali di base, anche elevati, a fronte di un impegno clinico minore. In fase di avvio del progetto tale classificazione non si è basata su scale di valutazione, ma sull'individuazione di criteri di eleggibilità al ricovero nell'area a medio-bassa intensità.

A livello internazionale il tema della stratificazione della domanda di ricovero per intensità delle cure ha portato alla sperimentazione di strumenti operativi clinici (scale di valutazione) funzionali alla definizione della necessità e tipologia del ricovero. Tra esse la scala *Early Warning Score (EWS)* e la successiva *Modified Early Warning Score (MEWS)*, utilizzata nel mondo anglosassone, che include l'osservazione di frequenza cardiaca, respiratoria, temperatura, pressione arteriosa, stato di vigilanza, introdotta nel nostro contesto ed applicata a partire dal Pronto Soccorso.

Per quanto riguarda gli obiettivi descritti nel mandato e le modalità di implementazione del progetto a livello del Dipartimento medico si può affermare che, a circa due anni dalla partenza il modello per intensità delle cure ha dimostrato una discreta funzionalità sulla disponibilità dei posti letto richiesti sia da Pronto Soccorso che dalle Unità operative per eventuali trasferimenti. E' stata, inoltre, costituita una struttura semplice divisionale, denominata *Stroke Care*, per ricovero e trattamento della patologie vascolari ischemiche cerebrali, i cui operatori hanno effettuato attività di formazione relativamente all'assistenza in *Stroke Care* e per l'assistenza ai pazienti affetti da insufficienza respiratoria con necessità di assistenza ventilatoria meccanica non invasiva.

Riguardo ai rapporti di interfaccia con il Pronto Soccorso, elemento da presidiare per assicurare successo alla riorganizzazione, sono state individuate nuove modalità organizzative, che prevedono la riduzione degli interlocutori nella gestione quotidiana dei posti letto tra PS e area internistica. Si ritiene necessario infatti individuare un unico interlocutore per tutta l'area del DEA e un unico interlocutore per tutta l'area del Dipartimento Medico, ovvero una funzione simile al

bed management, superando le molteplici modalità utilizzate per conoscere e trasmettere la consistenza di letti liberi e la programmazione delle dimissioni nell'arco della giornata.

Altro elemento su cui impostare azioni di miglioramento è la gestione della documentazione sanitaria, in particolare l'implementazione del programma di informatizzazione dei dati clinici, ai fini di costruire una cartella del paziente unica ed integrata. L'organizzazione per gradualità delle cure si connota, infatti, anche per elementi di interazione multidisciplinare e multiprofessionale per la quale la possibilità di fruire di una documentazione clinico-assistenziale immediata al letto del malato, in qualsiasi momento e luogo si trovi il *team* che ha in carico il paziente a disposizione per la predisposizione e registrazione di ogni trattamento, rappresenta un elemento fondamentale ed essenziale per la buona riuscita del modello.

7.3 Considerazioni conclusive

E' ben noto che il razionale per l'applicazione del modello organizzativo di assistenza per intensità di cura poggia su due specifici presupposti, ovvero che un soggetto con elevati bisogni inserito in un sistema a bassa offerta tende a stressare il sistema ed ottenere una quota di assistenza maggiore degli altri utenti, ma inferiore a quella che richiederebbe in un sistema con idonea organizzazione, mentre un soggetto con modesti bisogni inserito in un sistema ad offerta alta riceve una quota di assistenza superiore a quella che riceverebbe se inserito in un sistema a bassa offerta. Il modello per intensità di cura incide pertanto sull'efficienza del sistema e può portare anche a miglioramenti della produttività, attraverso una riduzione dei tempi di percorsi di cura con recuperi dalla malattia più rapidi e una minor durata della degenza nei vari settori, realizzando un'organizzazione che sia in grado di ottimizzare le risorse.

Relativamente all'appropriatezza dei ricoveri nei settori a diversa intensità di cura, ovvero "il paziente giusto nel posto giusto", sono necessarie periodiche rilevazioni ed analisi. Particolare attenzione deve essere posta alla politica di sviluppo delle risorse umane e della professionalità degli attori coinvolti. I percorsi clinici assistenziali integrati rappresentano lo strumento fondamentale perché possa effettivamente compiersi la nuova presa in carico del paziente e realizzare i nuovi ruoli professionali.

Il modello organizzativo ospedaliero non può non misurarsi con i *setting* assistenziali complementari, da qui la necessità di misurare la *performance* del territorio e l'efficacia delle cure intermedie, finalizzate a garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera e favorire il rapido recupero e la massima autonomia dei pazienti.

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola
Viale Amendola, 2 - 40026 Imola (BO)
tel. +39 0542 604111 - fax. +39 0542 604013
e-mail: ausl@ausl.imola.bo.it
www.ausl.imola.bo.it