

## **Sezione 3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali**

**118**

|   |            |
|---|------------|
| <b>3.1 Percorso di budgeting 2007</b>   | <b>120</b> |
| <b>3.2 Centralità del cittadino</b>   | <b>121</b> |
| <b>3.3 Universalità ed equità di accesso</b>  | <b>123</b> |
| <b>3.4 Partecipazione degli Enti Locali alla programmazione e alla valutazione dei servizi sanitari</b> | <b>135</b> |
| <b>3.5 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale</b>   | <b>137</b> |

### 3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Dopo aver esposto, nelle prime due Sezioni, rispettivamente il contesto ambientale, sociale ed epidemiologico, in cui l'AUSL di Imola opera, e il profilo aziendale, in termini sia di *performance* economica sia di livello di attività e servizio, la presente Sezione 3 è rivolta a esplicitare i principali obiettivi (e risultati) dell'esercizio, attraverso i quali sono interpretati doveri istituzionali e si concorre al perseguimento delle finalità del Servizio Sanitario Regionale. Gli effetti delle strategie e delle "azioni" messe in campo – che, pertanto, costituiscono oggetto specifico di questa Sezione - si riflettono inevitabilmente, seppur su orizzonti temporali diversi, sia sul contesto del territorio aziendale – in termini di *outcome* di medio-lungo periodo - sia sugli indicatori economici e di attività caratterizzanti la *performance* propria dell'Azienda di Imola, con un meccanismo di *feedback* o retroazione, di cui si è già trattato, in particolare nella Sezione 1. In altre parole, si rendiconta la dimensione dei processi interni, rivolti al perseguimento degli obiettivi istituzionali, i cui indicatori "di processo" sono rappresentati dalle progettualità, dagli obiettivi operativi assegnati e negoziati, con le diverse strutture aziendali, e dai risultati intermedi conseguiti; i corrispondenti indicatori di risultato sono da ricercare, in un'ottica di "centralità del cittadino" e di orizzonte temporale di medio-lungo periodo, nei riscontri epidemiologici, sociali, culturali, economici e demografici del territorio servito dall'Azienda Sanitaria (Sezione 1), e nella "qualità" del profilo aziendale, in termini di sostenibilità economica e, soprattutto, di capacità di esprimere livelli di efficienza ed efficacia ottimali, nei Livelli di Assistenza (Sezione 2). Questo approccio appare il più idoneo a realizzare quello che tecnicamente viene definito il "controllo strategico", ossia mantenere il collegamento tra i mezzi e i fini, tra i processi e i risultati, consentendo la verifica dell'impatto delle strategie dichiarate e agite, sia sulla realtà aziendale sia soprattutto sullo stato complessivo di Salute - *lato sensu* - della popolazione assistita. Ciò è ulteriormente rafforzato dalla possibilità di un costante confronto con le *performance* delle altre realtà del Sistema Regionale, caratteristica estremamente qualificante del Bilancio di Missione, indispensabile alla realizzazione di un efficace controllo strategico complessivo, "bussola" costante sul proprio "posizionamento competitivo" e tensione verso il miglioramento continuo dei risultati e della *performance* di efficacia ed efficienza.

Ciò detto, la rendicontazione delle strategie e degli obiettivi aziendali perseguiti nell'esercizio 2007 viene svolta secondo le seguenti aree, definite dalle specificità di *mission*, determinate a livello regionale, riclassificando obiettivi e progettualità della programmazione aziendale e individuando, per quanto possibile, il collegamento con i trend evidenziati nelle prime due Sezioni:

- *Centralità del cittadino*, sia come priorità in tutti gli aspetti della gestione aziendale, sia come garanzia del ruolo attivo di partecipazione alla definizione e alla valutazione delle prestazioni, sia come trasparenza esterna dell'Organizzazione, delle azioni e dei risultati. Tale area, come già accennato, riassume e sintetizza tutte le altre, e costituisce la *ratio* stessa della sperimentazione del Bilancio di Missione, rivolto essenzialmente proprio a misurare e rendere trasparente l'azione e i risultati dell'Azienda Sanitaria;
- *Partecipazione degli Enti Locali alla programmazione sanitaria*, in relazione al nuovo e rafforzato ruolo degli stessi nella programmazione e nella verifica dei risultati dell'AUSL, e in relazione alle attività ad alta integrazione tra la stessa e gli Enti Locali;
- *Universalità ed equità di accesso*, in relazione a quanto previsto dai Livelli essenziali di assistenza;
- *Qualità ed efficienza*, intesa come capacità di offrire prestazioni e servizi di elevata qualità tecnica, professionale e relazionale, nel rispetto dell'utilizzo appropriato ed efficiente delle risorse.

La maggior parte degli obiettivi e delle progettualità di "miglioramento" sono, per loro natura, trasversali rispetto alla struttura organizzativa e ai servizi dell'Azienda Sanitaria. Gran parte degli stessi sono descritti, in termini di azioni e risultati, nelle altre Sezioni del presente Bilancio. Pertanto, la logica di costruzione della presente Sezione 3 consiste nel:

- sintetizzare e riclassificare la complessiva azione e *performance* dell'AUSL di Imola, così come emerge dalle altre Sezioni del documento, nelle dimensioni caratterizzanti la *mission*, nella "prospettiva del cittadino" - e delle sue rappresentanze - e della possibilità di accedere a servizi sanitari di qualità;
- fornire elementi ulteriori e integrativi, rispetto alle altre Sezioni, sulla "prospettiva dei processi interni" aziendali, ovvero sulle progettualità interne rivolte, in particolare, all'efficienza e all'efficacia, cercando laddove possibile il collegamento con gli elementi di *outcome* e di *performance* contenuti nelle Sezioni 1 e 2.

La classificazione proposta nello schema di Bilancio di Missione regionale distingue tra: (i) obiettivi di sviluppo/innovazione; (ii) obiettivi di miglioramento di processi già avviati; (iii) obiettivi rivolti principalmente alla sostenibilità economica. In aggiunta a tali categorie, pare utile introdurre la categoria degli "obiettivi di mantenimento e consolidamento", ai fini di:

- evidenziare e valorizzare la continuità, rispetto a elementi qualificanti e livelli di servizio raggiunti;
- promuovere la "capitalizzazione" aziendale delle innovazioni e delle progettualità, caratterizzanti ciascun esercizio gestionale;
- monitorare il percorso di necessaria e continua trasformazione dell'innovazione, della ricerca e dell'azione progettuale, in "routine" consolidata dell'Azienda (condizione necessaria questa per l'ulteriore innovazione).

### **3.1 Percorso di budgeting 2007**

Il *Budgeting* 2007 è stato caratterizzato dal consolidamento di alcuni principi di carattere generale, di seguito sintetizzati:

1. semplificazione degli strumenti, con distinzione tra obiettivi, indicatori e misure – numericamente ridotti – contenuti nelle Schede di budget e nei report allegati di controllo della gestione complessivamente intesa;
2. distinzione tra obiettivi di mantenimento e “miglioramento”. Per i primi, si sono individuati, nei report di controllo, di cui al punto precedente, gli indicatori di sintesi, rappresentativi dei risultati attesi per il mantenimento quali-quantitativo dell’attività, a risorse date. Per i secondi, si sono individuati obiettivi specifici e sfidanti di miglioramento, collegati a quote determinate di retribuzione di risultato;
3. integrazione professionale. La scheda di budget negoziata è stata unica per l’intera équipe di struttura, impegnando sia i medici sia gli infermieri su obiettivi comuni;
4. riduzione degli attori presenti agli incontri di negoziazione. Al livello di Direzione Generale, la negoziazione è stata effettuata con il Direttore di Dipartimento e il Responsabile Infermieristico o Tecnico di Dipartimento, ove presente.

In termini di contenuti, l’Azienda USL di Imola ha definito gli obiettivi operativi di esercizio delle strutture, consolidati nel Documento di Budget 2007, e strutturati in:

1. obiettivi di mantenimento quali-quantitativo dei livelli di attività ed efficienza operativa 2006, assegnati a tutte le Unità Operative, secondo le dimensioni: (i) offerta (volumi di attività, indicatori di efficienza e indicatori di appropriatezza); (ii) costi (consumo di beni e servizi intermedi, in rapporto all’attività erogata); (iii) capacità attrattiva (indici di dipendenza della popolazione e della struttura);
2. “obiettivi comuni” – Tempi Massimi di Attesa e Accredimento – che sostanzialmente hanno rappresentato le direttrici uniformi per l’anno 2007;
3. obiettivi di miglioramento specifici per Dipartimento, collegati soprattutto a progetti di sviluppo della qualità assistenziale (ad esempio, il controllo delle infezioni ospedaliere e la definizione di percorsi clinico-assistenziali, in particolare per il nuovo DEA), dell’accessibilità, della integrazione socio-sanitaria e tra ospedale e territorio, ecc..

Per gli strumenti di *budgeting* – riproduzioni grafiche esemplificative ed esplicitazione dei modi di utilizzo, secondo le fasi del processo – si fa rinvio alla Sezione 4, paragrafi 4.5.1 e 4.5.2.

### 3.2 Centralità del cittadino

La stessa produzione del presente Bilancio di Missione, e la sua discussione e diffusione ai principali *stakeholders* (Istituzioni regionali e locali, Organizzazioni Sindacali, Associazioni, cittadini, ecc.) vengono interpretate dall'AUSL di Imola come un fondamentale momento di rendicontazione, trasparente e "misurabile" delle attività e dei servizi resi, nel quadro dei principi della LR 29/2004, secondo la quale "i cittadini devono essere resi partecipi alla definizione delle prestazioni, all'organizzazione dei servizi e alla loro valutazione".

L'attenzione alla trasparenza nei confronti dei cittadini, degli utenti e delle loro rappresentanze organizzate è testimoniata dalle numerose iniziative di coinvolgimento, "ascolto" e comunicazione puntualmente descritte nella Sezione 5, cui si fa ampio rimando nello schema riepilogativo di Figura 3.1.

**Figura 3.1 - Progetti, obiettivi e risultati finalizzati alla trasparenza e alla partecipazione del cittadino dell'Azienda USL di Imola. Anno 2007**

| Livello di Assistenza / CdR               | Obiettivi - Progetti   | Risultati   |               |              |               |
|---|--|---|---------------|--------------|---------------|
|   |  | Sviluppo  | Miglioramento | Mantenimento | Sostenibilità |
| Struttura di Informazione e Comunicazione | Miglioramento dell'informazione sanitaria al cittadino su temi e target specifici  | effettuazione nel 2007 di 9 campagne informative aziendali (v. § 5.3.4)   |               |              |               |
|   |  | adesione e organizzazione delle campagne regionali e nazionali (n. 8 nel 2007) (v. § 5.3.4)   |               |              |               |
| Ospedale                                  | Miglioramento della comunicazione per l'accesso ai Servizi da parte dei cittadini  | aggiornamento di 15 Guide alla Degenza, anche in arabo e francese (v. § 5.1.6)  |               |              |               |
| Sanità Pubblica                           | Organizzazione di campagne informative-formative, promozione della collaborazione con EELL, associazioni, aziende, altri enti per iniziative congiunte | vedi le progettualità del Piano della Salute, di cui all'area Partecipazione degli Enti Locali (v. anche § 5.3.3)   |               |              |               |
| Distretto                                 | Miglioramento della comunicazione per l'accesso ai Servizi da parte dei cittadini  | introduzione a settembre 2007 del nuovo Servizio per la prenotazione telefonica di prestazioni ambulatoriali (v. § 5.1.2); vedi anche area Universalità e equità di accesso |               |              |               |

| Livello di Assistenza / CdR   | Obiettivi - Progetti   | Risultati  |               |              |               |
|---|--|--|---------------|--------------|---------------|
|   |  | Sviluppo   | Miglioramento | Mantenimento | Sostenibilità |
| Obiettivi Aziendali per migliorare la trasparenza, partecipazione e valutazione dei servizi | Sviluppo del coinvolgimento delle associazioni dei cittadini, delle organizzazioni non profit e del Comitato consultivo misto nei meccanismi operativi aziendali | coinvolgimento del CCM nei principali momenti di programmazione e rendicontazione (Bilanci d'Esercizio, PAL, Bilancio di Missione)   |               |              |               |
|   |  | attivazione nel 2007 di gruppi tematici su Salute Mentale, analisi delle attività dei MMG e dei Medici Continuità Assistenziale, analisi delle segnalazioni e dei reclami (v. § 5.3.2)   |               |              |               |
|   |  | progetto per la nuova Carta dei servizi condiviso con CCM (v. § 5.1.5)   |               |              |               |
|   |  | coinvolgimento del CCM nella rilevazione della qualità percepita (immissione dati e recall telefonico post dimissione) (v. § 5.2.2)  |               |              |               |
|   |  | coinvolgimento del CCM e di associazioni e Onlus nel Progetto RER Ospedale senza Dolore (vedi area Qualità ed efficienza)  |               |              |               |
|   |  | Piano per la non Autosufficienza: previsti a luglio e gennaio di ogni anno incontri con le OOSS e le organizzazioni dei Pensionati per il monitoraggio sullo stato di attuazione; analogamente sarà sviluppato il confronto con le organizzazioni di volontariato, con le cooperative sociali, con le associazioni di promozione sociale, con gli enti e le aziende gestori dei servizi (vedi le altre aree) |               |              |               |
|   | Sviluppo del coinvolgimento dei cittadini nella verifica della qualità delle prestazioni   | "Progetto di cooperazione Interaziendale di Ascolto e mediazione dei conflitti", con Montecatone Rehabilitation Inst., Istituto Ortopedico Rizzoli e Ospedale accreditato Domus Nova. (v. § 5.2.3)   |               |              |               |
|   |  | analisi delle risultanze del Sistema regionale delle segnalazioni per il 2007 e ottimizzazione del sistema di "risposta" (v. § 5.2.1)  |               |              |               |
|   |  | effettuazione della sesta rilevazione sulla "Qualità percepita", finalizzata a conoscere il giudizio dei cittadini ricoverati (v. § 5.2.2)   |               |              |               |
|   | Miglioramento della comunicazione per l'accesso ai Servizi da parte dei cittadini  | coordinamento della progettualità regionale Numero Verde: popolazione della banca dati con incremento della % di soddisfazione delle richieste al primo livello (85% nel 2007) (v. § 5.1.4)  |               |              |               |
|   |  | realizzazione di una "carta sperimentale dei servizi" dell'UO di Medicina (v. § 5.1.1)   |               |              |               |

### **3.3 Universalità ed equità di accesso**

L'esercizio 2007 è fortemente e consapevolmente caratterizzato proprio dall'area "universalità ed equità di accesso", in quanto l'obiettivo prioritario dell'anno, assunto dall'Azienda USL di Imola - anche sulla base delle indicazioni nazionali e regionali - è quello del contenimento dei tempi massimi di attesa, per la fruizione delle prestazioni, in particolare specialistiche e di ricovero per intervento.

L'AUSL di Imola ha inteso l'obbligo di redigere e inviare alla Regione il *Piano per il contenimento dei Tempi Massimi di Attesa* (TMA) non quale mero adempimento, bensì quale occasione di un impegno progettuale complessivo, condiviso e di lungo periodo, "distribuito" tra tutte le componenti aziendali, per responsabilità integrate e sinergiche, e comprendente una vasta gamma di dimensioni gestionali: dai parametri di struttura, capacità di offerta, efficienza e produttività, a quelli di domanda/consumo, accessibilità, appropriatezza e differenziazione per priorità/urgenza, fino a quelli relativi all'informatizzazione e alla qualità dei flussi informativi, per il monitoraggio del fenomeno.

L'Azienda di Imola - caratterizzata dalla presenza di un unico distretto - ha articolato il proprio programma mirando a offrire la garanzia del rispetto dei TMA per le prestazioni di base, in almeno uno dei punti erogativi presenti nell'ambito aziendale.

Le azioni dal lato dell'offerta hanno riguardato principalmente il tentativo di massimizzare l'efficienza e la produttività "istituzionale", a risorse date, minimizzando - quale *extrema ratio* - il ricorso all'acquisto di volumi ulteriori di prestazioni, sia interno sia esterno, secondo i seguenti passaggi logici:

- definizione degli standard di servizio da parte di tutte le unità erogatrici di prestazioni specialistiche, in termini di orari di apertura e volumi prestazionali attesi;
- analisi della "produttività" effettiva delle unità erogatrici, rispetto a quella attesa, e teoricamente definita negli standard (tasso di utilizzo della capacità installata);
- fissazione a Budget 2007 di obiettivi di miglioramento del tasso di utilizzo della capacità produttiva installata, per tutte le UO erogatrici, e il loro monitoraggio in corso d'anno;
- determinazione quali-quantitativa di "pacchetti" prestazionali specifici, da acquisire in libera professione o da strutture private, residuale e subordinata alla massimizzazione dell'offerta "istituzionale", di cui ai punti precedenti.

Dal lato della "domanda", si sono previste tra l'altro:

- la distinzione, sia in termini di criteri clinici per l'accesso sia di flussi informativi per il monitoraggio del fenomeno, tra i primi accessi e i controlli (obiettivo riproposto per il 2008);
- azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, anche attraverso la definizione di percorsi di riferimento diagnostico-terapeutici standardizzati, allo scopo di contenere il "consumismo" sanitario.

Successivamente all'elaborazione del *Piano* (inviato in Regione nel mese di aprile 2007) l'AUSL di Imola ha inoltre iniziato un percorso di discussione dei contenuti con le Rappresentanze Sindacali, esitato nella sottoscrizione bilaterale di un Protocollo Integrativo (novembre 2007), i cui contenuti prevedono, tra l'altro:

- la possibilità che, per alcune prestazioni diagnostiche, i TMA possano venire superati, nei casi ove questo sia esplicitamente prescritto e non incida sulla prognosi del paziente;
- il rafforzamento, anche attraverso il meccanismo di prenotazione CUP, della distinzione programmatica tra prime visite e controlli (ad esempio, per le prestazioni cardiologiche ed endocrinologiche, e per le prestazioni diagnostiche quali ecografie, ecocolordoppler e mammografie);
- l'avvio di una campagna informativa per i cittadini dell'ambito aziendale, per promuovere la pratica della disdetta delle prenotazioni, che gli utenti non hanno intenzione di fruire. Da analisi puntuali risultano "tassi di abbandono" particolarmente rilevanti (fino al 10% circa);
- la possibilità del ricorso - seppur in subordine al miglioramento della produttività "istituzionale" sopra citata - a strumenti di flessibilità gestionale, quali l'attivazione di contratti temporanei o di attività libero professionale aziendale (SimilALP) attribuita a personale dipendente;
- la promozione dell'appropriatezza della richiesta di prestazioni, attraverso l'adozione di apposite Linee guida.

In termini di risultati 2007, nella Sezione 2 si sono evidenziati trend non soddisfacenti, rispetto agli indici di *performance* complessivi, sui tempi di attesa per prestazioni specialistiche, e un andamento differenziato, rispetto ai tempi di attesa per intervento chirurgico (generalmente buono per gli interventi "critici" in urgenza, e negativo per quelli meno "pesanti").

La focalizzazione sulle prestazioni critiche, anche per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, e le azioni intraprese - di cui si fornisce nel seguito una sintesi - hanno determinato, nel 2007, alcuni risultati di miglioramento specifici (si veda Tabella 3.2) ovvero di contenimento degli andamenti meno performanti.

**Tabella 3.2 - Volumi di offerta e performance sui tempi di attesa, relativamente alle prestazioni specialistiche critiche, dell'Azienda USL di Imola. Anni 2006 e 2007**

| Disciplina  | N.prestazioni |           | Scost. 2007-2006 |      | IP TA     |           | Scost. 2007-2006 |      |
|---|---------------|-----------|------------------|------|-----------|-----------|------------------|------|
|   | Anno 2006     | Anno 2007 | v.a.             | %    | Anno 2006 | Anno 2007 | v.a.             | %    |
| <b>Allergologia</b>   |               |           |                  |      |           |           |                  |      |
| 89.7 Visita Generale  | 1.534         | 1.471     | -63              | -4%  | 54%       | 53%       | -1%              | -2%  |
| <b>Cardiologia Tutti gli ambulatori UsI eroganti</b>  |               |           |                  |      |           |           |                  |      |
| 89.7 Visita Generale  | 9.222         | 9.092     | -130             | -1%  | 75%       | 74%       | -1%              | -1%  |
| 89.52 Elettrocardiogramma   | 10.999        | 11.934    | 935              | 9%   | 77%       | 77%       | 0%               | 0%   |
| <b>Chirurgia</b>  |               |           |                  |      |           |           |                  |      |
| 89.7 Visita Generale  | 3.158         | 3.162     | 4                | 0%   | 63%       | 63%       | 0%               | 0%   |
| <b>Dermatologia -Ambulatori non ospedalieri</b>   |               |           |                  |      |           |           |                  |      |
| 89.7 Visita Generale  | 5.010         | 5.001     | -9               | 0%   | 40%       | 42%       | 2%               | 5%   |
| <b>Gastroenterologia</b>  |               |           |                  |      |           |           |                  |      |
| 45.23 Colonscopia con endoscopia flessibile   | 1.376         | 1.549     | 173              | 13%  | 51%       | 67%       | 16%              | 31%  |
| 45.24 Sigmoidoscopia con endoscopia flessibile  | 4             | 2         | -2               | -50% | 100%      | 100%      | 0%               | 0%   |
| <b>Ostetricia -Ginecologia -Tutti gli ambulatori UsI eroganti</b>   |               |           |                  |      |           |           |                  |      |
| 89.26 Visita Ginecologica   | 3.880         | 5.241     | 1.361            | 35%  | 55%       | 58%       | 3%               | 5%   |
| 88.78 Ecografia ostetrica   | 2.316         | 2.289     | -27              | -1%  | 83%       | 84%       | 1%               | 1%   |
| 88.78.2 Ecografia ginecologica  | 681           | 599       | -82              | -12% | 64%       | 60%       | -4%              | -6%  |
| *L'indicatore si riferisce al Consultorio   |               |           |                  |      |           |           |                  |      |
| <b>Medicina-Geriatria</b>   |               |           |                  |      |           |           |                  |      |
| 88.73.5 Eco(color)doppler dei tronchi sovraortici   | 4.105         | 4.004     | -101             | -2%  | 47%       | 40%       | -7%              | -15% |
| 88.77.2 Eco(color)dopplergrafia arti sup.-inf. o distrettuale, arteriosa o venosa dei tronchi sovraortici |               |           |                  |      |           |           |                  |      |
| <b>Endocrinologia - Ambulatori non ospedalieri</b>  |               |           |                  |      |           |           |                  |      |
| 89.7 Visita Generale  | 1.551         | 1.730     | 179              | 12%  | 54%       | 52%       | -2%              | -4%  |
| <b>Neurologia -</b>   |               |           |                  |      |           |           |                  |      |
| 89.13 Visita Neurologica  | 2.698         | 2.473     | -225             | -8%  | 65%       | 66%       | 1%               | 2%   |
| <b>Tutti gli ambulatori eroganti -</b>  |               |           |                  |      |           |           |                  |      |
| 89.13 Visita Neurologica  | 3.131         | 2.647     | -484             | -15% | 65%       | 68%       | 3%               | 5%   |
| <b>Oculistica -Ambulatorio Ospedaliero</b>  |               |           |                  |      |           |           |                  |      |
| 95.02 Esame complessivo dell'occhio   | 7.095         | 6.872     | -223             | -3%  | 52%       | 57%       | 5%               | 10%  |
| <b>Oculistica -Tutti gli ambulatori UsI eroganti</b>  |               |           |                  |      |           |           |                  |      |
| 95.02 Esame complessivo dell'occhio   | 13.375        | 13.307    | -68              | -1%  | 52%       | 51%       | -1%              | -2%  |
| <b>Oncologia</b>  |               |           |                  |      |           |           |                  |      |
| visita  | 3.955         | 3.727     | -228             | -6%  | 100%      | 100%      | 0%               | 0%   |
| <b>Ortopedia -Ambulatorio ospedaliero-</b>  |               |           |                  |      |           |           |                  |      |
| 89.7 Visita Generale  | 4.323         | 3.941     | -382             | -9%  | 56%       | 50%       | -6%              | -11% |
| <b>Tutti gli ambulatori eroganti -</b>  |               |           |                  |      |           |           |                  |      |
| 89.7 Visita Generale  | 5.073         | 4.608     | -465             | -9%  | 53%       | 47%       | -6%              | -11% |
| <b>Medicina Riabilitativa</b>   |               |           |                  |      |           |           |                  |      |
| 89.7 Visita Generale  | 3.747         | 3.789     | 42               | 1%   | 83%       | 67%       | -16%             | -19% |

Di seguito si riportano le azioni messe in campo durante il 2007, per tipologia di "prestazione critica".

### PRESTAZIONI AMBULATORIALI CARDIOLOGICHE

Nel 2007 è proseguito il percorso di presa in carico dei pazienti cardiopatici complessi, che necessitano di prestazioni cardiologiche di secondo livello. Ciò ha permesso di migliorare parzialmente i volumi di attività e i tempi di attesa per: ecodoppler cardiaci; ECG da sforzo; ECG Holter.

Durante i mesi estivi, per migliorare i tempi di attesa per gli ecodoppler cardiaci, è stato altresì acquisito un pacchetto aggiuntivo di prestazioni presso il Centro Privato Accreditato Fisiolaser (per un totale di circa 160 esami). Le attese per le visite non hanno registrato *performance* altrettanto soddisfacenti, con una contrazione del numero di "visita + ECG" di circa il 6%, a causa anche della carenza di personale medico (due maternità, solo parzialmente sostituite con

ore di contratto libero professionale e con una convenzione con l'AUSL di Ravenna). Sempre nel corso dell'esercizio in esame, è iniziata la revisione delle Linee Guida sull'ipertensione, ed è stato attivato un gruppo di governo clinico sullo scompenso cardiaco.

### GASTROENTEROLOGIA

Nel primo semestre 2007 è stata riorganizzata l'attività colonscopica, con netto miglioramento dei livelli di efficienza dell'Unità Operativa di Gastroenterologia, a partire dal mese di giugno.

Nel 2° semestre 2007, si rilevano buone *performance* su tutte le prestazioni monitorate (coloscopia; gastroscopia; visita), con incremento dei volumi di attività e miglioramento dei tempi di attesa (si veda il dato riferito alla colposcopia in Tabella 3.2). Per quanto concerne l'attività gastroenterologica, è stato attivato un gruppo di governo clinico, con il coinvolgimento degli Specialisti ospedalieri e dei Medici di Medicina Generale, avente la finalità principale di definire i percorsi diagnostico-terapeutici, da erogare attraverso modalità organizzative ambulatoriali complesse oppure in regime di ricovero, prevedendo collegamenti funzionali tra professionisti del territorio e ospedalieri, e in particolare del DEA.

### GINECOLOGIA

A fine 2007, la UO di Ostetricia e Ginecologia ha attivato una seduta aggiuntiva settimanale di visita specialistica, con un conseguente incremento dei volumi prestazionali e miglioramento dei tempi di attesa (si veda Tabella 3.2). Quanto alle prestazioni diagnostiche, da settembre 2007, sono state attivate sedute specifiche di colposcopie, per lo screening e gli approfondimenti diagnostici di secondo livello (si veda Sezione 2, paragrafo *Programmi regionali di screening e coperture vaccinali*), con incremento dei volumi di attività (+17%, rispetto al 2006).

Appare particolarmente rilevante la percentuale di visite ripetute entro 180 giorni (circa 30% del totale) e, pertanto, risulta opportuno procedere a una valutazione di appropriatezza e a una migliore distinzione tra prime visite e controlli.

### ECODOPPLER ARTERIOSO E VENOSO

A partire da giugno 2007 è stata ridefinita la programmazione delle agende di prenotazione, con distinzione delle prestazioni sull'apparato arterioso, da quelle sul sistema venoso, finalizzata al conseguimento di migliori livelli di appropriatezza, per le richieste di ecodoppler. Anche per queste prestazioni si è prevista la distinzione dei primi accessi, rispetto ai controlli, da eseguire su pazienti con patologie note (obiettivo generalizzato di budget 2008).

Da settembre 2007, è stato attivato il Day Service Angiologico, cui compete il completamento diagnostico terapeutico dei pazienti candidati all'angiografia periferica. L'area permane critica, come evidenziato in Tabella 3.2, per quanto riguarda il Dipartimento Medico.

### VISITA ENDOCRINOLOGICA ED ECOGRAFIA TIROIDEA

A partire dal secondo semestre 2007, anche attraverso il reclutamento di un professionista, sono state aumentate le sedute ambulatoriali di presa in carico dei pazienti affetti da patologia della tiroide (una seduta in più da giugno, due in più da settembre): ai pazienti, contestualmente alla visita e quando è ritenuto necessario, viene eseguita l'ecografia tiroidea. Relativamente alla parte diabetologica, a partire da aprile 2007, sono state incrementate le sedute del Medico: conseguentemente, l'attività è aumentata del 13%, rispetto al 2006. Gli indici di *performance* sui tempi di attesa rilevano tuttavia ancora criticità (si veda Tabella 3.2).

### PRESTAZIONI NEUROLOGICHE

Nell'ambito neurologico dell'AUSL di Imola, è ormai consolidato il percorso di presa in carico dei pazienti affetti da gravi neuropatie, per i quali vengono programmate e organizzate le indagini strumentali di secondo livello. Tale organizzazione si riflette sui tempi di attesa, che registrano buone *performance* sulla parte diagnostica; per quanto riguarda le visite, nel 2007, si è registrato un progressivo peggioramento (anche se il dato a consuntivo è migliore del 2006), collegato all'interruzione dell'attività del Polo Sanitario di Medicina (riduzione delle visite rispetto al 2006, pari a -15%, così come riportato in Tabella 3.2).

Nel 2008, si prevede l'attivazione di un contratto libero professionale (già negoziato), per integrare l'attività presso lo Stabilimento ospedaliero di Imola e ripristinare la seduta del Polo Sanitario di Medicina, e l'attivazione di un Day Service per l'inquadramento diagnostico di patologie neurologiche degenerative (Sclerosi Laterale Amiotrofica; Epilessie; Malattie Demielinizzanti; Polineuropatie).

### PRESTAZIONI OCULISTICHE

Anche per le prestazioni oculistiche il percorso di presa in carico consente buone *performance*, sui tempi di attesa per la diagnostica; tuttavia, i tempi di attesa per le visite presentano criticità (IP a 30 giorni intorno al 50%, così come riportato in Tabella 3.2).

Stante l'elevato numero di controlli in pazienti cronici, è prevista l'individuazione di specifiche agende/ambulatori per gli stessi (es. glaucoma, patologia retiniche in diabetici, ecc.). Un'ulteriore azione prevista dal programma riguarda il miglioramento della prenotazione a CUP, allo scopo di ridurre la variabilità dell'offerta e i "picchi" registrati nei tempi di attesa.

I percorsi solleciti vengono comunque garantiti, con invio diretto al Pronto Soccorso oculistico. I volumi di attività del 2007 sono stabili o in lieve riduzione sul 2006 (-3% per la visita, +1% per lo studio del campo visivo, -5% per prestazioni di laserterapia e -1% per la fluorangiografia).

### VISITA ORTOPEDICA

Per le prestazioni ortopediche, a partire dal secondo semestre 2007, si è verificata una sensibile riduzione dei volumi di attività (a consuntivo, -11% rispetto al 2006), con un peggioramento dei tempi di attesa per le visite, come evidenziato in Tabella 3.2.

Le motivazioni individuate – e rispetto alle quali l'AUSL di Imola ha previsto azioni correttive per il 2008 - sono legate in particolare:

- a una carenza temporanea di personale medico, in particolare a partire dai mesi estivi;
- alla priorità data al mantenimento dei tempi di attesa per ricovero e intervento chirurgico, anch'essi in sofferenza;
- a un indice di consumo della popolazione per visite ortopediche, più elevato di quello medio regionale (69 prestazioni/settimana per 10.000 abitanti vs il dato medio RER pari a 56,5).

### **PNEUMOLOGIA E VISITA ALLERGOLOGICA**

Va preliminarmente sottolineato come anche per la specialità in oggetto sia attiva la presa in carico dei pazienti pneumopatici, con programmazione dei controlli. Nel 2007, si è verificata una contingente carenza di personale, collegata al pensionamento dell'unità medica dedicata e alla sua sostituzione solo parziale, fino al mese di novembre 2007, quando è stato reclutato un ulteriore specialista. Ciò ha determinato una riduzione di attività e il peggioramento dei tempi di attesa per la prima visita, nel corso dell'esercizio in esame, con un progressivo recupero solo a partire da fine anno.

Per la visita allergologica, i tempi di attesa sono molto lunghi (IP a 30 giorni poco superiore al 50%, così come riportato in Tabella 3.2), e si evidenzia un indice di consumo della popolazione del Nuovo Circondario Imolese molto elevato.

### **PRESTAZIONI RADIOLOGICHE**

Nella Tabella 3.3 si riportano i risultati del monitoraggio dei volumi prestazionali e dei tempi di attesa per prestazioni di diagnostica radiologica; di seguito si descrivono le azioni intraprese in questa area, che su alcune prestazioni risulta particolarmente critica.

**Tabella 3.3 - Volumi di offerta e performance sui tempi di attesa relativamente alle prestazioni di diagnostica radiologica dell'Azienda USL di Imola. Anni 2006 e 2007**

| Prestazione oggetto di monitoraggio (da Piano per il contenimento TA):       | 2006 |              | 2007 |              |
|--|------|--------------|------|--------------|
|  | n.   | IP TA < 60gg | n.   | IP TA < 60gg |
| 87.37.1 - MAMMOGRAFIA BILATERALE   | 3976 | 23%          | 4121 | 25%          |
| 87.37.2 - MAMMOGRAFIA MONOLATERALE   |      |              |      |              |
| 88.73.2 - ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Monolaterale                              | 240  | 95%          | 286  | 99%          |
| 88.75.1 - ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE (solo Amb. Radiologia)            | 202  | 61%          | 200  | 62%          |
| 88.76.1 - ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO (solo Amb. Radiologia)                   | 974  | 40%          | 943  | 36%          |
| 88.01.1 - TC DELL' ADDOME SUPERIORE  |      |              |      |              |
| 88.01.2 - TC DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO                   | 642  | 78%          | 737  | 74%          |
| 88.01.3 - TC DELL' ADDOME INFERIORE  |      |              |      |              |
| 88.01.4 - TC ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO                         | 453  | 94%          | 523  | 88%          |
| 87.41.1 - TC DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO                               | 808  | 65%          | 792  | 56%          |
| 87.03 - TC DEL CAPO  |      |              |      |              |
| 87.03.1 - TC DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO                                 | 924  | 97%          | 806  | 57%          |
| 88.38.5 - TC DEL BACINO  | 28   | 71%          | 37   | 38%          |
| 88.38.1 - TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE                            |      |              |      |              |
| 88.38.2 - TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO     | 714  | 99%          | 523  | 96%          |
| 88.91.1 - RM DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO                            |      |              |      |              |
| 88.91.2 - RM DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO     | 1026 | 79%          | 958  | 58%          |
| 88.95.4 - RM DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO                           |      |              |      |              |
| 88.95.5 - RM DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO    | 71   | 92%          | 45   | 100%         |
| 88.71.4 - DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO (solo Amb. Radiologia) | 624  | 25%          | 633  | 19%          |
| 88.79.1 - ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO                    |      |              |      |              |
| 88.79.2 - ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE  | 1648 | 45%          | 1410 | 44%          |
| 88.79.3 - ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA  |      |              |      |              |
| <b>Tutti gli ambulatori ASL eroganti</b>                                     |      |              |      |              |
| 88.75.1 - ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE                                   | 727  | 57%          | 646  | 52%          |
| 88.76.1 - ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO  | 1578 | 37%          | 1624 | 35%          |
| 88.71.4 - DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO                        | 1941 | 54%          | 2131 | 51%          |

**TAC E RM** - Per TAC e RM i tempi di attesa, nel corso del 2007, presentano un andamento eterogeneo, come evidente in Tabella 3.3. Allo scopo di contenere il fenomeno, a partire dal mese di aprile 2007, l'AUSL di Imola ha determinato l'acquisto di un "pacchetto" di prestazioni in attività libero professionale aziendale (Simil ALP). I volumi prestazionali erogati su residenti del comprensorio imolese risultano in incremento, con un migliore indice di dipendenza della popolazione dalle strutture aziendali, in particolare per le RM: dal 53% nel 2006, all'83% nel 2007. Anche per le TAC si è verificato un miglioramento dello stesso indice, passato dall'86% nel 2006, al 91,5% nel 2007.

Durante l'esercizio in esame, l'Azienda USL di Imola ha effettuato una analisi dei livelli di appropriatezza delle richieste, sia per TAC sia per RM, in particolare con riguardo alle prestazioni acquistate in Simil ALP: l'indagine ha riportato livelli di appropriatezza elevati (vicini al 100% per le TAC e superiori al 90% per le RM).

**MAMMOGRAFIA** - Come evidente nella Tabella 3.3, la *performance* sui tempi di attesa per mammografie permane critica, nonostante l'incremento di attività; di converso, è prossimo al 100% l'indice di *performance* a 60 giorni per le Ecografie della mammella. Anche per questa categoria di prestazioni, si sono acquistati pacchetti in Simil ALP (circa 300 esami).

All'interno dei percorsi sono garantite, in ogni caso, le prese in carico delle sospette patologie oncologiche.

**ECOGRAFIE ADDOME INFERIORE E OSTEOARTICOLARE** - In questo gruppo di prestazioni, si registrano tempi di attesa elevati, soprattutto per le ecografie osteoarticolari. Viene comunque garantito il percorso per le ecografie sollecite, tutte inviate presso il Centro Privato Accreditato Fisiolaser del Comune di Castel San Pietro Terme.

Tra le azioni intraprese sull'attività ambulatoriale va inoltre citato il percorso di informatizzazione degli ambulatori: durante il 2007, sono stati informatizzati tutti gli ambulatori chirurgici (Chirurgia generale, Urologia, Ginecologia), presenti in tutte le sedi di erogazione (Comuni di Imola, Castel San Pietro Terme, Medicina), oltre agli ambulatori medici dello Stabilimento ospedaliero di Imola (visite internistiche, endocrinologiche, ecodoppler, nefrologiche, ecc.).

Per quanto riguarda i tempi di attesa per intervento chirurgico, come visto in Sezione 2 (e precisamente in Tabella 2.54) i tempi di attesa per interventi chirurgici per neoplasie, nel 2007, sono in linea o migliori di quelli medi regionali, tranne che per il tumore alla prostata; gli altri interventi chirurgici presentano criticità, anche rispetto ai dati medi regionali.

Nel 2007, si è portato a regime il sistema aziendale di Gestione informatica delle Liste d'attesa (LAR) per interventi chirurgici, conforme con i requisiti previsti dal progetto SIGLA regionale (si veda un maggiore dettaglio nello schema riepilogativo di Figura 3.4 e la Sezione 6 per SIGLA).

Si può pertanto concludere che lo sforzo progettuale - di azioni e obiettivi - messo in campo nel corso dell'esercizio in esame, non abbia ancora dispiegato le sue potenzialità, in termini complessivi - come evidenziato dagli indicatori di risultato "macro" della Sezione 2 - e abbia comunque conseguito alcuni risultati parziali nei confronti delle prestazioni più "critiche". In altre parole, il fenomeno è stato "tamponato", mentre si è cominciato ad agire su alcune cause e rimedi di carattere strutturale, azioni che, inevitabilmente, richiedono un orizzonte temporale pluriennale. Ciò implica la necessità di mantenere la tensione verso questo obiettivo anche nei prossimi esercizi: nel Budget 2008 - negoziato con i Dipartimenti aziendali - sono previsti gli obiettivi, le azioni e gli indicatori volti alla progressiva implementazione del *Piano TMA*.

**Figura 3.4 - Obiettivi e risultati finalizzati a universalità ed equità di accesso: Tempi Massimi di Attesa dell'Azienda USL di Imola. Anno 2007**

| Livello di Assistenza / CdR  | Obiettivi - Progetti  | Risultati  |               |              |               |
|--|---|--|---------------|--------------|---------------|
|  |   | Sviluppo   | Miglioramento | Mantenimento | Sostenibilità |
| Obiettivo trasversale Ospedale-Territorio sui Tempi Massimi di Attesa  | Contenimento dei tempi di attesa per prestazioni specialistiche: elaborazione e avvio del Piano Tempi Massimi di Attesa                                     | analisi del fenomeno propedeutico alla programmazione del Piano, con coinvolgimento di tutti gli attori aziendali  |               |              |               |
|  |   | condivisione e stesura del Piano TMA, inviato a aprile 2007  |               |              |               |
| protocollo integrativo su azioni ulteriori in accordo con OOSS (novembre 2007)   |   |  |               |              |               |
| inserimento nei budget 2007 di ciascuna Unità Operativa degli obiettivi e delle azioni individuate nel Piano TMA   |   |  |               |              |               |
| monitoraggio degli indicatori collegati alle azioni (tasso di utilizzo della capacità produttiva esistente) e ai risultati (indici di performance per prestazioni critiche)  |   |  |               |              |               |
| azioni specifiche per ciascuna tipologia di Prestazione Critica (vedi descrizione analitica nel testo, § 3.3)  |   |  |               |              |               |
| primi risultati 2007: parziali miglioramenti negli indici di performance sulle prestazioni critiche individuate (vedi <b>Tabella 3.2</b> ). Permane non soddisfacente, nel 2007, il dato aggregato riferito a tutte le prestazioni (vedi l'analisi della performance nella <b>Sezione 2</b> , in particolare al § <b>2.3.2</b> ) |   |  |               |              |               |
|  | Progetti per il contenimento dei tempi di attesa per ricovero: "Progetto Sigla" regionale (Sistema Integrato Gestione Liste Attesa) ed Ambulatorio operandi | nel 2007 si è portato a regime il sistema Aziendale di Gestione informatica delle Liste d'attesa (LAR) per interventi chirurgici, conforme con i requisiti previsti dal progetto SIGLA regionale, per le U.O. di Ortopedia, Urologia, Chirurgia, Day Surgery Chirurgico e Ostetricia-Ginecologia. I tempi d'attesa per i ricoveri chirurgici sono rilevati secondo le quattro classi di priorità che definiscono le caratteristiche cliniche della patologia, conformemente a quanto richiesto dalla circolare RER, nell'assoluto rispetto dei 30 giorni per le patologie neoplastiche individuate dalla RER; il sistema informatizzato è in carico all'Ambulatorio Operandi |               |              |               |
|  |   | come visto in <b>Sezione 2 (Tabella 2.56)</b> i tempi di attesa per interventi chirurgici per neoplasie nel 2007 sono in linea o migliori di quelli medi regionali, tranne che per il tumore alla prostata; gli altri interventi chirurgici presentano invece forti criticità, anche rispetto ai dati medi regionali   |               |              |               |

**Figura 3.5 - Obiettivi e risultati finalizzati a universalità ed equità di accesso: obiettivi trasversali di sostenibilità dell'Azienda USL di Imola. Anno 2007**

| Livello di Assistenza / CdR | Obiettivi - Progetti   | Risultati   |               |              |               |
|-----------------------------|--|---|---------------|--------------|---------------|
|                             |  | Sviluppo  | Miglioramento | Mantenimento | Sostenibilità |
| Obiettivi trasversali       | Piano aziendale per il rientro dalla libera professione intramuraria allargata (inviato in Regione in data 1.3.2007) | nel 2007 sono rientrati - in attesa delle disposizioni attuative regionali - 2 dei 25 professionisti autorizzati in spazi sostitutivi   |               |              |               |
|                             |  | attivazione, tramite "Call Center" Cup 2000, di uno specifico canale di prenotazione, distinto tra prenotazione di Libera Professione e prenotazione di prestazioni in SSN  |               |              |               |
|                             |  | effettuazione del costante monitoraggio dei volumi di prestazioni in Libera professione e dei corrispondenti volumi di prestazioni erogate in SSN; nel 2007 tale monitoraggio ha confermato il rispetto delle proporzioni definite per legge  |               |              |               |
|                             |  | definita e concordata una bozza di convenzione con uno studio privato accreditato (presso il quale si svolge la maggior parte della Libera Professione Allargata) che risponde per organizzazione e struttura ai criteri previsti dalla intervenuta normativa   |               |              |               |
|                             |  | apprestamento della possibilità di assolvimento virtuale del bollo, per rendere possibile a partire dal 2008 la riscossione delle prestazioni LP attraverso le macchine riscuotitrici automatiche   |               |              |               |
|                             | Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica: Distribuzione per conto                                     | si è proseguita nel 2007 la fase sperimentale della distribuzione per conto, attraverso l'adozione di una lista di farmaci del PTR distribuiti tramite le farmacie aperte al pubblico e il coinvolgimento delle stesse nelle verifiche di appropriatezza della prescrizione   |               |              |               |
|                             |  | nel 2007 si è riscontrato un notevole aumento nel numero delle ricette spedite attraverso questo percorso assistenziale (15.861 vs 9.160 nel 2006). Di conseguenza, anche il numero delle confezioni erogate per conto AUSL ha subito analogo incremento (+ 70%)  |               |              |               |
|                             |  | il risparmio per il SSN, calcolato come differenza tra la spesa teorica in convenzione e la spesa effettiva sostenuta (pari quest'ultima alla somma della spesa per l'acquisto dei farmaci e del servizio, IVA compresa), è stato nel 2007 di euro 486.651 circa vs euro 243.000 del 2006; il costo del servizio di distribuzione per conto calcolato con la modalità percentuale in vigore presso l'AUSL di Imola fino al 31 dicembre 2007 risulta essere pari a 6,20 euro IVA compresa, per singolo pezzo erogato |               |              |               |
|                             |  | i risultati sopra descritti sono stati ottenuti anche grazie all'inserimento, nel 2007, di nuove molecole nella DPC: eparine basso peso molecolare, insulina glargine, glitazoni (da soli o in associazione)  |               |              |               |

**Figura 3.6 - Obiettivi e risultati finalizzati a universalità ed equità di accesso: area Distrettuale dell'Azienda USL di Imola. Anno 2007**

| Livello di Assistenza / CdR  | Obiettivi - Progetti   | Risultati   |               |              |               |
|--|--|---|---------------|--------------|---------------|
|  |  | Sviluppo  | Miglioramento | Mantenimento | Sostenibilità |
| Distretto  | Miglioramento dell'accessibilità   | potenziamento degli Sportelli Unici Distrettuali, con incremento delle ore di apertura (v. § 5.1.2)   |               |              |               |
|  |  | introduzione a settembre 2007 del nuovo Servizio per la prenotazione telefonica di prestazioni ambulatoriali (v. § 5.1.2)   |               |              |               |
|  | Organizzazione della medicina di base nei Nuclei Cure Primarie per continuità delle cure e accessibilità   | nel 2007 la quasi totalità (97%) dei MMG sono organizzati in forme associate  |               |              |               |
|  |  | 3 dei 7 Nuclei delle Cure Primarie sono dotati di una sede fisica unica, di cui due (Castel San Pietro Terme e Dozza e Medicina) con attività ambulatoriale medica assicurata dai medici di continuità assistenziale nei prefestivi e festivi, e attività ambulatoriale infermieristica nei giorni feriali e prefestivi, con orari di apertura su almeno 12 h/die               |               |              |               |
|  | Progetto SOLE  | il Progetto Sole nel 2007 ha raggiunto un livello di avanzata applicazione nell'AUSL di Imola, anche grazie alla dotazione omogenea da parte di tutti i MMG della cartella informatica Millewin.<br>Nel corso del 2007 tutti i MMG che hanno dato la loro adesione al progetto sono stati proposti per l'attivazione, e le installazioni risultano attualmente quasi completate |               |              |               |
| Miglioramento Assistenza odontoiatrica (delib. Regionale n. 2678/2004), con estensione dell'accesso alle cure ai portatori di disabilità psico-fisica e sociale e sviluppo dell'assistenza protesica | realizzato nel 2007: campagna informativa alla popolazione sui nuovi criteri dell'assistenza odontoiatrica; orientamento sulla popolazione target (vulnerabilità sociale e sanitaria); ampliamento della tipologia delle prestazioni offerte all'assistenza protesica; attivazione del flusso informativo periodico richiesto dalla Regione Emilia Romagna   |   |               |              |               |
|  | risultati: incremento della copertura rilevata dei vulnerabili attesi: 14% nel 2006, 17,5% nel 2007 (incremento del 25%, obiettivo regionale +20%). L'attività odontoiatrica si è progressivamente orientata alla popolazione vulnerabile: la % dei soggetti vulnerabili sulla popolazione trattata, passa dal 42% del 2° semestre 2006 al 64% del 2007  |   |               |              |               |
|  | a febbraio 2006 è iniziata presso la sede di Imola l'erogazione di protesi mobili, con incremento costante degli utenti seguiti nel corso del 2006 e 2007. Nel 2007 si sono pianificate le fasi per erogare anche protesi fisse: in particolare si sono individuate le strumentazioni necessarie, ed è stato impostato con i professionisti SUMAI un percorso per la riorganizzazione delle agende anche al fine di prevedere tempi dedicati a tale attività |   |               |              |               |

| Livello di Assistenza / CdR | Obiettivi - Progetti  | Risultati   |               |              |               |
|-----------------------------|---|---|---------------|--------------|---------------|
|                             |   | Sviluppo  | Miglioramento | Mantenimento | Sostenibilità |
| Distretto                   | Piano delle Attività per la non Autosufficienza (nell'ambito del Circondario; vedi anche l'area Partecipazione EELL e Centralità del Cittadino) | nel 2007 - in applicazione della delibera n°122/07 - si è: adeguato l'Assegno di Cura per gli anziani non autosufficienti; incrementati gli oneri a rilievo sanitario per le Case Protette, i Centri Diurni, le R.S.A e l'Assistenza Domiciliare per anziani; fissati i criteri per l'aumento massimo delle rette a carico dell'ospite e i requisiti per il riconoscimento all'Ente Gestore di una ulteriore quota aggiuntiva a carico del FRNA |               |              |               |
|                             |   | la gestione del Fondo è stata definita in carico all'AUSL di Imola; il Distretto ha effettuato il monitoraggio 2007 e l'aggiornamento del Piano, con le scadenze previste dalla Regione   |               |              |               |
|                             | Piano delle Attività per la non Autosufficienza (nell'ambito del Circondario; vedi anche l'area Partecipazione EELL e Centralità del Cittadino) | l'Accesso-Valutazione-Presa in Carico dei casi è stato garantito dallo Sportello Sociale, dalle Equipe di Operatori nelle aree territoriali sub-circondariali, dall'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) e dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), in stretta integrazione con il Punto Unico di accesso dell'AUSL  |               |              |               |
|                             |   | nel 2007 si è migliorato il livello di risposta, con superamento, entro il 31.12.2007, della lista di accesso per gli assegni di cura previa verifica da parte del S.A.A e dell'U.V.G.; nel 2007 si sono attivati n. 634 contratti, di cui 401 rinnovi e 233 nuove attivazioni (di queste, 31 contratti sono stati attivati per effetto dell'abbassamento del punteggio a 450 punti)  |               |              |               |
|                             |   | potenziamento e qualificazione dell'Assistenza Domiciliare (vedi anche <b>Sezione 2</b> )   |               |              |               |
|                             |   | riqualificazione del servizio di Telesoccorso: gli utenti che hanno usufruito del Servizio, con sostegno economico, sono stati n. 49 nell'anno 2007; dal 14.12.07 è stato attivato un nuovo contratto per la fornitura del Servizio di Telesoccorso con la Società Beghelli, al fine di omogeneizzare l'intervento su base territoriale dal 01/01/2008  |               |              |               |
|                             |   | Progetto per il sostegno e l'accompagnamento psicologico dei familiari di pazienti affetti da demenza (dal 1.06.07 al 30.11.07 sono stati assistiti con assistenza psicologica n. 57 pazienti per 140 colloqui)   |               |              |               |
|                             |   | Progetto di sollievo alle famiglie dei pazienti affetti da demenza: il servizio è stato avviato in data 1.10.2007 ed ha interessato 4 famiglie  |               |              |               |
|                             |   |   |               |              |               |
|                             |   |   |               |              |               |

| Livello di Assistenza / CdR | Obiettivi - Progetti  | Risultati   |               |              |               |
|-----------------------------|---|---|---------------|--------------|---------------|
|                             |   | Sviluppo  | Miglioramento | Mantenimento | Sostenibilità |
| Distretto                   | Piano delle Attività per la non Autosufficienza (nell'ambito del Circondario; vedi anche l'area Partecipazione EELL e Centralità del Cittadino) | rafforzamento dei “posti di sollievo” sia residenziali che diurni volti a supportare le famiglie nel carico assistenziale e di cura; nella RSA di Imola si sono individuati 7 posti temporanei (al 30.11..2007 i ricoveri di sollievo sono stati 38, i ricoveri riabilitativi sono stati 45); nella Casa Protetta di Via Venturini sono stati individuati n. 3 posti per l'estate 2007, per n. 6 ricoveri di sollievo |               |              |               |
|                             |   | nel 2007 è stato realizzato il “Progetto di contrasto alle ondate di calore” ed ha trovato definizione il “Progetto di fattibilità per la mappatura e il monitoraggio degli anziani in condizione di vulnerabilità sociale e socio-sanitaria”   |               |              |               |
|                             |   | dall'1.11.2007 è attivo il “Servizio di supporto alla persona durante i ricoveri ospedalieri”, con potenziamento del servizio socio assistenziale nei confronti delle persone sole ricoverate in ospedale; nei 2 mesi 2007 si sono seguiti 5 pazienti, per 14 ore di assistenza effettuate  |               |              |               |

### ***3.4 Partecipazione degli Enti Locali alla programmazione e alla valutazione dei servizi sanitari***

Il nuovo Piano Sanitario e Sociale della Regione Emilia Romagna ri-orienta il sistema di relazione istituzionale, individuando sempre più chiaramente le prerogative dei diversi livelli (Regione, Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, Comitato di Distretto) negli ambiti della programmazione e della valutazione delle Aziende Sanitarie. L'anno di avvio operativo di detto sistema - a interconnessione forte delle responsabilità istituzionali e aziendali - è necessariamente il 2008. Ciò detto, si tratta di una revisione/semplificazione entro il quadro culturale e politico di alta partecipazione, che caratterizza *ab origine* il SSR dell'Emilia Romagna, come testimonia la stessa centralità della presente “area-obiettivo”, di seguito rendicontata per quanto di competenza 2007.

**Figura 3.7 - Obiettivi riferiti alla partecipazione degli Enti Locali alla programmazione e valutazione dell'Azienda USL di Imola. Anno 2007**

| Obiettivi - Progetti   | Risultati   |               |              |               |
|--|---|---------------|--------------|---------------|
|  | Sviluppo  | Miglioramento | Mantenimento | Sostenibilità |
| Coinvolgimento degli Enti Locali nella pianificazione, programmazione e sviluppo di strategie e interventi volti alla promozione della salute e alla prevenzione: sviluppo e potenziamento dello strumento Piano per la Salute | Piano per la Salute: nel 2007, rideterminazione degli obiettivi con i Sindaci del Nuovo Circondario Imolese, in particolare su Mobilità sostenibile e Promozione dell'attività fisica e motoria (v. § 5.3.3)  |               |              |               |
|  | progetto "Promozione attività fisica": gruppi di lavoro per età della vita, organizzazione di corsi e momenti formativi, campagne promozionali, iniziative in collaborazione con Enti Locali e altri soggetti (v. § 5.3.3)  |               |              |               |
|  | progetto "Mobilità sostenibile": mobility manager aziendale, iniziative e corsi con Enti locali e altri soggetti (v. § 5.3.3)   |               |              |               |
|  | organizzazione nel 2007 di 23 incontri pubblici, manifestazioni e stand informativi, su tematiche sanitarie e di educazione alla salute, in collaborazione con gli Enti Locali (v. § 5.3.1)   |               |              |               |
|  | progetti in collaborazione con EELL su: Educazione alla salute nelle scuole, Prevenzione incidenti stradali, Prevenzione danni causati dall'inquinamento (con Servizi Sociali e Associazioni di Volontariato), Alcol nei posti di lavoro (v. § 5.3.3)   |               |              |               |
| Integrazione degli ambiti Sociale e Sanitario: costituzione dell'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona (ASP) "Circondario Imolese", tra i Comuni insistenti nel territorio AUSL e la Comunità Montana                       | a dicembre 2007 i Comuni del Circondario Imolese e la Comunità Montana hanno costituito l'ASP con l'obiettivo di unificare la gestione in un unico soggetto dei servizi ed interventi di carattere Socio-assistenziale, Socio-sanitario, Socio-educativo relativamente agli ambiti di attività: Minori; Anziani; Adulti; Disabili; Immigrati; Pluriambito. Una delle finalità principali è l'integrazione con l'AUSL e le organizzazioni del Terzo settore così da "assicurare alle persone e famiglie che l'erogazione dei servizi avvenga in modo integrato, regolare e continuo" |               |              |               |
| Piano delle Attività per la non Autosufficienza del Distretto di Imola (vedi anche area <b>Universalità ed equità di accesso</b> )   | a giugno 2007, approvazione del Piano delle Attività per la non Autosufficienza nell'Ambito del Circondario di Imola, con stretta integrazione tra AUSL ed EELL   |               |              |               |
|  | nel Piano vengono determinate le attività finanziate dal Fondo e la costituzione dell'Ufficio di Piano (in collaborazione tra Distretto e Consorzio Servizi Sociali / ASP) per il monitoraggio quadrimestrale dell'attuazione del Piano e dell'andamento della spesa attraverso appositi report; inoltre a fine anno, l'Ufficio di Piano produrrà un report consuntivo.   |               |              |               |
|  | lo Sportello Sociale, per le funzioni di informazione, di orientamento e primo accesso nel 2007 è stato gestito dal Consorzio Servizi Sociali Imola, dall'Istituzione del Comune di Castel S. Pietro Terme e dal Comune di Medicina. Gli operatori sociali hanno attivato gli strumenti di valutazione multidimensionale socio-sanitaria UVG ed UVM per il governo dell'accesso alla rete dei servizi e la definizione dei Piani Assistenziali Individualizzati   |               |              |               |

### 3.5 Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale

Come descritto nel paragrafo 3.2, a tutti i Dipartimenti e le Unità Operative è stato assegnato l'obiettivo del mantenimento quali-quantitativo dei livelli di attività ed efficienza raggiunti, a stabilità di risorse, misurato attraverso un set di indicatori multidimensionali – specifico per ciascun dipartimento - nelle aree: Offerta (volumi, efficienza operativa e appropriatezza); Costi di Produzione (in relazione ai volumi); Capacità Attrattiva. Di seguito viene descritto in sintesi il grado di raggiungimento di tali obiettivi nell'anno 2007, attraverso l'analisi degli andamenti di alcuni indicatori, esemplificativi di quanto negoziato.

**Tabella 3.8 - Obiettivi di mantenimento dei livelli di attività: indicatori relativi alla degenza ospedaliera in regime ordinario dell'Azienda USL di Imola. Anno 2007**

| DEGENZA ORDINARIA          | Anno          |               |               | Scost. 2007-2006 |               |
|----------------------------|---------------|---------------|---------------|------------------|---------------|
|                            | Anno 2005     | Anno 2006     | Anno 2007     | v.a.             | %             |
| N.ro Casi                  | 14.084        | 13.691        | 13.776        | 85               | 1%            |
| <i>DRG Medici</i>          | 8.921         | 8.386         | 8.188         | -198             | -2%           |
| <i>DRG Chirurgici</i>      | 5.039         | 5.196         | 5.459         | 263              | 5%            |
| <i>DRG Altro</i>           | 124           | 109           | 129           | 20               | 18%           |
| <i>DRG Inappropriati</i>   | 1.808         | 1.729         | 1.645         | -84              | -5%           |
| Peso medio DRG             | 1,02          | 1,03          | 1,05          | 0,02             | 2%            |
| Punti DRG                  | 14.305        | 14.101        | 14.426        | 325,48           | 2%            |
| Degenza media              | 7,89          | 8,5           | 8,62          | 0,13             | 1%            |
| <i>% DRG Medici</i>        | <b>63,30%</b> | <b>61,30%</b> | <b>59,40%</b> | <b>-1,80%</b>    | <b>-3,00%</b> |
| <i>% DRG Chirurgici</i>    | <b>35,80%</b> | <b>38,00%</b> | <b>39,60%</b> | <b>1,70%</b>     | <b>4,40%</b>  |
| <i>% DRG Inappropriati</i> | <b>12,80%</b> | <b>12,60%</b> | <b>11,90%</b> | <b>-0,70%</b>    | <b>-5,40%</b> |
| <i>Presenza Media</i>      | 304,5         | 318,8         | 325,5         | 6,7              | 2,10%         |

Nella Tabella 3.8, si riportano gli indicatori di sintesi relativi alla degenza ordinaria; in proposito, si evidenzia:

- un lieve incremento (+1%) dei casi trattati in regime di degenza ordinaria;
- un aumento del "peso medio DRG" per caso trattato, indicatore di complessità della casistica trattata, pari a +2%. Quest'ultimo incremento è superiore a quello registrato nella durata media di degenza (+1%): in particolare, il "peso medio" dei DRG chirurgici passa da 1,26 a 1,30.

I DRG di tipo Medico diminuiscono, mentre aumentano in modo significativo i DRG Chirurgici: l'incidenza di DRG chirurgici sulla attività cresce del 4,4%, mentre quella dei DRG Medici cala del 3%. L'attenzione costante posta sul miglioramento dell'appropriatezza appare confermata dal trend in diminuzione dei DRG potenzialmente inappropriati, in regime ordinario, che rappresentano circa il 12% dei casi trattati; la diminuzione rispetto all'anno precedente è del 5%. Tale andamento va letto congiuntamente ai risultati di eccellenza della AUSL di Imola - nel panorama regionale - per quanto riguarda il Tasso di ospedalizzazione, in assoluto il più basso tra le Aziende Sanitarie dell'Emilia Romagna (si veda l'analisi sviluppata nella Sezione 2).

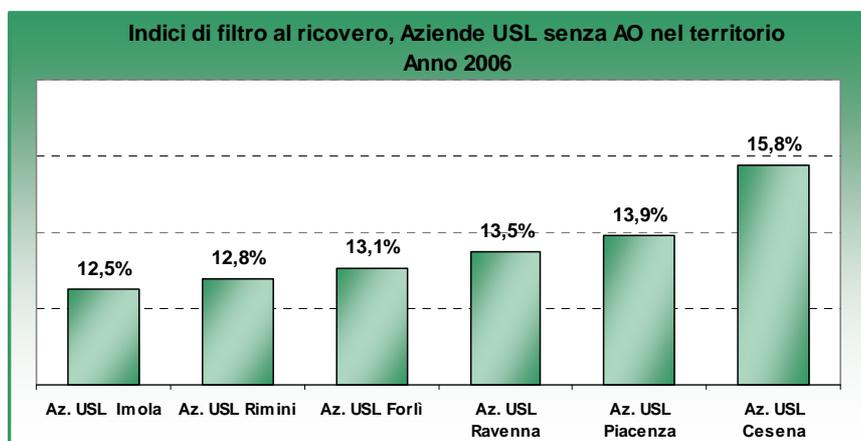
Il basso ricorso all'ospedalizzazione - con il trend positivo appena rilevato anche per il 2007 (in particolare, con riguardo al contenimento dei DRG medici, rispetto a quelli chirurgici, e alla

riduzione dei DRG inappropriati) - è strettamente collegato al *filtro al ricovero* esercitato dalle strutture del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (Pronto Soccorso, OBI, Medicina d'Urgenza).

Nella Figura 3.9, si riporta il confronto - tratto dalla reportistica predefinita regionale – tra gli indici di filtro dei Presidi ospedalieri della Regione per l'anno 2006.

**Figura 3.9 - Accessi al Pronto Soccorso e indice di filtro al ricovero dell'Aziende USL e Ospedaliere RER. Anno 2006**

| Presidio Ospedaliero             | Ricoverati     | Non ricoverati   | Deceduti     | Totale Accessi   | Indice di filtro |
|----------------------------------|----------------|------------------|--------------|------------------|------------------|
| Val Tidone                       | 2.240          | 13.332           | 15           | 15.587           | 14,4%            |
| Bobbio                           | 420            | 2.816            | 3            | 3.239            | 13,0%            |
| Piacenza                         | 10.059         | 59.316           | 62           | 69.437           | 14,5%            |
| Val d'Arda                       | 2.818          | 20.417           | 14           | 23.249           | 12,1%            |
| <b>Totale Az. USL Piacenza</b>   | <b>15.537</b>  | <b>95.881</b>    | <b>94</b>    | <b>111.512</b>   | <b>13,9%</b>     |
| Fidenza                          | 3.582          | 22.731           | 30           | 26.343           | 13,6%            |
| Borgo Val di Taro                | 1.481          | 8.877            | 11           | 10.369           | 14,3%            |
| <b>Totale Az. USL Parma</b>      | <b>5.063</b>   | <b>31.608</b>    | <b>41</b>    | <b>36.712</b>    | <b>13,8%</b>     |
| <b>Totale Az. USL Reggio E.</b>  | <b>9.693</b>   | <b>81.637</b>    | <b>60</b>    | <b>91.390</b>    | <b>10,6%</b>     |
| Provinciale - MO                 | 21.046         | 139.361          | 168          | 160.575          | 13,1%            |
| Sassuolo                         | 4.903          | 29.914           | 32           | 34.849           | 14,1%            |
| <b>Totale Az. USL Modena</b>     | <b>25.949</b>  | <b>169.275</b>   | <b>200</b>   | <b>195.424</b>   | <b>13,3%</b>     |
| <b>Totale Az. USL Bologna</b>    | <b>34.970</b>  | <b>184.051</b>   | <b>205</b>   | <b>219.226</b>   | <b>16,0%</b>     |
| <b>Totale Az. USL Imola</b>      | <b>8.109</b>   | <b>56.643</b>    | <b>38</b>    | <b>64.790</b>    | <b>12,5%</b>     |
| <b>Totale Az. USL Ferrara</b>    | <b>12.101</b>  | <b>76.750</b>    | <b>56</b>    | <b>88.907</b>    | <b>13,6%</b>     |
| Ravenna                          | 11.380         | 73.065           | 33           | 84.478           | 13,5%            |
| Lugo                             | 6.818          | 40.849           | 34           | 47.701           | 14,3%            |
| Faenza                           | 5.471          | 37.824           | 35           | 43.330           | 12,6%            |
| <b>Totale Az. USL Ravenna</b>    | <b>23.669</b>  | <b>151.738</b>   | <b>102</b>   | <b>175.509</b>   | <b>13,5%</b>     |
| <b>Totale Az. USL Forlì</b>      | <b>7.558</b>   | <b>50.198</b>    | <b>154</b>   | <b>57.910</b>    | <b>13,1%</b>     |
| <b>Totale Az. USL Cesena</b>     | <b>12.687</b>  | <b>67.712</b>    | <b>79</b>    | <b>80.478</b>    | <b>15,8%</b>     |
| Rimini-S.Arcangelo di R.         | 9.880          | 56.526           | 54           | 66.460           | 14,9%            |
| Riccione-Cattolica               | 5.741          | 49.756           | 46           | 55.543           | 10,3%            |
| <b>Totale Az. USL Rimini</b>     | <b>15.621</b>  | <b>106.282</b>   | <b>100</b>   | <b>122.003</b>   | <b>12,8%</b>     |
| <b>Totale Az. Osp. Parma</b>     | <b>15.401</b>  | <b>64.132</b>    | <b>190</b>   | <b>79.723</b>    | <b>19,3%</b>     |
| <b>Totale Az. Osp. Reggio E.</b> | <b>12.413</b>  | <b>77.692</b>    | <b>84</b>    | <b>90.189</b>    | <b>13,8%</b>     |
| <b>Totale Az. Osp. Modena</b>    | <b>13.273</b>  | <b>92.784</b>    | <b>59</b>    | <b>106.116</b>   | <b>12,5%</b>     |
| <b>Totale Az. Osp. Bologna</b>   | <b>25.782</b>  | <b>110.081</b>   | <b>95</b>    | <b>135.958</b>   | <b>19,0%</b>     |
| <b>Totale Az. Osp. Ferrara</b>   | <b>16.019</b>  | <b>57.689</b>    | <b>51</b>    | <b>73.759</b>    | <b>21,7%</b>     |
| <b>Totale Regionale</b>          | <b>256.280</b> | <b>1.516.528</b> | <b>1.608</b> | <b>1.774.416</b> | <b>14,4%</b>     |



L'indice di filtro al ricovero del Pronto Soccorso, presso l'AUSL di Imola, è il più basso tra le AUSL senza Azienda Ospedaliera nel territorio, e uno dei più bassi in assoluto (12,5% contro il 14,4% del dato medio regionale).

Nel 2007, rispetto al 2006, il numero di ricoverati da Pronto Soccorso si riduce ulteriormente (da 8.109 a 8.036); a fronte di un forte incremento di attività dell'OBi (+20%) e della Medicina d'Urgenza (+31%). Il numero di accessi al PS si riduce in maniera consistente nel 2007, con 2.433 casi in meno rispetto al 2006 (-6%, da 43.123 a 40.690); la riduzione si conferma anche comprendendo i PS decentrati (-4%, da 63.889 a 61.345). L'indice di filtro, derivante dal rapporto tra questi due andamenti in valore assoluto, entrambi positivi (riduzione degli accessi a PS, riduzione dei ricoveri da PS) si conferma su valori molto bassi (13,1%).

Analizzando gli andamenti per le Unità Operative del Dipartimento Chirurgico, emergono le seguenti osservazioni:

- l'incremento nel volume dei DRG chirurgici si registra particolarmente per le discipline di Chirurgia Generale, Ortopedia e Urologia (rispettivamente +17%, +4% e +3%);
- l'incremento di complessità dei casi trattati, misurata dal peso DRG, si concentra sulla Ginecologia-Ostetricia e sull'Oculistica, che aumentano rispettivamente di +3,26% e +1,73%;
- la durata media di degenza si riduce lievemente in tutto il Dipartimento, ad eccezione dell'Otorinolaringoiatria - che passa da una DM inferiore a 3 giorni nei due anni precedenti, a 3,20 giorni nel 2007, nonostante il lieve calo del peso dei DRG trattati - e dell'Urologia, che aumenta la degenza media di circa +2,5%.

Anche per l'anno 2007, particolare attenzione è stata data al tema dell'appropriatezza, intesa sia come riduzione delle prestazioni potenzialmente inappropriate sia come potenziamento di più appropriate modalità erogative (Day Surgery, Day Service, percorsi integrati ospedale territorio, dimissioni protette). Nella Sezione 2, si sono esposti i buoni risultati complessivi dell'AUSL di Imola quanto a indici di consumo dell'Ospedale, con il tasso di ospedalizzazione in assoluto più ridotto in Regione Emilia Romagna. Nelle schede di budget 2007, gli obiettivi di appropriatezza sono stati assegnati a quasi tutte le UU.OO., collocandoli nell'area di mantenimento per le strutture caratterizzate da buone *performance* storiche, e nell'area di miglioramento per quelle che presentano criticità.

Gli indicatori utilizzati nel Budget hanno riguardato in particolare:

- il numero di pazienti con percorsi di presa in carico complessi (Day Service);
- l'incidenza percentuale delle dimissioni protette sul totale complessivo delle dimissioni in Area Medica;
- l'incidenza percentuale dei DRG potenzialmente inappropriate (elenco del Decreto Ministeriale LEA).

Quanto ai risultati 2007, si riportano le seguenti osservazioni sintetiche.

Il numero dei pazienti trattati in Day Service è significativamente aumentato: 2.123 pazienti presi in carico, +13% rispetto all'anno precedente. L'andamento per Unità Operativa, evidenziato in Tabella 3.10, mostra aumenti significativi in tutte le discipline, tranne che per la Pediatria e la Pneumologia.

**Tabella 3.10 - Obiettivi di appropriatezza: Attività di Day Service, per UO e numero pazienti trattati dell'Azienda USL di Imola. Periodo 2005-2007**

| Disciplina                | N.pazienti trattati |              |              | Scost. 2007-2006 |            |
|---------------------------|---------------------|--------------|--------------|------------------|------------|
|                           | Anno 2005           | Anno 2006    | Anno 2007    | v.a.             | %          |
| Chirurgico                | 111                 | 128          | 150          | 22               | 17%        |
| Gastroenterologico        | 84                  | 123          | 148          | 25               | 20%        |
| Geriatrico                | 75                  | 99           | 113          | 14               | 14%        |
| Medico - C.S.P.T.         | 69                  | 47           | 47           | 0                | 0%         |
| Medico - Imola            | 235                 | 236          | 318          | 82               | 35%        |
| Nefrologico               | 27                  | 50           | 62           | 12               | 24%        |
| Ostetrico/Ginecologico    | 114                 | 93           | 99           | 6                | 6%         |
| Pediatico                 | 154                 | 269          | 205          | -64              | -24%       |
| Pneumologico              | 73                  | 109          | 64           | -45              | -41%       |
| Psichiatrico              | 691                 | 728          | 921          | 193              | 27%        |
| <b>Totale complessivo</b> | <b>1.633</b>        | <b>1.882</b> | <b>2.127</b> | <b>245</b>       | <b>13%</b> |

Quanto all'obiettivo di incremento della dimissioni protette in area Medica, nel 2007 l'incidenza di tale modalità di dimissione ha raggiunto il 20%. Tale risultato rappresenta l'esito del percorso, condiviso tra strutture ospedaliere e territoriali, di dimissione protetta e attuazione di un modello di assistenza domiciliare, basato su diversi livelli di intensità delle cure erogate, in relazione ai bisogni assistenziali del singolo paziente.

**Tabella 3.11 - Obiettivi di appropriatezza: % di Dimissioni protette, per UO dell'Azienda USL di Imola. Periodo 2005-2007**

| Reparto di dimissione           | Incidenza dimissioni protette |             |            | Scost. 2007-2006 |           |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------|------------|------------------|-----------|
|                                 | Anno 2005                     | Anno 2006   | Anno 2007  | v.a.             | %         |
| Geriatrics                      | 0,24                          | 0,23        | 0,14       | -0,09            | -41%      |
| Medicina generale C.S.P.T.      | 0,15                          | 0,12        | 0,09       | -0,04            | -29%      |
| Medicina generale Imola         | 0,04                          | 0,04        | 0,04       | 0                | 11%       |
| Lungodegenza C.S.P.T.           | 0,51                          | 0,45        | 0,43       | -0,01            | -3%       |
| Lungodegenza p.a. IMOLA         | 0,74                          | 0,61        | 0,63       | 0,02             | 3%        |
| Lungodegenza p.a. C.S.P.T.      | 0,67                          | 0,67        | 0,77       | 0,1              | 14%       |
| <b>Incidenza dipartimentale</b> | <b>0,19</b>                   | <b>0,19</b> | <b>0,2</b> | <b>0</b>         | <b>1%</b> |

Per quanto riguarda l'attività di specialistica ambulatoriale per esterni, si è ampiamente trattato del fenomeno dei tempi di attesa e degli indici di consumo e di fuga, nella Sezione 2 e nel paragrafo 3.3 della presente Sezione. L'analisi viene qui integrata dal report consuntivo sui volumi erogati nelle principali strutture di erogazione aziendali. Complessivamente l'attività è stabile, con un lieve aumento rispetto all'anno 2006, riferito prevalentemente agli Ambulatori

ospedalieri di Area Medica e Territoriali. Un incremento significativo si registra per le prestazioni di Genetica Medica, imputabile prevalentemente all'aumento di attività svolta nell'ambito del ruolo di HUB.

**Tabella 3.12 - Obiettivi di mantenimento dei livelli di attività: volume di prestazioni specialistiche per esterni dell'Azienda USL di Imola. Periodo 2005-2007**

| AREA DIPARTIMENTALE               | Anno           |                |                | Scost. 2007-2006 |           |
|-----------------------------------|----------------|----------------|----------------|------------------|-----------|
|                                   | Anno 2005      | Anno 2006      | Anno 2007      | v.a.             | %         |
| Presidio - Area Poliambulatori    | 10816          | 10266          | 9096           | -1170            | -11%      |
| Presidio - Area Chirurgica        | 121740         | 123503         | 122288         | -1215            | -1%       |
| Presidio - Area Medica            | 132167         | 131012         | 134526         | 3514             | 3%        |
| Presidio - Area Emerg./Urgenza    | 94922          | 96869          | 94573          | -2296            | -2%       |
| Presidio - Area Servizi Intermedi | 1199572        | 1296624        | 1296657        | 33               | 0%        |
| Dip.to Cure Primarie              | 42897          | 44599          | 46277          | 1678             | 4%        |
| Genetica Medica                   | 1594           | 1615           | 4425           | 2810             | 174%      |
| Medicina Riabilitativa            | 50681          | 53779          | 55767          | 1988             | 4%        |
| Dip.to Salute Mentale             | 220            | 219            | 169            | -50              | -23%      |
| Dip.to Sanità Pubblica            | 310            | 323            | 3639           | 3316             | 1027%     |
| <b>TOTALE PRESTAZIONI EROGATE</b> | <b>1654919</b> | <b>1758809</b> | <b>1767417</b> | <b>8608</b>      | <b>1%</b> |

Per gli obiettivi di "mantenimento" relativi all'autosufficienza e all'attrattività, si rimanda alle analisi sviluppate nella Sezione 2, con riferimento sia all'area della degenza ospedaliera sia delle prestazioni specialistiche.

Quanto ai volumi e agli indicatori di attività rilevati nel 2007 nelle strutture territoriali, in Tabella 3.13 si riportano le prestazioni erogate dai Medici di Medicina Generale; si evidenzia un lieve calo delle vaccinazioni antinfluenzali e un significativo aumento degli accessi per ADI.

**Tabella 3.13 - Prestazioni erogate dai Medici di Medicina Generale dell'Azienda USL di Imola. Periodo 2005-2007**

| Tipologia di Prestazioni                           | Numero prestazioni |           |           | Scost. 2007-2006 |      |
|--|--------------------|-----------|-----------|------------------|------|
|  | Anno 2005          | Anno 2006 | Anno 2007 | v.a.             | %    |
| N°vaccinazioni antiinfluenzali                     | 27690              | 27280     | 26756     | -524             | -2%  |
| N°accessi per A.D.I.                               | 5094               | 5936      | 6846      | 910              | 15%  |
| <b>Indicatori Assistenza Domiciliare Integrata</b> |                    |           |           |                  |      |
| N°pazienti presi in carico                         | 292                | 371       | 350       | -21              | -6%  |
| di cui N°in carico A.D.I. 1°liv.                   | 9                  | 14        | 9         | -5               | -36% |
| di cui N°n carico A.D.I. 2°liv.                    | 107                | 189       | 172       | -17              | -9%  |
| di cui N°in carico A.D.I. 3°liv.                   | 176                | 168       | 169       | 1                | 1%   |
| N°Accessi ADI per paziente                         | 17,45              | 16        | 19,56     | 3,56             | 22%  |

Per quanto riguarda la Struttura Assistenza Anziani, a partire dal 2007 si è effettuato il monitoraggio del "livello qualitativo dei prodotti erogati", come precedentemente definito, e attraverso gli indicatori prescelti, riguardanti in particolare:

- la capacità di contenere il ricovero ospedaliero;
- la gestione dell'eventuale trasporto sanitario;

- la determinazione degli oneri a rilievo sanitario;
- la gestione del ricovero temporaneo presso l’RSA del Comune di Imola;
- la gestione delle dimissioni protette;
- l’insorgenza di piaghe da decubito;
- la valutazione del rischio e dell’evento caduta.

Quanto al ricorso ai Servizi Ospedalieri, il monitoraggio ha evidenziato una flessione sia dei ricoveri (348 nel 2007, rispetto a 383 nel 2006) sia delle giornate di ricovero ospedaliero indotte (3.390 nel 2007 rispetto a 3.622 nel 2006), con un BINA medio degli ammessi in incremento (indicatore di complessità).

Riguardo ai ricoveri temporanei, nella RSA F. Baroncini sono dedicati 7 posti letto, a totale carico AUSL. Nel corso del 2007 sono stati ammessi al ricovero temporaneo in RSA 49 pazienti per riabilitazione, nessun paziente per emergenza socio-sanitaria e 41 pazienti per sollievo alle famiglie assegnatarie di contributo, con una percentuale di occupazione del posto letto superiore al valore standard definito (90%).

Per i volumi di attività degli altri settori del Distretto e della Sanità Pubblica (Assistenza Domiciliare, Salute Mentale, screening, indici di copertura sulle attività di vigilanza e controllo, ecc.) si fa rimando alle Sezioni 1 e 2.

Nella seguente Figura 3.14, si evidenziano gli ulteriori obiettivi, progettualità, azioni e risultati afferenti l’area in esame.

Per quanto riguarda la “qualità organizzativa”, si fa rimando alla Sezione 4 e, in particolare, alla rendicontazione sull’Atto Aziendale.

**Figura 3.14 - Obiettivi e Progetti afferenti l’area Qualità ed efficienza gestionale – LEA Ospedale dell’Azienda USL di Imola. Anno 2007**

| Obiettivi - Progetti   | Risultati   |               |              |               |
|--|---|---------------|--------------|---------------|
|  | Sviluppo  | Miglioramento | Mantenimento | Sostenibilità |
| Indagine sul clima organizzativo nel DEA per il miglioramento della qualità organizzativa                | realizzazione di indagine conoscitiva sul clima organizzativo (maggio 2007), presso il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA)   |               |              |               |
| Piano per il Sistema aziendale di gestione integrata del rischio clinico (vedi <b>Sezione 4, § 4.3</b> ) | ristrutturazione organizzativa degli staff a seguito dell’Atto Aziendale, e ridefinizione dei referenti del rischio, con realizzazione di un vero e proprio “sistema” di governo clinico, formazione, ricerca e innovazione, funzionale all’organizzazione e agli obiettivi aziendali |               |              |               |
|  | diffusione e implementazione di una “scheda di segnalazione di non conformità” per la rilevazione degli eventi avversi e dei “near miss” (nella AUSL di Imola esiste dal 2004 una rilevazione di “incident reporting RER” in Sala Parto e in Sala Operatoria)                         |               |              |               |

| Obiettivi - Progetti   | Risultati  |               |              |               |
|--|--|---------------|--------------|---------------|
|  | Sviluppo   | Miglioramento | Mantenimento | Sostenibilità |
| Piano per il Sistema aziendale di gestione integrata del rischio clinico (vedi Sezione 4, § 4.3)         | rischio di radio esposizione: predisposta una procedura aziendale "norme di radioprotezione", implementata nell'anno 2007 e volta a definire i corretti comportamenti di tutti gli operatori coinvolti in caso di utilizzo di apparecchi portatili; definiti i moduli specifici per le non conformità e i parametri necessari al fine della valutazione del rischio per gli operatori  |               |              |               |
| Piano per il Sistema aziendale di gestione integrata del rischio clinico (vedi <b>Sezione 4, § 4.3</b> ) | mantenuta la gestione degli eventi sentinella secondo il sistema di segnalazione RER che prevede analisi ed azioni correttive mediante audit degli eventi avversi  |               |              |               |
|  | piano aziendale triennale 2007-2009 di interventi per il miglioramento dei livelli di sicurezza e salute degli operatori, che prevede un investimento di circa 400.000,00 euro / anno.   |               |              |               |
|  | analisi dell'andamento infortunistico (vedi <b>Sezione 4, § 4.3.2</b> ); calo del numero complessivo degli infortuni, e in particolare da movimentazione manuale, riduzione dei giorni medi di assenza dal lavoro e dell'indice di incidenza degli infortuni   |               |              |               |
|  | stesura e applicazione della procedura per la prescrizione dei farmaci al di fuori dalle indicazioni ministeriali registrate ( <i>off label</i> ) in collaborazione con la Commissione Provinciale del Farmaco. La procedura è stata inviata ai medici prescrittori e inserita nella Intranet aziendale.   |               |              |               |
|  | stesura e adozione del protocollo per la gestione in sicurezza delle soluzioni concentrate di Potassio Cloruro e di altre soluzioni saline concentrate definite ad alto livello di attenzione, secondo le indicazioni del Ministero della Salute e della Regione   |               |              |               |
| Progetto RER Ospedale senza dolore (proseguimento)   | adesione alle indicazioni regionali con formazione specifica di un farmacista ospedaliero e un farmacista territoriale sui temi legati alla gestione del rischio farmacologico   |               |              |               |
|  | mantenimento del programma di governo clinico tramite sviluppo di percorsi assistenziali sui seguenti temi: scompenso cardiaco, BPCO, stroke, patologie gastro-enterologiche, percorso diagnostico terapeutico in area geriatrica in regime di ricovero diurno/day service   |               |              |               |
|  | attivazione del Cosd Aziendale multidisciplinare (determina del 10.7.07), composto da referenti Direzione Sanitaria di Presidio e di Distretto, esperti della terapia del dolore, rappresentanti dell'Associazione Onlus Insieme per il Dolore e del CCM, Medici ed Infermieri di ogni UUOO del Presidio, dell'Hospice, MMG ed Infermieri dedicati all'assistenza domiciliare, Farmacisti, Psicologi, referenti del Polo Formativo e della Comunicazione |               |              |               |
|  | nel 2007, aggiornamento e applicazione in tutte le UUOO Chirurgiche dei protocolli antalgici per il dolore post-operatorio   |               |              |               |
|  | proseguimento del Progetto Aziendale "Percorso di formazione per il Parto in analgesia"; entro il 2008 è prevista la produzione del Piano assistenziale in materia di controllo del dolore da travaglio di parto   |               |              |               |
| Progetto RER Ospedale senza dolore (proseguimento)   | redazione del "protocollo dolore in pediatria" con scelta di farmaci a miglior profilo rischio-beneficio e successivi corsi di aggiornamento ad operatori sanitari   |               |              |               |
|  | nel 2007, avvio del percorso formativo degli infermieri che compongono il Cosd, al fine di garantire le funzioni di tutoraggio e sorveglianza sui colleghi per presidiare il monitoraggio del sintomo dolore, con il corretto utilizzo delle "scale del dolore", con modalità formalizzate secondo il progetto inviato in RER con Prot. 37598 1.11 del 28.09.07  |               |              |               |

| Obiettivi - Progetti   | Risultati  |               |              |               |
|--|--|---------------|--------------|---------------|
|  | Sviluppo   | Miglioramento | Mantenimento | Sostenibilità |
| Sorveglianza sulle infezioni del sito chirurgico, sulle cadute e sulle lesioni da decubito<br>Progetto RER "Lotta alla Sepsis"<br>Progetto RER "SICHER"                                | anche nel 2007, monitoraggio annuale da parte del CIO sulle infezioni del sito chirurgico, sulle cadute e sulle lesioni da decubito  |               |              |               |
|  | nel 2007, completamento della formazione ECM di tutto il personale Medico ed Infermieristico come da Progetto RER "lotta alla Sepsis" con due corsi (n.8 edizioni di corso base e n. 9 di corso avanzato)  |               |              |               |
|  | mantenimento, secondo il progetto RER SICH, della sorveglianza sull'insorgenza di infezioni nel post-operatorio per gli interventi chirurgici in studio  |               |              |               |
|  | revisione dei protocolli dell'antibiotico profilassi pre-operatoria secondo le Linee Nazionali e i protocolli maggiormente accreditati in uso (collaborazione dell'Infettivologa)  |               |              |               |
|  | da maggio 2007, attivazione della sorveglianza degli eventi sentinella infettivi, tramite un programma informativo realizzato dal TIR Aziendale; la reportistica di routine così attivata potrà negli anni consentire il controllo e la progettazione delle azioni di miglioramento per le pratiche assistenziali  |               |              |               |
| Progetto di trattamento multidisciplinare integrato delle lesioni del piede diabetico (vedi indicatori sulle complicanze del Diabete nella Sezione 2, § 2.3.4)                         | attivazione e coinvolgimento multidisciplinare: medici del Centro Antidiabetico, Podologia, Ortopedia, Angiologia, Chirurgia, Terapia Antalgica, Igiene Ospedaliera, IP degli Ambulatori chirurgici, del Wound care del territorio, Direzione Sanitaria di Presidio e di Distretto   |               |              |               |
|  | progettazione di uno screening per i pazienti diabetici utile nella prevenzione delle ulcere trofiche dei piedi e delle complicanze possibili (infezioni, amputazione)   |               |              |               |
|  | da fine ottobre 2007, avvio dello screening della Podologa, su 78 pazienti a rischio maggiore di lesione (in carico al Centro Antidiabetico), con definizione dei percorsi di diagnosi e terapia; nel corso del 2008 si prevedono accessi dedicati all'Ambulatorio Podologico per i MMG  |               |              |               |
| Progetto "Miglioramento della risorsa Sala Operatoria"   | progetto inserito nel budget del Dipartimento Chirurgico e con la collaborazione e il supporto della Direzione Medica di Presidio. Quale esito delle azioni intraprese, mantenimento del volume di attività chirurgica (7.413 interventi nel 2007 contro 7.397 nel 2006) nonostante la riduzione dei casi in Day Surgery e la riduzione dei ricoveri totali (-4%) nel Dipartimento                     |               |              |               |
| Area Trapianti: miglioramento della Banca delle Cornee   | nel 2007, miglioramento della funzionalità della Banca delle Cornee, con attivazione di specifici contratti LP (Biologa per la migliore gestione dei dati e dello stoccaggio del materiale in Banca Cornee, Farmacista per la corretta preparazione di terapie di nuova introduzione) e del percorso di accreditamento della Banca Cornee Aziendale da parte del Ministro della Sanità (novembre 2007) |               |              |               |
| Definizione di un percorso integrato ospedale – territorio relativo alla patologia andrologica e all'incontinenza urinaria, rivolto a pazienti ricoverati presso case di riposo ed RSA | nel 2007, studio di fattibilità, in collaborazione tra la U.O. di Urologia e il Distretto  |               |              |               |

| Obiettivi - Progetti  | Risultati  |               |              |               |
|---|--|---------------|--------------|---------------|
|   | Sviluppo   | Miglioramento | Mantenimento | Sostenibilità |
| Miglioramento dei percorsi assistenziali per i pazienti con infarto miocardico acuto, e Progetto trasversale per la prevenzione delle recidive in collaborazione con Cure Primarie e Sanità Pubblica                                      | nel 2007, monitoraggio delle variabili chiave del percorso di riferimento, in particolare con riguardo alla angioplastica primaria, terapia di prima scelta per l'infarto miocardico acuto con soprasslivellamento persistente del tratto ST (criteri di selezione dei pazienti candidabili, modalità di gestione dei pazienti e relativi tempi di intervento), secondo le indicazioni fornite in merito dall'ASR, di concerto con la Commissione Cardiologica e Cardiochirurgica Regionale. Il numero di angioplastiche primarie eseguite nel corso del 2007 mostra un andamento in crescita rispetto all'anno precedente   |               |              |               |
|   | nel 2007 si è inoltre sviluppato un Progetto per la prevenzione delle recidive nei soggetti che già hanno avuto accidenti cardiovascolari (nell'ambito del Piano per la prevenzione) attivando un gruppo di lavoro aziendale di coordinamento costituito da operatori aziendali (medici, infermieri) afferenti all'area ospedaliera, delle cure primarie e della sanità pubblica (v. anche i dati di mortalità specifici nel § 1.5.2)  |               |              |               |
| Implementazione delle linee guida regionali per il miglioramento dell'utilizzo dell'area Lungodegenza, con promozione dell'integrazione socio-sanitaria e della continuità delle cure, prioritariamente attraverso la dimissione protetta | nel 2007 si è riorganizzata l'area di degenza post-acuzie del Presidio Ospedaliero di Imola, con incremento dei PL complessivi (da 55 a 60) e riassetto tra gli stabilimenti di Imola (da 8 a 26) e Castel S. Pietro (da 47 a 34). A tale proposito vedi la dotazione di PL di Lungodegenza rispetto alla media regionale in <b>Sezione 2, § 2.3.4</b>   |               |              |               |
|   | nel 2007 si è attivato un gruppo di lavoro interdisciplinare tra Ospedale e Distretto per rivalutare i criteri di accesso alle lungodegenze aziendali. Il gruppo sta sviluppando i protocolli per le modalità di valutazione precoce nel corso del ricovero in acuzie e per la definizione dei criteri per il trasferimento dall'area per acuti a quella di lungodegenza ed alle strutture territoriali. Nel budget 2008 è inserita l'implementazione e il monitoraggio del PDT "Revisione dei criteri di accesso alla Lungodegenza Aziendale"   |               |              |               |
| Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi in Area Vasta tramite l'Agenzia Regionale Intercent-ER   | l'attività contrattualistica di approvvigionamento ha registrato anche nell'anno 2007 un andamento positivo con un risparmio complessivo annuo pari a 4,55%. La programmazione dell'attività di acquisto si è svolta in concerto con le Aziende facenti parte dell'AVEC e la AUSL di Imola ha aderito a n. 43 gare attinenti a materiale prevalentemente sanitario. Le gare per i Dispositivi Medici si effettuano già, da alcuni anni, in unione d'acquisto (es. suture, elettrocateri, defibrillatori, sonde, ecc.); per quanto riguarda le forniture in service sono state inserite nella programmazione alcune gare ancora in corso. I buoni risultati conseguiti sono dimostrati dall'analisi economica per fattori produttivi, in particolare sui beni di consumo (v. § 2.1.2) |               |              |               |
|   | per quanto riguarda i costi relativi agli acquisti di farmaci, l'AUSL di Imola ha in essere una gara di area vasta che ha permesso di mantenere nella media i costi, nonostante l'aumento dei prezzi al pubblico di molti farmaci dovuto al venir meno del provvedimento AIFA di ottobre 2006 che aveva comportato una diminuzione del 5% sul costo dei farmaci per una parte delle aziende produttrici (pay-back)   |               |              |               |
|   | durante l'anno 2007 è stata avviata la procedura telematica relativa alla gara dei farmaci con il supporto di Intercent-ER, il cui bando è stato pubblicato il 30 novembre 2007 e l'espletamento della gara è previsto a breve   |               |              |               |

| Obiettivi - Progetti  | Risultati   |               |              |               |
|---|---|---------------|--------------|---------------|
|   | Sviluppo  | Miglioramento | Mantenimento | Sostenibilità |
| Ottimizzazione dei flussi informativi per il monitoraggio dell'attività e della spesa   | il flusso di rilevazione mensile ASA è stato garantito entro i tempi stabiliti; il volume del flusso mensile è stato garantito adeguatamente in termini di percentuali di copertura dei dati di attività, il dato dei primi 9 mesi 2007 presentava una % di copertura del -12,9% contro un -23,7% della media regionale   |               |              |               |
|   | qualità della rilevazione del codice a barre di ricetta rossa: % di ricette rosse sul totale pari al 75%, rispetto ad una media regionale pari al 53%   |               |              |               |
|   | rilevazione di esenzione: il flusso trasmesso dalla Regione a Sogei riporta per l'AUSL Imola il 25% di non trasmesse (in quanto carenti del dato di codice a barre di ricetta rossa) rispetto ad un dato medio regionale pari al 59%  |               |              |               |
|   | adesione alle indicazioni regionali con l'utilizzo del flusso di rilevazione dell'erogazione diretta (flusso FED) con scarico personalizzato alla distribuzione diretta e alla dimissione; avvio delle procedure di compensazione intra e infra regionali con individuazione degli utenti fuori ASL o fuori Regione; completamento dell'informatizzazione delle richieste di farmaci e materiale sanitario alla farmacia, da parte di tutti i reparti in rete (informatizzazione di reparto)  |               |              |               |
|   | aggiornamento giornaliero dell'anagrafe assistiti in quasi tutti i Comuni AUSL  |               |              |               |
| Obiettivo RER "politiche di gestione degli organici e governo della spesa del personale" (per la criticità rispetto al costo complessivo per risorse umane, vedi <b>Sezione 2</b> ) | vedi al proposito la <b>Sezione 4</b> e la <b>Sezione 2</b> in particolare relativamente all'analisi per Fattori Produttivi (§ 2.1.2); l'obiettivo regionale 2007 è sostanzialmente conseguito; il costo 2007 per l'acquisizione di risorse umane in senso lato (personale dipendente, lavoro interinale, convenzioni e contratti atipici), al netto delle spese derivanti dai rinnovi contrattuali, è maggiore rispetto al quello del 2006 di € 342.000, di cui € 100.000 per deroghe concesse nell'ultimo quadrimestre 2006. La differenza, pari a € 242.000, è da imputare essenzialmente all'aumento della spesa per lavoratori interinali, collegata a situazioni momentanee e straordinarie |               |              |               |
|   | politiche di stabilizzazione dei rapporti precari su attività istituzionali: nel 2007, stabilizzazione di 8 rapporti di lavoro, mediante assunzione a tempo indeterminato di 5 dirigenti medici a contratto libero professionale, di 2 dirigenti medici a tempo determinato e di 1 dirigente medico dalle procedure di mobilità regionale; condivisione con le OO.SS. dei piani di stabilizzazione per il triennio 2008-2010  |               |              |               |
|   | quanto all'obiettivo di "governo della contrattazione integrativa aziendale", l'Azienda USL di Imola ha sottoscritto il CCIA della dirigenza SPTA in data 18.7.2007, dedicando una parte specifica (art.10) alla fissazione di regole per la gestione dei fondi contrattuali più coerenti con le dinamiche degli organici, "al fine di consentire reali risparmi all'atto della mancata sostituzione di personale cessato dal servizio", come espressamente prevede la deliberazione di Giunta regionale n.686/2007   |               |              |               |
|   | la Formazione è stata pianificata dando maggiore rilievo a quella erogata internamente all'Azienda, al fine del contenimento dei costi; mediamente tutto il personale sanitario ha raggiunto il livello di crediti formativi previsto, in molti casi tale livello è stato superato ( <b>vedi Sezione 4</b> )  |               |              |               |
|   | negoziatura puntuale a Budget su parametri di efficienza delle risorse umane e definizione negoziata del Piano di Reclutamento Aziendale 2007: vedi a questo proposito nella <b>Sezione 4</b> la riduzione quantitativa del personale dipendente  |               |              |               |
|   | promozione del Progetto Benchmarking sulla risorsa infermieristica, in collaborazione con altre Aziende confrontabili, rispetto agli indicatori di efficacia ed efficienza per disciplina e stabilimento ospedaliero ( <b>vedi Sezione 6</b> )  |               |              |               |

**Tabella 3.15 - Obiettivi e Progetti in integrazione tra Ospedale e Territorio, afferenti l'area Qualità ed efficienza gestionale, dell'Azienda USL di Imola. Anno 2007**

| Obiettivi - Progetti  | Risultati  |               |              |               |
|---|--|---------------|--------------|---------------|
|   | Sviluppo   | Miglioramento | Mantenimento | Sostenibilità |
| Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica (vedi anche l'analisi per fattori produttivi, nella <b>Sezione 2</b> ): Adozione e monitoraggio dei Prontuari Terapeutici | nel 2007 si sono adottati gli strumenti individuati dalla RER ai fini di promuovere l'appropriatezza e l'efficienza dell'assistenza farmaceutica, con presentazione del Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) ai professionisti; il PTR è stato diffuso anche nell'ambito degli strumenti di controllo dell'appropriatezza della prescrizione, quali ad esempio la prossima adozione delle Linee Guida Aziendali sull'ipertensione, condivise fra specialisti ospedalieri e rappresentanti MMG  |               |              |               |
|   | nel 2007 è stato adottato il nuovo Prontuario Terapeutico Provinciale (PTP), presentato e distribuito al personale sanitario dell'AUSL di Imola e ai MMG e PLS, sia in forma cartacea sia reso disponibile sull'Intranet aziendale. La metodologia seguita per la realizzazione del PTP è stata condivisa con i responsabili delle UU.OO, sensibilizzati a farsi promotori presso gli altri professionisti medici  |               |              |               |
|   | si è realizzato un sistema di valutazione e monitoraggio della aderenza al prontuario, attraverso la creazione di classi merceologiche differenziate, che consentono di misurare la % di farmaci in PTP e fuori PTP; si è inoltre impostato il monitoraggio e l'analisi delle prescrizioni di farmaci ad alto costo.   |               |              |               |
| Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica: Spesa Farmaceutica Convenzionata (vedi la <i>performance</i> economica comparativa nella <b>Sezione 2</b> )              | nel 2007 hanno agito sulla riduzione della Spesa Farmaceutica Esterna sia fattori esterni (provvedimenti AIFA, inserimento generici, ...) sia strategie aziendali, alcune delle quali descritte sopra e in altre aree (esempio Distribuzione per Conto, nell'area <b>Universalità ed equità di accesso</b> ); vedi anche i dati comparativi e di trend di cui alla <b>Sezione 2</b>  |               |              |               |
|   | nel corso del 2007 sono proseguite le iniziative di informazione nei confronti dei MMG, sull'entrata in commercio di nuovi farmaci equivalenti e sul relativo abbassamento del prezzo di riferimento, finalizzata all'orientamento della prescrizione verso molecole a più basso costo per DDD all'interno di uno stesso gruppo farmaceutico   |               |              |               |
|   | in particolare è proseguita l'azione aziendale relativa all'appropriatezza prescrittiva dei seguenti gruppi di farmaci: - cardiovascolari - inibitori di pompa protonica - dell'apparato respiratorio  |               |              |               |
|   | nell'ambito della integrazione e continuità Ospedale-Territorio, si sono realizzate verifiche di appropriatezza nella prescrizione di farmaci alla dimissione da reparto e da visita specialistica, controlli sul rispetto delle note AIFA e produzione di reportistica destinata ai medici specialisti con evidenza della percentuale di adesione alle note in dimissione, utile anche per un confronto con i MMG sulla correttezza dell'informazione data al paziente in dimissione; obiettivi di appropriatezza sono stati inseriti nelle contrattazioni di budget per i medici ospedalieri e discussi in incontri per dipartimento |               |              |               |

| Obiettivi - Progetti  | Risultati   |               |              |               |
|---|---|---------------|--------------|---------------|
|   | Sviluppo  | Miglioramento | Mantenimento | Sostenibilità |
| Politiche di risparmio energetico e rispetto ambientale: politiche tariffarie e fonti energetiche | dal 2004 a tutto il 2007 – con logica di Area Vasta Emilia Centro – si e' rinegoziato con Telecom Italia il contratto della telefonia Fissa – Trasmissione Dati che, ha costantemente migliorato le condizioni economiche ottenute con la gara CONSIP (1^ esperimento); nel 2008 si aderirà alla convenzione INTERCENT-ER   |               |              |               |
|   | nella TD si e' sottoscritto un contratto con Acantho conclusosi il 31.12.2007 col quale si è utilizzata la rete in fibre ottiche ad altissima qualità con prezzi competitivi (sconto 63%) rispetto a CONSIP-Telecom-Fastweb; nel 2008 si aderirà alla convenzione INTERCENT-ER  |               |              |               |
|   | azioni specifiche 2007: a) ricognizione dei pozzi di acqua in terreni dell'azienda con lo scopo di provvedere alle irrigazioni con tali sorgenti; b) ricognizione di acque reflue provenienti da impianti di condizionamento, utili per sola irrigazione; c) ricognizione degli impianti di trattamento aria più energivori che possono essere modulati dal punto di vista temporale (Sale Operatorie e Centrali di sterilizzazione) in assenza di attività; d) studio di dorsali elettriche di impianti fotovoltaici per le sedi Aziendali (1 impianto da 90KW per OCN di Imola, 2 impianti da 20 KW per Medicina e Montebello); e) estensione del contratto di teleriscaldamento al Polo Sanitario di Medicina, in fase di perfezionamento;   |               |              |               |
|   | f) studio di dorsali elettriche di una micro cogenerazione al Polo sanitario di Medicina in collaborazione con Hera e Comune di Medicina; g) revisione delle dorsali elettriche a costi 0,96 a media tensione, che prevede un risparmio superiore ai 60 Keuro/anno; h) controllo della combustione in tutte le caldaie in uso alla Azienda di Imola a vario titolo, redazione del libretto di caldaia e predisposizione degli eventuali interventi necessari per migliorare il rendimento energetico; i) valutazione della riduzione del riscaldamento notturno festivo nelle sedi non strategiche dell'azienda (OCV-S.Alvisi); j) recupero delle spese sostenute per i servizi svolti in convenzione entro le strutture sanitarie dell'azienda; k) avviamento della sensibilizzazione (cultura) sull'uso razionale dell'energia (spegnere la luce, spegnere il PC, etc.) |               |              |               |
| Gestione del contenzioso e delle coperture assicurative   | nell'AUSL di Imola è da tempo programmato ed attivato un sistema di cogestione dei sinistri, codificato in apposito protocollo che definisce iter e competenze degli attori coinvolti nel processo, interni (in particolare Medicina Legale e Affari Legali) ed esterni (Assicurazione e broker): si è così acquisita internamente una autonoma capacità di valutazione dei sinistri, sia sotto il profilo dell'an che del quantum debeatur, consentendo un ruolo propositivo nei confronti della Compagnia assicurativa nella scelta della strategia gestionale dei singoli casi, ferma restando la competenza decisionale congiunta   |               |              |               |
|   | viene periodicamente aggiornata una apposita reportistica di sintesi; nel 2007 l'Azienda ha aderito al progetto regionale "Database per la gestione del contenzioso"  |               |              |               |
|   | è attiva la funzione di mediazione e di ascolto dei pazienti, in capo all'URP   |               |              |               |
|   | per quanto riguarda le coperture assicurative, nel 2007 è stata espletata la gara di area vasta per la RCT/O, 1° e 2° rischio, periodo 1.1.2008-30.6.2011. Nel capitolato speciale (RCT 1° rischio) è stata definita la procedura di gestione dei sinistri (oggetto di valutazione ai fini dell'aggiudicazione) per garantire, anche nei nuovi contratti, un sistema di reale "cogestione" del contenzioso  |               |              |               |