

Allegato n. 1

RIDETERMINAZIONE DELL'OFFERTA DI POSTI LETTO

La definizione della **configurazione organizzativa** dell'assistenza ospedaliera e del relativo **service-mix** ricalca il modello delle reti cliniche integrate ed è finalizzato a soddisfare la domanda attesa nella popolazione (autosufficienza), secondo il grado di flessibilità richiesto dalle caratteristiche della mobilità passiva e attiva, e dalle politiche che, riguardo alle stesse, si intendono perseguire. Il tema è stato affrontato sia in termini qualitativi che quantitativi con un approccio innovativo, utilizzato per la prima volta.

Nel presente allegato viene messo a fuoco soprattutto l'aspetto dell'**offerta ospedaliera** in termini di numero e tipologia di posti letto, mentre nel testo del documento sono state prese in considerazione anche altre importanti risorse, quali i servizi diagnostici e la disponibilità di sala operatoria, talvolta più significativi del numero dei posti letto ai fini programmatici.

La logica di determinazione territoriale del quadro quantitativo e della tipologia dell'offerta di posti letto ospedalieri implica la necessità che le **scelte di programmazione** attuativa locale siano integrate con il modello hub and spoke regionale, per una compatibilità complessiva di sistema.

Ciò vale per le cosiddette alte specialità, le cui scelte di programmazione rientrano fra le competenze regionali, ma anche per alcune altre discipline per le quali, pur non essendo necessaria una elevata centralizzazione della produzione, è comunque opportuno **evitare duplicazioni provinciali**, potenzialmente inefficienti e a rischio di sviluppare livelli di attività insufficienti a garantire un adeguato livello qualitativo.

In questi casi è previsto lo sviluppo di **alleanze strategiche**, soprattutto interaziendali, in una logica di rete, in modo che le competenze necessarie a dare risposta alle necessità assistenziali dei cittadini siano accessibili in modo equo su tutto il territorio e che vi sia la garanzia di livelli qualitativi adeguati. In particolare per alcune **discipline** quali ad esempio la chirurgia toracica, la chirurgia vascolare, l'ematologia, l'endoscopia digestiva interveniva, l'accentramento delle attività e delle strutture si abbina allo sviluppo di modalità organizzative che rendono disponibili in periferia le competenze, anche attraverso il ricorso alla mobilità dei professionisti.

La rimodulazione dei posti letto dell'Azienda USL di Imola prevede uno sviluppo graduale e progressivo durante il periodo di vigenza del PAL, in linea con la dinamica che assumeranno i flussi di mobilità attiva e passiva nel triennio di riferimento; sono previste almeno due tappe intermedie di verifica degli andamenti, al termine del 2004 e del 2005, prima del completamento delle azioni di piano, attese alla fine del 2006.

Nelle tabelle I, II e III sono descritti i **criteri ed i metodi** utilizzati per la rideterminazione dei posti letto dell'Azienda USL di Imola per l'anno 2004 tenuto conto degli standard regionali fissati nel **4,0 PL per 1.000 abitanti**, in rapporto alla popolazione assistita per i posti letto per **acuti**, mentre, per quanto riguarda i **posti letto di lungodegenza** post-acuzie e riabilitazione estensiva, il risultato atteso al termine del periodo di vigenza del PAL è rappresentato dal pieno rispetto degli standard popolazionali (0,1 x 1.000 per le cure palliative; 0,13 x 1.000 per la riabilitazione estensiva; 0,47 x 1.000 per la lungodegenza post-acuzie; **0,7 x 1.000 complessivo** per la funzione), stimando una **piena autosufficienza** per la popolazione imolese. In particolare, la tabella III riporta il confronto fra i dati relativi ai posti letto 2003 ed ai posti letto rideterminati per il 2004 con i parametri sopra descritti, come concordato anche in area provinciale.

1. TABELLA I - Posti letto ATTESI

STANDARD DI RIFERIMENTO:

- Popolazione al 31/12/2002	121.883
- Posti letto acuti	4 ‰
- Posti letto lungodegenza	0,7‰

TOTALE POSTI LETTO ACUTI n. 487

TOTALE POSTI LETTO PER LUNGODEGENZA n. 86

TABELLA II - Posti letto DETERMINAZIONE REALE

A) Criteri di riferimento posti letto per acuti:

riduzione di posti letto in relazione alle medie e alte specialità non presenti

devono pertanto essere ridotti n.104,5 posti letto ordinari e n.9,5 posti letto di Day Hospital

TOTALE - 114 Posti letto

TOTALE POSTI LETTO PER ACUTI AL 31/12/2004 n. 373

**N.B.: il flusso dei cittadini di Medicina è considerato come nel 2003 (18%)*

B) Criteri di riferimento lungodegenza:

autosufficienza piena (0,7‰ per 121.883 abitanti) = 86 posti letto

Dal 12/1/2004 sono attivi n. 76 posti letto (0,62‰)

*** N.B.: il flusso dei cittadini di Medicina è considerato al 100%*

TABELLA III - POSTI LETTO 2003 E POSTI LETTO RIDETERMINATI

Aree	Posti Letto 2003			Posti Letto 2004			Scarto 2004 - 2003		
	Ord	DH	TOT	Ord	DH	TOT	Ord	DH	TOT
TOTALE AREA INTERNISTICA	142	34	176	169	33	202	27	-1	26
TOTALE AREA CHIRURGICA	117	21	138	117	22	139	0	1	1
TOTALE AREA INTENSIVA	12	0	12	12	0	12	0	0	0
TOTALE PSICHIATRIA	15	5	20	15	5	20	0	0	0
TOTALE ACUTI	286	60	346	313	60	373	27	0	27
TOTALE LD PA RE	62	0	62	76	0	76	14	0	14
TOTALE POSTI LETTO	348	60	408	389	60	449	41	0	41

Allegato n. 2

MIGLIORAMENTO DELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE DI PRONTO SOCCORSO

Gruppo di Progetto – AUSL di Imola¹

INTRODUZIONE

Il miglioramento delle cure urgenti e dell'accoglienza presso i servizi sanitari che si occupano dell'assistenza in emergenza rappresenta uno dei principali fattori di sviluppo della qualità del Servizio Sanitario Nazionale.

I cittadini hanno diritto infatti a cure qualificate, efficaci, appropriate e tempestive, ma anche a condizioni di accesso, che nei tempi e nella forma, siano rispettose delle condizioni di bisogno dei singoli e, quanto ai percorsi previsti, siano improntate alla massima semplificazione e garantiscano il rispetto del principio di equità.

Nel corso dell'ultimo decennio alcuni fra i profondi mutamenti che hanno interessato il contesto sanitario hanno toccato in modo particolare la organizzazione del Pronto Soccorso, che da sempre costituisce un nodo cardine del sistema sanitario, per la sua collocazione fra ospedale e territorio.

Il Pronto Soccorso ha rappresentato in molti casi il punto di maggiore congestionamento del sistema nel suo complesso e anche un momento di impatto difficile per coloro che sono costretti a lunghe attese. Questa situazione, comune alla realtà regionale e più in generale a tutti i sistemi di cure ad impronta solidaristica, pone l'Azienda USL di Imola nelle condizioni di dover necessariamente ricercare delle soluzioni organizzative tese a migliorare le prestazioni e ad affrontare efficacemente questo stato di cose.

La maggior attenzione agli aspetti di appropriatezza delle attività di ricovero ha portato ad affinare la funzione di filtro del Pronto Soccorso. Sono poi emerse nuove forme di integrazione fra ospedale e servizi distrettuali che, attraverso il coinvolgimento ora dei Medici di Medicina Generale e della Continuità Assistenziale, ora dei Servizi Distrettuali, hanno mirato ad una più efficace continuità della presa in carico, condizione necessaria per un miglioramento del livello di appropriatezza degli accessi al Pronto Soccorso. Parallelamente, per affrontare in modo razionale le problematiche sollevate da un incremento costante del numero degli accessi al Pronto Soccorso, si sono diffuse soluzioni organizzative aventi la finalità di regolare l'ordine degli accessi dei pazienti agli ambulatori. L'applicazione delle tecniche di Triage infermieristico, secondo modalità standardizzate, è ormai ampiamente consolidata nel nostro Pronto Soccorso e permette, attraverso la definizione del livello di criticità della sintomatologia presentata dal paziente, la attribuzione del cosiddetto codice colore che definisce la priorità di accesso alle prestazioni.

Pur mettendo in conto tali sviluppi resta comunque ineludibile la necessità di affrontare con il massimo impegno il problema dell'improprio utilizzo delle strutture di Pronto Soccorso, sia perché ciò rende ulteriormente critica la realtà operativa della struttura, sia perché tale stato di cose viene a costituire un potenziale generatore di inappropriata delle attività di ricovero di non irrilevante importanza.

Occorre cercare di adeguare il modo di operare dei servizi al fine di trovare un rimedio alle richieste in continuo aumento, con alcuni interventi pratici immediati e con alcuni progetti di medio periodo. Rispondere alle incongruenze di un sistema a disponibilità oggettivamente, e giustamente, limitate rispetto a richieste potenzialmente illimitate, spetta, anche se non esclusivamente, alla componente sanitaria, attraverso la elaborazione di modelli organizzativi condivisi di risposta all'urgenza.

Il presente elaborato contiene le proposte di miglioramento dell'assistenza fornita al paziente che accede al servizio di Pronto Soccorso nell'Azienda USL di Imola. Tali proposte, di livello strategico, saranno tradotte in indirizzi operativi con il coinvolgimento dei professionisti dell'azienda e delle rappresentanze dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta. Vengono comunque sottoposte all'attenzione delle rappresentanze degli EE.LL. e degli utenti, cui competono le più generali funzioni di programmazione e controllo strategico, per la validazione e l'approvazione conclusiva.

Il documento recepisce i contenuti di indirizzo di cui alla D.G.R. n. 264/2003 "Linee di indirizzo per il miglioramento delle cure urgenti e della accessibilità ed appropriatezza delle attività di Pronto Soccorso", alla relazione finale del gruppo "Emergenza" del PAL provinciale, ed ai documenti attuativi del Piano Sanitario Regionale 1999-2001; sarà ricompreso nel Piano Attuativo Locale dell'AUSL di Imola, di cui rappresenta uno stralcio.

¹ Andrea Rossi – Direzione Medica del Presidio; Tiziano Lenzi – Dipartimento Emergenza e Accettazione; Guido Ferrari, Giovanni Aureli – Dipartimento dei Servizi; Davide Carollo, Rosanna Cavina, Silvia Lanzoni – Servizio Infermieristico e Tecnico; Tubertini Mario – Dipartimento Amministrativo; Alberto Minardi – Distretto.

1. NATURA DEI PROBLEMI

Al fine di inquadrare con sufficiente attendibilità la dimensione dei problemi connessi con l'erogazione di cure urgenti presso la AUSL di Imola, viene anzitutto descritta la dimensione della domanda e dell'offerta di servizi sanitari dedicati. Il Pronto Soccorso dell'ospedale di Imola è un Pronto Soccorso generale con una competenza allargata sia a patologie tradizionalmente a valenza internistica, che traumatologiche o chirurgiche, non abbisognevole di interventi chirurgici d'urgenza.

Nel tempo le strategie di ottimizzazione delle risorse disponibili e l'evoluzione dei processi assistenziali hanno portato a sviluppare il passaggio in cura diretto agli specialisti ospedalieri (ortopedia, pediatria, ostetricia e ginecologia, oculistica, otorino) dal Pronto Soccorso, per le patologie a bassa gravità e nelle diverse fasce orarie, in rapporto alla presenza degli specialisti stessi.

Si è inoltre avviata la collaborazione con il servizio di Continuità Assistenziale, con l'attivazione di ambulatori collocati all'interno del presidio ospedaliero, gestiti dai medici ex Guardia Medica, per la gestione dei codici bianchi nelle ore notturne, diurne festive e prefestive.

Nell'ambito del Pronto Soccorso è attiva la funzione unificata di triage, attraverso la quale sono attribuite le priorità di accesso, selezionati e classificati i pazienti, secondo protocolli validati, in base al tipo ed all'urgenza delle condizioni obiettivamente riscontrabili.

La tabella 1 riporta i dati relativi agli accessi ed ai ricoveri da Pronto soccorso registrati dal 1994 al 2002.

Tabella 1 – Dati di attività del Pronto Soccorso – Anno 1994 / 2002

	<i>1994</i>	<i>1995</i>	<i>1996</i>	<i>1997</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>
Accessi	44.288	42.640	43.862	45.815	49.062	57.573	58.657	61.276	59.854
Ricoveri	9.280	8.977	9.204	8.430	7.705	7.940	8.701	8.806	8.707
% Ricoveri	21,0	21,1	21,2	18,4	15,7	13,8	14,8	14,4	14,5

La serie storica dei dati di attività relativi al Pronto Soccorso dell'Azienda USL di Imola mostra, nel corso dell'ultimo decennio, un incremento complessivo di oltre il 30% del ricorso al servizio. Solo nel 2002 si è registrata una inversione di tendenza nell'accesso alle cure urgenti, anche se i dati parziali relativi al 2003 tornano a confermare il trend di crescita, che risulta in media del 3,5% su base annua. A fronte dell'aumento dell'utilizzo del servizio deve peraltro essere rilevato un decremento del numero dei ricoveri urgenti, con una contrazione del 6%, in termini relativi, nel corso dell'ultimo decennio.

L'alto livello di fidelizzazione accordata dai cittadini imolesi al Pronto Soccorso ospedaliero è testimoniato dal tasso di ricorso al servizio, che sulla base della popolazione assistita, risulta pari al 44,9% /anno: come dire che ogni cittadino, in media, ricorre al Pronto Soccorso 1 volta ogni 2 anni, oppure, prospetticamente, almeno 40 volte nel corso della vita.

I 59.854 accessi del 2002 hanno riguardato in tutto 37.637 soggetti, con una media pro capite di 1,59 accessi/anno ($\pm 1,13$ sd) ed un intervallo di variazione compreso fra 1 e 48.

Una sottopopolazione di 790 soggetti si comporta come outliers, cioè ha una frequenza di ricorso al Pronto Soccorso superiore al valore soglia convenzionalmente ottenuto addizionando il valore mediano osservato al valore triplicato dello scarto quadratico medio (> 5 accessi / anno). In pratica il 2% dei soggetti consuma oltre l'8% delle risorse dedicate, sovente in modo inappropriato.

Occorre d'altro canto sottolineare come l'incremento degli accessi al servizio che si è osservato nel corso degli anni, sia in realtà ascrivibile ad un aumento dei cosiddetti "accessi a bassa priorità", cioè a casi non urgenti che avrebbero potuto essere adeguatamente assistiti dal medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta o dal medico di continuità assistenziale (guardia medica).

Tali casi rientrano nella classificazione di priorità di accesso come codici bianchi (non critico, pazienti non urgenti) o come codici verdi (poco critico, priorità bassa, prestazioni differibili).

L'aumentato afflusso al Pronto Soccorso provoca evidenti problemi organizzativi alla struttura e non pochi disagi ai cittadini: il servizio viene sottoposto ad una pressione elevatissima che va a discapito della necessità di concentrare tutte

le risorse per il trattamento dei pazienti gravi e dei casi davvero urgenti; il sovraffollamento può inoltre determinare lunghe attese per i cittadini.

La tabella 2 riporta i dati degli accessi in Pronto Soccorso per codice di priorità d'accesso (crescente da bianco a rosso), tempo di attesa e ambulatorio, relativi al 2002. I codici bianchi rappresentano il 16,5% del totale degli accessi, i codici verdi il 59,5%, i codici gialli il 19,8% e i codici rossi solo il 2,2%. Il totale non corrisponde a quello di tabella 1 per la esclusione di circa 7000 casi non esaurienti dal punto di vista informativo.

Tabella 2 – Dati di attività del Pronto Soccorso – Anno 2002

CODICI	Durata attesa	Ginecologia		Oculistica		Ortopedia		Pediatria		Generale		Totale	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
BIANCHI	entro i 60 minuti	272	78,2	261	84,5	1003	69,1	380	76,3	3963	72,1	2225	27,5
	> 60 minuti	76	21,8	48	15,5	448	30,9	118	23,7	1532	27,9	5878	72,5
	Totale	348	100,0	309	100,0	1451	100,0	498	100,0	5495	100,0	8103	100,0
VERDI	entro i 60 minuti	1678	80,8	544	86,9	2517	72,7	3326	82,8	18625	84,9	11251	35,0
	> 60 minuti	398	19,2	82	13,1	945	27,3	690	17,2	3300	15,1	20854	65,0
	Totale	2076	100,0	626	100,0	3462	100,0	4016	100,0	21925	100,0	32105	100,0
GIALLI	entro i 15 minuti	121	54,0	3	21,4	13	21,3	320	62,5	7317	68,8	7776	67,9
	> 15 minuti	103	46,0	11	79,0	48	78,7	192	37,5	3317	31,2	3672	32,1
	Totale	224	100,0	14	100,0	61	100,0	512	100,0	10634	100,0	11448	100,0
ROSSI	entro i 15 minuti	1	100,0	0	0,0	1	100,0	4	100,0	1160	90,7	1166	90,7
	> 15 minuti	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	119	9,3	119	9,3
	Totale	1	100,0	0	0,0	1	100,0	4	100,0	1279	100,0	1285	100,0
TOTALE GENERALE		2649	5,0	949	1,8	4975	9,4	5030	9,5	39333	74,3	52941	100,0

Se la tendenza a ricorrere al Pronto Soccorso fa segnare un costante aumento, d'altro canto la funzione di filtro al ricovero è costantemente migliorata, fino ad attestarsi come una delle migliori performance su scala regionale.

Questo fatto è anche da mettere in relazione con lo sviluppo della funzione di Osservazione Breve Intensiva, attività assistenziale finalizzata alla valutazione e al trattamento dei pazienti ad alta complessità e/o ad alta criticità, che necessitano di una breve osservazione e/o trattamento (di norma non superiore alle 24 ore) al fine di pervenire ad un giudizio esaustivo e rafforzare le cosiddette "capacità di filtro al ricovero". L'attività è stata avviata nel 1999; solo nel 2002 sono stati presi in carico con questa modalità assistenziale oltre 2.400 pazienti.

Tornando ai numeri relativi agli accessi al servizio, si può osservare peraltro una spiccata variabilità territoriale nel ricorso al pronto soccorso; i dati di sintesi sono riportati in tabella 3.

Spiccano in eccesso i dati relativi al ricorso al Pronto Soccorso da parte dei residenti nei comuni di Fontanelice, Borgo Tossignano, Casalfiumanese e Imola, mentre gli assistiti di Castel S.Pietro si contraddistinguono per i più bassi livelli di utilizzo del servizio.

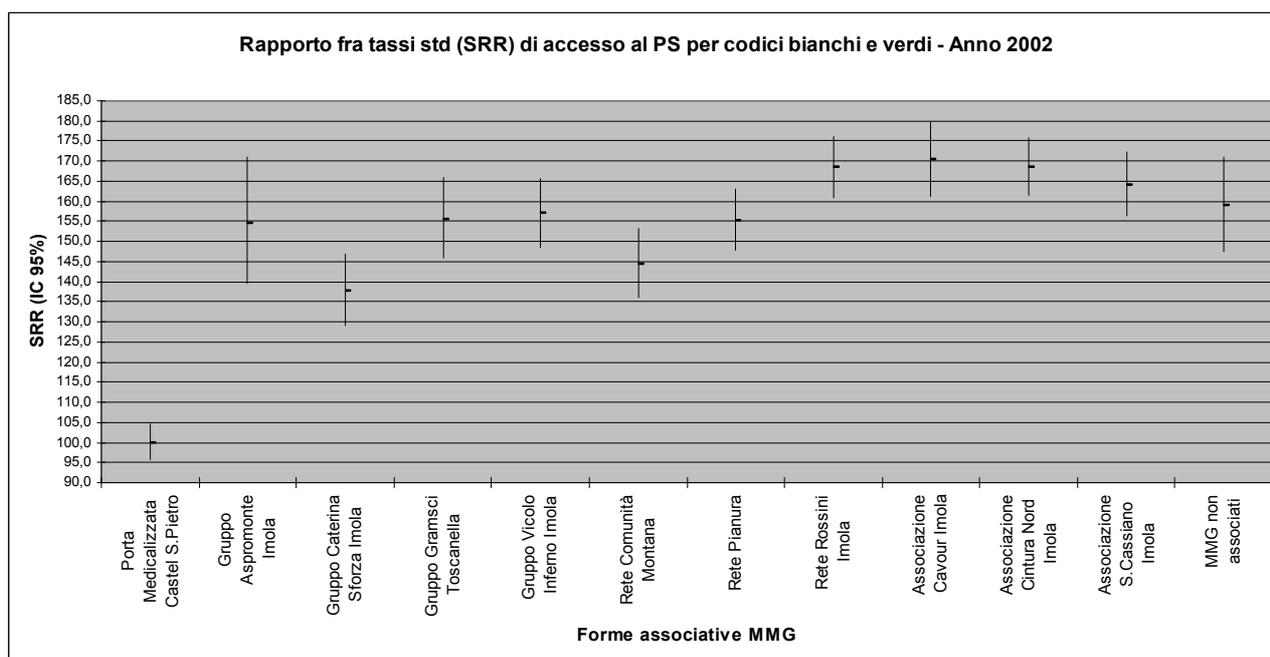
Tabella 3 -Ricorso al Pronto Soccorso per Comune di Residenza

Comune	Accessi	Ricoveri	% Ric	Pop	TGA	TGRU
Borgo Tossignano	1552	232	14,9	3037	51,1	76,4
Casalfiumanese	1449	204	14,1	2942	49,3	69,3
Castel del Rio	527	105	19,9	1246	42,3	84,3
Castel Guelfo	1586	229	14,4	3513	45,2	65,2
Castel S.Pietro	6247	1049	16,8	19508	32,0	53,8
Dozza	2443	353	14,4	3513	45,2	65,2
Fontanelice	964	162	16,8	1816	53,1	89,2
Imola	31422	4733	15,1	65213	48,2	72,6
Mordano	1947	326	16,7	4242	45,9	76,9
TOTALE	48137	7393	15,4	107181	44,9	69,0

TGA = Tasso Grezzo di Accesso al Pronto Soccorso x 100 residenti

TGRU = Tasso Grezzo di Ricovero Urgente x 1.000 residenti

Se si restringe l'analisi ai soli accessi a bassa priorità (codici bianchi e verdi) e si mettono a confronto i tassi di utilizzo del servizio degli assistiti dalle diverse forme associative dei Medici di Medicina Generale si può osservare quanto riportato nel grafico seguente.



La cosiddetta "porta medicalizzata", gestita dai medici di medicina generale nel territorio di Castel S. Pietro, ancorché esperienza unica ed irripetibile sul restante territorio, risulta la misura organizzativa dotata significativamente di maggior efficacia, in termini di contenimento dell'afflusso di pazienti non critici.

Globalmente le medicine di gruppo (forme associative dotate di ambulatorio comune) risultano più efficaci delle reti, delle associazioni semplici e dei medici non associati (peraltro pochi e in via di ulteriore diminuzione), pur con una significatività statistica ai limiti.

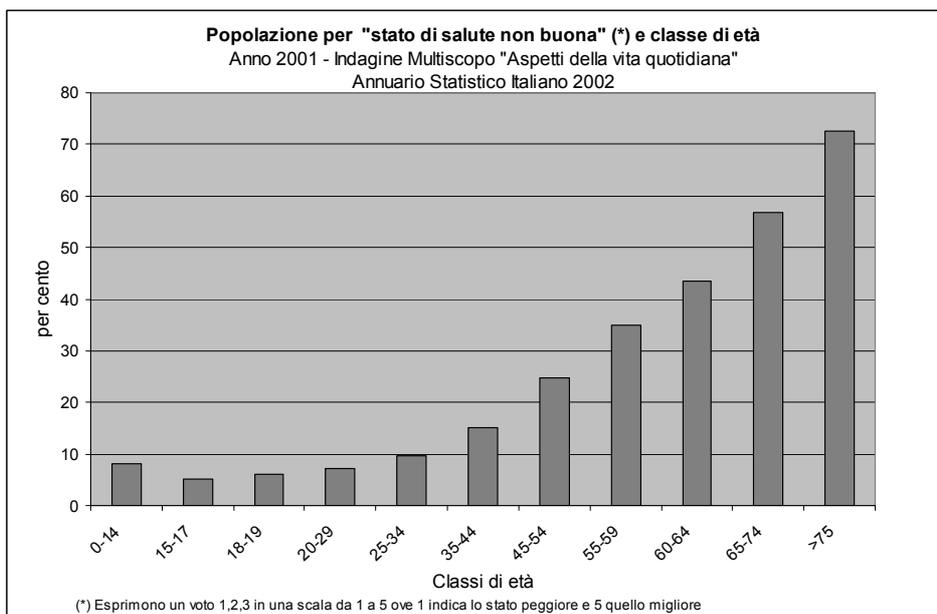
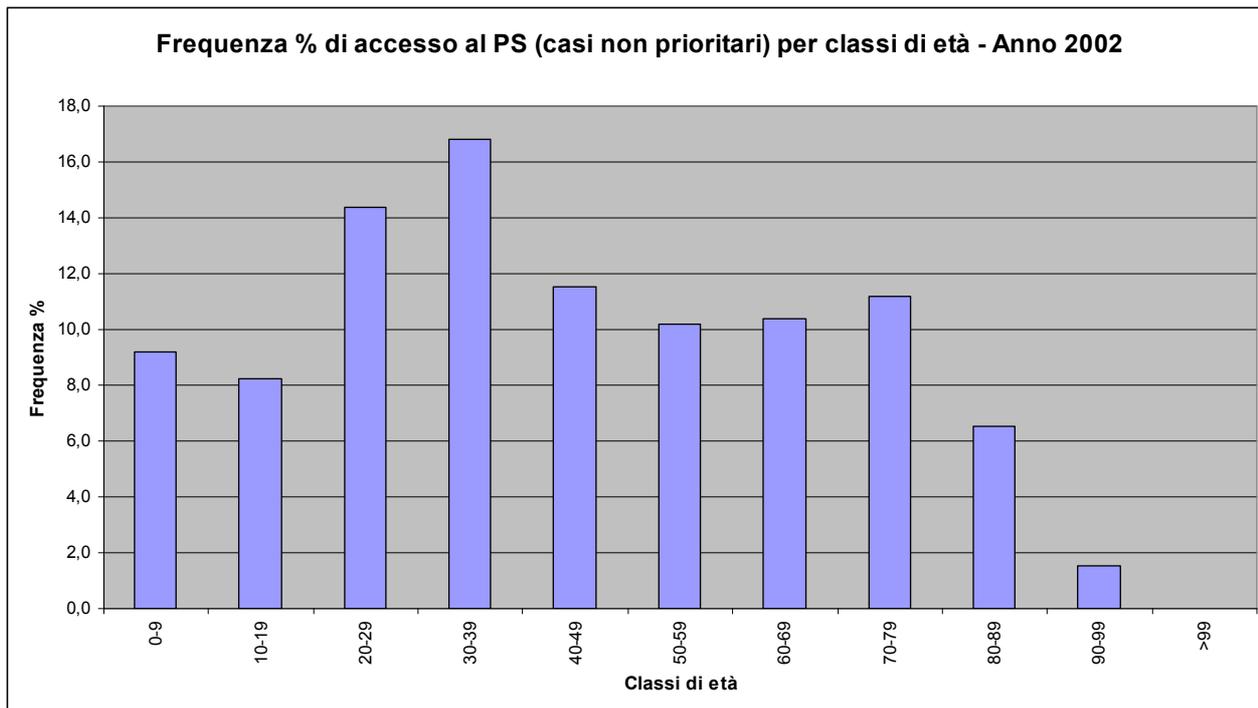
Nella valutazione dei dati di utilizzo del Pronto Soccorso devono essere tuttavia tenute in considerazione anche le modalità di accesso al servizio: l'83,3% dei pazienti accede infatti spontaneamente, il 13% accede in ambulanza con assistenza 118, solo il 3,3% dei casi è inviato dal proprio medico curante, lo 0,2% da medici specialisti e lo 0,1% dal Servizio di Continuità Assistenziale, lo 0,2% da altri ospedali.

Le caratteristiche anagrafiche dei soggetti ed in particolare l'età spiegano una discreta variabilità nel ricorso al Pronto Soccorso per codici a bassa priorità, come mostrato nel grafico seguente.

Accedono in effetti al servizio soprattutto cittadini che, in generale, godono di buona salute, ed evidentemente utilizzano il Pronto Soccorso in maniera opportunistica, per non dover attendere né la visita del Medico di Famiglia, né il tempo per gli accertamenti, i quali al contrario sarebbero, nella grande maggioranza, da eseguire non in urgenza ma in modo programmato, dopo prenotazione a CUP.

Questi stessi utilizzatori inappropriati si trovano tra l'altro in età lavorativa e non esitano a pagare il ticket a fronte dell'ottenimento immediato del servizio che richiedono.

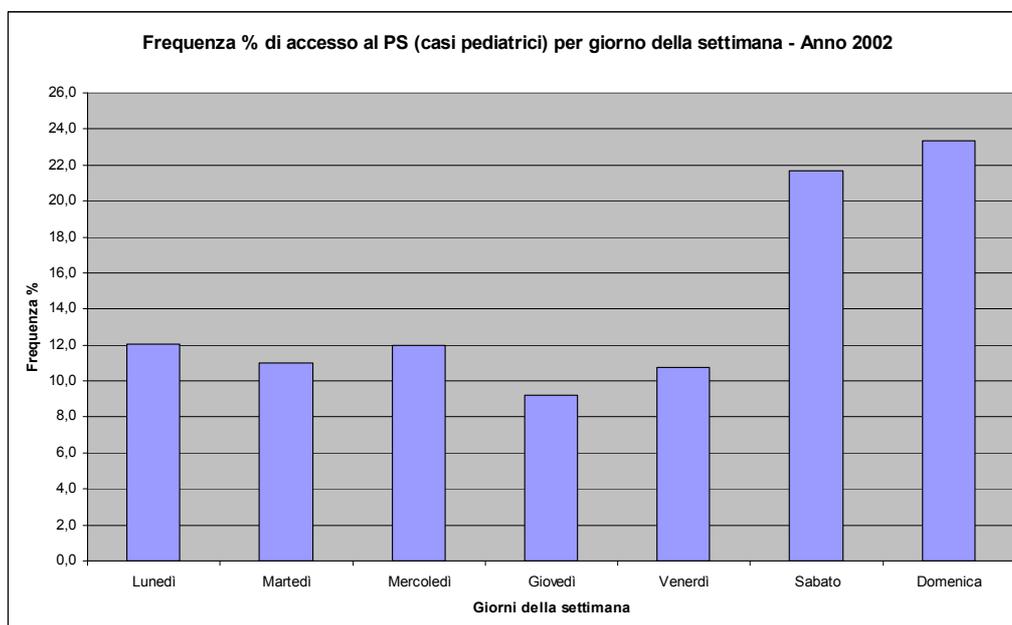
Quanto affermato risulta più che evidente si confronta il grafico sottoriportato con quello della pagina seguente, relativo alle condizioni di salute percepita dalla popolazione (fonte ISTAT).



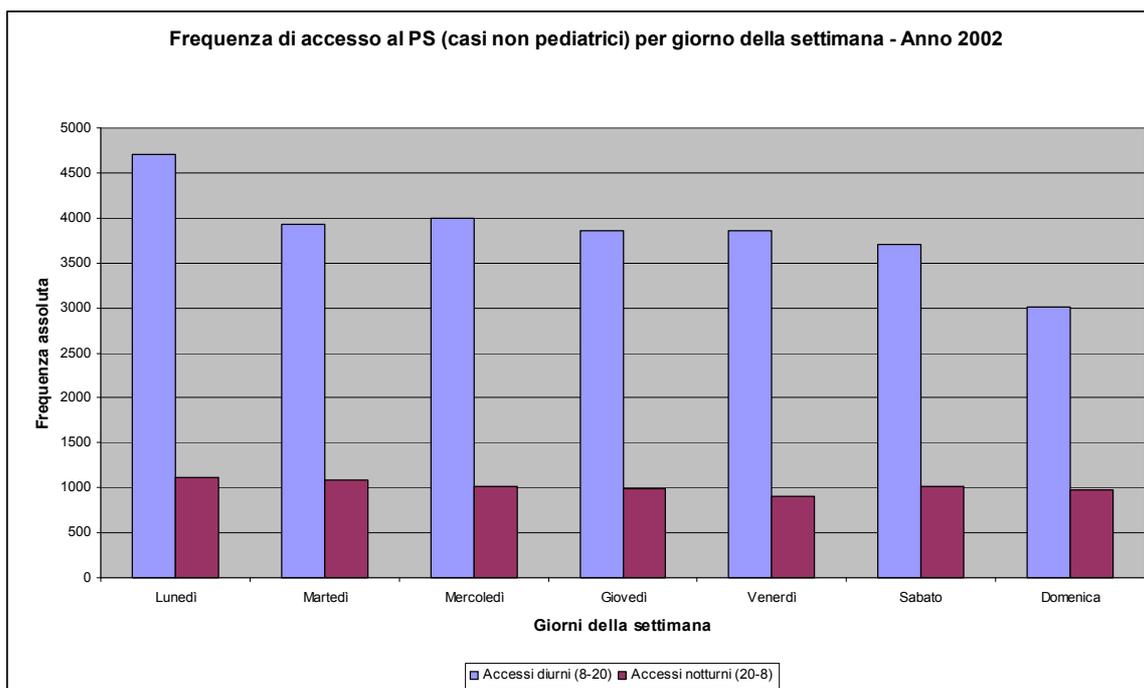
Va inoltre sottolineata la variabilità negli accessi nei diversi giorni della settimana; in particolare gli accessi pediatrici per codici a bassa priorità raddoppiano nei giorni del week-end (grafico sotto riportato), quando viene meno l'attività di filtro esercitata dal pediatra di libera scelta.

L'aumento dell'accesso ai servizi di pronto soccorso è dovuto a svariati fattori tra cui la convinzione nella popolazione di trovare una risposta più adeguata e un servizio più completo alle necessità dei propri figli, ma anche all'ansia degli stessi genitori, all'eccessiva medicalizzazione della società, alla gratuità delle prestazioni, alla comodità del servizio (in rapporto agli orari di lavoro, all'uscita dalla scuola materna e così via). In alcuni casi l'accesso al pronto soccorso rappresenta un modo per avere accesso a prestazioni sanitarie da parte di extracomunitari che non sono in regola o non hanno diritto o non conoscono l'esistenza dei vari servizi sanitari.

Non va, inoltre, dimenticato che l'attività del pediatra di libera scelta, limitata esclusivamente nei giorni lavorativi, non garantisce la continuità assistenziale e questo fattore mette in crisi il rapporto di fiducia esistente tra la famiglia e il pediatra stesso.



Se si considerano invece gli accessi a bassa priorità indirizzati verso gli ambulatori del Pronto Soccorso generale, o passati in cura agli ambulatori ortopedici, oculistici e ginecologici, si osserva un picco di utilizzo nella giornata del lunedì, con un gradiente che vede il minimo alla domenica; gli accessi notturni sono pressoché costanti e ammontano a poco meno di un terzo di quelli che si verificano fra le 8 e le 20 (grafico pagina seguente).



Globalmente, la distribuzione degli accessi al Pronto Soccorso per fascia oraria avviene con le seguenti frequenze percentuali: il 4,6% fra le 0 e le 4, il 5,5% fra le 4 e le 8, il 30,7% fra le 8 e le 12, il 23% fra le 12 e le 16, il 22,8% fra le 16 e le 20 ed infine il 13,4% fra le 20 e le 24.

Se si considerano i motivi di accesso al Pronto Soccorso, nel 59,6% dei soggetti si tratta di casi di malattia, nel 22,6% di lesioni accidentali, nell'8,6% di infortuni sul lavoro, nel 5,9% di incidenti stradali e nell'1,5% di incidenti sportivi.

L'esito degli accessi di PS vede un rinvio al curante per prosecuzione cure e per competenza nel 77,2% dei casi, un 14,4% di ricoveri, un 4% di attivazioni di osservazione breve intensiva, un 2,9% di abbandoni, uno 0,1% di trasferimenti e lo 0,04% di decessi.

La tabella 6 riporta una sintesi dei dati di attività ambulatoriale del Pronto Soccorso.

Tabella 6 – Dati di attività ambulatoriale del Pronto Soccorso – Anno 2002

<i>Prestazioni</i>		<i>N°</i>	<i>Peso</i>	<i>Peso md</i>
Per Esterni	Visite	44.123	714.364,20	16,19
	Ecografie	690	29.086,70	42,15
	ECG	3.755	41.725,20	11,11
	Prelievi	5.973	15.678,35	2,62
	Altre Prestazioni	8.985	50.037	5,57
	Totale	63.526	850.891,05	13,39
Per Interni	Prestazioni	16.541	208.047,05	12,58
	Totale	16.541	208.047	12,58

La tabella 7 riporta una sintesi dei dati di attività di ricovero della Medicina d'Urgenza. Il dato relativo alla occupazione media % risente del crescente utilizzo della osservazione breve intensiva; tale modalità assistenziale alternativa al ricovero è stata avviata nel 1999 (oltre 2.400 casi trattati nel 2002) e prevede l'utilizzo di posti letto quando necessario.

Tabella 7 – Dati di attività di ricovero della Medicina d’urgenza – Anno 2002

	1999	2000	2001	2002
Posti Letto Deliberati	14	14	14	14
Dimessi	1121	1096	991	924
Punti Drg	763	870,84	853,24	791,51
Occupazione Media	75%	75%	72%	59%
Degenza Media	2,7	2,6	2,8	2,4
Indice di Turnover	14,9	0,8	1,1	1,7
Indice di Rotazione	109,1	109,4	96,2	90,7

2. POSTA IN GIOCO

Il ricorso così elevato al Pronto Soccorso, anche per patologie di bassa complessità che potrebbero trovare una risposta alternativa di pari efficacia nella rete dei servizi territoriali, comporta una serie di conseguenze che sono riassumibili nei seguenti punti.

- I tempi di attesa dei pazienti in Pronto Soccorso tendono ad allungarsi e la struttura viene meno alla propria mission, che è quella di dedicarsi alle urgenze ed alle emergenze sanitarie; il Pronto Soccorso non è la struttura che può approfondire aspetti clinici non urgenti o cronici, senza che ciò vada a discapito della necessità di concentrare tutte le risorse per il trattamento dei pazienti gravi e dei casi davvero urgenti.
- La elevatissima pressione di utilizzo del servizio può alla lunga creare situazioni di surmenage nelle equipe professionali, con aumento del rischio di errore.
- L’elevato livello della domanda prestazionale determina un incremento della tendenza dei professionisti, anche in presenza di patologie non critiche, a ricorrere frequentemente alle consulenze specialistiche di primo e secondo livello, con conseguente congestione degli ambulatori oculistici, ortopedici, pediatrici ed ostetrico-ginecologici e decremento dei livelli di appropriatezza.
- L’iperafflusso innesca dei rischi di ricorso inappropriato alla diagnostica di laboratorio e per immagini, mentre la difficoltà nell’espletamento delle attività di osservazione e/o di stabilizzazione di pazienti critici può comportare il rischio di una maggiore propensione al ricovero, senza una corretta ed adeguata valutazione del paziente.
- La congestione del Pronto Soccorso si traduce anche in una relativa insufficienza degli spazi necessari ad uno svolgimento ordinato delle attività, dal punto di vista degli operatori, e in una perdita delle condizioni di comfort alberghiero e di privacy per i pazienti.

I dati derivanti dalla letteratura sulla specifica materia, mostrano come singole azioni volte a ridurre l’utilizzo del Pronto Soccorso, che anche in altre realtà nazionali ed internazionali evidenzia dati di incremento tendenziale annuo non dissimili da quelli imolesi, non dimostrino una apprezzabile efficacia.

Tenuto conto di ciò, senza per questo rinunciare ad ogni azione anche singola volta al miglioramento in tale ambito, l’Azienda USL intende mettere in campo una strategia di sistema attraverso la quale operare in modo complessivo sulle problematiche del Pronto Soccorso.

Quanto sopra partendo da una analisi precisa dello stato dell’arte relativo alle funzioni deputate alla risposta assistenziale alle emergenze in ospedale e sul territorio, ed alle strutture della rete dei servizi ad esse collegate o collegabili, definendo gli interventi adeguati e provvedendo a veri e propri programmi di azioni per migliorare il sistema delle cure urgenti.

La situazione imolese non ha subito nel tempo significative inversioni di tendenza, nonostante la disponibilità manifestata dai medici di medicina generale tramite l’associazionismo, l’ampliamento degli orari di apertura degli ambulatori, l’impegno assunto dall’Azienda con l’attivazione sperimentale di ambulatori per codici bianchi, gestiti direttamente dai medici del servizio di continuità assistenziale, all’interno del Presidio Ospedaliero.

Si tratta quindi di mobilitare tutte le risorse necessarie a migliorare nel complesso l’assistenza al paziente che necessita di un intervento sanitario in emergenza, con il coinvolgimento di tutto il sistema delle cure, delle istituzioni e della società civile.

3. OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO

Il progetto di miglioramento dell'assistenza in Pronto Soccorso presuppone lo sviluppo di strategie assistenziali integrate ospedale-territorio.

Gli obiettivi di miglioramento e le azioni finalizzate a ottimizzare le cure in condizioni di urgenza sono raggruppate per semplicità espositiva in due sottocapitoli: il primo è quello del governo dei casi sul territorio, il secondo è quello del miglioramento dell'accessibilità e dell'appropriatezza del Pronto Soccorso.

3.1. IL GOVERNO DEI CASI SUL TERRITORIO

La riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso ed il miglioramento dell'assistenza ai pazienti critici passano prioritariamente attraverso una gestione più efficace ed efficiente dei sistemi di cure territoriali, che devono porsi come vera alternativa all'accesso in ospedale.

3.1.1. LO SVILUPPO DELL'ASSOCIAZIONISMO MEDICO

Il grado di associazionismo dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta ha raggiunto a Imola, a tutt'oggi, una frequenza superiore al 90%, a fronte di un dato medio regionale del 52% per i primi, e di sporadiche esperienze per i secondi.

Purtuttavia la documentata variabilità nell'accesso al servizio attribuibile agli assistiti dei diversi pool di medici associati nei diversi ambiti territoriali, fa ritenere che vi possa essere ancora un margine per riavvicinare i pazienti ai propri medici di famiglia.

E' ormai dimostrato che l'associazionismo medico comporti un miglioramento nell'accessibilità alle cure per i cittadini, che possono disporre di un maggiore disponibilità oraria per accedere all'ambulatorio medico per una prestazione medica urgente o per una prescrizione farmaceutica d'urgenza.

Si ritiene attuabile, da parte della medicina generale e della pediatria di base, un ulteriore sforzo per rispondere in modo migliore nelle fasce orarie diurne, alla domanda degli assistiti che, in presenza di un problema sanitario o presunto tale, ritengono non posticipabile l'intervento.

In accordo a tale presupposto saranno promosse e sostenute in particolare le associazioni che assumono le forme delle medicine di gruppo, o che prevedono la condivisione di spazi ambulatoriali, laddove le condizioni di territoriali potranno renderle praticabili, in quando queste si sono rivelate le modalità organizzative che assicurano la miglior tempestività e continuità di trattamento ai pazienti.

A tal riguardo di dovrà prendere atto che i maggiori problemi di continuità nelle cure si registrano al lunedì per i Medici di Medicina Generale, ed al sabato ed alla domenica per i pazienti pediatrici.

Sarà inoltre fondamentale che tutte le forme associative possano garantire, nelle ore diurne e nei giorni feriali, degli ambulatori ad accesso diretto, al fine di assicurare maggiore tempestività ed appropriatezza delle cure urgenti sul territorio.

Si valuterà inoltre l'opportunità di promuovere l'apertura a turno di almeno un ambulatorio, tra quelli dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta associati, nelle giornate prefestive e/o festive.

In via sperimentale, per alcuni gruppi o associazioni, i pazienti potranno avere la garanzia di un contatto o consulto telefonico con il proprio medico e/o con personale sanitario opportunamente formato, nell'arco continuativo delle 12 ore diurne, e sarà introdotta sperimentalmente una reperibilità medica h12 diurna, anche per le visite a domicilio.

Sempre in via sperimentale, allo scopo di contribuire a valorizzare appieno il ruolo e le funzioni della medicina territoriale, si offrirà l'opportunità di sviluppare, nell'ambito di alcuni gruppi, alcune attività specialistiche (es. visite) ed alcune attività di diagnostica strumentale (es. elettrocardiografia, esami di biochimica clinica, ecografia addominale).

Percorsi ad hoc di reinserimento nel livello assistenziale più appropriato saranno approntati per i pazienti outliers, quelli cioè contraddistinti da una grande frequenza di ricorso al Pronto Soccorso, con il coinvolgimento dei rispettivi medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, o dei servizi di supporto socio-assistenziali. A tal fine sarà fornito ai medici di medicina generale ed ai pediatri di libera scelta un'adeguata restituzione informativa circa il ricorso al Pronto Soccorso dei propri assistiti.

3.1.2. L'EVOLUZIONE DEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

I medici del Servizio di Continuità Assistenziale garantiranno attività ambulatoriali ad accesso diretto a sostegno di quelle assicurate dai Medici di Medicina Generale. A tal fine potranno avvalersi utilmente della rete dei servizi sanitari territoriali, e dove sarà possibile, integrarsi con gli spazi, le attrezzature ed il personale degli ambulatori e dei centri di medicina generale.

Le attività dei medici della Continuità Assistenziale saranno supportate e sviluppate anche attraverso iniziative di formazione, e con la costruzione di efficaci sistemi di comunicazione e di trasferimento delle informazioni sulle condizioni cliniche degli assistiti.

Tale passaggio di informazioni risulta fondamentale per evitare soluzioni di continuità nell'assistenza, in particolare per i pazienti più critici (es. gravi cronici in ADI II e III).

Saranno previsti collegamenti strutturali tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Continuità Assistenziale e possibili attività integrate (es. supporto ai medici di base per la gestione degli ambulatori, attività di educazione sanitaria rivolta alla popolazione, formazione con medici e pediatri di base per condivisione di linee guida e percorsi organizzativi).

La sperimentazione dell'ambulatorio per codici bianchi prefestivo e festivo ad accesso diretto, gestito dai medici del servizio, a supporto del Pronto Soccorso, previa valutazione del triage, ed i relativi protocolli organizzativi, sarà valutata criticamente anche alla luce dei dati di attività erogata.

In particolare si valuterà la opportunità di estendere l'accessibilità di tale ambulatorio anche nelle ore diurne infrasettimanali contraddistinte dal maggior afflusso di pazienti (es. lunedì mattina) e sarà rivisto l'elenco delle patologie e dei sintomi considerati affidabili all'ambulatorio stesso.

Per effetto dell'ampliamento del bacino d'utenza dell'AUSL, conseguente all'ingresso di Medicina, saranno rivisti e razionalizzati gli ambiti territoriali di intervento dei punti del Servizio di Continuità Assistenziale, tenendo conto delle condizioni di densità demografica, di contiguità spaziale e di sviluppo della rete viaria.

3.1.3 L'INFORMAZIONE E L'EDUCAZIONE AL CORRETTO UTILIZZO DEI SERVIZI

Per evitare sovraffollamento e congestione del Pronto Soccorso è necessario promuovere, da parte di tutti, un utilizzo del servizio appropriato e responsabile.

Oltre l'80% dei cittadini accede spontaneamente e senza alcuna mediazione sanitaria; questo fatto deve essere tenuto in considerazione per impostare delle iniziative di comunicazione che siano orientate a far recedere i cittadini da comportamenti di natura opportunistica nell'uso del servizio, dato che prevale un atteggiamento del tipo "fai da te", per ottenere percorsi diagnostico-terapeutici più rapidi, ma a basso livello di appropriatezza.

Peraltro l'accesso dei cittadini al Pronto Soccorso è anche connesso ad una scarsa conoscenza delle alternative disponibili, e ad una scarsa consapevolezza degli effetti che tale fenomeno provoca sul funzionamento della struttura.

Parimenti le modalità organizzative e di corretto accesso al servizio possono non sempre essere adeguatamente conosciute da tutti gli operatori sanitari.

Saranno pertanto promosse a livello locale (anche sulla scorta delle iniziative che la regione vorrà intraprendere) delle campagne informative e di educazione sanitaria mirate ai cittadini, sia direttamente, che attraverso gli organismi che li rappresentano, le loro organizzazioni e le istituzioni (Organizzazioni Sindacali Confederali, Comitato Consultivo Misto, Associazioni no-profit, Circoli, Centri Sociali, Scuole, Asili Nido, ecc.), sui temi della copertura assistenziale del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta, delle risposte assistenziali alternative, dei percorsi esistenti per le prestazioni sollecite tra ospedale e territorio, della natura e dello scopo delle attività di emergenza-urgenza (utilizzo del 118, ecc.).

Analoghe iniziative informative saranno previste verso alcune categorie di operatori sanitari, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta in primo luogo, allo scopo di sviluppare una comunicazione efficace da parte di questi importanti attori del sistema, nel promuovere un uso appropriato e consapevole dei servizi.

3.1.4 L'ACCESSO ALLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

La possibilità di svolgere sul territorio una efficace azione di filtro dipende anche dalla effettiva esistenza e disponibilità di percorsi di presa in carico del paziente, in alternativa a quelli ospedalieri.

Il governo ed il contenimento del fenomeno delle liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali programmate continuerà a rappresentare uno dei punti di attacco delle strategie della Azienda USL

L'Azienda USL di Imola ha a suo tempo individuato una quota di attività specialistica che può essere richiesta con sollecito (entro 7 giorni) dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta.

Questi percorsi di erogazione sollecitati sono propri dell'attività ambulatoriale e separati funzionalmente dalle attività di Pronto Soccorso vero e proprio.

Questi protocolli saranno rivisti e aggiornati con il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, allo scopo di rendere fruibili con la necessaria tempestività tutte le prestazioni ambulatoriali sollecitate ritenute rilevanti ai fini di un corretto inquadramento diagnostico-terapeutico del paziente.

Sarà sperimentato il punto unico di accesso telefonico agli specialisti ospedalieri, cioè la possibilità per il medico o il pediatra di base di mettersi in contatto diretto telefonico con il collega specialista ospedaliero, nell'arco diurno, creando in questo modo un percorso semplificato per un tempestivo consulto telefonico, o per la individuazione condivisa di un appropriato percorso diagnostico-terapeutico.

Una ulteriore possibilità a livello ospedaliero è data dallo sviluppo dei percorsi ambulatoriali complessi ed integrati (day service), di cui possono beneficiare i pazienti che presentano situazioni meritevoli di approfondimenti diagnostico-specialistici pluri-disciplinari, ma per i quali non si rende necessaria la osservazione e la disponibilità continuativa di assistenza sanitaria (medica ed infermieristica) propria del ricovero.

Tali percorsi saranno ulteriormente sviluppati, in collaborazione con unità operative, servizi diagnostici ospedalieri, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, per costruire dei protocolli condivisi.

Un ulteriore fattore che spinge gli assistiti a rivolgersi al Pronto Soccorso è senza dubbio la rapida fruibilità, in tale sede, di prestazioni a contenuto tecnologico o professionale rilevante (es. prestazioni radiologiche, consulenze specialistiche) non ottenibili con la medesima tempestività sul territorio.

Per ridurre tale asimmetria nell'offerta, anche qui con modalità condivise fra professionisti ospedalieri e medici di medicina generale, saranno elaborati dei protocolli comuni per il trattamento simmetrico (cioè con i medesimi contenuti assistenziali a prescindere dal luogo di cura) delle patologie semplici, o a bassa priorità.

In altri termini il paziente affetto da patologia minore dovrà essere sottoposto al medesimo trattamento o inquadramento diagnostico, sia che esso acceda al Pronto Soccorso o che si rechi dal proprio medico di medicina generale.

In prima battuta saranno prese in considerazione la patologia minore dermatologica ed oculistica, la patologia minore urologia ed otorinolaringoiatrica e le patologie minori muscolo-scheletriche, che rappresentano una rilevante quota degli accessi impropri al Pronto Soccorso. Tali protocolli saranno applicati e soggetti a puntuale verifica nel corso del tempo.

3.2. IL MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ E DELL'APPROPRIATEZZA DEL PRONTO SOCCORSO

Il miglioramento dell'accessibilità e dell'appropriatezza del Pronto Soccorso passa innanzi tutto attraverso il recupero e la piena attuazione della mission del servizio, rappresentata dall'espletamento delle funzioni di assistenza di primo supporto e di prima stabilizzazione delle funzioni vitali, di esecuzione dei primi accertamenti diagnostici, di osservazione temporanea e di filtro al ricovero in urgenza.

Tale programma di miglioramento troverà la sua compiuta attuazione con la realizzazione della nuova sede ospedaliera del Dipartimento di Emergenza e Accettazione, già ricompresa nel Piano Aziendale degli Investimenti e oggetto nei prossimi mesi di progettazione esecutiva.

Gli interventi di natura strutturale che sono qui indicati rappresentano una soluzione ponte, in attesa che si completi la edificazione e si renda pienamente funzionante il nuovo corpo di fabbrica, entro il 2007; accanto a questi sono peraltro identificati, sempre nell'ottica del miglioramento qualitativo, alcuni importanti interventi di riorganizzazione delle attività del servizio.

3.2.1 GLI INTERVENTI STRUTTURALI SUL PRONTO SOCCORSO

Gli interventi strutturali sul Pronto Soccorso sono diretti a rendere disponibili spazi aggiuntivi, per migliorare le condizioni di comfort e la privacy dei pazienti da un lato e le condizioni di lavoro degli operatori, le attività di osservazione breve e l'appropriatezza dei ricoveri dall'altro.

Alla luce del costante incremento degli accessi di Pronto Soccorso, che stabilmente superano i 60.000 su base annua, la attuale configurazione logistica del servizio appare fortemente inadeguata, sia in termini operativi, che di accoglienza, attesa e privacy per i pazienti.

Una criticità è rappresentata dalla esiguità degli spazi destinati ai pazienti (barellati e non) che attendono di essere visitati, che hanno già effettuato la prima visita di Pronto Soccorso o che sono in attesa del ricovero.

Oltre ad un ambiente che funge da sala di attesa, esiste un solo esiguo spazio per ospitare 4 pazienti barellati; tale spazio si trova talvolta occupato da 10 pazienti o più, e ciò comporta perdita di ogni forma di privacy e notevole confusione nell'organizzazione del lavoro.

L'intervento strutturale che anticipa la realizzazione del nuovo DEA, prevede in particolare l'ampliamento dell'area di triage-accoglienza-osservazione dei pazienti; gli spazi del Pronto Soccorso saranno ampliati con il trasferimento del Servizio Trasfusionale presso l'ospedale vecchio di Imola. Saranno invece opportunamente ricollocati all'ospedale nuovo il Laboratorio di ImmunoEmatologia e Trasfusionale e le relative posizioni di lavoro.

L'acquisizione degli spazi contigui del Servizio Trasfusionale ed in particolare dell'ingresso dedicato, consentirà innanzitutto la separazione degli accessi del Pronto Soccorso: da una parte quello pedonale e dall'altra quello riservato ai trasporti con automezzi (auto proprie ed autoambulanze), superando la situazione attuale in cui i pazienti deambulanti accedono indistintamente dai mezzi di soccorso che spesso sopraggiungono ad alta velocità.

L'attuale sala prelievi del Servizio Trasfusionale sarà utilizzata come sala d'attesa per i pazienti meno critici (codici bianchi e verdi) dopo una prima valutazione infermieristica di triage.

L'attuale sala di attesa del Pronto Soccorso sarà trasformata in sala d'attesa post-visita per i pazienti che richiedono un intervento diagnostico o terapeutico con una fase osservazionale (area di osservazione breve).

L'attuale zona di osservazione verrà destinata alle attività di triage ed a spazio di attesa per i pazienti critici, barellati (codici gialli), con installazione di apposite tende per migliorare la privacy.

Si realizzeranno in questo modo tre aree distinte: una sala di attesa per pazienti non critici, una sala di attesa per pazienti critici, ed una sala di osservazione post-visita, dislocate attorno alla zona di triage.

Nell'ambito degli spazi ex-Trasfusionale saranno inoltre ricollocati gli spazi per la Polizia e gli studi dei medici del Pronto Soccorso.

Anche i due distinti percorsi di accesso (pedonale e per automezzi) convergeranno nell'area di triage; gli spazi per il triage saranno nel contempo ottimizzati, dislocando lateralmente il personale amministrativo ed utilizzando tutto il bancone esistente per le attività infermieristiche, in modo da rendere più agevole, diretto ed immediato l'intervento del personale sanitario nella zona di attesa per pazienti critici.

L'accoglienza dei pazienti meno critici in una sala d'attesa dedicata e la relativa differenziazione sulla base della severità clinica potrà consentire di allentare la pressione dei pazienti e dei loro congiunti sul personale infermieristico addetto al triage.

L'ampliamento degli spazi per l'osservazione post-visita potrà consentire una migliore gestione di tali casi clinici, in particolare nei momenti di grande pressione dei flussi, con un miglioramento atteso nell'appropriatezza dei ricoveri.

Gli interventi strutturali da realizzare riguardano l'apertura di una porta tra l'attuale sala prelievi e la zona triage, l'adeguamento dell'attuale sala di attesa per realizzare un'area con 8 box con gas medicali e paraventi, la ricollocazione del banco triage con apertura di un box per il personale amministrativo, e l'adeguamento dell'attuale area di osservazione.

3.2.2 GLI INTERVENTI DI RIORGANIZZAZIONE DEL PRONTO SOCCORSO

La rivisitazione dei protocolli di passaggio in cura dei pazienti in Pediatria, Ortopedia, Ginecologia e Oculistica, sarà realizzata con il concorso degli specialisti di queste Unità Operative, e consentirà di allentare la congestione delle divisioni specialistiche e migliorare l'appropriatezza.

Sempre con il concorso dei professionisti interessati saranno rivisti i percorsi di accesso alle prestazioni dei servizi intermedi, in particolare quelle radiologiche in urgenza, allo scopo di migliorare l'appropriatezza delle richieste. Ciò riguarderà in particolare le prestazioni TC in emergenza e la diagnostica convenzionale a bassa priorità, valutando in quest'ultimo caso misure di differimento nella erogazione delle prestazioni.

L'ampliamento degli spazi del Pronto Soccorso potrà consentire lo sviluppo la funzione di osservazione breve intensiva, con un incremento di casi trattati in Pronto Soccorso e con la estensione del modello in pediatria ed ostetricia

Recenti studi ed esperienze confermano infatti come in molti casi esista la possibilità di trattare i bambini con asma, croup, enterite, e convulsioni febbrili con un ricovero breve diagnostico e terapeutico in osservazione breve, con un reale vantaggio per il bambino e la famiglia e una riduzione della spesa sanitaria; lo stesso dicasi in ostetricia per la minaccia di parto.

Lo sviluppo integrato di attività di formazione sull'emergenza-urgenza faciliterà l'adozione e l'aggiornamento delle linee-guida e dei protocolli per la gestione del malato critico.

Le iniziative riguarderanno in particolare il settore delle emergenze cardiologiche e traumatologiche, con periodiche occasioni di re-training.

Gli operatori del Pronto Soccorso seguiranno in particolare un percorso formativo e di aggiornamento ad hoc, sui protocolli di assegnazione dei codici colore. Parallelamente le attività del triage, per garantirne la migliore qualificazione, saranno sottoposte ad audit periodico.

Per quanto riguarda la gestione delle criticità sociali nei pazienti che accedono al Pronto Soccorso, verrà completata la fase attuativa dello specifico progetto redatto in collaborazione con il Consorzio dei Servizi Sociali, in modo da assicurare una tempestiva risposta ai bisogni primari di questi pazienti (buono taxi per il rientro a domicilio, pasto, vestiario, alloggio), ed una efficace presa in carico da parte dei servizi sociali dei casi più delicati (maltrattamenti, senza fissa dimora, ecc.)

Nelle ore diurne spesso si realizzano situazioni di difficoltà comunicativa tra i pazienti in attesa e gli operatori del Pronto Soccorso. Gli infermieri triagisti, che si occupano anche del supporto alle attività in sala di emergenza e della gestione dei pazienti in osservazione (pazienti che attendono di essere visitati, ed in particolare quelli che attendono di completare un iter diagnostico e/o terapeutico) sono spesso impegnati in attività cliniche e non riescono sempre a svolgere le funzioni di informazione e controllo in sala d'attesa.

L'inserimento di personale con buone conoscenze professionali ed organizzative, ancorché non dedicato ad attività sanitarie specifiche, potrà migliorare la comunicazione e l'informazione ai parenti ed ai pazienti in attesa, in ordine ai tempi, all'evolversi del quadro clinico, ai processi di cura ed ai percorsi da e per i reparti e servizi.

Va rimarcato come uno degli aspetti maggiormente lamentati dagli utenti è il fatto che chi attende in PS ha scarse informazioni relativamente all'iter che lo riguarda ed ai tempi di attesa prevedibili, dal che deriva una sensazione di essere "dimenticati e abbandonati".

La soluzione organizzativa proposta dall'azienda prevede che il personale possa mantenere un contatto attivo con chi è in attesa.

5. LE RISORSE

Sono di seguito quantificate le risorse necessarie e conseguenti agli interventi di miglioramento strutturale del Pronto Soccorso; le risorse necessarie alla realizzazione delle restanti azioni di cui al presente elaborato saranno quantificate separatamente, con la stesura di uno specifiche schede-azione.

Gli interventi strutturali ed impiantistici propedeutici al trasferimento del Servizio Trasfusionale e necessari all'adeguamento degli spazi per il Pronto Soccorso, comportano un impegno di spesa dell'ordine di grandezza di 180.000 euro.

Per quanto riguarda le attività del Servizio Trasfusionale, in parte decentrate ed in parte mantenute all'ospedale nuovo, dovrà essere messo in conto un incremento delle ore di tecnico di laboratorio e di medico in convenzione (con l'AUSL Bologna città), quantificabile in circa 30 ore per ciascuno dei due profili professionali.

Per quanto riguarda l'assistenza in Pronto Soccorso, l'incremento atteso delle attività di osservazione ed il miglioramento del filtro al ricovero comporta la necessità di prevedere un consensuale adeguamento dell'organico medico.

Il miglioramento delle funzioni di accoglienza dei pazienti sarà realizzato grazie ad un potenziamento degli organici del personale di supporto (OTA-OSS) del Pronto Soccorso.

Allegato n. 3

MIGLIORAMENTO DELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE NEOPLASTICO IN FASE AVANZATA

Gruppo di Progetto – AUSL di Imola²

INTRODUZIONE

Il termine palliativo deriva da pallium, il corto mantello che costituiva l'abbigliamento dei sudditi dell'impero romano, largamente diffuso fra i ceti popolari; questo indumento ha finito per simboleggiare, nella cultura cristiana, la charitas (cioè l'attenzione per il prossimo) e la pietas (la compassione per gli altri).

Il termine palliativo per secoli ha connotato tutto ciò che oggi definiremmo come assistenza, volontariato, solidarietà, mutuo ed auto-aiuto, empatia; anche se nel corso del tempo il vocabolo ha finito per assumere il significato di inutile, superfluo, poco efficace, marginale, si intende qui recuperarlo nel suo senso originale e primordiale, per definire la tipologia di assistenza riservata ad alcune tipologie di malati neoplastici.

Il presente elaborato contiene le proposte di riorganizzazione dell'offerta di servizi sanitari dell'Azienda USL di Imola finalizzate al miglioramento dell'assistenza palliativa al paziente neoplastico. Tali proposte vengono sottoposte all'attenzione delle rappresentanze degli EE.LL. e degli utenti, cui competono le più generali funzioni di programmazione e controllo strategico, per la validazione e l'approvazione conclusiva.

Il documento recepisce i contenuti di indirizzo di cui alla Relazione Finale del sottogruppo "Cure Palliative" del gruppo "Tumori" del PAL provinciale ed ai documenti attuativi del Piano Sanitario Regionale 1999-2001, e sarà ricompreso nel Piano Attuativo Locale dell'AUSL di Imola, di cui rappresenta uno stralcio.

1. NATURA DEI PROBLEMI

Al fine di inquadrare con sufficiente attendibilità la dimensione del bisogno di assistenza palliativa presso la AUSL di Imola, viene delineato il quadro epidemiologico, con riferimento particolare alle misure di occorrenza della patologia neoplastica (incidenza, prevalenza, mortalità, sopravvivenza), ed alla domanda e offerta di servizi sanitari dedicati.

1.1. INCIDENZA

I dati di incidenza sono estrapolati dalle informazioni dei registri tumore di popolazione della Regione Emilia-Romagna e dall'archivio SDO.

Su questa base si stima nella popolazione dell'Azienda USL di Imola un volume complessivo di 520 nuovi casi di neoplasia maligna su base annua (2002), 300 dei quali riguardanti soggetti di sesso maschile e 220 soggetti di sesso femminile.

Questa numerosità risulta di circa il 9% superiore a quella stimata nel decennio precedente (470 nuovi casi / anno); tuttavia tale aumento è sostanzialmente legato al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione. Infatti, mentre il rischio di neoplasia maligna (espresso dai tassi di incidenza standardizzati) è fondamentalmente stabile, l'invecchiamento della popolazione continua a determinare una tendenza all'aumento del numero assoluto di nuovi casi, con conseguente aumento del carico assistenziale sui servizi sanitari.

Il tasso di incidenza standardizzato per età con metodo diretto (con pesi della popolazione italiana del 1991), che esclude l'effetto dell'invecchiamento della popolazione, si è mantenuto sostanzialmente stabile nell'ultimo decennio (intorno a 360-370 casi per 100.000 nei maschi e 290-300 nelle femmine).

Per quanto concerne la patologia neoplastica, l'Azienda USL di Imola risulta, in ambito regionale, una delle aree a più basso rischio, se si considera che la media relativa al tasso di incidenza standardizzato per neoplasie maligne in Regione risulta pari a 410 x 100.000 nei maschi e 350 x 100.000 nelle femmine.

Il tumore del polmone è quello con il massimo livello di incidenza, seguono i tumori della mammella, del colon-retto e dello stomaco.

² Andrea Rossi – Direzione Medica del Presidio; Corrado Brignola – Dipartimento Medico; Alceste Masina – U.O. Oncologia; Fabrizio Zanotto – Assistenza Domiciliare Oncologica; Donatella Galeotti – Assistenza Domiciliare Oncologica; Davide Carollo, Ivana Melucci, Silvia Contarini – Servizio Infermieristico e Tecnico; Tubertini Mario – Dipartimento Amministrativo; Alberto Minardi – Distretto; Shirley Ehrlich – MMG; Saida Palestini – MMG; Gianfranco Mirri – MMG; Maria Rosa Visca – MMG.

1.2. PREVALENZA

I dati di prevalenza sono estrapolati dalle informazioni dei registri tumore di popolazione della Regione Emilia-Romagna e dall'archivio SDO.

Il numero di residenti in vita a cui è stato diagnosticato un tumore in qualunque momento della vita (prevalenza) è stimabile a tutt'oggi nell'Azienda USL di Imola in circa 2.740 unità (1.230 maschi e 1.510 femmine). Una quota parte di questi soggetti rappresenta l'utenza che si rivolge e si rivolgerà ai servizi sanitari a carattere oncologico con diversa intensità.

Il rapporto fra prevalenza e incidenza (P/I), che rappresenta notoriamente un indicatore proxy della durata media della malattia (in anni), risulta complessivamente pari a 5,27 (4,09 nei maschi e 6,67 nelle femmine).

1.3. MORTALITÀ

I dati di mortalità sono quelli propri della popolazione imolese, ricavati dal Registro di Mortalità della Regione Emilia-Romagna.

Anche nella realtà imolese il cancro costituisce la seconda causa di morte in ordine di importanza, dopo le malattie dell'apparato cardiovascolare. Nel 2001 i decessi per tumore sono stati 309 (135 donne e 174 uomini), il 27% circa della mortalità complessiva; nel 2000 i decessi per tumore ammontavano a 336.

Il maggior numero di decessi è attribuibile al tumore polmonare, seguono quelli del colon-retto e dello stomaco.

I tassi di mortalità standardizzati per tutti i tumori maligni risultano a Imola pari a 273 x 100.000 negli uomini (valore di circa 10 punti inferiore alla media regionale) e 175 x 100.000 nelle donne (valore di circa 30 punti inferiore alla media regionale).

In termini di mortalità complessiva per tumore, i tassi standardizzati dell'ultimo decennio mostrano una riduzione della mortalità sia nei maschi che nelle femmine, anche se molto più accentuata nei primi. Questa riduzione è legata soprattutto alla significativa flessione della mortalità per tumori del polmone (riflesso del calo dell'incidenza) dall'inizio degli anni '90, oltre che dal miglioramento delle strategie diagnostico-terapeutiche più complessive.

1.4. SOPRAVVIVENZA

I dati relativi alla permanenza in vita dei soggetti affetti da neoplasie maligne sono quelli estrapolati dalla rete regionale dei registri tumore di popolazione, che indicano come la sopravvivenza in presenza della malattia sia costantemente aumentata nel tempo, a partire dal 1978, anno dal quale si dispone di dati. Le probabilità di sopravvivenza a 5 anni, nell'ultimo periodo disponibile (pazienti diagnosticati fino al 1994) sono complessivamente del 47% (39% negli uomini e 56% nelle donne).

Nel corso degli anni 90, rispetto alle osservazioni precedenti, la sopravvivenza è migliorata del 7% negli uomini e del 6% nelle donne. La differenza fra sessi è dovuta soprattutto alla minore letalità dei tumori specifici della popolazione femminile.

1.5. DOMANDA E OFFERTA DI CURE PALLIATIVE

Per descrivere la dimensione e l'offerta attuale di cure palliative, a confronto con realtà omogenee, sono stati utilizzati i dati raccolti dal sottogruppo Cure Palliative del gruppo di lavoro "Tumori" del PAL provinciale. In particolare sono stati estrapolati le informazioni relative alle attività di ricovero ed alla assistenza domiciliare, mettendo a confronto le Aziende Sanitarie territoriali della provincia. Ulteriori informazioni relative alla realtà di Imola sono state ricavate dai sistemi informativi interni dell'azienda USL.

Per quanto riguarda le attività di Assistenza Domiciliare Oncologica (ADO) sono stati presi in esame i dati di attività ADI e ADI / ANT relativi al 2002.

La tabella 1 riporta la stima della % di copertura della teorica popolazione target, assumendo che il 90% dei soggetti deceduti per neoplasia attraversi una fase terminale di malattia (dato desunto dalla letteratura internazionale).

Tabella 1

Dati di attività ADI Oncologica e ANT – Anno 2002				
Azienda	Pz in ADI anno 2002	Pz in ADI-ANT anno 2002	Stima pz in fase terminale anno 2000	% di copertura
BO Città	300	846	1366	83.8%
BO Nord	167	201 (133 non conv.)	563	65.3%
BO Sud	194	303	679	73.2%
Imola	153	59 (59 non conv.)	306	69.2%
TOTALE	814	1409	2.914	76.3%

Presso la AUSL di Imola sono stati seguiti in ADO (con il contributo dei MMG, di 3 medici contrattisti e dell'equipe infermieristica dell'Assistenza Domiciliare Oncologica) 153 casi (pari al 50% della teorica popolazione target), mentre sono risultati in carico all'ANT, ancorché non in convenzione, 59 casi (pari a circa il 19% della teorica popolazione target). Occorre sottolineare come i dati relativi alla assistenza domiciliare fornita dall'ANT non siano del tutto confrontabili con i dati di assistenza AUSL, in quanto le relative popolazioni assistite hanno caratteristiche solo parzialmente sovrapponibili.

I 153 pazienti in ADO rappresentano ovviamente una coorte dinamica; 32 soggetti risultavano in carico al tempo all'1.1.2002, ammontano a 121 i nuovi casi presi in carico nel 2002, a 109 i persi per decesso e a 6 i persi per altre cause, con una durata media della sopravvivenza (dalla presa in carico) pari a 89,6 giorni, a fronte del consumo complessivo di 13.181 giornate di presa in cura.

La tabella 2 riporta i dati di attività della rete delle cure palliative della provincia di Bologna. Gli obiettivi di cui al Piano Sanitario Regionale prevedono che la percentuale di copertura della popolazione target non sia inferiore al 60%, dato che risulta ampiamente superato anche nella realtà imolese, ancorché migliorabile.

Tabella 2

Dati di attività della Rete delle Cure Palliative Provincia di Bologna – Anno 2002						
Azienda convenzionata	Pz in ADI oncologica (% Pz in rete) A	PZ in ADI-ANT (% Pz in rete) B	Pz ricoverati in Hospice (N. ricoveri)	Pz in rete attraverso l'Hospice (% Pz in rete) C	Stima pz in fase terminale	N. Totale Pz in rete A+B+C (% di copertura)
BO Città	300 (25.3%)	846 (71.5%)	62 (71)	37 (3.1%)	1366	1183 (86.6%)
BO Nord	167 (36.7%)	201 (44.2%)	117 (154)	86 (18.9%)	563	454 (80.6%)
BO Sud	194 (38.4%)	303 (60 %)	24 (28)	8 (1.5%)	679	505 (74.3%)
Imola	153 (71.0 %)	59 (28.5%)	1 (1)	1 (0.4%)	306	213 (67.6%)
TOTALE	814 (34.3%)	1409 (59.9%)	204 (254)	132 (5.6%)	2.914	2355 (80.6%)

Per quanto riguarda le attività di ricovero ordinario in ospedale, le tabelle 3 e 4 riportano una sintesi di tali informazioni.

La tabella 3 riporta il valore assoluto e percentuale di ricoveri ordinari fruiti da pazienti in assistenza domiciliare oncologica nell'anno 2002. Sono stati esclusi dal conteggio i pazienti assistiti dall'ANT, ma non in convenzione, in quanto per questi non risultano disponibili le informazioni.

La percentuale di ricovero degli assistiti dall'AUSL di Imola risulta pari al 62,5%, dato che delinea un eccesso di ricovero di circa 12 punti percentuali rispetto alla media provinciale.

Tabella 3

Attività di ricovero ordinario fruita da PZ in ADI oncologica e ANT – Anno 2002				
Azienda	N. Pz in ADI	N. Pz in ADI-ANT*	N. ricoveri di Pz in ADI (% dei Pz in ADI)	N. ricoveri di Pz in ANT* (% dei Pz in ANT)
BO Città	300	846	Non disponibile	290 (34.2%)
BO Nord	167	68	88 (52.6%)	29 (42.6%)
BO Sud	194	303	77 (39.6 %)	101 (33.3%)
Imola	153	0	92 (60.4%)	0
TOTALE	814	1217	257 (50,0%)	420 (34.5%)

* sono esclusi i pazienti assistiti ANT al di fuori di convenzioni AUSL.

Considerando i 153 pazienti imolesi in carico all'ADO nel 2002, risulta che abbiano fruito di 92 ricoveri ordinari in ospedale (media di 0,61 ricoveri/pz) con una durata media della degenza pari a 13,2 giorni; in tale coorte di soggetti le giornate di ricovero in ospedale hanno rappresentato circa il 9% delle giornate di presa in carico complessiva, con il 50,4% dei decessi che è avvenuto a domicilio.

In circa il 60% dei casi il ricovero si è contraddistinto come evento terminale, mentre solo il 7% dei ricoveri ha avuto luogo in reparti dedicati a cure di lungodegenza.

Considerando inoltre i dati di ricovero ordinario relativi al secondo semestre 2002 del presidio ospedaliero di Imola, ed in particolare i deceduti con diagnosi di neoplasia maligna (codici ICD IX-CM compresi fra 140 e 208 in qualsiasi posizione SDO), si è ricostruita retrospettivamente la storia ospedaliera di questi pazienti nei 120 giorni precedenti il decesso. I dati semestrali sono stati proiettati su base annua.

Tabella 4

Decessi per neoplasia in ospedale (stima su base semestrale) - Azienda USL di Imola – Anno 2002				
	Decessi in ospedale di pz neoplastici	Decessi di pz neoplastici	Ricoveri nei 120 gg precedenti il decesso	GGD nei 120 gg precedenti il decesso
Valore assoluto (%)	216 (69,9%)	309 (100%)	380	5011
Media per pz			1,7	23,2
Range			1-4	1-64

Circa il 70% dei decessi per neoplasia che occorrono nel nostro territorio avviene nel presidio ospedaliero di Imola; ognuno di questi pazienti, in media, nel corso degli ultimi 4 mesi di vita, viene ricoverato quasi due volte, e consuma circa 23 giornate di degenza ordinaria. Questi dati non comprendono le ospedalizzazioni riferite a pazienti ricoverati in altri presidi pubblici e/o privati.

In tabella 5 sono infine riportate le frequenze assolute e percentuali di decesso per neoplasia per disciplina di dimissione.

Tabella 5

Decessi per neoplasia in ospedale per disciplina di dimissione - Azienda USL di Imola – II° semestre 2002		
Disciplina	Frequenza assoluta	Frequenza percentuale
Medicina	53	49,1%
Lungodegenza	25	23,1%
Geriatría	22	20,4%
Rianimazione	3	2,8%
Chirurgia	3	2,8%
Medicina d'urgenza	2	1,9%
TOTALE	108	100%

Secondo le indicazioni regionali, i servizi dedicati alle cure palliative devono basarsi su di un modello organizzativo di tipo reticolare, per erogare servizi alternativi al ricovero ordinario ospedaliero, adeguati alle necessità del Paziente e della sua famiglia. Nella realtà di Imola le attività di assistenza domiciliare oncologica tendono ad assumere un ruolo non sufficientemente alternativo rispetto all'assistenza in ospedale. E' invalsa una spiccata tendenza a ricorrere comunque all'ospedale, da parte dei pazienti e dei loro familiari, nel momento in cui i pazienti neoplastici si avvicinano all'exitus.

Il numero di decessi in strutture ospedaliere per acuti è uno degli indicatori di processo proposti dalla Regione Emilia Romagna nella valutazione della qualità dei programmi di assistenza domiciliare. In alcune regioni (Veneto, Friuli) il numero di decessi in strutture ospedaliere per acuti è proposto come indicatore di esito dei programmi di assistenza domiciliare.

Pur considerando che esistono condizioni di bisogno nelle quali un ricovero in ambienti per acuti risulta pienamente appropriato, anche il numero di ricoveri in strutture ospedaliere per acuti di pazienti entrati in un programma di cure palliative domiciliari può essere considerato come indicatore di percorso e di esito del programma stesso, in quanto:

- l'uscita dalla rete delle cure palliative suggerisce una non piena capacità della rete stessa di valutare e di proporre la modalità assistenziale più opportuna in quel particolare momento della malattia e di dare adeguata risposta ai bisogni del Paziente e della sua famiglia
- le strutture di ricovero per pazienti acuti possono risultare inadeguate dal punto di vista del comfort (stanze a più letti, ecc.) e potenzialmente non appropriate (approccio non palliativista, discontinuità assistenziale, ecc.);
- il ricovero in urgenza o il ricorso al pronto soccorso in questa fase è fonte di ulteriore stress al paziente e alla sua famiglia.

2. POSTA IN GIOCO

Le cure palliative si devono realizzare attraverso la formulazione e l'offerta, al paziente ed alla sua famiglia, di un piano personalizzato di cura ed assistenza in grado di garantire la migliore qualità di vita possibile durante gli ultimi mesi di vita.

Tale fase è caratterizzata da una progressiva perdita di autonomia del paziente, dal manifestarsi di sintomi fisici e psichici spesso di difficile e complesso trattamento, primo fra tutti il dolore, e da una sofferenza globale, che coinvolge anche il nucleo familiare, tale da mettere spesso in crisi anche la rete delle relazioni.

Le cure palliative si rivolgono ai pazienti colpiti da una malattia che non risponde più a trattamenti specifici e la cui diretta conseguenza è la morte. Il controllo del dolore e degli altri sintomi, l'attenzione agli aspetti psicologici, sociali e spirituali è di fondamentale importanza; la filosofia cui le cure palliative si ispirano è tesa a produrre azioni finalizzate al miglioramento della qualità della vita del paziente.

Lo sviluppo delle cure palliative è inserito all'interno del più vasto programma di riorganizzazione della rete di interventi domiciliari sanitari, socio-sanitari ed assistenziali (rete per la cura ed assistenza domiciliare).

La necessità di offrire livelli assistenziali a complessità differenziata, adeguati ai bisogni dei malati e delle famiglie e sufficientemente flessibili, rende necessario programmare un sistema a rete che offra la maggior possibilità di integrazione tra i numerosi soggetti professionali coinvolti.

La rete deve essere composta da un sistema di offerta nel quale la persona malata e la sua famiglia possano essere guidati e coadiuvati nel percorso assistenziale fra il proprio domicilio, sede di intervento privilegiata ed in genere preferita dal malato e dal nucleo familiare, e le strutture di degenza specificamente dedicate al ricovero/soggiorno dei malati non assistibili presso la loro abitazione.

La rete sanitaria deve essere strettamente integrata con quella socio-assistenziale, al fine di offrire un approccio completo alle esigenze della persona malata.

Gli elementi che si ritiene possano contribuire in maniera sostanziale a qualificare l'assistenza al malato oncologico terminale nel nostro territorio sono i seguenti:

- il potenziamento dell'assistenza domiciliare per i malati neoplastici, finalizzato a fornire una assistenza continua, adeguata e flessibile, considerando che i bisogni del paziente e le possibilità effettive di fornire assistenza da parte della famiglia possono modificarsi nel tempo; contribuisce inoltre a ridurre i ricoveri evitabili, dimostratisi particolarmente frequenti nelle fasi finali della malattia;
- il miglioramento dell'assistenza ospedaliera finalizzato ad offrire al paziente con malattia in fase avanzata un'assistenza più adeguata, in spazi più consoni alle necessità di trattamento; coglie peraltro l'opportunità di adeguare agli standard previsti dalla programmazione regionale la dotazione dei posti letto dell'area della lungodegenza, fornendo indirettamente, ma in maniera sostanziale, una risposta alle contingenze legate al fenomeno della saturazione dei posti letto in alcuni periodi dell'anno; questa soluzione, dal punto di vista della programmazione, avvicina la dotazione di posti letto LPARE della Ausl di Imola allo standard dotazionale per la funzione di 0,7 PL x 1.000 abitanti.
- lo sviluppo di azioni integrate fra ospedale e territorio, attraverso l'individuazione di percorsi per il ricovero programmato del paziente neoplastico, sostanzialmente finalizzato al miglioramento della continuità dell'assistenza; queste ultime considerazioni trovano nelle recenti tendenze evolutive della organizzazione delle Cure Primarie, terreno fertile per la messa in cantiere e la sperimentazione di soluzioni innovative che offrano ulteriori spazi di autonomia ai Medici di Medicina Generale, in termini di continuità di cura dei propri assistiti, anche nel contesto ospedaliero.

3. OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO

Il progetto di miglioramento dell'assistenza palliativa presuppone lo sviluppo di strategie assistenziali integrate ospedale-territorio. Tale progetto troverà la sua compiuta attuazione con l'attivazione di 12 posti letto di Hospice ospedaliero presso lo stabilimento di Castel S. Pietro Terme, per la quale sono già stati ottenuti i finanziamenti e predisposto il progetto di ristrutturazione del 3° piano di detto stabilimento.

3.1. IL POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

Le attività di assistenza domiciliare devono tendere ad incrementare i livelli di copertura della popolazione target e a ridurre il ricorso improprio al ricovero ospedaliero. Si ritiene che tali obiettivi possano essere perseguiti attraverso:

3.1.1. GARANZIA DI CONTINUITÀ E MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ

Le garanzie fornite da un servizio di assistenza medica ed infermieristica continuativa possono contribuire a qualificare ulteriormente l'offerta di servizi di cure palliative domiciliari.

Attualmente non esiste un modello di riferimento e sussiste una considerevole difformità nella organizzazione del servizio di turno e di reperibilità nelle diverse AUSL della regione.

Si ritiene che la possibilità di ottenere l'intervento del personale dell'equipe di Cure Palliative 24 ore/24 e 7 giorni/7, rappresenti la migliore soluzione alla forte criticità della disponibilità di personale sanitario a livello domiciliare.

Il modello allo studio prevede una copertura medica assicurata dai medici dell'assistenza domiciliare oncologica, dai Medici di Medicina Generale e dai medici della Continuità Assistenziale, in relazione alle presenze rispettivamente previste nei diversi momenti della giornata; la copertura infermieristica potrebbe avvalersi inoltre di una reperibilità notturna e festiva.

Un ulteriore elemento di qualità dell'offerta di servizi, per i pazienti ed i loro familiari, è rappresentato dalla possibilità di attivare un consulto telefonico in ogni momento della giornata, con personale competente, che permetterebbe di giungere rapidamente alla valutazione dei bisogni del paziente e della sua famiglia e alla scelta della proposta assistenziale più adeguata fra le diverse possibilità assistenziali che la rete delle cure palliative può offrire nei diversi momenti della malattia neoplastica.

Il punto di ascolto telefonico potrebbe coincidere, nelle ore diurne, con il Punto Unico di Accesso alle Cure Palliative, in modo da rappresentare un preciso riferimento al momento dell'ingresso nella Rete e anche nel corso dell'assistenza palliativa, per coordinare gli accessi nelle diverse realtà assistenziali.

L'uso appropriato dei servizi presuppone una adeguata conoscenza da parte degli utenti dell'offerta di cure palliative. A tal fine si ritiene utile lo sviluppo di strategie informative rivolte agli utenti ed agli attori del sistema, in ordine alle diverse possibilità assistenziali che la rete delle cure palliative può offrire nei diversi momenti della malattia neoplastica.

Attualmente il livello di informazione è assicurato da diversi soggetti, non sempre coordinati: Distretto, Reparti ospedalieri, Consorzio, Associazioni di volontariato, ecc.

L'attivazione di programmi di informazione aziendali e interaziendali, a livello locale e provinciale potrà riguardare in particolare le finalità delle cure palliative, le modalità assistenziali, le sedi di erogazione, i criteri e le modalità di accesso, i livelli di integrazione fra i diversi attori coinvolti, l'offerta attiva di servizi e le modalità di accesso.

Saranno inoltre rese disponibili ai Medici del Servizio di Continuità Assistenziale, le informazioni cliniche relative ai pazienti assistiti in forma domiciliare od ospedaliera, in modo da evitare soluzioni di continuità nella presa in carico.

3.1.2. INCREMENTO DEGLI STANDARD DI ASSISTENZA

In linea con gli indirizzi già assunti a livello distrettuale, dovrà prevedersi una maggiore partecipazione ed una più efficace presa in carico dei pazienti in assistenza domiciliare oncologica da parte dei Medici di Medicina Generale, anche al fine di garantire una uniforme diffusione dell'ADO in tutto il territorio. Saranno a tal riguardo investite risorse nella formazione a supporto delle attività assicurate dai MMG.

L'accentuazione del ruolo del MMG nell'ADO in termini di responsabilizzazione nella gestione diretta dei casi clinici, potrà a regime consentire di dedicare maggiormente i medici dell'ADO alle attività di consulenza ed assistenza dei pazienti ricoverati.

Saranno inoltre migliorati (anche attraverso adeguati supporti informativi ed informatici) i processi di cura che coinvolgono i medici del Servizio di Continuità Assistenziale, allo scopo di offrire risposte tempestive e non avulse dal piano terapeutico programmato per questi pazienti, ed evitare soluzioni di continuità nell'assistenza nei periodi notturni e festivi.

Si prevede inoltre un incremento delle potenzialità assistenziali a domicilio, per contrastare la tendenza naturale dei pazienti e dei loro familiari a rivolgersi alle strutture di ricovero.

Ciò riguarderà in particolare l'estensione dell'utilizzo di alcune classi di farmaci a domicilio e la possibilità di praticare manovre invasive (toracentesi, paracentesi, ecc.), infusioni di soluzioni idro-elettrolitiche e trasfusioni, in presenza di protocolli che ne disciplinino l'uso, attraverso un allargamento dell'ambito di intervento della equipe addetta all'ADO.

Riguardo all'assistenza farmacologica, una attenzione particolare riguarderà la questione dei farmaci antidolorifici, con una puntuale e costante attività di indirizzo e di verifica che sarà condotta da parte del Comitato Ospedale senza Dolore, al fine di migliorare la disponibilità degli oppiacei, e la flessibilità d'uso anche a casa del paziente.

Come previsto anche dalle normative nazionali e regionali, la rete sanitaria e socio-sanitaria dovrà essere strettamente integrata con quella socio-assistenziale. La collaborazione con i servizi sociali e con il volontariato sarà potenziata, al fine di qualificare ulteriormente l'offerta di servizi. Sarà promossa l'integrazione nella rete delle cure palliative delle organizzazioni no-profit operanti in questo settore, attraverso la valorizzazione delle associazioni di volontariato.

Saranno sistematizzate periodiche occasioni di confronto fra i referenti della rete socio-assistenziale e i referenti della rete delle cure palliative, con l'inclusione della figura dell'Assistente Sociale come parte integrante dell'equipe di cure palliative.

3.2. IL MIGLIORAMENTO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

Nella medicina dei nostri giorni l'Ospedale ha assunto sempre più la funzione di cura delle patologie complesse, acquisendo ed applicando tecnologie sempre più sofisticate. Parallelamente, al suo interno, non sempre trovano adeguato spazio le cure palliative o di conforto, proprie per chi non ha più possibilità di guarigione.

E' indubbio che le cure di conforto abbiano le loro migliori possibilità se svolte a domicilio, all'interno dell'ambiente familiare.

Vi sono però situazioni che impongono il ricovero, temporaneo o definitivo. Sono situazioni cliniche inerenti particolari emergenze della malattia; sovente sono motivi familiari, di ordine psicologico o sociale, per l'insostenibilità del peso assistenziale a casa. In queste situazioni il ricovero ospedaliero non deve correre il rischio di spezzare la continuità assistenziale impostata sui cardini delle cure palliative e non deve risultare traumatico, per il malato ed i suoi familiari.

Gli obiettivi di miglioramento dell'assistenza palliativa in ospedale prevedono come end-point la realizzazione dell'Hospice ospedaliero presso lo stabilimento di Castel S.Pietro Terme, che sarà verosimilmente attivato entro il 2004. Per iniziare il percorso di miglioramento delle condizioni di assistenza palliativa ai pazienti che già fruiscono del nostro nosocomio, occorre sviluppare ed anche sperimentare sul campo un diverso modello di assistenza ospedaliera, connotando in tal senso appropriatamente i servizi, dal punto di vista quantitativo e qualitativo.

I contenuti dell'assistenza palliativa che si intendono massimizzare sono in particolare la terapia del dolore e la cura dei sintomi, il sostegno psicologico al malato e ai suoi familiari e la considerazione dei problemi spirituali.

La stima del fabbisogno di posti letto per assistenza palliativa nella AUSL di Imola è stata effettuata utilizzando diversi approcci.

1. Dapprima si sono analizzati i dati relativi alle misure di occorrenza di terminalità dei pazienti oncologici, identificabili e storicamente prevalenti nella casistica locale.

In questo caso occorre rilevare che tale stima è sicuramente approssimata per difetto, in quanto è riferita ad un periodo temporalmente limitato (le fasi preterminali e terminali), pur essendo l'approccio palliativo in diversi casi necessario anche nelle fasi più precoci di malattia.

I dati di letteratura indicano che mediamente circa il 90% dei deceduti per neoplasia attraversa una fase terminale di malattia e che la durata media della fase terminale dei pazienti oncologici è rappresentata in media da circa 90 giorni.

Conoscendo il numero di deceduti per neoplasia, la percentuale dei deceduti con una fase terminale e la durata media di quest'ultima, è possibile stimare l'incidenza e la prevalenza dei pazienti con neoplasia in fase terminale nel nostro territorio.

La mortalità per tumore nell'AUSL di Imola 1999-2001 è stata rappresentata da 310 casi (media del triennio); il 90% di questo dato, cioè 280, è la stima del numero di casi terminali incidenti annualmente. Stimando una durata media della fase terminale di 90 giorni, la stima di prevalenza puntuale, cioè il numero di pazienti che ogni giorno si trova in fase terminale per neoplasia, è di $(280 \times 90) / 365 = 69$ casi.

Dati internazionali indicano che una stima realistica di necessità complessiva di posti letto di cure palliative, residenziali e/o ospedaliere, si aggira intorno al 15% dei casi prevalenti.

Nella realtà imolese si può pertanto stimare un fabbisogno di circa 10 posti letto dedicati, da incrementare a 12 alla luce del previsto ingresso nella AUSL del comune di Medicina.

2. La stima di cui al punto 1. è del tutto coerente con le indicazioni della Società Italiana di Cure Palliative, che ha individuato un fabbisogno di 0,1 posti letto di cure palliative per 1.000 abitanti.

3. Considerando infine le giornate di degenza realmente consumate dai pazienti neoplastici nei reparti per acuti del nostro presidio ospedaliero nei 4 mesi precedenti il decesso (5011 nel 2002), con una occupazione media dei posti letto pari al 95% si ottiene una previsione di utilizzo di 14,4 posti letto $(5011/365)/0,95$.

Alla luce di tali stime e delle precedenti considerazioni, in attesa che si completi la realizzazione dell'hospice ospedaliero, come soluzione transitoria e sperimentale, in continuità con il progetto già approvato e finanziato, saranno attivati presso lo stabilimento ospedaliero di Imola 14 posti letto di lungodegenza oncologica dedicati alla assistenza dei pazienti in fase avanzata.

Tali letti saranno ricompresi nell'area delle cure long-term a bassa complessità (settore della lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva), e assumeranno connotati assistenziali prevalentemente infermieristici, trovando collocazione

5. LE RISORSE

Sono di seguito quantificate le risorse necessarie alla realizzazione del progetto di lungodegenza oncologica ospedaliera; le risorse necessarie alla realizzazione ed alla attivazione dell'hospice ospedaliero saranno quantificate separatamente, con la stesura di uno specifico progetto.

L'assistenza medica ai pazienti ricoverati nel reparto di lungodegenza oncologica sarà fornita di norma dai medici della equipe dell'assistenza domiciliare oncologica e dai Medici di Medicina Generale. Si stima un fabbisogno pari a 20 minuti di assistenza x posto letto/die x 6 giorni alla settimana, corrispondente a 0,07 medico x PL.

Per l'assistenza infermieristica si può stimare un fabbisogno pari a circa 125 minuti di assistenza x posto letto/die, corrispondente a 0,5 IP x PL. Al mattino sarà garantita una doppia presenza infermieristica (con presenza del case-manager per 6 giorni su 7), mentre una unica presenza sarà prevista per il pomeriggio e la notte.

Si prevede inoltre una forte integrazione della equipe infermieristica della lungodegenza ospedaliera con la equipe infermieristica dell'assistenza domiciliare oncologica, sino ad ottenere, a regime, cioè all'atto dell'attivazione dell'hospice, una assoluta interscambiabilità di queste funzioni di assistenza.

Per quanto riguarda l'assistenza di supporto all'assistenza infermieristica, si può stimare un fabbisogno di circa 50 minuti di assistenza x posto letto/die, corrispondenti a 0,14 operatori x PL. Sarà assicurata costantemente la presenza di un OTA al mattino e di un OTA al pomeriggio.

Per quanto concerne l'assistenza antalgica specializzata, la riabilitazione, l'assistenza psicologica, sociale e spirituale si può stimare un fabbisogno di ognuna di queste figure professionali (Medico Antalgista, Terapista della Riabilitazione, Psicologo, Assistente sociale, Assistente spirituale) pari a 9 minuti x posto letto/die, corrispondenti a 0,03 di operatore x PL.

Il fabbisogno di attività formative per la qualificazione delle risorse professionali è riferito in particolare alle unità di personale medico ed infermieristico della lungodegenza ospedaliera e dell'assistenza oncologica domiciliare, ed ai medici di medicina generale coinvolti; è quantificabile complessivamente in 20.000 euro per il prossimo biennio.

Il costo per acquisizione di arredi ed elettrodomestici per la sezione di lungodegenza oncologica ospedaliera è stimabile circa 25.000 euro: letti elettrici e relativi accessori, piantane e accessori per pompe a infusione, poltrone, separatori a muro telescopici, carrello di medicazione, lavapadelle, lavastoviglie, e cubettatrice.

Il costo per acquisizione di attrezzature elettromedicali per la sezione di lungodegenza oncologica ospedaliera è stimabile in ulteriori 50.000 euro: un sollevatore pazienti, un aspiratore elettrico a due vasi, un elettrocardiografo, un defibrillatore semiautomatico, un pulsossimetro.

Vanno inoltre cautelativamente messi in conto ulteriori 10.000 euro per spese impreviste.

Allegato n. 4

CONFERENZA DEI SINDACI AZIENDA USL DI MOLA

MANDATO PER IL GRUPPO DI LAVORO PAL: "Miglioramento dell'assistenza al paziente affetto da patologie respiratorie"

Premessa:

Il lavoro del gruppo si inserisce nella programmazione della rete dei servizi sanitari e socio- sanitari definita nel Piano Sanitario Regionale che individua quali obiettivi strategici :

- ~ il miglioramento della salute della popolazione (PPS);
- ~ il miglioramento della qualità delle cure con particolare attenzione alle dimensioni della qualità che fanno riferimento all'accessibilità, tempestività e continuità delle cure;
- ~ il governo della domanda;
- ~ il raggiungimento del sostanziale equilibrio economico finanziario.

L'ambito di applicazione è rappresentato dalle Aree prioritarie di intervento che sono state selezionate per rilevanza in termini di prevalenza, impatto sociale, complessità dei livelli organizzativi/tecnologici/competenze impiegati e costi e costituiscono l'oggetto dei tre (3) Gruppi di Lavoro attivati a livello aziendale.

All'interno di ciascuna area sono stati individuati, sulla base degli stessi criteri di priorità, alcune classi di bisogno, rappresentate di norma da percorsi di diagnosi e cura, ritenute critiche.

Obiettivi generali per i gruppi di lavoro PAL:

Per ciascuna classe di bisogno individuata i gruppi di lavoro devono :

- ❖ Descrivere la situazione attuale relativamente a :
 - ✓ principali caratteristiche della domanda e modalità di presa in cura nella fase acuta e cronica;
 - ✓ struttura dell'offerta dei servizi;
 - ✓ principali criticità.
- ❖ Indicare aree di miglioramento per garantire equità di accesso alle cure, tempestività della presa in carico e continuità delle cure con riferimento particolare a :
 - ✓ interventi di prevenzione e promozione della salute;
 - ✓ modalità di realizzazione del percorso diagnostico (ambulatoriale, day service, day hospital, ecc.);
 - ✓ gestione della fase acuta;
 - ✓ gestione e presa in carico del paziente cronico.
- ❖ Indicare le modalità di riorganizzazione della struttura dell'offerta con particolare riferimento al funzionamento in rete dei servizi, all'integrazione fra i professionisti e all'integrazione delle strutture.
- ❖ Valutare l'impatto della riorganizzazione proposta sull'impegno delle risorse.
- ❖ Individuare indicatori, risultati attesi intermedi e finali e modalità di verifica.

Obiettivi specifici gruppo "Pneumologia"

Definizione dell'area di intervento: patologie pneumologiche acute e croniche di rilevante impatto per frequenza ed effetti sullo stato di salute che richiedono approcci multidisciplinari e organizzazione dei servizi a rete.

Classi di bisogno:

1) Broncopneumopatie Croniche Ostruttive (B.P.C.O.):

- ritardare l'insorgenza attraverso la riduzione del fumo;

- assicurare adeguati livelli di intensità di cura promuovendo appropriatezza dei ricoveri e dell'accesso in ospedale, continuità delle cure con il concorso dei componenti delle Cure Primarie, mediante lo sviluppo di percorsi integrati ospedale-territorio per la diagnostica, la valutazione funzionale e l'intervento a domicilio delle BPCO severe e delle riacutizzazioni, l'adozione e diffusione di Linee Guida per l'antibiototerapia delle riacutizzazioni delle BPCO, il supporto delle attività di ossigenoterapia domiciliare a lungo termine e di rieducazione funzionale respiratoria.

2) Insufficienze respiratorie acute e croniche trattabili in ambito pneumologico: standardizzare il trattamento del paziente con insufficienza respiratoria nei diversi livelli assistenziali previsitati, mediante l'adozione di protocolli di trattamento differenziati sulla base della progressione di gravità dell'insufficienza respiratoria.

3) Neoplasie broncopulmonari: assicurare tempestività del percorso diagnostico-terapeutico.

Valorizzazione precoce del sintomo per Carcinoma polmonare con il concorso dei componenti delle Cure Primarie; standardizzazione della diagnostica, del percorso terapeutico integrato e della cadenze dei follow-up.

4) Patologie polmonari infettive (TBC, Polmoniti): migliorare la sorveglianza attiva dell'intero ciclo di trattamento della TBC e la continuità dell'assistenza.

Promuovere l'appropriatezza dei diversi livelli di intensità di cura nella altre patologie infettive.

5) Asma: promuovere, adottare e diffondere Linee Guida per il trattamento dell'asma bronchiale, con il concorso dei componenti delle Cure Primarie, favorendo anche programmi educazionali finalizzati a diffondere consapevolezza nelle gestioni degli accessi acuti.

Vincoli:

- ❖ elementi di programmazione predefiniti;
- ❖ mandato ricevuto;
- ❖ valenza triennale delle proposte di riorganizzazione. Termine dei lavori fissata per il 31 Maggio 2004.

STRUTTURA DI RIFERIMENTO PER LA CONDUZIONE DEI LAVORI

Committenza

E' rappresentata dalla Conferenza dei Sindaci dell'AUSL di Imola che ha, da qualche tempo, avviato i lavori per la predisposizione del nuovo Piano Attuativo Locale individuando, peraltro, elementi di criticità in alcuni percorsi (accesso al Pronto Soccorso, assistenza al paziente neoplastico in fase avanzata e assistenza al paziente affetto da patologie respiratorie) per i quali ha raccomandato l'avvio di gruppi di lavoro ad hoc con l'obiettivo di ricevere proposte di miglioramento emendabili in tempi più contenuti rispetto a quelli della programmazione triennale.

Gruppo di pilotaggio

Assicura la uniformità di conduzione dei gruppi di lavoro attraverso l'utilizzo di comuni metodologie verso il conseguimento degli obiettivi definiti nel mandato della Committenza. Definisce lo schema base per la stesura della relazione finale da parte di ciascun Gruppo di Lavoro.

E' costituito dai componenti del tavolo di governo clinico (Direttore Sanitario, Direttori di Articolazione e di Dipartimento, Direttore del Servizio Tecnico-infermieristico).

Tutor e vicedirettore dei gruppi di lavoro

Assicurano la conduzione del Gruppo verso il raggiungimento degli obiettivi definiti nel mandato della Committenza. Mettono a disposizione del Gruppo la documentazione e le informazioni ritenute necessarie.

Assicurano l'inoltro delle convocazioni degli ordini del giorno, la stesura di sintesi delle riunioni svolte e dei documenti finali, la registrazione delle presenze.

Rete di Supporto dei Gruppi PAL

Viene attivata direttamente dai tutor/vicedirettore o tramite il Gruppo di Pilotaggio ed è costituita da:

Sistema informativo e Controllo di gestione

Assicura la disponibilità delle informazioni e l'eventuale elaborazione dei dati, assicura consulenza in tema di valutazione economica dei progetti.

Sistema informatico

Assicura la consulenza tecnica relativamente a valutazioni di fattibilità di progetti che richiedono supporti di natura informatica.

Consulenze

E' possibile richiedere la consulenza/audizione di esperti, in particolare su temi di Governo clinico, Epidemiologia, ecc.

Sistema delle relazioni

La Committenza, per il tramite della Direzione Sanitaria, partecipa alla riunione di insediamento dei Gruppi di Lavoro PAL.

Il Gruppo di Pilotaggio, per il tramite del Direttore Sanitario, partecipa alla riunione conclusiva di ciascun Gruppo di Lavoro.

Il Gruppo di Pilotaggio riunisce due volte al mese , in giornata predefinita, i tutor/vicedirettore per la valutazione dell'andamento dei lavori.

DIREZIONE SANITARIA AZIENDA USL DI IMOLA

TRACCIA PER LA STESURA DEI DOCUMENTI DEL GRUPPO: "Miglioramento dell'assistenza al paziente affetto da patologie respiratorie"

INDICE

BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA

- PREMESSA (definizione, epidemiologia e mortalità, fattori di rischio,)
- PREVENZIONE
- PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO (fase del sospetto clinico, fase diagnostica o della definizione della gravità, fase dell'indirizzo terapeutico, fase del follow up,)
- ANALISI DELL'OFFERTA ASSISTENZIALE ATTUALE (modello strutturale, modello assistenziale, modello clinico)
-
-
-
- AZIONI DI MIGLIORAMENTO (per tutti gli aspetti considerati)

ASMA

- PREMESSA (definizione, epidemiologia e mortalità, fattori di rischio,)
- PREVENZIONE
- PERCORSO DIAGNOSTICO- TERAPEUTICO (fase del sospetto clinico, fase diagnostica o della definizione della gravità, fase dell'indirizzo terapeutico, fase del follow up,)
- ANALISI DELL'OFFERTA ASSISTENZIALE ATTUALE (modello strutturale, modello assistenziale, modello clinico)
-
-
-
- AZIONI DI MIGLIORAMENTO (per tutti gli aspetti considerati)

TUMORE DEL POLMONE

- PREMESSA (definizione, epidemiologia e mortalità, fattori di rischio,)
- PREVENZIONE
- PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO (fase del sospetto clinico, fase diagnostica o della definizione del caso, fase interdisciplinare dell'indirizzo terapeutico:attivazione della rete hub and spoke, fase dell'indirizzo terapeutico chirurgico, fase dell'indirizzo terapeutico non chirurgico, fase del follow up,)
- ANALISI DELL'OFFERTA ASSISTENZIALE ATTUALE (modello strutturale, modello assistenziale, modello clinico)
-

-
-
- AZIONI DI MIGLIORAMENTO (per tutti gli aspetti considerati)

PATOLOGIE INFETTIVE (POLMONITI E TUBERCOLOSI)

POLMONITI

- PREMESSA (definizioni, epidemiologia mortalità, fattori di rischio,)
- PREVENZIONE
- PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO (fase diagnostica e dell'indirizzo terapeutico, criteri di ricovero, fase di ospedalizzazione dei diversi livelli di gravità, fallow up,)
- ANALISI DELL'OFFERTA ASSISTENZIALE ATTUALE (modello strutturale, modello assistenziale, modello clinico)
-
-
-
- AZIONI DI MIGLIORAMENTO (per tutti gli aspetti considerati)

TUBERCOLOSI POLMONARE

- PREMESSA (definizione, epidemiologia e mortalità, fattori di rischio,)
- PREVENZIONE (sorveglianza delle categorie a rischio, sorveglianza dei contatti, sorveglianza epidemiologica,)
- PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO (controllo dell'infezione in ambiente sanitario, diagnosi, terapia (trattamento ambulatoriale e ospedaliero,)
- ANALISI DELL'OFFERTA ASSISTENZIALE ATTUALE (modello strutturale, modello assistenziale, modello clinico)
-
-
-
- AZIONI DI MIGLIORAMENTO (per tutti gli aspetti considerati)

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA

- PREMESSA (definizione, epidemiologia e mortalità, fattori di rischio,)
- PREVENZIONE
- PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO (fase diagnostica e dell'indirizzo terapeutico mediante ossigenoterapia e/o ventiloterapia, fase dell'ospedalizzazione: attivazione della rete hub and spoke)
- ANALISI DELL'OFFERTA ASSISTENZIALE ATTUALE (modello strutturale, modello assistenziale, modello clinico)
-
-
-
- AZIONI DI MIGLIORAMENTO (per tutti gli aspetti considerati).

.....

STATO DI AVANZAMENTO DEL PROGETTO “MIGLIORAMENTO DELL’ASSISTENZA AL PAZIENTE AFFETTO DA PATOLOGIE RESPIRATORIE

Gruppo di progetto-Ausl di Imola

La **Conferenza dei Sindaci** dell’Azienda usl di Imola, in occasione dei lavori per la predisposizione del nuovo Piano attuativo locale, ha raccomandato l’avvio di gruppi di lavoro ad hoc con l’obiettivo di ricevere proposte di miglioramento emendabili in tempi più contenuti rispetto a quelli della programmazione triennale.

Un gruppo di lavoro individuato è relativo alle **patologie respiratorie acute e croniche**, di rilevante impatto per frequenza ed effetti sullo stato di salute, che richiede un **approccio multidisciplinare** e l’**organizzazione dei servizi in rete**.

In particolare sono state individuate diverse **classi di bisogno** tra cui:

1. Broncopneumopatie croniche ostruttive (BPCO)
2. Insufficienza respiratoria acuta e cronica trattabile in ambito pneumologico
3. Neoplasie broncopolmonari
4. Patologie polmonari infettive (TBC, Polmoniti)
5. Asma

La **Direzione Sanitaria** dell’azienda ha discusso il progetto al “tavolo del governo clinico” con i responsabili delle articolazioni e dei dipartimenti aziendali. Vi è stata ampia condivisione nell’attivare un **gruppo di lavoro** con i seguenti componenti:

- Dott. Gianni Rossi, responsabile dell’Unità di efficacia clinica (tutor)
- Dott. Corrado Fini, responsabile del Dipartimento delle cure primarie (vices tutor)
- Dott. Massimo Roncassaglia, medico di medicina generale
- Dott. Enzo Veronese, medico di medicina generale
- Dott.ssa Ivana Stefanelli, specialista in pneumologia del DSP
- Dott. Primiano Iannone, medico di Pronto soccorso e Medicina d’urgenza
- Dott.ssa Teresa Battaglia, specialista in pneumologia dell’Ospedale
- Dott. Vincenzo Antonio Caliga, specialista in pneumologia dell’Ospedale
- Dott. Alberto Dal Monte, specialista in pneumologia dell’Ospedale
- Dott. Pietro Giampiccolo, specialista in pneumologia dell’Ospedale
- Dott. Pietro Mura, specialista in pneumologia dell’Ospedale
- Dott. Pietro Pederzoli, specialista in pneumologia dell’Ospedale
- Sig.ra Ivana Nanni, Direzione servizio infermieristico.

Il gruppo di lavoro così costituito, rappresentativo di tutte le realtà assistenziali coinvolte nel percorso delle patologie respiratorie, dovrà riferire con cadenza mensile, al tavolo del “governo clinico”, lo **stato di avanzamento** dei lavori che si concluderanno entro il **31 maggio 2004**.

Il giorno **5 novembre 2003** si è insediato il gruppo alla presenza del Direttore Sanitario che ha presentato gli obiettivi del progetto e le direttive per l’attuazione dello stesso.

Il gruppo, dopo condivisione ed ampia discussione, ha individuato i temi principali su cui focalizzare l’attenzione, rilevando che su temi quali l’asma e le polmoniti esistono già in azienda linee-guida e percorsi diagnostico-terapeutici già validati.

Sono state inoltre individuate le **migliori evidenze scientifiche** relative al trattamento della BPCO e si sono condivise le linee-guida internazionali ed italiane di riferimento.

Per questa grave patologia invalidante, il gruppo ha concordato all’unanimità che nel mondo scientifico internazionale sono già state prodotte raccomandazioni di buona qualità universalmente riconosciute.

Nell’incontro del **12 novembre** il gruppo ha deciso di iniziare con il tema “**broncopneumopatie croniche ostruttive**” seguendo la seguente **metodologia di lavoro**:

- individuazione del percorso diagnostico terapeutico ottimale
- condivisione

- analisi della situazione attuale
- individuazione delle criticità
- proposte di miglioramento

Il gruppo ha anche fissato l'**agenda** degli incontri relativi al tema BPCO con il seguente calendario:

- ❖ Mercoledì 26 novembre
 - Presentazione e condivisione del percorso terapeutico assistenziale ottimale da parte di Giampiccolo, Dal Monte, Pederzoli e Battaglia.
- ❖ Mercoledì 10 dicembre
 - Analisi dell'attuale con rilievo delle criticità rilevate dai medici di medicina generale
 - Rilevazione dati dei ricoveri ospedalieri (rianimazione, medicina di urgenza, geriatria, medicina)
 - Attività ambulatoriale pneumologica
 - Analisi situazione prevenzione fumo in Azienda (Stefanelli e Pederzoli)
- ❖ Mercoledì 7 e 21 gennaio 2004, Mercoledì 4 e 18 febbraio
 - Costruzione del percorso terapeutico-assistenziale per la realtà locale
 - Individuazione delle criticità
 - Proposte di miglioramento

Allo stato attuale sono disponibili una bozza di documento del percorso terapeutico assistenziale della BPCO sia nel territorio che nel presidio ospedaliero, un documento sulle criticità rilevate dalla medicina di base e una bozza di documento sullo stato attuale della prevenzione del fumo in azienda e sulle proposte di miglioramento.

Il gruppo di lavoro conta, nonostante la complessità del tema, di presentare entro la fine di febbraio il documento relativo alla BPCO con le proposte di miglioramento individuate.

Allegato n. 5

Riorganizzazione del Dipartimento Tecnico Amministrativo

PREMESSA

Al fine di formulare una proposta riorganizzativa che sia indicativa di un reale ed incisivo cambiamento del Dipartimento sia sul versante degli obiettivi che su quello gestionale, è opportuno richiamare, sia pure sinteticamente, alcuni capisaldi a cui l'agire deve fare riferimento.

Pertanto, preliminarmente, si deve precisare che le condizioni per la realizzazione del progetto consistono nell'esercizio di un potere/dovere, attribuito alla dirigenza dall'attuale normativa, relativo sia all'aspetto progettuale sia a quello esecutivo e gestionale.

Conseguentemente la riorganizzazione definita dal presente documento, frutto di un attento temperamento dei profondi cambiamenti strutturali del sistema con la necessità di contenimento dei costi e con l'esigenza di un mantenimento quali/quantitativo delle attività espletate, è stata elaborata tenendo conto degli obiettivi e delle finalità contenute nel D.Lg.vo 502/92 e successive modificazioni e nel D.Lg.vo n. 29/93 – ora D.Lg.vo n. 165/2001 –, nonché delle indicazioni contenute nell'Atto aziendale, approvato con deliberazione n. 403 del 5.7.2001.

RIFERIMENTI NORMATIVI E PROPOSTE OPERATIVE

DECRETO LEGISLATIVO N. 502/92

Come noto, il D.Lgs. n.502/92 ha trasformato le USL in Aziende dotate di personalità giuridica, che agiscono con atti di diritto privato, in particolare per quanto si riferisce alla gestione del rapporto di lavoro, dotate di autonomia imprenditoriale e, in quanto tali, tenute all'equilibrio tra costi e ricavi.

Ne deriva che esse debbono combinare le risorse umane, tecniche e patrimoniali mediante un'azione di coordinamento e di organizzazione, secondo criteri di efficienza, efficacia e di economicità.

La conseguenza è, sul versante organizzativo, il passaggio da una logica del controllo formale sulle risorse ad una logica di programmazione e controllo dei risultati.

E' in questo contesto che deve essere ripensata l'organizzazione del Dipartimento nonché delle Aree e delle Unità operative che ne fanno parte.

DECRETO LEGISLATIVO N. 165/2001

Il D.Lg.vo n. 165/2001 ha ridisegnato le competenze e le attribuzioni della Dirigenza.

Tra gli elementi portanti di questo Decreto vanno annoverati:

- L'attribuzione ai Dirigenti della competenza in ordine all'adozione degli atti e provvedimenti concernenti la gestione delle risorse umane, tecniche, finanziarie e strumentale e delle conseguenti responsabilità dell'attività amministrativa.
- Il trasferimento delle responsabilità di governo in capo al management. In tal modo l'area amministrativa si configura sempre di più come una tecno-struttura di supporto alla produzione di servizi sanitari, garantendo, ai servizi della produzione, l'acquisizione delle risorse umane e strumentali secondo requisiti di qualità, economicità e tempestività.

ATTO AZIENDALE

Infine, per comprendere appieno il mutato contesto in cui ci si trova ad operare, non può essere tralasciato l'Atto aziendale. Esso è l'atto con il quale la Direzione Generale ha definito l'assetto organizzativo e le modalità di funzionamento. Sotto l'aspetto organizzativo tre sono i capisaldi:

- il decentramento funzionale
- l'attribuzione della responsabilità gestionale in capo ai Dirigenti
- riconoscimento dell'organizzazione dipartimentale come modello di gestione utile per la corretta realizzazione della mission.

ASSETTO ORGANIZZATIVO ED ELEMENTI DI INNOVAZIONE

Questa trasformazione costituisce il reale cambiamento del Dipartimento Tecnico e Amministrativo e coinvolge tutti i servizi in esso ricompresi: Affari Generali, Gestione del Personale, Bilancio, Economato e Provveditorato, Attività Tecniche, TIR, Ingegneria Clinica nonché la componente amministrativa delle diverse Articolazioni (Presidio, Distretto e Sanità Pubblica).

Il nuovo assetto mira a creare una funzione amministrativa che:

- Assuma e condivida la visione aziendale, orientando organizzazione e contenuti dell'attività al compimento della Mission;
- Progetti la propria struttura in modo tale da integrarsi funzionalmente con le altre Articolazioni, per la realizzazione dei processi di produzione aziendale;
- Aumenti l'efficienza e riduca il peso della burocrazia mediante una riprogrammazione dei processi operativi, che consenta di eliminare eventuali duplicazioni, sovrapposizioni, sprechi;
- Interagisca con il mondo esterno, secondo una logica di tipo imprenditoriale, con l'adozione di strumenti e procedure proprie delle organizzazioni di mercato, cogliendo le opportunità che l'attuale quadro legislativo consente rispetto al perseguimento di obiettivi di economicità, qualità, efficienza, efficacia e semplificazione;
- Promuova e diffonda presso tutta l'Azienda l'attenzione ai dati di costo e, più in generale, al controllo gestionale;
- Stimoli la crescita culturale e professionale di tutti gli operatori orientando le iniziative di formazione e di aggiornamento.

Quanto sopra costituisce il presupposto e la finalità del Dipartimento; la revisione organizzativa, dunque, si basa su tre fattori fondamentali:

- pianificazione organizzativa
- pianificazione logistica
- pianificazione del sistema informativo e del supporto tecnologico

PIANIFICAZIONE ORGANIZZATIVA

Secondo quanto già indicato nell'Atto aziendale, la missione dell'area amministrativa e tecnica è quella di garantire, secondo requisiti di appropriatezza tecnico-professionale, il necessario supporto all'attività di produzione delle prestazioni sanitarie da parte del Presidio ospedaliero, del Distretto e del Dipartimento di Sanità Pubblica.

Il processo di rivisitazione dell'assetto strutturale attuale deve tenere conto dei seguenti fattori:

- logicità e razionalità in modo da rendere consequenziali i processi organizzativi
- accorpamento e fusione delle funzioni al fine di eliminare le attività ripetitive
- opportunità di pervenire ad un ordinamento dei servizi ispirato alla logica dell'organizzazione delle attività che presentano caratteristiche di omogeneità
- identificazione precisa ed esauriente delle attribuzioni e delle responsabilità

In tale ambito, contestualmente al processo riorganizzativo, il Dipartimento amministrativo-tecnico è e sarà impegnato a definire, in collaborazione con i professionisti delle aree della produzione sanitaria, specifici "standard di prodotto" che individuino modalità e tempi di espletamento delle attività e procedure di competenza dell'area amministrativa.

La funzione amministrativa, definita secondo i criteri e gli standard sopra delineati, viene quindi considerata come un'area omogenea aggregata in un'unica struttura: il Dipartimento Amministrativo e Tecnico.

Nel contempo prevede che il Dipartimento si articoli in due aree a loro volta omogenee: Area dipartimentale giuridico-economica e Area dipartimentale Tecnica che costituiscono l'aggregazione di più unità operative (vedi organigramma allegato).

Il Dipartimento amministrativo e Tecnico, come le altre Articolazioni aziendali, opera in stretta collaborazione con la Direzione generale ed in particolare con il Direttore Amministrativo, che sovrintende al corretto funzionamento delle Unità Operative comprese nel Dipartimento.

L'Area dipartimentale giuridico-economica si articola come segue:

UNITA' OPERATIVA "SEGRETERIA GENERALE E AFFARI LEGALI"

Il Servizio verrà sempre di più orientato verso una impostazione specialistica che, oltre che occuparsi di materie specifiche, possa garantire un supporto giuridico di "secondo livello" nei confronti delle altre Articolazioni sanitarie e dei servizi amministrativi oltre che della Direzione Generale.

L'Unità operativa dovrà, inoltre, garantire il supporto all'attività della Direzione Generale, sia per quanto riguarda la predisposizione degli atti di impulso della Direzione Generale, sia per gli approfondimenti giuridici

richiesti dalla Direzione stessa. Inoltre, il Servizio dovrà garantire l'attività di supporto alla Direzione Generale per attività interne all'Azienda (a titolo esemplificativo: supporto alle riunioni di Alta Direzione e riunioni della Conferenza socio sanitaria territoriale), oltre che l'istruttoria dell'attività deliberativa della Direzione Generale.

Relativamente all'area "legale", verranno svolte le seguenti principali funzioni:

- gestione del contenzioso amministrativo e civile;
- gestione del contenzioso del lavoro (stragiudiziale e giudiziale);
- gestione dei procedimenti disciplinari;
- gestione del patrocinio legale;
- gestione polizza RCT;
- approfondimenti giuridico-normativi, anche su richiesta di altre Unità Operative, rispetto a norme o materie di carattere trasversale o, comunque, particolarmente complesse.

Verrà, invece, garantita da un ufficio posto in staff alla Direzione Generale, sotto la responsabilità di una figura dirigenziale, l'attività di supporto amministrativo ai rapporti istituzionali esterni (a titolo esemplificativo: le Organizzazioni sindacali confederali) e con gli Organi interni (Collegio di Direzione e Collegio sindacale).

Il suddetto Ufficio, che garantirà anche il coordinamento complessivo degli Uffici di staff della Direzione Generale, dovrà altresì curare il coordinamento e la gestione di problematiche di tipo trasversale, di particolare rilevanza strategica, individuate di volta in volta dalla Direzione Generale.

UNITA' OPERATIVA "GESTIONE DEL PERSONALE"

Concorre a definire le politiche e la gestione delle risorse umane, mediante il processo di programmazione del fabbisogno aziendale e di acquisizione delle risorse. Si occupa della gestione del rapporto di lavoro in termini giuridici ed economico-previdenziali.

Il Servizio garantisce le seguenti attività omogenee:

a) reclutamento ed organizzazione

Cura il reclutamento, le selezioni interne, le progressioni orizzontali e verticali, la gestione dei contratti di lavoro e del posizionamento dei professionisti (incarichi dirigenziali, posizioni organizzative e coordinamenti), la procedura amministrativa per la valutazione degli incarichi, nonché il supporto al sistema delle relazioni sindacali (compreso le convocazioni, la verbalizzazione e la predisposizione degli atti conseguenti);

b) programmazione del personale e gestione del rapporto di lavoro

Cura la gestione della Dotazione Organica aziendale e delle sue diverse articolazioni interne, la procedura presenze-assenze, la sospensione e le variazioni del rapporto di lavoro, le missioni, gli scioperi, l'applicazione degli istituti contrattuali riguardanti il trattamento economico accessorio e la gestione delle informazioni su base informatica attinente al personale;

c) previdenza e problematiche trasversali

Cura la gestione ed il contenzioso relativi alle procedure contributive e previdenziali. Gestisce il protocollo ed il fascicolo personale, con particolare riferimento all'archiviazione ottica dei documenti. Segue l'attività formativa del Dipartimento, con particolare riferimento al supporto amministrativo.

Collabora con il TIR (Tecnologie Informatiche e Reti) relativamente alla installazione dei sistemi automatizzati, nonché all'implementazione di applicazioni self service, che consenta l'accesso al sistema da parte di singoli dipendenti e/o da punti decentrati.

Nell' ambito della Unità Operativa viene attivato un Programma relativo al trattamento economico ed al monitoraggio dei dati contabili del personale.

Il Programma va inteso secondo la definizione data nell'Atto Aziendale.

Esso dovrà consentire di accorpare funzioni e/o processi omogenei che superano i confini di una singola Unità operativa per rivestire il carattere della trasversalità.

Il primo obiettivo del Programma è di accorpare tutte le attività che oggi provvedono, separatamente, alla gestione del trattamento economico del personale a gestione diretta (personale dipendente, medici dell'emergenza, medici convenzionati interni) e di quello a gestione indiretta (Direttori, Collegio Sindacale, collaboratori coordinati e continuativi, liberi professionisti, prestatori d'opera occasionale). Rientrano nell'attività la gestione di tutti gli istituti contrattuali a rilevanza economica, ivi compresa la produttività, nonché gli aspetti fiscali.

Inoltre il Programma dovrà ricomprendere la gestione di ulteriori attività quali:

- le consulenze attive e passive;
- la gestione della libera professione intra-muraria;
- la gestione di progetti finalizzati con fondi a destinazione vincolati che comportino l'acquisizione di personale;
- la gestione del personale comandato.

Il Programma come sopra descritto dovrà prevedere la responsabilità di uno specifico Dirigente, nell'ambito dell'attività di coordinamento e della responsabilità complessiva che rimane in capo al Responsabile dell'Unità operativa Gestione del personale.

UNITA' OPERATIVA "CONTABILITA' E FINANZA"

Il Servizio deve definire il fabbisogno di risorse finanziarie alla luce della concertazione con l'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia-Romagna e delle indicazioni pervenute dalla negoziazione di budget dei vari Servizi.

Esso deve inoltre curare la contabilità generale e l'integrazione con quella analitica che costituiscono due settori a sé stanti che però devono interagire con continuità.

Pertanto tutte le restanti funzioni aventi una valenza gestionale verranno decentrate ai servizi che fruiscono dei beni e servizi.

In tale ambito l'attività di liquidazione delle fatture verrà trasferita ai servizi gestori delle relative attività, rimanendo in capo alla Unità operativa Contabilità e finanza l'attività iniziale di protocollazione della fattura in arrivo e della successiva registrazione in contabilità generale.

L'attività prevalente del Servizio consisterà nella corretta rilevazione contabile dei fatti gestionali dell'Azienda, nella periodica informazione agli Organi aziendali dell'andamento finanziario e, unitamente al Controllo di gestione, economico; nella stesura dei documenti di bilancio secondo la vigente normativa ed i principi contabili condivisi. Il tutto nell'ottica dell'obiettivo della certificazione di bilancio, per la quale all'Unità operativa compete l'attività di coordinamento e controllo delle procedure gestionali dei diversi servizi dell'Azienda che hanno rilevanza sulla registrazione contabile.

Altro compito essenziale del Servizio è quello attinente agli adempimenti fiscali, con esclusione degli adempimenti connessi al sostituto di imposta, di competenza del Servizio risorse umane.

La novità più rilevante prevista dalla riorganizzazione consiste nella unificazione, nell'ambito del Servizio, della contabilità generale e di quella analitica, oggi esplicitata separatamente, in staff alla Direzione Generale, nell'ambito del Controllo di Gestione. Quest'ultimo continuerà ad operare, comunque, in staff alla Direzione svolgendo il ruolo di promozione e coordinamento dei processi di programmazione, controllo direzionale e controllo operativo.

L'AREA DIPARTIMENTALE TECNICA si articola come segue:

A. *UNITA' OPERATIVA ATTIVITA' ECONOMALE ED APPROVVIGIONAMENTO*

L'UOAEA realizza la politica aziendale relativa alla definizione del fabbisogno di beni e servizi; si compone di due aree omogenee di attività, denominate Provveditorato e Economato.

L'Unità Operativa A.E.A. dovrà garantire:

- L'acquisizione di beni e servizi nel rispetto della programmazione aziendale, perseguendo l'appropriata qualità dell'acquisto, l'esplicazione delle migliori strategie contrattuali e promovendo la cultura d'orientamento al mercato;
- La programmazione e gestione del budget trasversale per l'acquisizione di beni e servizi, attraverso il monitoraggio dei consumi e relativa analisi ai fini del rispetto del budget previsto; dovrà, nella gestione dei servizi logistici e di supporto, perseguire l'efficace combinazione delle risorse atte a determinare lo standard qualitativo aderente alle esigenze aziendali.

B. *UNITA' OPERATIVA PATRIMONIO E TECNOLOGIE IMPIANTISTICHE*

L'Unità operativa PTI provvede alla gestione e manutenzione di tutto il patrimonio immobiliare dell'Azienda nonché della parte impiantistica ad esso relativa e concorre alla definizione della politica degli investimenti dell'Azienda.

Gestisce inoltre le utenze energetiche (riscaldamento, energia elettrica, raffrescamento) e telefoniche, definendo gli interventi di miglioramento ed ottimizzazione degli impianti relativi.

Nel campo dei lavori pubblici segue l'approntamento delle pratiche per lo svolgimento di tutte le procedure di gara: dalla progettazione alla pubblicazione dei bandi fino alla aggiudicazione ed infine alla direzione dei lavori.

Il servizio si articola su più aree omogenee di attività:

una relativa alla manutenzione di tutti gli immobili e gli impianti, una concernente l'attività di progettazione, nonché di una area di supporto amministrativo.

UNITA' OPERATIVA TECNOLOGIE INFORMATICHE E DI RETE

La U.O. TIR è un servizio trasversale aziendale che ha il compito di:

- progettare e sviluppare il sistema informativo aziendale;
- gestire direttamente le tecnologie hardware, software e comunicazioni di interesse trasversale all'azienda ed indirettamente di supportare le diverse unità operative nell'utilizzo degli strumenti informatici in ambito locale ed individuale
- garantire la sicurezza e l'integrità delle banche dati aziendali
- promuovere lo sviluppo del sistema informatico/informativo garantendo la coerenza tecnologica e informativa dei sistemi
- progettare e governare lo sviluppo di strumenti informatici in maniera tale da ottimizzare gli assetti organizzativi, facilitare l'accesso ai dati e la trasformazione degli stessi in informazioni
- governare il rapporto con i fornitori di strumenti informatici hardware software e delle tecnologie della comunicazione
- promuovere e supportare lo sviluppo della cultura informatica aziendale
- supportare i servizi aziendali nell'analisi organizzativa in relazione all'utilizzo degli strumenti informatici.

La U.O. TIR si rapporta, in particolare, secondo una logica di sussidiarietà con alcuni servizi aziendali per funzioni specifiche:

- con la U.O. Patrimonio/Tecnologie Impiantistiche per la progettazione e gestione della rete (trasmissione dati) intra ed extra aziendale e per la gestione di alcune tecnologie hardware.
- con l'UO Statistica per la produzione dei flussi istituzionali esterni
- con la U.O. Economato Provveditorato per la gestione degli acquisti e delle manutenzioni delle attrezzature informatiche.

UNITA' OPERATIVA INGEGNERIA CLINICA

L'U.O. di Ingegneria si occupa della gestione integrata delle tecnologie biomediche. In particolare predispone il piano annuale, d'intesa con i Direttori di Unità Operativa, di sostituzione e di sviluppo delle apparecchiature biomediche. Definisce inoltre i capitolati delle verifiche tecniche per l'acquisizione di tecnologia ed esprime

pareri in fase di acquisizione. Si occupa della gestione dell'inventario delle apparecchiature, della loro catalogazione periodica di sicurezza nonché della manutenzione in generale.

SUPPORTO AMMINISTRATIVO DELL' AREA TECNICA

In relazione alla necessità di garantire un migliore coordinamento ed una integrazione delle attività amministrative dell'Area, viene attivata una unità operativa diretta da un dirigente amministrativo.

Tale funzione, connessa anche alla prevista collocazione di tutta l'Area in una unica sede, consentirà la razionalizzazione nell'utilizzo del personale con particolare riferimento alle attività omogenee ai vari settori: protocollazione ed archivio, predisposizione atti e provvedimenti.

Il supporto amministrativo, nella fase di avvio dell'attività, curerà le seguenti funzioni:

- a) competenze amministrative dell'Unità operativa Patrimonio/Tecnologie impiantistiche con particolare riferimento alla gestione amministrativa degli appalti di lavori pubblici;
- b) coordinamento nella gestione di tutte le polizze assicurative dell'Azienda;
- c) organizzazione e coordinamento delle attività omogenee e di tipo trasversale presenti nelle diverse Unità operative comprese nell'Area.

Verrà definito successivamente, al momento della effettiva attivazione della funzione (in relazione all'accorpamento delle Unità operative in una unica sede), la tipologia dell'incarico dirigenziale in questione.

Nell'ambito del Dipartimento Amministrativo-Tecnico viene, inoltre, attivata una nuova funzione, di tipo trasversale:

UNITA' OPERATIVA "DIREZIONE AMMINISTRATIVA SERVIZI SANITARI"

Con l'attivazione di questa unità operativa s'intende fornire un supporto, per le problematiche amministrative, ai servizi sanitari addetti alla produzione.

L'unificazione in un unico Servizio (la cui tipologia verrà definita al momento della sua attivazione) delle competenze amministrative è motivata da un lato dalla dimensione contenuta dell'Azienda U.S.L. di Imola, dall'altro dall'opportunità di eliminare la ripetitività e il frazionamento di atti e dalla necessità di affrontare in maniera sistematica materie comuni.

L'obiettivo è quindi di concentrare in una unica sede fisica, sotto la direzione del Dirigente che dovrà coordinare il Servizio, tutte quelle attività omogenee che possono più proficuamente essere garantite

centralmente (ad es. tutte le proposte di deliberazione e le determinazioni dirigenziali) tramite un utilizzo più razionale del personale.

Ovviamente restano decentrate le funzioni che rispondono ad esigenze specifiche nelle varie Unità operative (funzioni di segreteria presso il Laboratorio, la Radiologia, o addetti alle segreterie dei Servizi).

Faranno capo alla nuova Unità Operativa, a titolo esemplificativo e non certamente esaustivo le seguenti attività di carattere trasversale: redazione di atti deliberativi; svolgimento di attività contabili relativi alla fatturazione attiva e passiva comprendendo nell'ambito di quest'ultima l'attività di controllo e liquidazione delle fatture; gestione e contabilizzazione dei fondi a destinazione vincolata assegnati in capo alle Articolazioni; adempimenti amministrativi connessi alla formazione, nell'ambito delle tre articolazioni, del personale dirigente dipendente e convenzionato nonché del personale amministrativo dell'area comparto.

Inoltre sarà effettuata la gestione amministrativa delle convenzioni passive riguardanti l'acquisizione di prestazioni sanitarie e/o di servizi, degli accordi di fornitura con strutture accreditate, dei rapporti esistenti con la Montecatone Rehabilitation Institute.

Infine si procederà alla organizzazione e gestione di sportello esistenti connesse all'accesso ai servizi sanitari erogati sia in regime ambulatoriale che di ricovero dalle tre articolazioni.

Nella fattispecie rientrano le funzioni di prenotazione, incasso, anagrafe sanitaria, accesso all'assistenza protesica, accettazione ospedaliera, rilascio cartelle cliniche ed informazione all'utenza.

La suddetta Unità Operativa, costituita da un nucleo centralizzato di operatori e da staff decentrati nelle diverse Articolazioni sanitarie sarà funzionalmente collegata all'Articolazione sanitaria di appartenenza ma gerarchicamente alle dipendenze del Dipartimento Tecnico Amministrativo, all'interno del quale è collocata. Da questa unità operativa dipenderà il personale amministrativo delle articolazioni sanitarie.

FUNZIONE DI SUPPORTO AL DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO: LA FORMAZIONE

Una riflessione specifica deve essere fatta per la formazione, intesa quale strumento essenziale di gestione e valorizzazione del "capitale umano".

La "formazione" può essere articolata in due componenti fondamentali, strettamente correlate.

La prima attiene al coordinamento e alla programmazione della funzione complessiva in ambito aziendale al fine di renderla coerente con le politiche strategiche aziendali e con i correlati obiettivi identificati durante il percorso della negoziazione di budget e recepiti nel Piano Annuale di Formazione; la seconda riguarda la sua gestione amministrativa.

Mentre la prima componente deve essere ricondotta, per quanto concerne le scelte formative ed il loro contenuto, ai responsabili tecnici della formazione presenti in ogni Articolazione, la seconda componente

viene collocata, per quanto riguarda il Dipartimento amministrativo e tecnico, all'interno dell'Unità Operativa Risorse Umane essenzialmente per i seguenti motivi:

- perseguire la razionalizzazione delle procedure , tenuto conto che l'attuale atomizzazione comporta duplicazioni, ridondanze e scollamenti.
- garantire trattamenti omogenei per tutto il personale dipendente, i docenti, etc...

Ciò consentirà , all'interno del Dipartimento, non solo di garantire la predisposizione, in un unico punto, di tutti i provvedimenti attinenti alle iniziative formative e di gestire, altrettanto unitariamente, l'attività successiva alle iniziative(rimborsi, permessi ecc.) , ma anche di fornire il necessario supporto all'attività di programmazione delle iniziative, evitando l'attivazione di iniziative ripetitive o analoghe e favorendo, laddove possibile, la realizzazione di iniziative trasversali che coinvolgano personale anche di Unità operative diverse.

Un passaggio successivo, non necessariamente contestuale al primo, da condividere, per quanto concerne le modalità organizzative, con le singole Articolazioni sanitarie e con il Polo formativo, è quello di prevedere che l'attività amministrativa connessa alla formazione, sia gestita, non solo per il Dipartimento ma per tutta l'Azienda, dal Dipartimento amministrativo-tecnico tramite il Servizio del Personale.

Ciò consentirà una gestione complessivamente più razionale ed omogenea , anche per quanto concerne la rendicontazione economica e dei costi complessivi della formazione.

PIANIFICAZIONE E SVILUPPO DEL SISTEMA INFORMATIVO

I temi del trattamento dei dati, del fabbisogno informativo aziendale, l'elaborazione delle informazioni sono stati più volte dibattuti in azienda ma non è stato possibile trovare una soluzione esaustiva e definitiva.

Per tale motivo è opportuno affrontare il problema con un approccio induttivo (bottom-up) che, sulla base dell'analisi dei bisogni, definisca le caratteristiche del sistema informativo aziendale necessario e sufficiente a supportare il processo di governo complessivo.

Tale analisi e definizione consentirà l'individuazione di un migliore assetto organizzativo dei servizi di supporto e sviluppo del sistema informativo aziendale.

Si può configurare un obiettivo che permetta di migliorare il livello di fruibilità del sistema informativo aziendale secondo 3 direttrici primarie:

- 1) soddisfacimento del bisogno derivato dall'esigenza di monitorare l'andamento gestionale di una organizzazione complessa nel macro fenomeno costi/benefici
 - in questo caso il sistema dovrà rispondere con strumenti standardizzati e concordati revisionabili nel tempo in relazione ad obiettivi specifici da controllare
- 2) soddisfacimento del bisogno derivato dall'esigenza di analizzare particolari fenomeni gestionali, o in alcuni casi epidemiologici, non necessariamente o direttamente rilevanti sotto il profilo economico, ma significativi piuttosto in termini di risultato di efficienza operativa
 - in questo secondo caso i flussi sono meno standardizzabili e debbono essere, di volta in volta costruite risposte ad hoc a meno di poter disporre di basi dati analitiche storiche on line sulle quali operare tramite strumenti semplici di interrogazione
- 3) soddisfacimento del bisogno derivato dall'esigenza di rappresentare secondo macro indicatori la produzione dell'azienda sanitaria e della popolazione di riferimento
 - anche in questo caso il sistema dovrà rispondere con strumenti standardizzati e concordati revisionabili nel tempo in relazione ad fenomeni specifici da rappresentare.

Le azioni che corrispondono agli obiettivi sopraindicati si articolano secondo tipologie di attività quali:

- a) definizione, calcolo e produzione di report ed indicatori concordati con "clienti" interni ed esterni
 - in questo caso sarà cura dei servizi individuati produrre alle scadenze stabilite i flussi definiti, tali flussi potranno essere cartacei ma prevalentemente si tratterà di documenti elettronici resi disponibili da intranet o nell'ambito di funzionalità statistiche degli applicativi o del data warehouse
- b) messa a disposizione di strumenti per la produzione di reportistiche dinamiche
 - in questo caso sarà cura dei servizi individuati rendere facilmente accessibili mediante strumenti informatici i dati in serie storiche sui quali poter elaborare interrogazioni ad hoc, sarà compito dei

servizi individuati fornire supporto formativo programmato e a domanda per l'apprendimento all'utilizzo degli strumenti tecnologici di interrogazione

- c) messa a disposizione di competenze per l'elaborazione di dati di particolare complessità non accessibili mediante gli strumenti di cui al punto 1 e 2.

Ad oggi le attività sopra elencate sono svolte in quantità differente da diversi uffici o unità operative aziendali con un coordinamento insufficiente. Si prevede la distribuzione di competenze secondo la seguente tabella:

	Attività di produzione report e flussi	UO TIR	UO SSI S	Cd G	Nucle o	Artic.ni e UO*
A	Produzione flussi vs altri enti	x				
	Produzione flussi ministeriali	x				
	Produzione flussi regionali	x				
	Trasmissione flussi ministeriali		x			
	Trasmissione flussi regionali	x				
	Produzione reportistiche periodiche interne(*)	x	x	X		x
	Produzione reportistiche ad hoc uso interno(*)	x	x	X	x	X
	Studio e Produzione relazione statistica aziendale		x			
	Studio e Produzione relazione economica aziendale			X		
B	Formazione all'utilizzo degli strumenti di analisi dati	x				
	Predisposizione di strumenti di analisi dati	x				
	Popolamento basi dati interrogabili	x				
	Gestione e definizione codifiche		x			
	Gestione registro delle reportistiche aziendali	x				
C	Produzione report a richiesta da soggetti esterni		x			
	Supporto alla produzione di report ad hoc	x				
	Produzione flussi non standard ad uso interno	x				

(*)ogni servizio aziendale nell'autonomia dell'utilizzo delle procedure gestionali o di analisi locale (data warehouse) o esterne (banca dati regionale) può e deve risolvere il proprio bisogno informativo con gli strumenti resi disponibili.

Nel prossimo periodo si procederà, per rispondere ai bisogni informativi elencati, a rivedere analiticamente i flussi informativi aziendali in termini di contenuti, in termini cadenze temporali di produzione, in termini di soggetti competenti alla produzione dei medesimi.

Assetto Organizzativo

La U.O. TIR per definizione si pone come sviluppatore degli strumenti di gestione del sistema informativo aziendale e conseguentemente anche come gestore sistema informativo medesimo .

La UOSSIS si colloca in contiguità con il TIR nel ruolo di elaborazione indicatori e produzione flussi secondo il seguente dettaglio:

<i>Trasmissione flussi ministeriali</i>
Produzione reportistiche periodiche interne
Produzione reportistiche ad hoc uso interno
Studio e Produzione relazione statistica aziendale
Gestione e definizione codifiche (nomenclatore, ...)
Produzione report a richiesta da soggetti esterni

pertanto è prevista una dipendenza gerarchica rispetto alla direzione dipartimentale ed una forte collaborazione funzionale con un coordinamento operativo da parte del TIR che metta in comune le competenze e l'uso delle risorse.

LOGISTICA

La scelta di accorpate e di fare condividere spazi comuni alle Unità Operative afferenti alle due aree dipartimentali, ha innanzitutto il significato di creare le condizioni logistiche per arrivare ad una razionalizzazione nell'utilizzo del personale amministrativo e ad una integrazione dei professionisti e del personale tecnico occupato nelle stesse.

L'Area Dipartimentale Tecnica troverà un'adeguata collocazione all'interno dei padiglioni oggi utilizzati dalla comunità "Il Sole", già liberati alla fine dell'anno 2003.

In questa struttura saranno sistemate le quattro Unità Operative con l'obiettivo di:

- Ottimizzare il personale di segreteria;
- Migliorare la programmazione degli investimenti di acquisizione di beni e servizi;
- Razionalizzare le procedure di acquisizione beni e servizi;
- Gestire unitariamente il budget del dipartimento.
- Creare "strutture" di supporto ad attività comuni ed oggi affrontate con risorse differenziate da più servizi (es. acquisti in economia)

Le unità afferenti a questa area dipartimentale sono ad oggi circa 60 unità con funzioni professionali, tecniche ed amministrative.

La realizzazione della nuova sede verrà realizzata con interventi di modesta entità, consistenti soprattutto nel cablaggio degli uffici-studi e nella distribuzione dell'impianto telefonico a tutte le postazioni di lavoro.

Si configura, in sintesi, la possibilità di realizzare il "polo tecnico-tecnologico" a servizio di tutte le articolazioni e le unità operative dell'Azienda.

Per quanto riguarda la collocazione delle Unità Operative dell'Area Giuridico-Economica si realizzerà una concentrazione analoga, nei principi, a quella appena descritta.

Tutte le Unità operative ricomprese nell'Area giuridico-economica verranno concentrate dove è attualmente collocato il Servizio Bilanci, previo trasferimento degli Uffici ora utilizzati dalla Direzione del Distretto presso una diversa sede che, comunque, consentirà di mantenere l'attuale unitarietà direzionale.

A fronte di tale spostamento, che avverrà con le stesse modalità di intervento descritte per l'Area Dipartimentale-Tecnica, si libereranno gli spazi necessari per l'accorpamento del Servizio Personale e Affari Generali con il Bilancio e la Nuova Unità Operativa Direzione amministrativa dei servizi sanitari, che pertanto troveranno nell'immediato una soluzione ottimale per potere attivare la descritta razionalizzazione nell'utilizzo del personale.

L'obiettivo è di attivare la concentrazione delle due Aree in due sedi rapidamente e con contestualità, o comunque con uno sfasamento temporalmente limitato, e quindi non significativo, considerato che la riorganizzazione complessiva del Dipartimento è fortemente correlata all'aspetto logistico.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL PIANO

Schematicamente possono essere indicate tre fasi, distinte ma con possibili sovrapposizioni.

La prima consiste nella consultazione e nell'informazione di tutti gli organismi interessati, comprese le Organizzazioni sindacali del Comparto e della Dirigenza, per acquisire osservazioni e suggerimenti.

La conclusione di questa fase sarà l'approvazione del Piano da parte del Direttore Generale.

Successivamente si attiverà una fase propedeutica alla applicazione della riorganizzazione che consisterà, da un lato, nella realizzazione dei lavori necessari per l'accorpamento delle due Aree in due distinte sedi e, dall'altro lato, nella definizione di un Piano organizzativo che riguarderà, in particolare, sia la definizione più dettagliata delle competenze e delle funzioni che ciascuna Unità Operativa dovrà garantire, sia il dimensionamento degli organici delle varie Unità operative ed eventuali trasferimenti di funzioni e di unità di personale.

La definizione del Piano Organizzativo suddetto sarà immediatamente successiva alla approvazione del presente documento e dovrà prevedere un forte coinvolgimento di tutti gli operatori interessati nonché le necessarie consultazioni delle Organizzazioni sindacali.

La fase finale consisterà nella effettiva applicazione delle indicazioni contenute nel Piano generale e nel Piano organizzativo, con particolare riferimento alla attivazione delle unità operative di nuova istituzione.

L'obiettivo auspicato è quello di dare completa attuazione al Piano entro l'estate del 2004, fermo restando sia l'impegno di anticipare l'attivazione di singoli punti del Piano quando ciò sia possibile o si renda necessario, anche in relazione a dimissioni o collocamenti a riposo del personale, sia la previsione di una fase iniziale di "rodaggio" organizzativo, con particolare riferimento alle Unità operative di nuova istituzione, che riguarderà anche la restante parte del 2004 e che potrà prevedere aggiustamenti successivi.

CONCLUSIONI

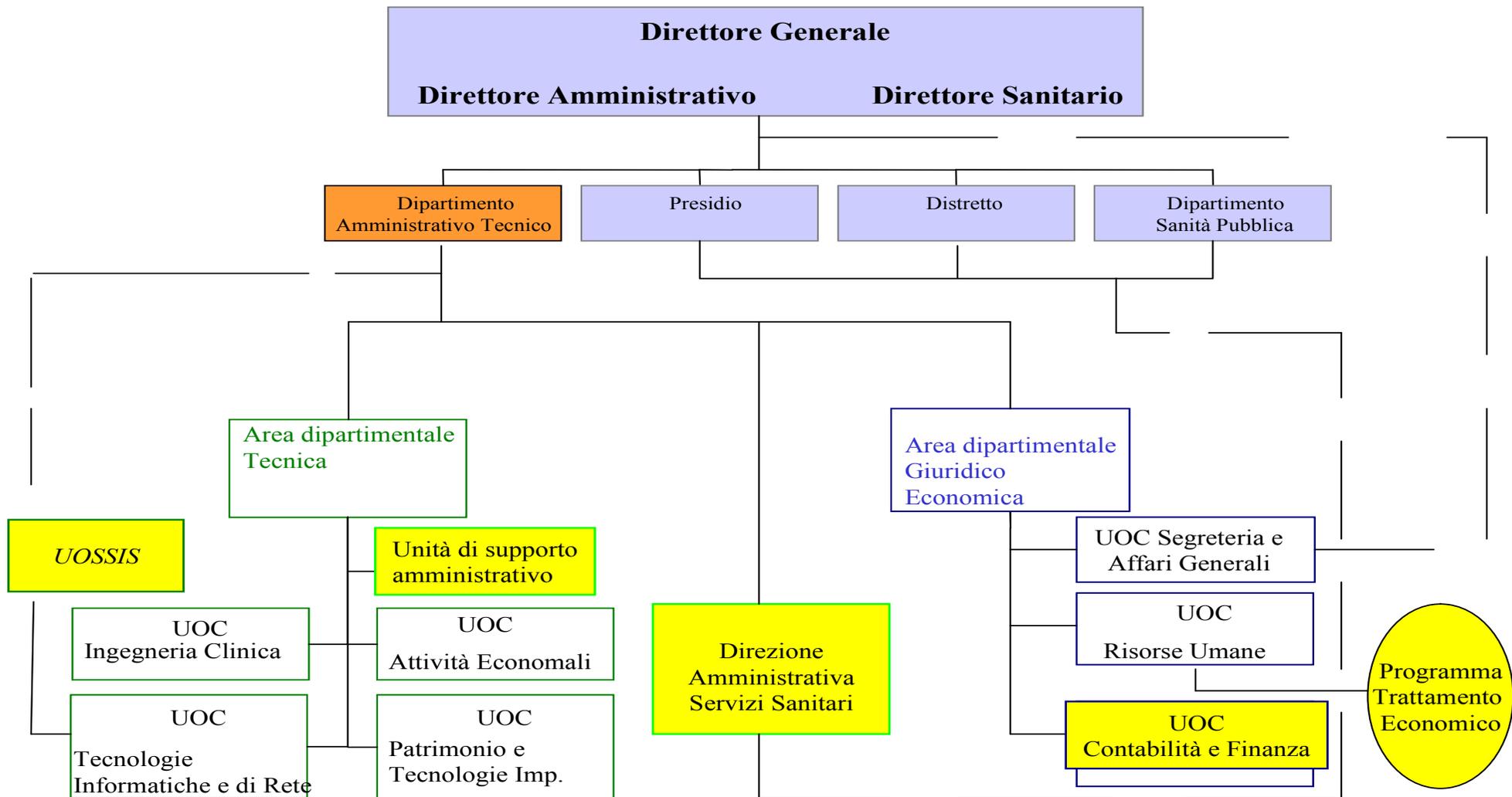
La presente riorganizzazione prevede, come ovvio, un impatto sull'utilizzo del personale appartenente al Dipartimento.

Si è tenuto evidentemente conto della tendenza, ormai affermata a livello di programmazione regionale, di procedere verso una gestione di talune funzioni aziendali su scala sovraziendale.

Non sono previste nuove assunzioni ; sarà forse necessario porsi il problema di mantenere una continuità dirigenziale che oggi appare non sempre garantita per le dimissioni e i pensionamenti ai quali non è stata data copertura.

Si può anzi affermare che l'attuale dotazione di personale sarà sufficiente anche in una prospettiva futura di medio periodo, e che sarà possibile compensare pensionamenti o assenze di vario tipo con l'attuale dotazione organica.

Per quanto riguarda la nuova Unità Operativa Direzione amministrativa dei Servizi sanitari è necessario precisare che si prevede di dotarla di alcune unità di personale "da recuperare" dagli attuali organici dislocati nelle varie Articolazioni sanitarie.



MIGLIORAMENTO DELLE ATTESE PER PRESTAZIONI AMBULATORIALI

1. Premessa

Nell'anno 2003 l'Azienda USL di IMOLA ha avviato un processo di concertazione con le Organizzazioni Sindacali Confederali esitato, nell'aprile 2003, con la firma del "Protocollo delle azioni finalizzate al miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni critiche, alla semplificazione dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali ed alla ottimizzazione delle dimissioni ospedaliere".

Questo progetto, richiamando i contenuti dell'impegno assunto con le Organizzazioni Sindacali, vuole diventare una modalità di governo permanente che consenta di monitorare, correggere, migliorare le attese dei cittadini per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, con particolare riguardo per quelle indicate dalla Regione come "prestazioni critiche", in accordo con gli indirizzi di cui alla Conferenza dei Sindaci del territorio, alla quale compete la più generale funzione di programmazione e controllo strategico.

Nell'anno 2004 e seguenti, l'Azienda USL, in particolare, sarà impegnata a rispettare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali indicate a livello nazionale dalla conferenza Stato-Regioni, oltre a quelle specificate dall'accordo regionale con le OO.SS. Confederali.

Per raggiungere tali obiettivi è necessario portare a completamento il sistema di governo delle liste di attesa già in larga parte attuato nell'ambito dell'AUSL, che ha fatto registrare risultati positivi anche nel corso degli anni precedenti (vedi allegato)..

Gli obiettivi di riduzione dei tempi di attesa e della semplificazione dei percorsi sono strettamente connessi con la ricerca dell'appropriatezza, della qualità e dell'equità dell'assistenza specialistica ambulatoriale in tutte le strutture aziendali.

L'avviato processo previsto dalle normative regionali che aveva portato il Direttore Generale della nostra Azienda sanitaria (Del. D.G. n. 64 del 16/05/02) a determinare i tempi massimi di attesa per le singole prestazioni specialistiche programmabili, ha comportato quindi l'implementazione progressiva del sistema informativo, e la predisposizione di un monitoraggio periodico dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di provata efficacia, ma considerate critiche per i tempi di attesa, al fine di intervenire per migliorare i tempi. Tali provvedimenti saranno aggiornati alla luce delle determinazioni contenute nel presente protocollo.

Presso il Distretto è collocata la committenza dell'attività specialistica e la progettazione dei percorsi diagnostici e assistenziali delle prestazioni erogate, in collegamento con i Centri di prenotazione CUP.

Per il potenziamento e la razionalizzazione delle attività specialistiche ambulatoriali si dovrà prevedere flessibilità nella gestione del personale, utilizzo ottimale delle strutture e delle tecnologie. Saranno inoltre favoriti processi di committenza di attività erogate dal privato in favore di prestazioni specialistiche ad alto contenuto diagnostico (come colonscopia, ecocardio, ecc.). Infine, qualora necessario per rispettare i tempi massimi di attesa determinati, l'Azienda ricorrerà ad incentivi per il proprio personale, finalizzandoli al potenziamento dell'offerta di prestazioni specialistiche.

2. Andamento dell'offerta e della domanda

Negli ultimi anni, in ottemperanza alla D.G.R. n. 1296/98, l'Azienda AUSL di Imola ha impegnato notevoli risorse nel governo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali: risorse di tipo economico e di impegno professionale, volte a perseguire l'obiettivo agendo sia sul controllo della domanda (attraverso, principalmente, la dimensione dell'appropriatezza) che sull'aumento dell'offerta, incrementando in modo significativo i volumi di produzione aziendale e particolarmente, ma non esclusivamente, delle prestazioni critiche (vedi tabelle allegate).

Dal 1998 a tutt'oggi per alcune prestazioni specialistiche di area critica i volumi di erogazione sono in diversi casi raddoppiati ed in alcuni triplicati (es. colonscopia, eco tiroidea, visita endocrinologia, visita odontoiatrica, visita ostetrico-ginecologica, ecc.).

Alcune prestazioni sono state introdotte ex novo (eco osteoarticolare), e, complessivamente, nell'arco di un quinquennio la produzione di specialistica è incrementata di oltre il 24%.

Dal punto di vista dell'accessibilità, la situazione attuale (dicembre 2003) mostra un quadro che può essere considerato accettabile, sia in senso assoluto che relativo, se si confrontano i tempi di attesa aziendali con quelli delle altre Aziende Sanitarie della Regione e se si valuta che la quota di prestazioni che ancora non rispettano i tempi deliberati è una percentuale assolutamente residuale, sul totale delle prestazioni erogate.

Persistono, tuttavia, alcune criticità riguardanti, in alcuni casi, prestazioni dedicate a patologie prevalenti e clinicamente rilevanti: caratteristiche che motivano un ulteriore sforzo per migliorare il controllo dei tempi di attesa delle stesse, obiettivo che sarà perseguito con le modalità fino ad ora attuate, agendo sui versanti dell'offerta e del controllo dell'appropriatezza della domanda.

3. Le azioni per il 2004

3.1. Monitoraggio dei tempi di attesa

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali per le quali, anche episodicamente, non vengono rispettati i tempi di attesa sono individuate di concerto con le OO.SS. ed il Comitato Consultivo Misto aziendale, previo parere della Conferenza dei Sindaci del territorio, e successivamente incluse nella lista delle "**critiche aziendali**"; esse sono sottoposte a monitoraggio periodico al fine di intervenire per migliorare i tempi. Lo standard a livello regionale, è fissato in un massimo di 30 giorni dalla prenotazione per le visite e in un massimo di 60 giorni dalla prenotazione per le prestazioni di diagnostica strumentale, salvo eccezioni concordate con le OO.SS. confederali ed il Comitato Consultivo Misto aziendale.

Le liste d'attesa sottoposte a monitoraggio si riferiscono a:

- Visite specialistiche, intese come "**prime visite**";
- Prestazioni di diagnostica strumentale;

Non sono comprese, in questo monitoraggio, le prestazioni riferite a:

- Programmi di screening (ad esempio, neoplasie della mammella e del collo dell'utero);
- Prestazioni di 2° e 3° livello, complesse, ad elevata tecnologia ed erogate a seguito di precisa richiesta del medico specialista, sottoposte a monitoraggio specifico da parte del soggetto erogatore (es. radioterapia, medicina nucleare);
- Prestazioni di pre e post ricovero (in quanto la loro remunerazione rientra nella tariffa del Drg attribuito a quell'episodio di ricovero);
- Visite di controllo successive alla prima e le altre prestazioni successive al primo contatto di cui al progetto di semplificazione dell'accesso **e presa in carico**.

Al fine di uniformare la rilevazione ed il **calcolo dei tempi di attesa** agli standard regionali, si conviene che il tempo da indicare in sede di monitoraggio venga calcolato, come da accordo RER – OO.SS., nel seguente modo: considerata in ambito aziendale una prestazione a cui sono associate una o più agende di prenotazione, il tempo di attesa effettivo è rappresentato dalla **prima disponibilità utile** ad eseguire la prestazione, seguita da una o più disponibilità nei successivi tre giorni di erogazione della prestazione considerata.

In presenza di più unità eroganti la stessa prestazione, il tempo effettivo da considerare è quello dell'agenda che presenta il tempo inferiore nell'intero ambito aziendale (**tempo d'attesa minimo aziendale**). La scelta si fonda sul presupposto che il cittadino abbia l'opportunità di scegliere la struttura erogatrice con il tempo di attesa inferiore.

Il **tempo massimo di attesa** rappresenta il tempo "che può intercorrere tra la data della richiesta delle prestazioni (prenotazione) e l'erogazione della stessa. Questo è un tempo fissato dal Direttore Generale, in accordo con le OO.SS. confederali ed il Comitato Consultivo Misto aziendale, in considerazione dell'impegno assunto nei confronti dei cittadini "(cfr. comma 10 art. 3 del D.Lgs 29.4.98, n. 124).

I criteri utilizzati per la definizione del tempo massimo aziendale sono analoghi a quelli utilizzati per la definizione del tempo di attesa effettivo.

Il monitoraggio aziendale periodico delle prestazioni "**critiche aziendali**" riguarderà, oltre alla verifica del rispetto dei tempi massimi di attesa su base mensile, il rapporto fra i volumi di attività erogati in regime istituzionale e quelli in libera professione (secondo lo schema di cui all'allegato), l'offerta media settimanale di prestazioni, ed il numero di utenti in lista di attesa; attraverso la valutazione congiunta di questi parametri saranno di volta assunti dal Direttore Generale i provvedimenti ritenuti più efficaci ad assicurare un corretto rapporto fra domanda e offerta di prestazioni.

L'Azienda si impegna a diffondere alle OO.SS. Confederali, al Comitato Consultivo Misto aziendale e alla Conferenza dei Sindaci i risultati del monitoraggio riguardante le prestazioni critiche aziendali individuate di concerto, ivi ricomprese le tipologie prestazionali individuate a livello nazionale dalla Conferenza Stato-Regioni e a livello regionale dall'accordo con le OO.SS. Confederali.

L'Azienda si impegna peraltro a implementare verifiche incrociate fra medici di medicina generale e specialisti ambulatoriali in ordine alla appropriatezza delle richieste prestazionali di area critica, sulla base di check list concordate e predefinite, e in ordine al rispetto della applicazione dei principi della semplificazione dell'accesso e della presa in carico.

3.2. Incremento dell'offerta

A fronte del persistere di alcune criticità riguardanti, in particolare, prestazioni dedicate a patologie prevalenti e clinicamente rilevanti si ritiene giustificato attuare ulteriori azioni per migliorare il controllo dei tempi di attesa delle stesse, obiettivo che viene perseguito con le modalità fino ad ora attuate, agendo sui versanti dell'offerta e del controllo dell'appropriatezza della domanda.

Tali azioni sono state in gran parte concordate con le unità eroganti dell'azienda (nel corso delle negoziazioni di budget) e con le rappresentanze sindacali dei Medici di Medicina Generale; per la restante parte rappresentano la committenza esterna da negoziare con i soggetti produttori pubblici o privati accreditati.

I volumi di attività ambulatoriale e diagnostica programmati per il 2004 saranno definiti sulla base dell'impegno del contenimento dei tempi di attesa entro i tempi massimi aziendali di cui sopra.

Un impegno particolare è stato inoltre assunto in conseguenza dell'ingresso del territorio del Comune di Medicina; in tale ambito le condizioni di accesso sono mediamente più critiche rispetto al territorio imolese, e l'impegno aziendale si è concretizzato nel potenziamento dell'offerta ambulatoriale a Medicina, a far data dal 1 giugno 2003. Tale offerta aggiuntiva ha riguardato, in particolare, prestazioni quali la **visita gastroenterologica, pneumo-allergologica, urologica, oculistica e di chirurgia generale**, anche al fine di garantire per tutta l'azienda il rispetto delle condizioni standard dei tempi di attesa.

Riguardo all'incremento dei volumi dell'offerta, le prestazioni maggiormente interessate saranno le seguenti:

- **Ecocardiografia**

Verrà offerto, da parte delle U.O. di Cardiologia, un volume di prestazioni equivalente a quello attualmente esternalizzato, con impegno a mantenere nel corso del 2004 i tempi di risposta entro i 60 gg.

- **Elettrocardiogramma da sforzo**

La produzione aziendale verrà riportata ai volumi storici, con impegno da parte della U.O. di Cardiologia di mantenere i tempi di risposta entro i 60 gg dal I trimestre 2004.

- **Colonscopia**

L'aumento dell'offerta prestazionale da parte delle U.O. di Gastroenterologia, ha consentito nel corso del 2003 un rientro dei tempi di attesa nei limiti dei 60 gg. Nel 2004 verrà monitorata la tipologia dell'offerta delle diverse prestazioni endoscopiche con l'intento di perseguire una simmetria dei tempi di attesa per entrambe le diagnostiche (gastro e colonscopia).

Le prestazioni di Neurologia, molto critiche nel primo semestre 2003, sono state riportate entro tempi accettabili con la piena copertura dell'organico medico. I tempi di attesa per la **elettromiografia** saranno mantenuti, nel corso del 2004, entro i 60 gg. Per quanto concerne la **visita neurologica** occorre considerare che l'azione di filtro di appropriatezza per gli esami strumentali complessi (EMG, EEG) determina un incremento di volumi di produzione che riduce necessariamente le prime disponibilità ed allunga i tempi di attesa.

Infine permane l'impegno di continuare ad erogare risposte nei tempi concordati per le prestazioni specialistiche prioritarie o **prestazioni sollecite** (entro 7 gg dalla richiesta). Le tipologie di prestazioni fruibili con tali prerogative, ed i relativi protocolli di accesso saranno oggetto di puntuale rivisitazione e messa a punto, di concerto con i medici di medicina generale, i medici ambulatoriali del presidio ospedaliero e gli specialisti del SUMAI.

Qualora insorgano problemi contingenti, l'Azienda garantirà tale diritto di esigibilità nell'ambito di percorsi guidati, anche utilizzando, in via eccezionale ed episodica, attività straordinaria in regime istituzionale, attività acquisite in libera professione dai propri professionisti, o attività extra acquisite dal privato accreditato.

La risposta alle richieste prioritarie fa ritenere che il controllo dei tempi di attesa per alcune prestazioni dedicate a patologie di minore rilevanza clinica possa essere meno cogente rispetto a quelle sopra descritte.

Le prestazioni che si ritengono meno critiche sono a, tal riguardo, la **visita dermatologica, odontoiatrica, allergologica** e, fra le prestazioni strumentali **l'ecografia osteoarticolare**.

Per queste prestazioni ambulatoriali si conviene di concordare, caso per caso, dei tempi massimi di attesa che tengano debitamente in conto della rilevanza clinica connessa con la tempestività di erogazione delle medesime.

Nel 2004 le attività erogate direttamente dall'AUSL saranno programmate in modo da evitare soluzioni di continuità, limitando le riduzioni di offerta in concomitanza dei periodi festivi ed in occasione dei periodi di congedo ordinario del personale medico. L'analisi dei tempi di attesa ha in effetti messo in rilievo che la domanda rimane pressoché costante durante tutti i mesi dell'anno, mentre l'offerta si riduce a ridosso del periodo estivo, rispetto agli altri periodi.

Già dal secondo semestre 2003, a parità di volumi prestazionali complessivamente offerti, si è previsto un incremento relativo dell'offerta di prime visite per le discipline ad alto utilizzo, con l'obiettivo di raggiungere tendenzialmente il 70% del totale delle prestazioni erogate. Si è riservata pertanto alla programmazione interna circa il 30% delle prestazioni per le attività di controllo. Per assicurare questo sono stati attuati processi di separazione delle liste delle prime visite e dei controlli.

Si prevede inoltre, sempre nel corso del 2004, di incentivare la modalità dell'overbooking, tenendo conto della frequenza delle disdette e degli abbandoni. L'analisi effettuata ha rilevato che esiste un sistematico abbandono delle prenotazioni effettuate, ed è possibile prevedere che nel 2004 sia incrementato il numero delle singole prestazioni poste in agenda di prenotazione per un valore complessivo pari in media al 10%, previo accordo con le OO.SS. mediche.

3.3. Governo della domanda e appropriatezza

La completa adesione, nel corso del 2003, dei piani di lavoro dell'attività ambulatoriale alle indicazioni di cui ai Livelli Essenziali di Assistenza e alle linee guida emanate a livello regionale ha comportato l'eliminazione quasi totale delle attività a bassa priorità, delle prestazioni non appropriate erogate in soggetti con osteoporosi, la riduzione degli esami di laboratorio di base individuati ad alto rischio di inappropriata, la riduzione degli esami non appropriati di ecocolordoppler, tomografia computerizzata e risonanza magnetica.

Sempre sul fronte del perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva saranno attuati ulteriori momenti **di monitoraggio delle richieste** riguardanti le prestazioni più critiche, seguiti da audit clinici di confronto fra prescrittori.

Sul fronte ospedaliero le prestazioni sui cui prioritariamente si agirà in termini di monitoraggio e/o con preventiva valutazione dell'appropriatezza della richiesta, sono *rappresentate dalla **ecocardiografia** e dall'**ecodoppler vascolare**, dalla **TC**, dalla **RM**, dalla **colonscopia** e dall'**elettromiografia**.*

Per quanto attiene la medicina del territorio si segnala che l'appropriatezza prescrittiva quali quantitativa delle prestazioni di *ecocardiografia* ed *ecodoppler vascolare* è stata negoziata nell'ambito della trattativa di budget dei m.m.g. Permane comunque l'impegno aziendale di perseguire risultati sempre migliori nel controllo dei tempi di attesa, continuando nella strada intrapresa e ricercando un dialogo sempre più stretto con gli attori principali: gli operatori sanitari ed i cittadini.

3.4. Semplificazione dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali

Unitamente a provvedimenti come quelli suesposti, finalizzati da un lato ad incrementare l'offerta prestazionale e dall'altro a governare l'appropriatezza della domanda, sono previste importanti azioni mirate alla semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Questi provvedimenti sono ispirati ai contenuti della D.G.R. n. 2142/00 ("Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali"), che pur tra molte difficoltà applicative, ancorché sottoscritta dalle principali organizzazioni sindacali mediche (ANAOO, FIMMG, SUMAI) ha tentato di porre le basi per l'organizzazione di un sistema di accesso semplificato alle prestazioni specialistiche.

L'obiettivo è di creare nuovi percorsi organizzativi, per evitare al cittadino/utente la spola fra medico di medicina generale e specialista ospedaliero e territoriale.

Il concetto fondamentale è che quando lo specialista richiede nuovi esami, non è più necessaria la trascrizione da parte del medico di medicina generale. Il cittadino può rivolgersi direttamente ai centri di prenotazione (anche all'interno dell'unità erogante) con la richiesta compilata dallo specialista, il quale solo quando ha sciolto il quesito diagnostico postogli stilerà un referto per il medico di medicina generale.

Per ottenere questa semplificazione dei percorsi a favore del cittadino è però necessario modificare abitudini e schemi sia della pubblica amministrazione sia dei medici coinvolti.

• Prenotazione e organizzazione

Le condizioni di accesso alle prestazioni specialistiche nel territorio dell'Azienda USL di Imola sono attualmente contraddistinte da pressoché il 100% delle prestazioni di primo contatto prenotabili attraverso il sistema CUP. Tale condizione di trasparenza e di equità trova pochi riscontri nell'ambito del panorama nazionale e regionale. A questo si deve aggiungere la diffusione dei punti di prenotazione del sistema, esteso alla totalità delle farmacie pubbliche e private del territorio ed in corso di progressiva estensione nell'ambito delle unità eroganti ambulatoriali e, in prospettiva, anche negli studi dei medici di medicina generale che esercitano in forma associata.

Va poi rimarcato che nel nostro ambito territoriale è stata massima la diffusione degli sportelli polifunzionali, in grado di dare risposte diversificate ai cittadini per le più importanti procedure amministrative (Sportello Unico Distrettuale), attualmente a regime su tutto il territorio.

Ciò nondimeno l'Azienda si impegnerà a migliorare ulteriormente i percorsi organizzativi per l'accesso alle prestazioni.

In tale ambito, rientrano le azioni di seguito descritte, ispirate ai contenuti della D.G.R. n. 1296/98:

- l'adeguamento delle procedure amministrative ambulatoriali per accogliere le novità introdotte dalla semplificazione "DeBuro" (sviluppo delle procedure di autoprenotazione delle prestazioni ambulatoriali da parte delle unità eroganti dell'ospedale, estensione della gestione prenotativa diretta degli accertamenti necessari nelle fasi pre e post-ricovero);
- la revisione periodica delle agende di prenotazione delle prestazioni di diagnostica complessa (TAC, RM);
- l'adozione della pratica dell'overbooking prenotativo (programmazione di un numero di prenotazioni superiori alle disponibilità effettive della struttura erogante);
- il superamento della chiusura stagionale delle agende;
- Il rinnovo del contratto con le farmacie territoriali pubbliche e private e miglioramento dei servizi prenotativi per il pubblico, con adozione di nuovo software semplificato integrato con il sistema CUP;
- lo sviluppo delle potenzialità prenotative dirette dei MMG associati, con adozione di nuovo software semplificato integrato con il sistema CUP;
- l'avvio della informatizzazione completa degli ambulatori ospedalieri (cardiologia e oculistica e neurologia) con sviluppo delle potenzialità prenotative dirette e dell'archiviazione elettronica della documentazione clinica;
- l'introduzione della separazione funzionale delle agende relative ai primi contatti ed ai controlli in modo che lo specialista possa prenotare direttamente le prestazioni di controllo, o eventuali ulteriori accertamenti nell'ambito della propria Unità Operativa. In ambito aziendale il modello è già stato sperimentato con successo nell'U.O. di Ortopedia. Tale modalità di prenotazione, oltre a collocare i pazienti nelle liste più appropriate, permetterà anche di fissare l'appuntamento successivo nei tempi ritenuti più idonei dal prescrittore, attuando in questo modo la presa in carico semplice. Il modello organizzativo descritto è stato, inizialmente, attivato per le specialità dedicate a patologie prevalenti e caratterizzate dalla necessità di controlli evolutivi: in prima battuta sono state individuate la Cardiologia, l'Oculistica e la Neurologia;
- lo sviluppo dell'archiviazione documentale delle prestazioni specialistiche per via informatica, allo scopo di rendere fruibile in tutta la rete degli ambulatori un surrogato di cartella clinica ambulatoriale relativa ai progressi contatti (contenente i dati clinico strumentali essenziali) ed agevolare in questo modo la presa in carico e la continuità assistenziale. Tale progetto richiede un arco temporale di un triennio per la completa realizzazione, ma in alcuni servizi quali Cardiologia, Oculistica e Neurologia, già nel 2003 si è dato l'avvio della sperimentazione.

Nel complesso queste azioni già avviate dal mese di giugno sono state portate a compimento nel secondo semestre del 2003, coinvolgendo sia i medici di medicina generale che gli specialisti ambulatoriali. L'informatizzazione degli ambulatori e la conseguente possibilità di prenotazione diretta sarà completata entro un triennio.

• I medici di medicina generale

Nell'inviare il paziente allo specialista i medici di medicina generale si impegnano a esplicitare sul ricettario unico del SSN il quesito diagnostico sotteso alla loro richiesta di prestazioni, e la descrizione delle eventuali terapie in corso, in modo da facilitare il lavoro dei colleghi specialisti.

La motivazione clinica sarà accompagnata da tutta la documentazione utile (raccolta dal paziente).

Inoltre i medici di medicina generale si impegnano a garantire l'appropriatezza delle richieste.

• Gli specialisti ambulatoriali

Gli specialisti ambulatoriali mantengono in gestione diretta il paziente fino alla diagnosi, e programmano direttamente visite e accertamenti successivi (presa in carico semplice).

Gli specialisti si impegnano inoltre a seguire il paziente negli eventuali percorsi di Day Service (vedi punto successivo) o nel follow-up a lungo termine.

Gli specialisti che effettuano prestazioni strumentali, terapeutiche o riabilitative compiono quanto richiesto previa una valutazione del materiale clinico che il paziente ha portato con sé. Nel caso ritengano non indicato offrire la prestazione richiesta, sono tenuti a fornire una motivazione scritta.

Rientra fra i compiti dello specialista informare il paziente sui farmaci che prescrive e in particolare deve chiarire se il prodotto è o meno concesso dal SSN, e se il suo uso prevede limitazioni secondo le note CUF e quali.

Ogni passaggio dallo specialista si conclude con la compilazione di un referto che deve facilitare le fasi successive; nel caso di iter complessi, lo specialista dovrà stilare una sintesi di quanto ha fatto.

Il Day Service

Il Day Service è un modo per consentire a chi soffre di patologie complesse di interesse pluridisciplinare o multiorgano e deve sottoporsi ad accertamenti diversi, di eseguire tutto ciò di cui ha bisogno con un numero limitato di accessi, senza bisogno di essere ricoverato né in day hospital, né in degenza ordinaria.

Tale modalità di assistenza è stata attivata in ambito internistico ospedaliero il 7 aprile 2003.

L'accesso al Day Service avviene su richiesta dello specialista ospedaliero e su richiesta del Medico di Medicina Generale, con prenotazione CUP.

Sono stati programmati una serie di percorsi di area gastroenterologica ed epatologica, vascolare, cardiologica, neurologica ed ematologica; dopo una prima visita internistica il paziente viene informato se può accedere al Day Service ed in quali forme, in base ai protocolli diagnostico-terapeutici condivisi con i MMG, e della quota parte di partecipazione alla spesa, se ed in quanto dovuta.

Il paziente effettua gli esami consigliati ricorrendo al minor numero di accessi, e al termine degli accertamenti paga, se ed in quanto dovuti, i tickets in un'unica soluzione.

Il Day Service comporta la compilazione di una cartella ambulatoriale e si conclude con una lettera di dimissione (analoga a quella stilata dopo un ricovero ordinario), in cui lo specialista risponde al quesito formulato dal prescrittore rendendolo edotto dell'iter diagnostico terapeutico intrapreso.

Completato così il percorso, il paziente viene riaffidato alla competenza del MMG con adeguato corredo diagnostico e conseguente proposta terapeutica.

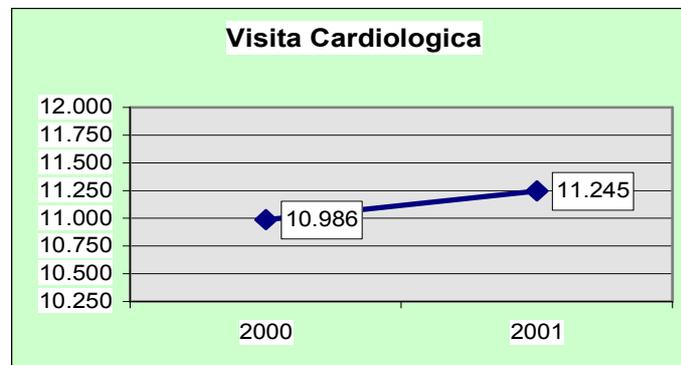
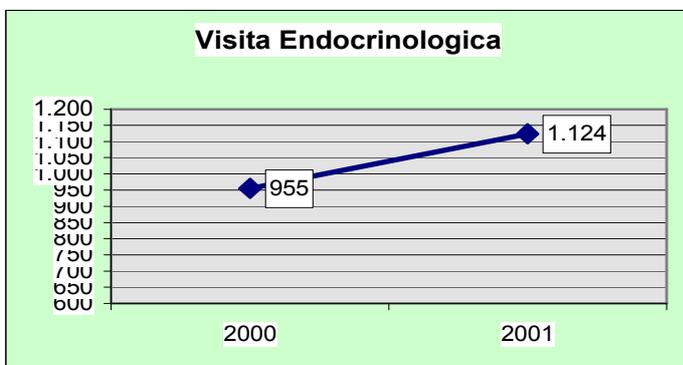
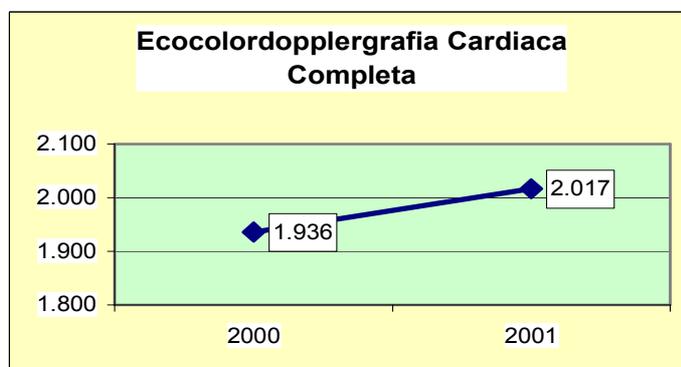
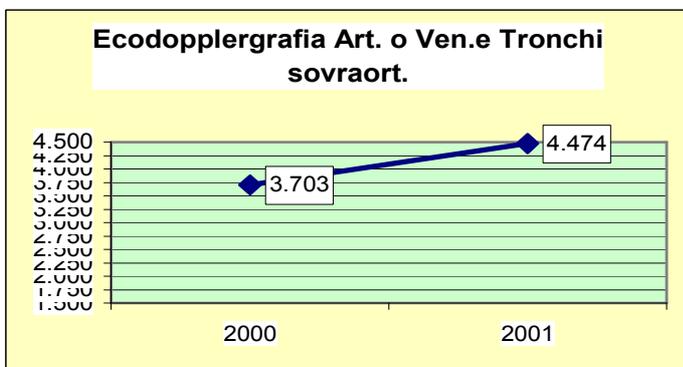
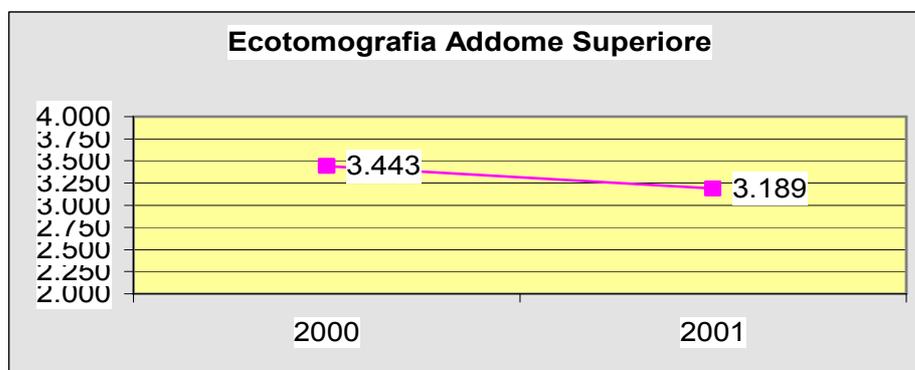
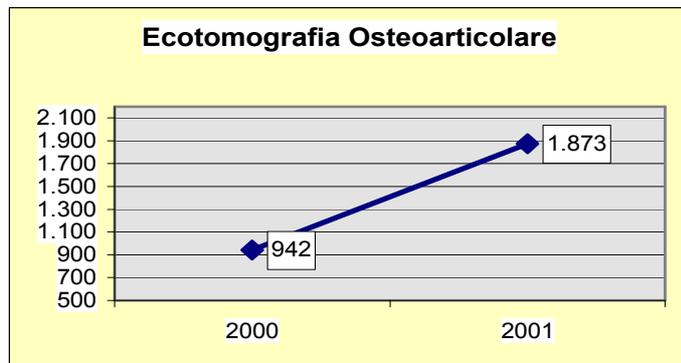
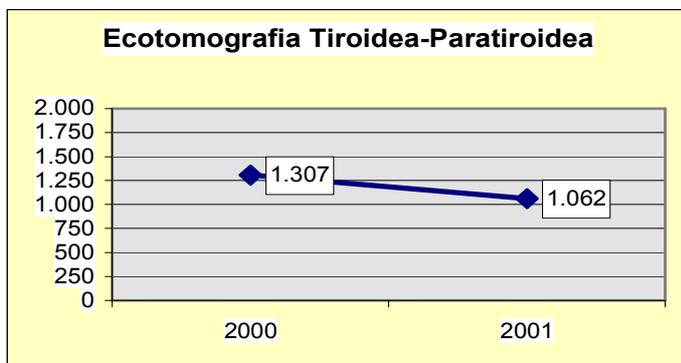
La finalità ultima è di consentire all'utente di ottenere in tempi ragionevolmente brevi una prestazione multidisciplinare per patologie complesse e multiorgano, senza ricorrere da un lato al ricovero ospedaliero e dall'altro ad un andirivieni fra lo specialista ed il medico di medicina generale.

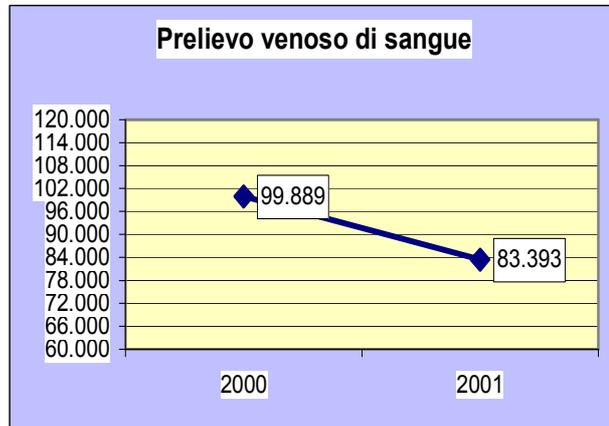
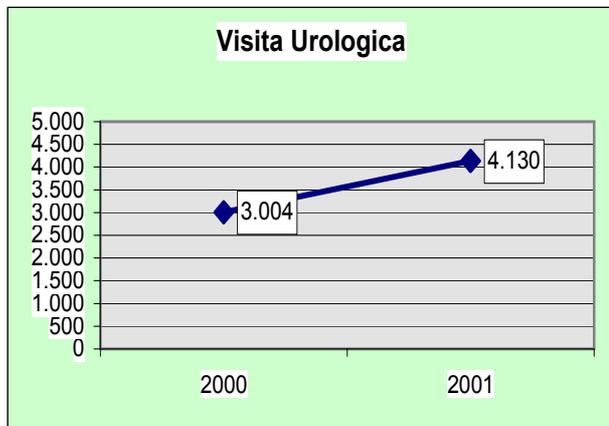
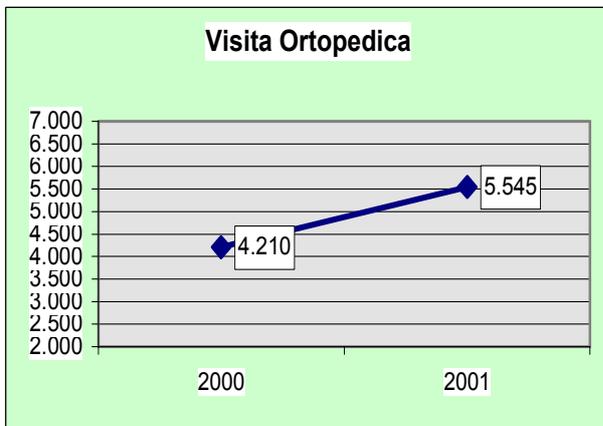
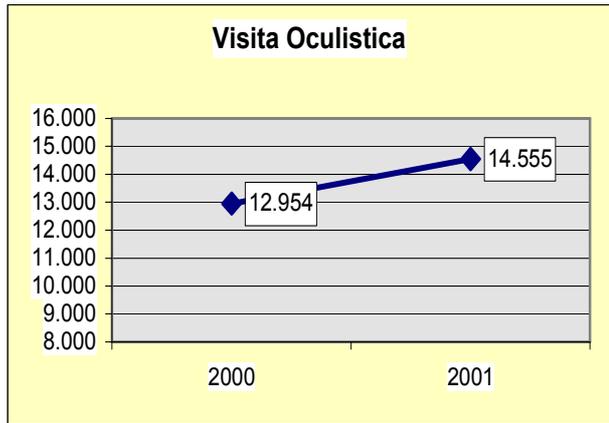
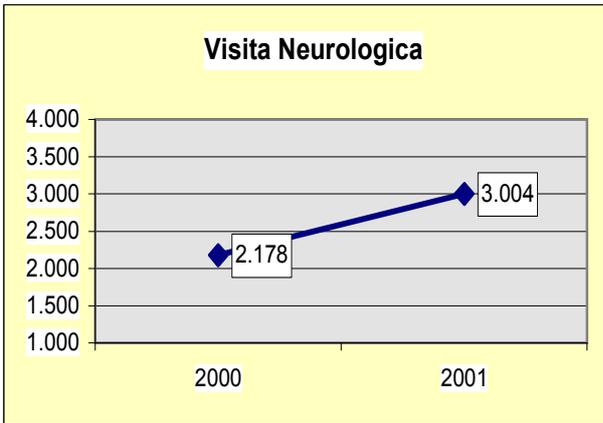
La semplificazione nella procedura di accesso consente di velocizzare la tempistica della risposta, evitando il ricorso a più prestazioni, alle riprenotazioni ed alle eventuali liste di attesa.

Prestazioni ambulatoriali negli anni indicati

Descrizione prestazione	Anno 1998	Scost. % 1998/1997	Anno 1999	Scost. % 1999/1998	Anno 2000	Scost. % 2000/1999	Anno 2001	Scost. % 2001/2000	Anno 2002	Scost. % 2002/2001	Scost. % 2002/1998
Piccoli interventi (Chirurgici e dermatologici)	1.900	-0,4%	1.840	-3,2%	1.537	-16,5%	1.779	15,7%	1.404	-21,1%	-26,1%
Campo visivo	1.111	13,7%	1.103	-0,7%	1.224	11,0%	1.171	-4,3%	1.274	8,8%	14,7%
Clisma Opaco	894	10,4%	822	-8,1%	852	3,6%	732	-14,1%	669	-8,6%	-25,2%
Colonscopia	200	-18,7%	171	-14,5%	655	283,0%	921	40,6%	802	-12,9%	301,0%
Elettrocardiogramma	12.950	0,1%	13.692	5,7%	15.221	11,2%	13.568	-10,9%	13.466	-0,8%	4,0%
Elettroencefalogramma	418	-3,0%	389	-6,9%	642	65,0%	583	-9,2%	440	-24,5%	5,3%
Elettromiografia					1.152		1.005		1.149	14,3%	
Ecografia Transrettale	542	27,2%	537	-0,9%	605	12,7%	560	-7,4%	503	-10,2%	-7,2%
Esame Audiometrico Tonale	1.641	7,3%	1.944	18,5%	2.058	5,9%	2.170	5,4%	2.061	-5,0%	25,6%
Ecotomografia Tiroidea	514	30,8%	899	74,9%	1.307	45,4%	1.062	-18,7%	944	-11,1%	83,7%
Ecografia Addome Inferiore	812	-13,6%	831	2,3%	1.126	35,5%	1.211	7,5%	1.121	-7,4%	38,1%
Ecotomografia Osteoarticolare	159	74,7%	1.007	533,3%	942	-6,5%	1.873	98,8%	1.562	-16,6%	882,4%
Ecotomografia Ostetrica	1.352	-3,6%	2.032	50,3%	2.269	11,7%	2.543	12,1%	3.204	26,0%	137,0%
Ecotomografia Pelvica	1.554	0,3%	1.815	16,8%	1.612	-11,2%	2.070	28,4%	1.955	-5,6%	25,8%
Ecotomografia Addome Superiore	2.988	14,5%	3.168	6,0%	3.443	8,7%	3.189	-7,4%	4.463	39,9%	49,4%
Ecodopplergrafia Periferica	1.760	20,8%	1.920	9,1%	2.000	4,2%	2.774	38,7%	2.446	-11,8%	39,0%
Ecodopplergrafia Cerebrale	1.425	4,4%	1.654	16,1%	1.703	3,0%	1.700	-0,2%	1.975	16,2%	38,6%
Ecodopplergrafia Cardiaca	1.542	182,4%	1.702	10,4%	1.936	13,7%	2.017	4,2%	1.947	-3,5%	26,3%
Fluorangiografia	623	6,1%	562	-9,8%	566	0,7%	591	4,4%	610	3,2%	-2,1%
Laser oculistici	209	-1,4%	232	11,0%	168	-27,6%	388	131,0%	878	126,3%	320,1%
Gastroscoopia	2.025	102,1%	1.936	-4,4%	1.994	3,0%	2.070	3,8%	2.617	26,4%	29,2%
Holter	504	-14,3%	541	7,3%	642	18,7%	871	35,7%	720	-17,3%	42,9%
Prelievo Venoso di Sangue	77.140	30,3%	93.603	21,3%	99.889	6,7%	83.393	-16,5%	88.344	5,9%	14,5%
Prima Visita Allergologica	814	-11,4%	838	2,9%	870	3,8%	1.881	116,2%	1.875	-0,3%	130,3%
Rx Standard Torace	6.099	-7,2%	6.211	1,8%	6.442	3,7%	6.066	-5,8%	6.030	-0,6%	-1,1%
Urografia	235	4,0%	312	32,8%	324	3,8%	285	-12,0%	242	-15,1%	3,0%
TAC Body							1.360		2.615	92,3%	
TAC Neuro							1.790		1.072	-40,1%	
RMN							3.815		5.309	39,2%	
Ecg da Sforzo	1.381	-6,4%	1.513	9,6%	1.684	11,3%	1.751	4,0%	1.484	-15,2%	7,5%
Visita Medica	111	-24,5%	130	17,1%	98	-24,6%	677	590,8%	379	-44,0%	241,4%
Visita Endocrinologica	431	38,1%	717	66,4%	1.073	49,7%	1.127	5,0%	1.356	20,3%	214,6%
Visita Cardiologica + ECG	10.704	2,0%	11.120	3,9%	10.986	-1,2%	11.245	2,4%	9.782	-13,0%	-8,6%
Visita Proctologica	597	-4,8%	664	11,2%	578	-13,0%	525	-9,2%	522	-0,6%	-12,6%
Visita Chirurgica	1.649	-2,1%	1.771	7,4%	1.574	-11,1%	2.265	43,9%	1.845	-18,5%	11,9%
Visita Dermatologica	2.895	8,3%	3.203	10,6%	3.726	16,3%	4.484	20,3%	3.857	-14,0%	33,2%
Visita Neurologica	1.377	0,8%	2.134	55,0%	2.453	14,9%	3.006	22,5%	2.881	-4,2%	109,2%
Visita Oculistica	9.302	5,4%	12.011	29,1%	13.346	11,1%	14.555	9,1%	14.505	-0,3%	55,9%
Visita Odontoiatrica	503	275,4%	463	-8,0%	667	44,1%	1.091	63,6%	984	-9,8%	95,6%
Visita Ortopedica	3.077	-13,4%	3.931	27,8%	4.210	7,1%	5.545	31,7%	5.419	-2,3%	76,1%
Visita Ostetrico-Ginecologica	1.232	-14,6%	1.464	18,8%	1.705	16,5%	4.513	164,7%	3.812	-15,5%	209,4%
Visita Otorino	6.829	5,8%	7.066	3,5%	7.117	0,7%	9.002	26,5%	7.629	-15,3%	11,7%
Visita Urologica	2.745	8,6%	2.871	4,6%	3.228	12,4%	4.139	28,2%	3.196	-22,8%	16,4%
Visita Fisiatrica	4.807	-11,3%	5.049	5,0%	4.676	-7,4%	4.143	-11,4%	3.886	-6,2%	-19,2%
Visita Anestesiologica	2.126	-9,4%	2.105	-1,0%	2.440	15,9%	2.101	-13,9%	2.290	9,0%	7,7%
Visita Pneumologica	2.685	-11,0%	2.677	-0,3%	2.843	6,2%	2.875	1,1%	3.171	10,3%	18,1%
Visita Geriatrica	527	-5,2%	498	-5,5%	557	11,8%	1.243	123,2%	1.196	-3,8%	126,9%
TOTALE PRESTAZIONI	172.389	13,4%	199.148	15,5%	214.140	7,5%	217.725	1,7%	222.423	2,2%	29,0%

Confronto di alcune prestazioni ambulatoriali erogate nel 2001 rispetto all'anno 2000.





	2000	2001	
Ecotomografia Tiroidea-Paratiroidea	1.307	1.062	889
	2000	2001	
Ecotomografia Osteoarticolare	942	1.873	1596
	2000	2001	
Ecotomografia Addome Superiore	3.443	3.189	2633
	2000	2001	
Ecodopplergrafia Art. o Ven.e Tronchi sovraort.	3.703	4.474	3247
	2000	2001	
Ecocolordopplergrafia Cardiaca Completa	1.936	2.017	1680
	2000	2001	
Visita Endocrinologica	955	1.124	947
	2000	2001	
Visita Cardiologica	10.986	11.245	9687
	2000	2001	
Visita Neurologica	2.178	3.004	2597
	2000	2001	
Visita Oculistica	12.954	14.555	12419
	2000	2001	
Visita Ortopedica	4.210	5.545	4674
	2000	2001	
Visita Urologica	3.004	4.130	3581
	2000	2001	
Visita Fisiatrica	4.676	4.143	3301
	2000	2001	
Prelievo venoso di sangue	99.889	83.393	77130

